

El tratamiento de personas con trastorno mental en un hospital de día de adultos. Análisis de su efectividad 2008-2018

The treatment of people with mental health disorders in a day hospital. Analysis of its effectiveness 2008-2018

Antonio Javier Palacios Ruiz¹, Marta Roldán del Cerro² y María del Mar Soler Sánchez³

¹Hospital de día de adultos de Guadalajara, España

²Hospital Universitario de Guadalajara, España

³Hospital Psiquiátrico Universitario José Germain de Leganés, España

Resumen: Este artículo tiene como objetivo aportar evidencia sobre la efectividad de un Hospital de Día de Adultos en el tratamiento de personas con trastorno mental. Se trata de un estudio intragrupo pre-post de todas las personas ($n = 235$) ingresadas desde el 2008 al 2018 incluido. Se recogieron datos sobre variables demográficas e indicadores de resultado. Los resultados muestran una reducción del número y duración de ingresos psiquiátricos que se mantiene a lo largo del tiempo, una disminución de las urgencias en los primeros meses postalta y la recuperación de la capacidad laboral. Se aporta evidencia que apoya un dispositivo de tratamiento útil y eficaz, intensivo y prolongado en el tiempo para grupos de pacientes en situaciones vitales distintas, con diagnósticos y perfiles demográficos diversos, organizado en un ambiente terapéutico e implementado por un equipo multiprofesional que se adapta a las demandas de atención a la salud mental de la población.

Palabras clave: hospital de día, salud mental, eficacia, variables de resultado, grupos, ambiente terapéutico

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

Marta Roldán del Cerro es Psicóloga clínica del Hospital Universitario de Guadalajara.

María del Mar Soler Sánchez es Psiquiatra. Coordinadora del Hospital de Día de Adultos del Hospital Psiquiátrico Universitario José Germain de Leganés (Madrid).

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Antonio Javier Palacios Ruiz al Instituto de Enfermedades Neurológicas. Hospital de Día de Adultos. Paseo de la Estación nº 2. Guadalajara 19001 (España). E-mail: apalacios@sescam.jccm.es

Agradecimientos: A Begoña Galera, Mónica Huerta y Custodia Rueda por su implicación y dedicación en la recogida y tabulación de los datos, sin su esfuerzo no hubiera sido posible este trabajo.

Para citar este artículo: Palacios Ruiz, A.J., Roldán del Cerro, M. y Soler Sánchez, M. del M. (2023). El tratamiento de personas con trastorno mental en un hospital de día de adultos. Análisis de su efectividad 2008-2018. *Clínica Contemporánea*, 14(1), Artículo e2. <https://doi.org/10.5093/cc2023a2>



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Abstract: This article aims to evaluate the effectiveness of an Adult Day Hospital in the treatment of people with mental health disorders. This is a pre-post intragroup study of all people (n = 235) admitted from 2008 to 2018 included. Data on demographic variables and outcome indicators were collected. The results show a reduction in the number and duration of psychiatric admissions that is maintained over time, a decrease in emergencies in the first months after discharge and the recovery of work capacity. Evidence is provided that supports a useful and effective treatment device, intensive and prolonged in time for groups of patients in different life situations, with diverse diagnoses and demographic profiles, organized in a therapeutic environment and implemented by a multidisciplinary team that adapts to the demands for attention to the mental health of the population.

Keywords: day hospital, mental health, effectiveness, result variables, groups, therapeutic environment

Inicialmente los Hospitales de Día de Salud Mental fueron diseñados para ser una alternativa a la hospitalización en unidades de agudos en los años 30 del pasado siglo (Stagnaro, 2012). Se desarrollaron en las siguientes décadas y se configuraron también como una alternativa a la atención ambulatoria para tratar fundamentalmente a tres grupos de pacientes: personas con trastornos depresivos, de ansiedad o trastornos de personalidad que no respondían al tratamiento ambulatorio; personas con trastornos psicóticos que mejorarían con apoyos estructurados y tratamientos multimodales; y personas con trastornos psicóticos o afectivos mayores que tras un alta hospitalaria necesitan un período de transición a su ambiente habitual (Marshall et al., 2007). Lo que tienen en común estos desarrollos del Hospital de Día (HD), que a su vez dieron lugar a dispositivos distintos según su estructura, objetivos de tratamiento y población atendida, es la hospitalización parcial (Lana et al., 2013). Atendiendo a la definición de la Asociación Americana de Hospitalización Parcial, se entiende por hospitalización parcial el programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable, en el que se emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamientos psicológicos y psiquiátricos (Block y Lefkovitz, 1991).

El Grupo de trabajo de Hospitales de Día de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2009) definió el HD, por consenso, como un recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Se caracteriza por el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de llevar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía.

Los estudios que se han venido realizando para evaluar la efectividad de los Hospitales de día han ofrecido resultados dispares dependiendo del modelo de HD evaluado y el tipo de pacientes atendidos. En varios metaanálisis en los que se comparaba la efectividad de varios modelos de HD con la hospitalización completa (Marshall et al., 2001; Marshall, 2003) y con el tratamiento ambulatorio (Shek et al., 2009) se concluyó que los HD de agudos son tan eficaces como las unidades de hospitalización completa. En relación a los HD como alternativa a la atención ambulatoria la evidencia es más limitada. Los HD de transición parecen ser una alternativa poco viable tanto por sus resultados no concluyentes como por la utilidad de la implantación de programas de atención domiciliaria para el tratamiento de pacientes agudos (Marshall et al., 2001, 2007, 2011; Marshall, 2003; Shek et al., 2009). Un estudio multicéntrico demuestra que durante el tiempo que duró el confinamiento en España a causa de la COVID-19, el tratamiento en HD adaptado a las circunstancias del momento, fundamentalmente aumento de intervenciones telemáticas, mantuvo su eficacia en términos de ingresos hospitala-

rios y atención en urgencias (Sánchez-Guarnido et al., 2022). El tratamiento en HD añade mayores niveles de integración social y satisfacción con el tratamiento en el alta (Vázquez-Bourgon et al., 2012). Otros estudios demuestran diferencias en términos de coste-efectividad a favor de la hospitalización parcial en detrimento de la total (Nevárez-Sida et al., 2013) o estudian aspectos más parciales como la efectividad de la hospitalización parcial en el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad y trastorno obsesivo compulsivo (Bateman y Fonagy, 1999; Bystritsky et al., 1996; Simpson et al., 1998).

La diversidad de programas bajo el nombre de HD dificulta la obtención de evidencia científica y la generalización de los datos. No obstante, existen varias propuestas de indicadores de resultado para medir y cuantificar los resultados clínicos y sociales del funcionamiento de los Hospitales de Día al margen de los diferentes marcos teóricos y procedimientos aplicados (AEN, 2009; García-Parajuá, 2008 y Orden 18/11/2010, 2010).

Con este estudio pretendemos contribuir a la mejora de la atención de las personas que acuden a los Hospitales de Día de Adultos de Salud Mental, valorando su efectividad mediante la evaluación de indicadores de resultado, identificando variables relacionadas con dichos indicadores y describiendo la muestra.

Material y métodos

Diseño

Se trata de un estudio intragrupo pre-post de todas las personas, sin excluir a ninguna, que recibieron tratamiento en el Hospital de Día de Adultos de Salud Mental de Guadalajara (HDASMG) desde el 2008 al 2018 incluido. En total 235 personas, de la cuales 21 tuvieron un ingreso previo a 2008 o un reingreso posterior.

El HDASMG es un dispositivo asistencial de tratamiento activo de personas con trastorno mental grave en régimen de hospitalización parcial integrado en la red de dispositivos de atención a la salud mental de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara, que atiende a una población de unos 258.000 habitantes. Es un dispositivo organizado, separado e identificable, que tiene en el ambiente terapéutico el elemento crucial de tratamiento (Palacios, 2022), con el fin último de que las personas puedan construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción, proyecto de vida definido por ellas mismas independientemente de la evolución de sus síntomas (Soler-Blasco et al., 2018).

La hipótesis del estudio es que el tratamiento en el HD favorece una mayor recuperación de la persona en términos de funcionamiento laboral a la vez que reduce el número de ingresos hospitalarios, el tiempo de hospitalización y las visitas a urgencias.

Medidas de evaluación

El protocolo de evaluación consta de variables de tipo sociodemográfico y de resultado. La información sociodemográfica fue recopilada durante las entrevistas iniciales en el HD. Los indicadores de resultado se recogieron después del tratamiento y se compararon las siguientes variables antes y después del ingreso en el HDASMG: el número de ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB); el número de días de ingreso en la UHB; el número de visitas a urgencias y la situación laboral. Se valoró también la relación de diversas variables consideradas relevantes (sexo, antecedentes psicopatológicos familiares, diagnóstico clínico, tiempo de permanencia en la red de Salud Mental y tiempo de ingreso en el HDASMG) con los indicadores de resultado.

El registro de las variables de resultado empezó en 2008 y concluyó en el primer trimestre de 2020 aunque se contabilizan los ingresos hasta 2018 incluido, por lo que el tiempo de seguimiento de la muestra es diferente según el año de alta del HDASMG. Se han obtenido datos de los pacientes atendidos a lo largo de 10 años, por lo que del 25% de la muestra se tienen datos recogidos a lo largo de más de 9 años (posteriores a darles el alta, empezando en 2008), mientras que de otro 25% solo se dispone de los datos de 2 años y 10 meses porque ha pasado menos tiempo desde que se le dio el alta (en este caso se le dio de alta en 2018 y se recogieron datos

hasta 2020). La variable de situación laboral muestra qué circunstancia laboral tiene la persona en el momento de finalización de la recogida de datos (31 de marzo de 2020).

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra estudiada. Los datos se han tabulado y analizado con estadística descriptiva. Se han utilizado medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, y media aritmética, desviación típica cuando había mucha dispersión en los datos obtenidos. Para las variables categóricas se han utilizado medidas de frecuencia, que se han expresado en valores relativos (porcentajes). Para estudiar la relación del sexo y del diagnóstico clínico de la muestra con el resto de las variables recogidas, se utilizó chi cuadrado para las variables nominales y ANOVA de un factor para las cuantitativas. Las diferencias de medias de las variables de resultado se han analizado con la *t* de Student para muestras relacionadas cuando las variables eran cuantitativas y con la prueba de McNemar para variables nominales. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. La asociación entre algunas de las variables consideradas relevantes y los indicadores de resultado se han estudiado con la *t* de Student, con chi cuadrado, ANOVA de un factor y análisis de regresión lineal.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

La muestra está constituida por un mayor porcentaje de hombres (58.6%) que de mujeres (41.4%), con una media de edad de 36.78 años; la gran mayoría son solteros, con estudios completados al menos de ESO en el 73 %, y al comienzo del tratamiento en HDASMG estaban el 57.3% en situación de incapacidad laboral (total o absoluta) y con la minusvalía concedida el 28%. La inmensa mayoría no ha sufrido la muerte de ningún progenitor antes de los 20 años y el 59.4% no tiene antecedentes de trastorno mental en su familia.

La Unidad de Salud Mental (USM) constituye la principal puerta de entrada tanto a la red de Salud Mental como al HDASMG. El tiempo de permanencia en la red de Salud Mental hasta que se deriva al HDASMG es muy variable, siendo la media de 66.49 meses. En relación al tiempo de tratamiento en HDASMG, también extremadamente desigual, se han considerado dos variables: “tiempo de ingreso”, definido como los días que transcurren desde el momento del ingreso hasta el momento del alta, en este caso 388.04 días de media, y los “días de asistencia”, definidos como los días reales que se acude al dispositivo, cuya media es de 89.57 días.

El perfil clínico de los pacientes correspondió en un 52.7% de los casos a trastornos del espectro psicótico y el 28.1% a trastornos de personalidad. En relación al diagnóstico clínico se han utilizado las categorías principales de la CIE-10. Se eliminaron las categorías que no alcanzaron el 9%, por considerar insuficiente el número de casos a efectos de análisis estadístico. Así, las categorías diagnósticas que representan el 90.6% de la muestra total fueron F20-29 (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes), F30-39 (trastornos del humor) y F60-69 (trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto).

En nuestra muestra, el sexo y el diagnóstico clínico se asocian significativamente con algunas de las variables estudiadas. El 66.8 % de los hombres están solteros frente al 33.2% de las mujeres. Las mujeres tienen más edad que los hombres, 39.5 años de media frente a 34.8 años. Hay significativamente más hombres con diagnóstico del espectro psicótico (69.6%) y más mujeres con trastornos del humor (60%) y trastornos de personalidad (56.9%). Hay más hombres (64.2%) que mujeres (35.8%) sin antecedentes familiares de trastorno mental; cuando existen dichos antecedentes, no hay diferencia entre sexos cuando son ambos padres los que presentan trastorno mental (ambos en torno al 50%); no así cuando son los hermanos quienes lo tienen, en este caso se observa una diferencia marcada, el 66.7% de los varones tiene un hermano con un diagnóstico clínico frente al 33.3% de las mujeres.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Variables	Valores	Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	41.4
	Hombre	58.6
Estado civil	Soltero	73
	Casado/con pareja	18.8
	Separado	8.2
Estudios	Sin ESO	27.7
	ESO	30.1
	Grado medio	11.3
	Bachillerato	15.2
	Universitarios	15.6
Situación laboral	Activo	9.4
	IL Temporal	7.1
	IL Total o Absoluta	57.3
	Paro	23.9
	Estudiante	2.4
Minusvalía antes de HD	Sí	28
	No	72
Fallecimiento parental	Ninguno	92.2
	Madre	3.5
	Padre	4.3
Antecedentes psicopatológicos familiares	Ninguno	59.4
	Madre	17.3
	Padre	7.5
	Hermanos	9.4
	Ambos padres	4.3
	Otro	2

Tabla 2. Descripción de la muestra (continuación)

Variables	Valores	Porcentaje (%)
Dispositivo de primer contacto	Unidad de Salud Mental Adultos (USM)	51.2
	Unidad Hospitalización Breve (UHB)	23
	Urgencias	11.3
	Unidad Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ)	9
	Centro Especialidades Diagnóstico y Tratamiento (CEDT)	4.3
	Unidad de Conductas Adictivas (UCA)	1.2
Origen de la derivación	USM	65.7
	UHB	25.8
	Urgencias	0.4
	CEDT	5.5
	UCA	2
Grupos diagnósticos CIE 10	T. consumo de sustancias	1.2
	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	52.7
	T. humor	9.8
	Trastornos de ansiedad, dissociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos	5.5
	T. del comportamiento	2
	T. personalidad	28.1
	Trastornos del desarrollo psicológico	0.8
Tipo de alta	Acordada	74.2
	Abandono	25.8

Tabla 3. Descripción de la muestra (continuación)

Variables	Media	D.T.
Meses de permanencia en la red de Salud Mental	66.49	85.5
Días de ingreso	388.04	288.42
Días reales de asistencia	89.57	78.31

D.T.: desviación típica

Tabla 4. Variables en función del sexo

Variables	Valores	Mujer (%)	Hombre (%)	g.l.	2	Sig.
Estado civil	Soltero	33.2	66.8			
	Casado/con pareja	62.5	37.5	2	19.57	0.000
	Separado	62.5	33.3			
Minusvalía al inicio de ingreso en HD	Sí	43.7	56.3			
	No	40.4	59.6	1	0.21	0.64
Fallecimiento parental	Ninguno	39.6	60.4			
	Madre	88.9	11.1	2	8.81	0.12
	Padre	36.4	63.6			
Antecedentes familiares psicopatológicos	Ninguno	35.8	64.2			
	Madre	50	50	5	15.36	0.009
	Padre	47.4	52.6			
	Hermanos	33.3	66.7			
Dispositivo de primer contacto	USM	44.3	55.7			
	UHB	32.2	67.8	5	4.02	0.54
	Urgencias	51.7	48.3			
	USMIJ	39.1	60.9			
Dispositivo de derivación	USM	44.2	55.8			
	UHB	30.3	69.7	7	13.34	0.06
Grupos diagnósticos CIE 10	T. psicóticos	30.4	69.6			
	T. del humor	60	40	6	24.29	0.000
	T. personalidad	56.9	43.1			
Tipo de alta	Acordada	41	59			
	Abandono	45.5	54.4	2	0.83	0.06
Situación Laboral al inicio ingreso en HD	Activo	50	50			
	Incapacidad Laboral Transitoria	50	50			
	Incapacidad Laboral Permanente	39.7	60.3	4	3.74	0.44
	Paro	36.1	63.9			
	Estudiante	58.8	33.3			

g.l.: grados de libertad. Sig.: significación

Tabla 5. Variables en función del sexo (continuación)

Variables	Sexo	Media	D.T.	E.T	I.C.: 95%		F.	G.L	Sig.
					L. sup.	L. inf.			
Edad (años)	Mujer	39.54	11.31	1.13	37.28	41.79	12.35	234	0.001
	Hombre	34.88	8.99	0.77	33.35	36.4			
Meses permanencia en la red de SM	Mujer	75.81	91.28	9.175	57.6	94.01	2.03	234	0.15
	Hombre	59.71	80.76	6.925	46.01	73.4			
Días de ingreso en HD	Mujer	429.63	336.234	33.793	362.57	496.69	2.421	234	0.12
	Hombre	369.46	256.4	21.98	325.98	412.95			

E.T.: Error típico. IC: intervalo de confianza.

Las personas diagnosticadas de algún trastorno del espectro psicótico están solteras en un porcentaje significativamente mayor (84.4%) y son más jóvenes que las de otros diagnósticos, si bien son sólo cinco años de diferencia. El porcentaje de personas separadas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad (15.35%) en comparación con los otros grupos diagnósticos es significativamente mayor. El dispositivo de derivación a HD más frecuente es la USM para todos los grupos diagnósticos, si bien en el caso de los trastornos psicóticos el porcentaje de derivaciones desde la UHB es superior al de los otros grupos. El grupo diagnóstico con más permanencia en la red de Salud Mental antes de ser derivados a HDASMG es el de trastornos de personalidad (85.87 meses de media) y el de menos el de trastornos del espectro psicótico (54.83 meses de media).

Tabla 6. Variables en función del grupo diagnóstico CIE-10

Variables	Valores	F20-29 (%)	F30-39(%)	F60-69 (%)	g.l.	2	Sig.
Estado civil	Soltero	84.4	60	56.9	12	31.40	0.002
	Casado/pareja	9.6	32	27.8			
	Separado	5.9	8	15.3			
Minusvalía al inicio ingreso en HD	Sí	23.9	40	31	6	6.89	0.33
	No	76.1	60	69			
Fallecimiento parental	Ninguno	94.1	88	91.5	12	7.48	0.82
	Madre	3	8	2.8			
	Padre	3	4	5.6			

Tabla 6. Variables en función del grupo diagnóstico CIE-10 (Continuación)

Variables	Valores	F20-29 (%)	F30-39(%)	F60-69 (%)	g.l.	2	Sig.
Antecedentes familiares psicopatológicos	Ninguno	55.2	64	60.6			
	Madre	20.9	12	15.5			
	Padre	8.2	8	5.6			
	Ambos padres	0.7	12	7	30	40.31	0.09
	Hermanos	11.2	4	11.3			
	Otro familiar	3.7	0	0			
Dispositivo de primer contacto	UHB	28.9	28	11.1			
	Urgencias	14.1	16	8.3			
	USM	45.2	48	62.5	30	42.44	0.06
	USM-IJ	8.1	8	11.1			
Dispositivo de derivación	UHB	33.3	24	11.1			
	USM	59.3	72	75	42	59.33	0.03
Tipo de alta	Acordada	80	72	63.9			
	Abandono	20	28	36.1	12	15.57	0.21
Situación laboral al inicio ingreso HD	Activo	11.1	0	11.3			
	ILT	5.2	8	9.9			
	ILP	57	68	53.5	24	28.23	0.25
	Paro	23.7	16	25.4			
	Estudiante	3	8	0			

Tabla 7. Variables en función del grupo diagnóstico CIE-10 (continuación)

Variables	Grupo	Media	D.T.	E.T	I.C.: 95%		F.	g.l.	Sig.
					L. sup.	L. inf.			
Edad (años)	F20-29	34.76	9.85	0.89	33.0	36.53			
	F30-39	40.33	12.46	2.72	34.66	46.01	2.07	234	0.05
	F60-69	38.88	9.87	1.19	36.49	41.27			

Tabla 7. Variables en función del grupo diagnóstico CIE-10 (continuación)

Variables	Grupo	Media	D.T.	E.T	I.C.: 95%		F.	g.l.	Sig.
					L. sup.	L. inf.			
Meses permanencia en la red de SM	F20-29	54.83	76.78	6.95	41.06	68.59	2.55	234	0.02
	F30-39	63.76	60	13.09	36.45	91.07			
	F60-69	85.87	104.29	12.64	60.62	111.11			
Días de ingreso en HD	F20-29	381.2	260.033	23.54	334.6	427.81	0.74	234	0.61
	F30-39	405.8	434.736	86.94	226.35	585.25			
	F60-69	379.99	286.873	33.80	312.57	447.40			

Indicadores de resultado: ingresos en la UHB, días de ingreso en la UHB, urgencias psiquiátricas y situación laboral

El análisis de las medidas de resultado muestra que el número total de ingresos en la UHB de las personas que recibieron tratamiento en HDASMG se reduce en un 58.2% y que esta disminución es estadísticamente significativa (media PRE de 1.25; media POST de 0.53; $p = 0.000$). Comparando el número de ingresos en UHB en los 9 meses anteriores al tratamiento en HD y en los 9 meses posteriores, la reducción es del 79%, e igualmente significativa (media PRE de 0.64; media POST de 0.13; $p = 0.000$). En el seguimiento postalta a 2, 3 y 4 años el número de ingresos totales sigue reduciéndose y desde los 4 años hasta los 11, el número total de ingresos (34; media de 0.16) aumenta muy poco respecto a los ingresos a los 9 meses de la finalización del tratamiento (31; media de 0.13). Igualmente significativa es la disminución del 68.8% del tiempo de estancia media en la UHB, ya que se pasa de 20 días de media a 6.3 días. Si bien se aprecia una reducción del número de urgencias postalta, de 448 ocasiones a 329 veces, dicha reducción no es estadísticamente significativa. En cambio, sí lo es la disminución del 72.4% del número de urgencias durante los primeros 9 meses del alta frente a los 9 meses anteriores al ingreso.

Tabla 8. Indicadores de resultado: nº y duración de los ingresos psiquiátricos y urgencias

	Nº	Media	D.T.	E.T.	I.C.: 95%		t	g.l.	Sig.	<i>d</i> de Cohen
					Lim. inf	Lim. sup.				
Ingresos en UHB antes ingreso en HD	294	1.25	1.95	0.12	0.47	0.97	5.65	233	0.000	0.45
Ingresos en UHB postalta de HD	123	0.53	1.11	0.73						
Ingresos UHB 9 meses antes ingreso en HD	149	0.64	0.93	0.06	0.37	0.63	7.79	233	0.000	0.69
Ingresos UHB 9 meses postalta de HD	31	0.13	0.45	0.30						
Ingresos UHB durante ingreso en HD	78	0.33	1.06							

Tabla 8. Indicadores de resultado: nº y duración de los ingresos psiquiátricos y urgencias

	Nº	Media	D.T.	E.T.	I.C.: 95%		t	g.l.	Sig.	d de Cohen
					Lim. inf	Lim. sup.				
Ingresos UHB (9 meses-2 años postalta HD)	24	0.1	0.37							
Ingresos en UHB (2-3 años postalta HD)	15	0.07	0.29							
Ingresos en UHB (3-4 años postalta HD)	19	0.09	0.38							
Ingresos en UHB (4-11 años postalta HD)	34	0.16	0.6							
Urgencias antes ingreso en HD	448	1.91	4.23	0.27						
Urgencias postalta de HD	329	1.41	3.74	0.24	-0.15	1.17	1.50	233	0.135	0.12
Urgencias 9 meses antes ingreso en HD	181	0.78	1.50	0.09						
Urgencias 9 meses postalta de HD	50	0.21	0.63	0.04	0.37	0.74	5.76	232	0.000	0.49
Urgencias durante ingreso en HD	118	0.5	1.27							
Días ingresos en la UHB antes ingreso en HD	4661	20	40.69	2.66						
Días ingreso en la UHB postalta de HD	1467	6.30	16.7	1.09	8.36	19.05	5.05	232	0.000	0.44

En relación a la situación laboral, se aprecian cambios estadísticamente significativos en todas las condiciones, mejorando todos los indicadores. El resultado más llamativo es el aumento del porcentaje de personas con trabajo, del 9.4 al 22.7%. Hay una alta proporción de pacientes que ya están en situación de Incapacidad Laboral Permanente cuando son derivados a HD, lo que puede indicar que la evolución ya ha sido tórpida y larga antes de ser derivados. En esta situación, es más difícil obtener una mejoría significativa en los indicadores de actividad laboral, a pesar de los buenos resultados de este estudio.

Tabla 9. Indicadores de resultado: situación laboral

Situación laboral	Al ingreso en HD (%)	Al alta de HD (%)	G.L.	McNemar	Sig.
Activo	9.4	22.7	8	43.4	0.000
Incapacidad laboral transitoria	7	2.7			
Incapacidad laboral permanente	57.3	52.9			
Paro	23.9	16.1			
Estudiante	2.4	5.5			

Variables asociadas a los indicadores de resultados

No se encontró ninguna relación entre el sexo de los pacientes y las variables estudiadas. Tampoco hubo diferencias atendiendo al grupo diagnóstico; no obstante, y clasificando a la muestra con un criterio dicotómico diagnóstico de trastorno psicótico/no diagnóstico de trastorno psicótico sólo se observa una relación significativa con el tiempo de ingreso en la UHB ($t = 2.37$; $p = 0.01$; $g.l. = 233$; $L.inf. = 0.86$; $L. sup. = 9.34$) de manera que las personas con diagnóstico de trastorno psicótico tienen más días de ingreso en la UHB (media de 8.67 días) que las personas que no lo tienen (media de 3.57 días).

Los antecedentes familiares se asocian significativamente con un mayor número de urgencias postalta únicamente cuando ambos padres tienen un trastorno mental ($F = 2.52$; $p = 0.03$; $g.l. = 233$; $L.inf. = -1.546$; $L. sup. = 11.99$) lo que se relaciona con un incremento del número de visitas a urgencias. Ni el tiempo transcurrido desde que la persona tiene el primer contacto con la red de Salud Mental hasta que accede al HD ni el tiempo de tratamiento en el HD se asociaron con ningún indicador de resultado.

Discusión

Si bien existe una gran heterogeneidad en las características sociodemográficas y clínicas de la población atendida y variabilidad a lo largo del tiempo, fundamentalmente observamos una disminución progresiva de derivaciones de personas diagnosticadas de trastornos psicóticos y un aumento de personas con trastornos de personalidad. Nuestra muestra es similar a la de otros dispositivos de tratamiento de personas con gravedad psicopatológica, en las que existe una asociación entre el sexo masculino y los trastornos psicóticos, y el sexo femenino y los trastornos del humor y de personalidad (Aizpuru et al., 2008; Figuera, 2019; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, 2011).

El tiempo medio de ingreso es de 388 días, es muy superior al informado por otros autores (Grifoll, 2011; Navascués et al., 2016; Quesada-Franco et al., 2006). Es llamativo que el tiempo de ingreso para personas que deciden no finalizar el tratamiento y abandonan o solicitan alta voluntaria es también muy elevado, 218.94 días de media. Hay que precisar que los días de asistencia real al dispositivo no tienen una concordancia exacta con los días de tratamiento establecidos (habitualmente asisten 3 días a la semana debido a las distancias de nuestra área), lo que en un año suponen 150 días de asistencia real.

En nuestro dispositivo la media de días de asistencia real es de casi 90 días, dentro del período de ingreso medio de 388 días, por lo que las inasistencias son frecuentes, aunque la persona sigue estando en tratamiento en el HD. La interrupción temporal del tratamiento por parte del paciente se considera parte consustancial e inevitable del proceso terapéutico que debe ser analizada, comprendida y reparada para reconstruir la alianza terapéutica si ese fuera el caso (Safran et al., 2011; Watson y Greenberg, 2000). En otras ocasiones la ausencia

Tabla 10. Días de tratamiento en el Hospital de Día según tipo de alta.

Variable	Valores	Media	Desviación típica
Días de ingreso	Acordada	440.04	293.09
	Abandono	218.94	199.310
Días de asistencia	Acordada	105.58	80.08
	Abandono	40.73	46.4

del dispositivo será necesaria por enfermedad propia o de familiares, realización de cursos de formación y capacitación laboral o participación en actividades comunitarias. En estos casos el vínculo con el HD mantenido mediante llamadas telefónicas o consultas individuales se constituirá como una fuente de soporte y apoyo que estimula y ayuda en el proceso de recuperación de la persona.

Sin embargo, el porcentaje de abandono del tratamiento es del 25.8%, menor que el 30% datado para pacientes con trastornos mentales graves (Vazquez-Bourgon et al., 2012). En cualquier caso, el hecho de que las personas asistan mucho menos de lo pautado al HD, y aun así hagan un proceso terapéutico, debe hacer replantear la utilidad de tratamientos excesivamente prolongados o de mucha exigencia e intensidad para nuestros pacientes.

El modelo de HD de Guadalajara se inscribe dentro de la categoría de “programa de tratamiento de día” con un modelo de proceso y cambio terapéutico, que requiere de estabilidad vincular y de compromiso con asistencias continuadas y objetivos más complejos que los que requieren los HD que se definen como “alternativa a la hospitalización” o de “transición al tratamiento ambulatorio tras un ingreso psiquiátrico”. Esta distinción es importante porque posibilita un perfil clínico heterogéneo de las personas tratadas y requiere de tiempos de tratamiento más prolongados si se quiere conseguir un proceso terapéutico significativo y un cambio interno y a nivel familiar. Las expectativas de cambio duradero con tratamientos breves pueden ser muy irreales (Hoge et al., 2009).

Los parámetros obtenidos en las medidas de resultado permiten aceptar la hipótesis de que tras el tratamiento en el HDASMG el número de ingresos en la UHB, los días de hospitalización y el número de urgencias se reducen. Especialmente significativo es que la disminución del número de ingresos hospitalarios se mantiene en el tiempo, ya que tras un período de seguimiento de 9 años (para el 75% de la muestra) la disminución sigue siendo significativa. A este respecto hay que señalar que los pacientes de HDASMG son derivados a la USM tras el alta para continuar su seguimiento. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos en otros HD que tienen programas para personas con trastorno límite de personalidad marcadamente estructurados y específicos, que informan de una reducción del número de episodios de hospitalización, estabilidad en la mejoría clínica conseguida al alta junto con un mejor funcionamiento relacional y satisfacción con el tratamiento (Bales et al., 2012, 2014; Bateman y Fonagy, 1999; Bateman y Fonagy, 2001; Laurensen et al., 2018; Simpson et al., 1998; Smits et al., 2020; Verdaguer et al., 2017) e igualmente con programas basados en el apego y focalizado en vínculos dirigidos a pacientes con trastornos psicóticos (Grifoll, 2011) o con heterogeneidad diagnóstica (Fernández-Martín et al., 2016; Nevárez-Sida et al., 2013; Safran, 2011). Un informe del Ministerio de Sanidad cifra en 27.2 la media de días de ingreso para personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en las unidades de agudos de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, que contrasta con los 8.6 días de media de ingreso para las personas con trastornos psicóticos tras haber recibido tratamiento en el HDASMG (Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, 2018).

El número de visitas a urgencias mientras se recibe tratamiento en el HDASMG y durante los primeros 9 meses de seguimiento postalta se reduce significativamente en comparación con el número de veces que se precisan antes del tratamiento. Ahora bien, a partir del noveno mes de alta ya no es significativa. Una posible explicación puede ser que los pacientes hayan aprendido en el HDASMG a resolver momentos críticos acudiendo a las urgencias como la mejor de las alternativas posibles a su disposición. En el HD es crucial la construcción, creación y mantenimiento de un ambiente terapéutico que maximice las posibilidades de cambio y recuperación que, según Stagnaro (2012), es una forma atenuada de la noción de Comunidad Terapéutica. En el HD se está en grupo porque las personas se recuperan acompañadas de otras, no solas ni aisladas. El grupo se constituye en una importante fuente de aprendizaje y apoyo mutuo, que puede ayudar a revertir las dificultades para pedir y recibir ayuda que presentan sus miembros. En el programa de tratamiento de Linehan para personas con trastornos de personalidad límite, pedir ayuda se considera una habilidad de efectividad interpersonal a desarrollar (Linehan, 2003). Del mismo modo en personas con trastornos psicóticos se considera que acceder a la ayuda y asistencia adecuada en situaciones de riesgo es un afrontamiento eficaz (Gumley y Schwannauer, 2008).

Es probable que la mejoría obtenida en las medidas de resultado se pueda atribuir a la capacidad del HD para ofrecer un tratamiento grupal, familiar e individual intensivo, multicomponente, integrado y monitorizado,

implementado durante un tiempo largo por un equipo multiprofesional en un contexto interpersonal que se organiza como un ambiente terapéutico, que toma en consideración la capacidad de los pacientes para llevar una vida satisfactoria más allá de sus síntomas y orientada según deseos y necesidades (Monsalve, 2013). El que a lo largo del período estudiado se haya ido modificando la organización y funcionamiento del HDASMG en constante sinergia con el perfil cambiante de las personas tratadas, con la propia evolución conceptual que ha ido realizando el equipo terapéutico en su modo de trabajar y con las demandas y necesidades de salud mental de la población atendida refuerza esa idea. Algunos trabajos apuntan en esa misma dirección al atribuir una parte importante de la mejoría de los pacientes a la potencia del HD como dispositivo con variedad de enfoques de tratamiento, experiencias grupales intensas y contactos estrechos con otros pacientes y miembros del equipo de tratamiento (Fernández-Martín et al., 2016; Larivière et al., 2009) y a la coherencia e integridad del tratamiento continuado que posibilita la hospitalización parcial (Bateman y Fonagy, 2001).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), entre 2008 y 2018 el porcentaje de empleo en personas con trastorno mental y discapacidad reconocida en España osciló desde el 27.1% de 2012 hasta el 14.3% de 2016 (INE), 2012). Nuestra muestra, a diferencia del INE, incluye personas sin discapacidad reconocida. Los cambios en la situación laboral postalta podrían estar señalando una efectiva capacidad de recuperación de la actividad laboral, puesto que el porcentaje de personas con empleo (22.7%) es similar al informado por el INE en ese mismo periodo.

Con el paso del tiempo se constata un aumento del porcentaje de personas con discapacidad reconocida, del 28% al inicio del tratamiento en HD al 43.3% en el seguimiento. En un estudio con pacientes con trastorno límite de personalidad a los 5 años de la finalización del tratamiento en un HD se mantiene la mejoría clínica obtenida, sin embargo, no ocurre lo mismo en el área laboral, ya que aumenta significativamente el número de personas con pensión por algún tipo de incapacidad laboral (Verdaguer et al., 2017). Parece por tanto indicada la puesta en marcha lo antes posible de políticas activas de empleo para este colectivo. En Castilla-La Mancha se ha actuado mucho en el área del trabajo protegido a través de una Fundación sociosanitaria y de Centros Especiales de Empleo. En dicho campo, es preciso que las personas accedan con discapacidad reconocida, por lo que este indicador no debe ser considerado necesariamente como de mala evolución ya que las personas precisan apoyo para mantener la actividad laboral. A este respecto existen varios trabajos que respaldan la efectividad de diferentes estrategias de apoyo al empleo para personas con trastorno psíquico severo (Becker et al., 2007; Crowther et al., 2001; Naranjo-Valentín et al., 2018; Rodríguez Pulido et al., 2018).

En nuestro estudio, los indicadores de resultado no se asociaron con el sexo, diagnóstico clínico, tiempo de permanencia en la red de Salud Mental o tiempo de tratamiento en HD, cuantificado tanto en el tiempo de ingreso como en los días reales de asistencia. En otros trabajos, el diagnóstico tampoco discrimina los indicadores de resultado entre pacientes ingresados en UHB o HD (Priebe et al., 2011). En un metaanálisis publicado en 2012 que recopiló y analizó los factores de riesgo y las tasas de recaída en personas en la fase inicial de la psicosis, se encontró que las variables clínicas y las variables demográficas generales tenían poco impacto en las tasas de recaída (Álvarez-Jiménez et al., 2012). Otros estudios encuentran factores más dinámicos que el diagnóstico y las características sociodemográficas asociados al reingreso hospitalario en personas tratadas en HD (Beard et al., 2016; Navascués et al., 2016; Sarmiento-Luque, 2005).

Los indicadores de resultado de este estudio toman en consideración el ingreso hospitalario que, si bien es un indicador útil y muy utilizado porque proporciona datos tangibles, puede no ser de los más relevantes para evaluar la eficacia de los tratamientos. Para determinadas personas, igual que ocurre con las urgencias, puede ser la mejor opción posible para afrontar una crisis como ya hemos dicho, pero dada la gran variabilidad y heterogeneidad de la muestra estudiada, incluso dentro de grupos diagnósticos iguales, es posible que en la evolución se dé un significativo empeoramiento sintomatológico sin hospitalización subsiguiente. Por lo tanto, es necesario para evaluar la eficacia de los tratamientos incluir otras medidas como pueden ser la satisfacción con el tratamiento, la participación y funcionamiento en la comunidad y la calidad de vida (Gaynes et al., 2015; Olivares et al., 2013).

Existen varias limitaciones en el estudio a tener en cuenta. En primer lugar, no hay grupo control que sirva para comparar los indicadores de resultados. En segundo lugar, existen muchas variables de tratamiento (por ejemplo, tipo, duración y frecuencia de la intervenciones grupales, individuales y familiares, tratamien-

to farmacológico, ambiente terapéutico, clima y funcionamiento grupal, etc.) que hemos agrupado bajo el epígrafe de tratamiento de HD, y que sería necesario diferenciar y controlar para conocer su contribución e impacto en los resultados. En tercer lugar, durante los 10 años estudiados, se han hecho modificaciones (no contempladas en el diseño del estudio) de los tratamientos en sinergia con los cambios de personal en el equipo terapéutico, con los cambios en el perfil y necesidades de las personas derivadas al dispositivo, y con las nuevas aportaciones en psicoterapia. En cuarto lugar, no se han incorporado escalas para valoración de la sintomatología.

Conclusiones

El HD, en el modelo de programa de tratamiento de día, es un dispositivo de tratamiento eficaz para personas con trastorno mental severo, concretamente se mantiene a lo largo del tiempo la reducción y duración de las hospitalizaciones psiquiátricas, las visitas a urgencias disminuyen en los primeros meses tras el alta y se recupera la capacidad laboral estimada para las personas con trastorno mental severo.

Los resultados del estudio (que no haya asociación entre los indicadores de resultado y determinadas variables) apoyan un tipo de dispositivo capaz de proporcionar a grupos de pacientes en distintas situaciones vitales, con diagnósticos y perfiles sociodemográficos diversos y cambiantes, un tratamiento útil y eficaz, intensivo y prolongado en el tiempo, organizado en un ambiente terapéutico como contexto necesario para implementar diversos procedimientos grupales, familiares e individuales y que se adapta con rigor y flexibilidad a las demandas de atención a la salud mental de la población. En este sentido es importante resaltar que la mejoría en los indicadores de resultado se da tanto en personas con poco tiempo de permanencia en SM como con personas que llevan mucho tiempo en seguimiento o con cierta cronicidad en su evolución.

Debemos seguir investigando acerca de la necesidad de la intensidad actual de los tratamientos ya que el tiempo de tratamiento en HD, durante el que son frecuentes las faltas de asistencia, no se asocia con los indicadores de resultado. No obstante, la puesta a prueba de la seguridad de los vínculos establecidos y la confianza en el dispositivo a pesar de las ausencias del paciente, si se utiliza e integra bien en la evolución de la persona, es una poderosa herramienta terapéutica.

Referencias

- Aizpuru, F., Latorre, K., Ibáñez, B., Pérez de Arriba, J., Mosquera, F. y Bernal-Delgado, E. (2008). Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*, 3(1), 199-216.
- Alvarez-Jiménez, M., Priebe, A., Hetrick, S. E., Bendall, E., Killackey, E., Parker, A. G., McGorry, P. D. y Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139(1), 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2009). *Cuaderno Técnico de la AEN sobre Hospitales de Día*, 12. <https://aen.es/wp-content/uploads/2021/05/ctecnicos12.pdf>
- Bales, D. L., Timman, R., Andrea, H., Busschbach, J. J., Verheul, R. y Kamphuis, J. H. (2014). Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 409-417. <https://doi.org/10.1002/cpp.1914>
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J. V., Verheul, R. y Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 568-582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>

- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.36>
- Beard, C., Hearon, B. A., Lee, J., Kopeski, L. M., Busch, A. B. y Björgvinsson, T. (2016). When partial hospitalization fails: Risk factors for in patient hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 431-436. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000515>
- Becker, D. R., Whitley, R., Bailey, E. L. y Drake, R. E. (2007). Long-term employment outcomes of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58(7), 922-928. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.922>
- Block, M. y Lefkovitz, P. (1991). American Association for Partial Hospitalization. Standards and Guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 7(1), 3-11.
- Bystritsky, A., Munford, P. R., Rosen, R. M., Martin, K. M., Vapnik, T., Gorbis, E. E. y Wolson, R. C. (1996). A preliminary study of partial hospital management of severe obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Service*, 47(2), 170-174.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R. y Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Artículo CD003080. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003080>
- Fernández-Martín, L.C., Iglesias-de-Sena, H., Fombellida-Velasco, C., Vicente-Torres, I., Alonso-Sardón, M. y Mirón Canelo, J. A. (2016). Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.cal.2015.12.006>
- Figuera, D. (2019). Una experiencia del hospital de día basada en el apego y focalizada en los vínculos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 239-258. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000200013>
- García-Parajauá, P. (2008). Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico. *Avances en Salud Mental Relacional*, 7(2). <http://psiqui.com/1-5795>
- Gaynes, B. N., Brown, C., Lux, L. J., Ashok, M., Coker-Schwimmer, E., Hoffman, V., Sheitman, B. y Viswanathan, M. (2015). *Management Strategies To Reduce Psychiatric Readmissions*. (Technical Briefs, No. 21). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294451/>
- Grifoll, C. (2011). Situación actual de los hospitales de día en Cataluña. *Revista de Psicopatología y Salud mental del niño y el adolescente*, 3, 23-30.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. <http://hdl.handle.net/11351/810>
- Gumley, A. y Schwannauer, M. (2008). *Volver a la normalidad después de un Trastorno Psicótico*. Desclée De Brouwer.
- Hoge, M., Paris, M., Añez, L. M. y Corominas, A. (2009). Las múltiples caras de la hospitalización parcial. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(1), 13-26. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2009.0001.01>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012). *El empleo de las personas con discapacidad*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49183>
- Lana, F., Marcos, S., Litvan, L., Jugo, M., Moreno, G., Cabrera, T. y Sierra, A. (2013, 8 y 9 de marzo). *Programas para Trastornos Psicóticos: El Hospital de Día en las Psicoses. ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Por qué?* [Presentación de Trabajo] III Jornadas Nacionales de Hospitales de Día de la AEN, Barcelona. <https://doi.org/10.13140/2.1.3534.1768>
- Larivière, N., Melançon, L., Fortier, L., David, P., Cournoyer, J., Baril, M. C. y Bisson, J. (2009). A Qualitative Analysis of Clients' Evaluation of a Psychiatric Day Hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 165-179. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0013>

- Laurensen, E. M. P., Luyten, P., Kikkert, M. J., Westra, D., Peen, J., Soons, M. B. J., van Dam, A. M., van Broekhuizen, A. J., Blankers, M., Busschbach, J. J. V. y Dekker, J. J. M. (2018). Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(15), 2522-2529. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000132>
- Linehan, M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Paidós.
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospitals. *The BMJ*, 327(7407), 116-117. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7407.116>
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. M. y Tyrer, P. (2007). Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos. *Biblioteca Cochrane Plus*, (2), Artículo CD003240. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003240.pub2>
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiter, H., [Roberts, C.](#), [Hill, E.](#), [Wiersma, D.](#), [Bond, G. R.](#), [Huxley, P.](#) y [Tyrer, P.](#) (2001). 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 Technology Assessment*, 5(21). <https://doi.org/10.3310/hta5210>
- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J. y Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Artículo CD004026. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2>
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2018). *Altas, estancia media (días) y coste medio de los 25 procesos de tipo médico más frecuentes en hospitalización*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/INFORME_COSTES_MEDICOS_HOSPITALES_SNS_2018.pdf
- Monsalve, M. H. (2013). Psicopatología y recuperación. *Informaciones psiquiátricas*, 213(3), 285-319.
- Naranjo-Valentín, R., Cobo-Martínez, F., Rebolleda-Gil, C. y González-Fraile, E. (2018). Los centros de rehabilitación laboral y el trastorno mental grave: la experiencia y el seguimiento de los usuarios en la Comunidad de Madrid. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 65-71. <https://doi.org/10.5093/pi2018a2>
- Navascués, A., Calvo-Medel, D. y Martín, B. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Revista Acción Psicológica*, 13(2), 143-156. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.15818>
- Nevárez-Sida, A., Valencia-Huarte, E., Escobedo-Islas, O., Constantino-Casas, P., Verduzco-Fragoso, W. y León-González, G. (2013). Costo-efectividad de dos esquemas de atención psiquiátrica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 506-513.
- Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M. y Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, 12, 32. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-32>
- Orden 18/11/2010 de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental, del 29 noviembre de 2010. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- Palacios, A. J. (2022). Hospital de Día de Salud Mental. Construyendo el ambiente terapéutico. *Norte de Salud Mental*, 18(67), 22-29.
- Priebe, S., McCabe, R., Schützwohl, M., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., Reininghaus, U., Wang, D. y Kallert, T. (2011). Patient Characteristics Predicting Better Treatment Outcomes in Day Hospitals Compared With Inpatient Wards. *Psychiatric services*, 62(3), 278-284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.3.278>
- Quesada-Franco, M., Josep-Pifarré, I., Batalla-Llordés, C., Facal, A. y Bellido-Mainar, J. R. (2006). ¿El Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos evita ingresos posteriores? *Anales de psiquiatría*, 22(5), 243-249.
- Rodríguez, F., Caballero, N., Tallo, E., Méndez, M. E., Hernández, M. C., López, S., Vílchez, P. I. y González-Dávila, E. (2018). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta Sanitaria*, 32(6), 513-518. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Sánchez-Guarnido, A. J., Lucena, V., Torrent, A., Bosa, L., Martínez-López, V., Cuartiles-Berenguer, A. y Batalla, I. (2022). Mental Health Day Hospitals and Lockdown Due to COVID-19 in Spain. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.769015>

- Sarmiento-Luque, T. E. (2005). *Factores predictores de buen pronóstico a la hospitalización parcial en pacientes con trastornos de personalidad*. [Tesis doctoral no publicada] Universitat de Barcelona, España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=234750>
- Shek, E., Stein, A. T., Shansis, F. M., Marshall, M., Crowther, R. y Tyrer, P. (2009). Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Artículo CD003240. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003240.pub2>
- Simpson, E. B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K. y Stevens, M. (1998). Focus on women: Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Service*, 49(5), 669-673. <https://doi.org/10.1176/ps.49.5.669>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Eeren, H. V., Bales, D. L., Laurensen, E. M. P., Blankers, M., Soons, M. B. J., Dekker, J. J. M., Lucas, Z., Verheul, R. y Luyten, P. (2020). Day hospital versus intensive out-patient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: multicentre randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 79-84. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.9>
- Soler-Blasco, R., Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C. y Zurriaga-Lloréns, O. (2018). Desigualdades en salud mental: Los ingresos por psicosis en hospitales públicos de la Comunitat Valenciana (2008-2015). *Revista Española de Salud Pública*, 92(12), Artículo e201811081.
- Stagnaro, J. C. (2012). El Hospital de Día. Historia y conceptualización. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 23 (102), 107-118.
- Vazquez-Bourgon, J., Salvador-Carulla, L., y Vázquez-Barbero, J.L. (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 323-332.
- Verdaguer, E., Castillo, J. A. y Plaza, A. (2017). Efectividad del tratamiento y seguimiento longitudinal de pacientes con TLP tratados en Hospital de Día. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente*, 30, 17-28.
- Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2000). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 175-186. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2%3C175::AID-JCL-P4%3E3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2%3C175::AID-JCL-P4%3E3.0.CO;2-5)

Artículo recibido: 21/09/2022

Artículo aceptado: 11/03/2023