USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL EN CIENCIAS DE LA SALUD DE LA USC

Federico
Cardelle Pérez

Tesis doctoral

Programas en Hospital de Día de Salud Mental para niños y adolescentes: antecedentes y propuestas de futuro

Santiago de Compostela, 2020

PD en Neurociencia y Psicología Clínica

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

TESIS DE DOCTORADO

PROGRAMAS EN HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES: ANTECEDENTES Y PROPUESTAS DE FUTURO

Federico Cardelle Pérez

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL DE LA USC

PROGRAMA DE DOCTORADO EN NEUROCIENCIA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2020

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

DECLARACIÓN DEL AUTOR DE LA TESIS

[PROGRAMAS EN HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES: ANTECEDENTES Y PROPUESTAS DE FUTURO]

D. Federico Cardelle Pérez.
Programa de Doctorado en Neurociencia y Psicología Clínica.

Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento, y declaro que:

1) *La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.*
2) *En su caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.*
3) *La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide con la versión enviada en formato electrónico.*
4) *Confirmo que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.*

En Santiago de Compostela., ... de ..... de 2020.

Fdo.....

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR DE LA TESIS

[PROGRAMAS EN HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES: ANTECEDENTES Y PROPUESTAS DE FUTURO]

Dña. María Dolores Domínguez Santos (Directora). Departamento de Psiquiatría.

D. Julio Bernardo Brenlla González (Director). Departamento de Psiquiatría.

D. Raimundo Mateos Álvarez (Tutor). Departamento de Psiquiatría.

INFORMAN:

Que la presente tesis, corresponde con el trabajo realizado por D. Federico Cardelle Pérez, bajo mi dirección, y autorizo su presentación, considerando que reúne os requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como director de ésta no incurre en las causas de abstención establecidas en Ley 40/2015.

En Santiago de Compostela, ... de ..... de 2020.

Fdo..... .Fdo.....

Fdo.....

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, especialmente en la atención a niños y adolescentes, los pacientes y sus familiares.

Extendemos el agradecimiento a quienes han favorecido la realización de esta tesis doctoral de forma directa o indirecta. Nos sentimos movidos a personalizar respecto a la dirección de la tesis, la Profesora María Dolores Domínguez y el Profesor Julio Brenlla, por su paciencia y actitud que ha facilitado la adaptación a circunstancias personales fundamentalmente de tipo geográfico, así como al Profesor Raimundo Mateos Álvarez por acceder a desempeñar la tutoría del trabajo.

Y tú heredas el verde

de jardines que han sido, y de cielos caídos

su sosegado azul

Rainer Maria Rilke

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Programas en Hospital de Día de Salud Mental para niños y adolescentes: antecedentes y propuestas de futuro

RESUMEN

Se plantea que la intervención de programa en régimen de Hospital de Día para atención a trastorno mental grave en adolescentes debería proporcionar una mejoría en los pacientes atendidos, no sólo a nivel clínico y psicopatológico sino también a nivel de desempeño psicosocial tal y como se ha reflejado en la literatura existente, pudiendo ser aplicable también a un programa parcial en Hospital de Día. Dentro de las limitaciones derivadas de la heterogeneidad de programas de tratamiento diurno las publicaciones suelen referirse a evaluaciones de eficacia y efectividad con escasa bibliografía referente específicamente a programas de tipo parcial en Hospital de Día infanto - juvenil, por lo cual hemos considerado relevante una revisión bibliográfica.

Se pretende enfatizar la importancia de seguir implementando programas que incidan en la salud mental del niño y del adolescente por parte de las autoridades competentes, siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales al respecto, y en este sentido se ha tratado de realizar una introducción completa así como una exposición bibliográfica en cada uno de los apartados específicos que justifiquen estas necesidades.

PALABRAS CLAVE

Hospital de Día, Hospitalización parcial, Psiquiatría del niño y del adolescente, Trastorno Mental

Programas en Hospital de Día de Saúde Mental para nenos e adolescentes: antecedentes e propostas de futuro

RESUMO

Formúlase que a intervención dun programa en réxime de Hospital de Día para atención a trastorno mental grave en adolescentes debería proporcionar unha mellora nos doentes atendidos, non só a nivel clínico e psicopatolóxico senón tamén a nivel de desempeño psicosocial tal e como se reflicte na literatura existente, podendo ser aplicable tamén a un programa parcial en Hospital de Día. Dentro das limitacións derivadas da heteroxeneidade dos programas de tratamento diurno as publicacións adoitan referirse a avaliacións de eficacia e efectividade con escasa bibliografía referente específicamente a programas de tipo parcial en Hospital de Día infanto - xuvenil polo que consideramos relevante unha revisión bibliográfica.

Preténdese enfatizar a importancia de seguir implementando programas que incidan na saúde mental do neno e adolescente por parte das autoridades competentes, seguindo as recomendacións nacionais e internacionais ao respecto, e neste sentido trátase de realizar unha introdución completa así como unha exposición bibliográfica en cada un dos apartados específicos que xustifiquen estas necesidades.

PALABRAS CLAVE

Hospital de Día, Hospitalización parcial, Psiquiatría do neno e do adolescente, Trastorno Mental

Mental Health Day Hospital programs for children and adolescents: background and proposals for the future

SUMMARY

Day Hospital program intervention for severe mental disorder in adolescents should provide improvement in the patients attended, not only from a clinical and psychopathological point of view but also about psychosocial perfomance as reflected in the literature, being applicable on a Day Hospital partial program. Within the limitations derived from the heterogeneity of day treatment programs publications often referred to efficacy and effectiveness evaluations and limited bibliography referring to partial programs in Day Hospital for children and adolescents, we have considered a bibliographic review.

Widely, the aim is to emphasize the importance of continuing to implement programs that influence child and adolescent mental health following the national and international recommendations by the competent authorities, in this direction we have tried to make a complete introduction as well as a bibliographic exposition in each of the specific sections that justify these needs.

KEYWORDS

Day Hospital, Partial Hospitalization, Child and Adolescent Psychiatry, Mental Disorder

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....1

1.1 DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....3

1.2 HOSPITALES DE DÍA: DEFINICIÓN, DESARROLLO Y PROGRAMAS.....23

1.2.1 Definiciones generales.....23

1.2.2 Desarrollo y programas en Hospitales de Día.....27

2. OBJETIVOS. HIPÓTESIS DE TRABAJO.37

3. MATERIAL Y MÉTODOS.....39

3.1 CONSIDERACIONES PRELIMINARES.....39

3.2 ORIGEN Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....40

3.3 MÉTODOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA 43

3.3.1 Fase 1: Base de datos.....44

3.3.2 Fase 2: Otras fuentes.....49

3.3.3 Diagrama de flujo PRISMA.....50

3.3.4 Estructuración e indexación de fuentes.....51

4. RESULTADOS.....55

4.1 HOSPITALES DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES 55

4.1.1 El Hospital de Día infanto-juvenil.....55

4.1.2 Desarrollo de los Hospitales de Día Infanto-Juveniles.....60

4.1.3 Definición operativa de Hospital de Día Infanto-Juvenil 75

4.1.4 Recomendaciones de implantación de Hospitales de Día Infanto-Juveniles y objetivos de los mismos.....95

4.2 DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS.....100

4.2.1 Estructura.....101

4.2.2 Organización.....104

4.2.3 Planificación terapéutica.....106

5. DISCUSIÓN.....111

5.1 EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS EN HOSPITALES DE DÍA INFANTO-JUVENILES.....111

5.2 ANÁLISIS DE INTERVENCIONES EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL.....122

5.2.1 Estructura.....122

5.2.2 Plazas, procedencia y estancia media.....127

5.2.3 Aspectos organizativos.....130

5.2.4 Actividades terapéuticas.....134

5.2.5 Alianza terapéutica y Programa Terapéutico Individualizado.....138

5.2.6 Intervenciones grupales.....140

5.2.7 Intervención familiar.....144

5.2.8 Evidencia de intervenciones psicológicas y ocupacionales.....146

5.3 ANÁLISIS DE DATOS.....158

5.3.1 Generalidades.....158

5.3.2 Indicadores de proceso, resultado, actividad y funcionamiento.....165

5.3.3 Demografía.....174

5.3.4 Según diagnóstico.....176

5.3.4.1 Trastornos del Estado del Ánimo.....178
5.3.4.2 Trastornos de Ansiedad.....180
5.3.4.3 Trastornos de Conducta.....183
5.3.4.4 Trastornos Hipercinéticos (TDAH).....186
5.3.4.5 Trastornos del Espectro Autista.....187

5.3.4.6 Trastornos Psicóticos.....189
5.3.4.7 Trastornos de la Conducta Alimentaria..201
5.3.4.8 Trastornos de la Personalidad.....214
5.3.4.9 Miscelánea.....217

5.3.5 Funcionamiento global.....220

5.3.6 Clínica y Psicopatología.....223

5.3.7 Habilidades sociales y autoconcepto.....225

5.4 LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS.....227

6. CONCLUSIONES.....231

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO.....233

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....237

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal y como cita el Libro blanco de la Psiquiatría del niño y el adolescente y recoge la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" [1].

La prevalencia anual de trastornos mentales en niños y adolescentes, si bien se dispone de menos estudios que para la edad adulta, se calcula entre un 12 y un 22 % [2, 3, 4]. Existiendo una importante variación en las tasas estimadas, se acepta que como mínimo un 12% de los niños y adolescentes padecen trastornos mentales importantes [2, 3, 4, 5] y a su vez al menos la mitad de ellos presentaban un deterioro muy significativo (seriamente incapacitados o alterados, por su causa) [3, 6].

Aproximadamente el 20% de los niños a nivel mundial, de forma independiente de variables como región o cultura, presentan trastornos mentales; siendo las regiones con mayor porcentaje de población infantil y juvenil las que presentan menor volumen de recursos en salud mental [1].

El Libro Blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente, publicado en el año 2013 y cuyo coordinador de comité asesor ha sido Celso Arango, aporta varios datos concretos que consideramos de interés para contextualizar la situación en España. En el año 2012 España contaba con una población total de 46.196.278 personas de las que 8.309.801 eran menores de edad, que viene a ser un 18% del total de la población; y a su vez un 20% de dicha población podría beneficiarse a lo largo de su infancia de atención en salud mental, que

en determinados casos podría ser a través de pediatra o médico de familia [1].

Durante mucho tiempo se ha negado o minimizado la importancia de los trastornos mentales de niños y adolescentes. Hoy día se admite en el mundo científico que más de la mitad de las enfermedades mentales de la población tienen su origen en la infancia, y que puede existir una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta [6]. Aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años y más del 70% de todos los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años [1]. Además de que existe abundante bibliografía que trata sobre la importancia del tratamiento precoz [7, 8, 9]; admitiéndose una etapa donde las posibilidades de cambio son mayores que en el adulto. Con este concepto de desarrollo nos referimos a un proceso dinámico de interacción entre organismo y medio que facilita la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, las funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad [10].

El informe sobre la salud mental de niños y adolescentes realizado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 2009 y publicado en sus cuadernos técnicos [11] cita a la Organización Mundial de la Salud y su documento *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans* de 2005, y refiere tres argumentos fundamentales para desarrollar prestaciones eficaces en niños y adolescentes. En primer lugar que los trastornos mentales específicos se producen en ciertas etapas identificables del desarrollo del niño y del adolescente, pudiendo así dirigirse los programas de investigación y las prestaciones a estos puntos donde resulta mayor su probabilidad de aparición. En segundo lugar apuntan al alto grado de continuidad entre los trastornos de niños y adolescentes y los de la edad adulta, de forma que una intervención temprana podría prevenir o reducir la probabilidad de discapacidad posteriormente. En tercer lugar, señalan que unas prestaciones eficaces reducen la carga de los trastornos mentales en el individuo y la familia y también los costes a los sistemas sanitarios y a las comunidades; comentando que cada vez hay

mayor grado de evidencia de que las prestaciones de prevención y tratamiento son rentables.

Dicho informe también hace referencia al Libro Verde de la Salud Mental publicado en Bruselas en 2005, que propone una serie de acciones orientadas hacia niños y adolescentes como son: estrategias a nivel global de promoción de la salud mental en su propio contexto, en la salud pública y en otras políticas públicas que garanticen la promoción de la salud mental a lo largo de la vida; tener la consideración de la promoción de la salud mental como una inversión a largo plazo y programas de información y educación a largo plazo; programas de apoyo y educación a la maternidad y paternidad que tengan su inicio en el propio embarazo; y programas basados en la evidencia de habilidades e información centrados en la inteligencia emocional y funcionamiento psicosocial para menores de edad [11].

Refiriéndose en concreto a nuestro medio, el informe advertía en 2009, entre otros puntos críticos, que los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas (CCAA) proporcionaban una atención muy diferente entre sí y contaban con un número de profesionales muy inferior al recomendado, y considerando como prioritario ofrecer a los niños y adolescentes con problemas de salud mental tratamientos eficaces, de calidad y manteniendo la equidad [11].

1.1 DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia es una rama de la Psiquiatría relativamente reciente en el tiempo, ante una progresiva demanda de atención médica por parte de niños y adolescentes; este campo de conocimiento no cuenta con una trayectoria tan consolidada como otros ámbitos asistenciales, ya que tradicionalmente no ha tenido una autonomía propia al encontrarse englobado tanto en el contexto de Pediatría como en el de la Psiquiatría general [1]. A

continuación se realiza un resumen de su evolución a lo largo de la historia, tanto a nivel mundial como en el caso de España. La introducción del campo de conocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España, como veremos a continuación, se produce con cierto retraso con respecto a otros países europeos de su entorno. Mientras que en países como Francia, Inglaterra o Alemania ya se habían realizado intervenciones específicas en la segunda mitad del siglo XIX, en España no se van consolidando hasta principios del siglo XX [1].

Durante siglos el niño se ha encontrado entre los grupos marginados de la sociedad y dejando su cuidado en manos de las mujeres; escritos médicos de diversas culturas y regiones recogían las principales enfermedades padecidas por los niños, pero no será hasta el siglo XVIII cuando aparezca el "sentimiento de la infancia", es decir, la convicción de que esta etapa de la vida del hombre debe ser considerada como algo específicamente distinto; según refiere Mardomingo en Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente [12].

Siglo	**Autor**	**Hito**
XVI	Johann Weyer Ponce de León	Descripción casos y tratamiento Educación de sordomudos
XVIII	Tuke. Pinel. Chiarugui Itard	Pioneros reforma psiquiátrica "Niño salvaje" de Aveyron

XIX	Pereire. Pestalozzi. Seguin	Trabajo con sordomudos
	Claparède	Educación especial
	Hall	Investigación cuestionarios
	Griesinger. Maudsley. West	Publicaciones sobre trastornos mentales en la infancia
	Emminghaus	*Die psychischen Störungen des Kindesalters*
	Gauber	*Étude sur les formes de la folie chez l´enfant et chez l'adolescent*
		Centros para discapacidad intelectual
	Feijoó. Sarmiento Jovellanos	Pedagogía

Johann Weyer es considerado habitualmente el primer "psiquiatra" que practicó medicina en el siglo XVI, su interés pasó de la medicina general al estudio individual del comportamiento del ser humano, como el caso de las mujeres acusadas de brujería, también podría considerarse el primer psiquiatra de niños y adolescentes al sugerir una evaluación y cuidados incluso con descripciones de casos clínicos; sus escritos reflejan el reconocimiento de la importancia de la relación terapéutica y el examen y la observación cuidadosa, y que las necesidades del individuo deberían ser puestas en primer lugar antes que las reglas de las instituciones, según relata el manual de psiquiatría comunitaria coordinado por Ghuman y Sarles en el

capítulo sobre tratamiento diurno de niños y adolescentes [13]. También en este siglo XVI se ha mencionado al monje benedictino Ponce de León como pionero de la Psiquiatría Infantil, pues dio los primeros pasos en la educación de los sordomudos, según Ajuriaguerra en su clásico Manual [14].

La Ilustración supuso el interés por el niño desde los puntos de vista de la compasión, científico y razón de Estado; existiendo una mortalidad infantil superior al 20% con grandes problemas demográficos en los estados, la atención a los expósitos y su acogida en asilos y orfelinatos será una de las manifestaciones, un precedente de estas instituciones fue creada en Valencia en el siglo XIV, con el nombre de *Pare dels orfens,* y su finalidad era evitar que los niños mendigaran [12].

En 1799 Citizen Bonaterre publica en el *Journal des Debats* el descubrimiento de un "niño salvaje" en los bosques de Aveyron trasladado el Hospital Saint-Afrique y después a Paris; siendo examinado en primer lugar por Pinel que consideró que no era un *homo ferus* o salvaje sino que tenía una discapacidad intelectual; a continuación fue tratado por Itard (discípulo de Pinel) durante cinco años tras haberlo solicitado al Instituto Nacional de Sordomudos donde estaba ingresado. El niño aprendió a vestirse, controlar esfínteres, leer palabras y cálculos sencillos, aunque Itard fue incapaz de enseñarle a hablar. A diferencia de Pinel, consideraba que se trataba de un niño salvaje sin la influencia de los aprendizajes de la civilización, sea como fuere, el esfuerzo de Itard puso las bases para el tratamiento de los niños sordomudos y con discapacidad intelectual [13].

En cuanto a los modelos contemporáneos de hospitalización psiquiátrica general se originan durante las reformas en 1790 en Inglaterra (William Tuke, fundando el *York Retreat*, que influyó a su vez en Benjamin Rush en América), en Francia (Philippe Pinel en Bicêtre y Salpêtrière) e Italia (Vicenzo Chiarugui en el *Hospital di Bonifazio,* en Florencia), los escritos de los tres influyeron en el enfoque nosológico moderno de la enfermedad mental basado en

síndromes basados en síntomas y la observación del curso clínico, según relata el Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de Lewis [15].

Durante el siglo XIX los conocimientos sobre sordomudos se enriquecieron, además de con Itard, con otras personalidades como Pereire (inició la educación de los sentidos sustituyendo la palabra por la vista y el tacto), Pestalozzi (fundó en Suiza un centro de educación pedagógica con procedimiento intuitivo y natural) y Seguin (que fundó en Francia la primera escuela de reeducación, y publicó un libro donde explicaba su método); se ha escrito que la colaboración del educador Seguin con el psiquiatra Esquirol (también discípulo de Pinel), constituyó el primer equipo médico-pedagógico, y no es hasta finales del siglo XIX cuando se funda Bourneville como centro médico-pedagógico para niños con discapacidad intelectual [14].

En 1841 se inaugura en Suiza el primer centro de tipo residencial para jóvenes con discapacidad intelectual, se fundan institutos en varios países europeos y también en Estados Unidos desde 1848. En la misma época, inspirados por la obra *Emile* de Rousseau, publicada en 1762 (que concibió la infancia como una realidad psicológica bien definida con valor propio y derecho al desarrollo, debiendo ser protegida y resguardada de la corrupción de la civilización, incluyendo la "educación medicinal" y la "educación moral") [12] y por los escritos de Locke (como la obra *Some thoughts concerning education* en que sostiene que el hombre es lo que la educación hace de él y el niño se convierte en el portador de la esperanza social de crear una humanidad nueva y mejor) [12], algunos científicos sintieron despertar su curiosidad en relación al desarrollo infantil tal y como nos explica Jiménez Casas en su artículo sobre el nacimiento de la Psiquiatría Infantil [16], en España destacan los pedagogos Feijóo, Sarmiento y Jovellanos [12]. También cabe reseñar el interés de Charles Darwin que a partir del estudio de la evolución de las especies tuvo la idea de estudiar el desarrollo del niño, realizando anotaciones diarias de todo aquello que hacía su primer hijo entre 1841 y 1842,

destacando la habilidad del mismo para interpretar los sentimientos de su cuidador a partir de la observación de las caras del niño como nos relata el capítulo de libro escrito por Domènech y otros [17].

Wilhelm Griesinger dedica un apartado a la infancia en su tratado *Patología y tratamiento de las enfermedades mentales* de 1845, expone que las enfermedades psiquiátricas lo son del cerebro y que la psiquiatría es una especialidad médica, en la misma época Henry Maudsley en lengua inglesa por vez primera aborda problemas de la infancia en su libro *Physiology and pathology of the mind* de 1867, donde describe los terrores nocturnos y discrimina entre alucinaciones del adulto y del niño, mientras Charles West incluye en su texto de pediatría un capítulo dedicado a los trastornos mentales en la infancia *(Lecture on disorders of the mind in childhood)* donde incluye discapacidad intelectual, anorexia y los trastornos del lenguaje así como otros de tipo psicosomático [12].

Stanley Hall en los años 80 del siglo XIX realiza cuestionarios mediante miles de padres y presenta sus datos desde un punto de vista estadístico surgiendo así un nuevo campo de investigación, en los años sucesivos se publican varios textos sobre trastornos psíquicos, enfermedades mentales o "insania infantil" [16].

El libro *Die psychischen Störungen des Kindesalters* publicado en 1887 por Emminghaus puede considerarse el primer tratado de Psiquiatría Infantil, mientras que Kraepelin en su obra realizará una sistematización de toda la Psiquiatría del siglo XIX. La tesis de Alexandre Gauber *Étude sur les formes de la folie chez l´enfant et chez l'adolescent*, defendida en Toulouse en 1894, se refiere de forma específica a los trastornos de niños y adolescentes [12].

Claparède introduce en la enseñanza pública las clases especiales en Ginebra a finales del siglo XIX; y en colaboración con el neurólogo François Naville iniciará entre 1904 y 1908 la primera consulta médico-pedagógica destinada a establecer criterios de admisión para las clases [14].

En España hasta el siglo XX no comienza la sensibilidad por los niños con discapacidad intelectual. Se aprueban leyes para proteger a los menores, especialmente para aquéllos con trastornos de comportamiento y del aprendizaje e inicialmente por parte de las escuelas. María Montessori en Italia, médico y pedagoga, es una figura fundamental en los esfuerzos de ambos campos para mejorar la atención de los niños en la primera mitad del siglo XX [11].

XX	Ellen Kay	"El siglo del niño"

1ª década	Binet	Trabajos psicométricos
	Freud	Psicoanálisis. Caso "Hans".
	Healy	Clínica estudio y asesoramiento de la infancia
		Tribunales específicos de menores
	Pereira	*La infancia anormal*
	Vidal Perera	*Compendio de psiquiatría infantil*
		Ley de Protección de la Infancia

2ª década		
		Centros de reeducación infantil
		Hogares para niños en riesgo moral
	Rodríguez Lafora	*Los niños mentalmente anormales*
3ª década		
		Centros de orientación infantil
		Asociaciones de padres de alumnos
	Bellevue	Primeras unidades psiquiátricas del niño
	Baltimore	Primer servicio psiquiátrico infantil
	Sociedad de Naciones	Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño
4ª década	A.Freud, Klein, Winnicott, Mahler	Psicoterapia del niño
	Escalona, Spitz	Estudios del desarrollo
	Tramer, Leo Kanner	*Kinderpsychiatrie. Child Psychiatry*
		Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil

Ellen Key, llama al siglo XX el siglo del niño. Ajuriaguerra, siguiendo a Leo Kanner, considera cuatro etapas iniciales por décadas [14].

Durante la primera década se produce la divulgación de trabajos psicométricos de Binet, mientras que con Freud aparecen las tendencias dinámicas de la psiquiatría, entre sus obras se encuentra el clásico caso Juanito (o caso Hans; consistente en el análisis de la fobia de un niño de cinco años que realizó con la colaboración del padre del mismo) [18], y Beers destaca el valor de la higiene mental, mientras los juristas crean tribunales especiales de menores [14].

En 1899, los estados de Illinois y Colorado establecen leyes para tribunales de menores en forma que los niños delincuentes fuesen juzgados de forma independiente respecto a los adultos [13]. William Healy funda en Chicago el año 1909 la primera clínica de estudio y asesoramiento de la infancia, con una vertiente social respecto a la problemática legal y por otra parte una vertiente científica con el interés por el estudio de los antecedentes personales de los menores que cometían delitos [12].

Como hemos mencionado, la colaboración de Alfred Binet y Théodore Simón en 1905 [14] permite la publicación de su escala de inteligencia, Godfard la introducirá en los Estados Unidos en 1910, estos tests permitieron disponer de un método complementario para que maestros pudiesen evaluar la capacidad de un niño para comprender las enseñanzas propias del aula [16]. A partir de aquí, la neurología y la psiquiatría infantil comienzan a adquirir nuevos hitos de forma continuada [14].

Durante la segunda década se crean centros para delincuentes infantiles basados en su reeducación, hogares para niños en "riesgo moral" y se amplían las escuelas especializadas de enseñanza de carácter individual [14]. Healy publica su libro *The Individual Delinquent,* basado en estudios de casos, en 1915 [16].

Ya en la tercera década se fundan los primeros centros de orientación infantil; formados por equipos multidisciplinares con médicos, psicólogos y asistentes sociales que trabajan de forma coordinada, también se crean las primeras asociaciones de padres de alumnos [14].

En Estados Unidos el año de 1920 se produce una epidemia de encefalitis y son creadas las primeras unidades psiquiátricas del niño para su atención, la pionera en el Hospital Bellevue de Nueva York, que ya contaba con diversos protocolos de evaluación e intervención; mientras que en Europa el primer servicio de hospitalización psiquiátrica del niño y del adolescente se inaugurará en el Maudsley Hospital en 1947, según relatan Javaloyes y colaboradores dentro de su capítulo de libro dedicado a hospitalización de niños y adolescentes [19].

En la década de 1920, Thom inaugura la Boston Hábitat Clinic para orientación de los menores, en 1926 Homburger publica un libro sobre la psicopatología de la infancia y Anna Freud aplica principios psicoanalíticos a los menores. En 1930 se inaugura el que podría considerarse como primer servicio psiquiátrico infantil del mundo en el departamento de pediatría de Johns Hopkins Hospital de Baltimore [16], bajo la dirección de Leo Kanner [12]. Accediendo niños desde el nacimiento hasta la edad adulta, con alteraciones del desarrollo evolutivo, de conducta, de base orgánica, discapacidad intelectual, origen psicógeno, actitudinal o sociológica [16].

En la cuarta década del siglo se establecen y se produce la difusión de las psicoterapias, en un primer momento destaca la terapia basada en la interpretación de los juegos de orientación psicoanalítica.

Durante en una reunión de la Asociación Psiquiátrica Suiza en 1933, Tramer propone para la nueva rama de la medicina el nombre de *Kinderpsychiatrie* (Psiquiatría Infantil), brindando el título a la primera revista de la especialidad publicada por el mismo autor al año

siguiente. Leo Kanner, en 1935 utiliza el término equivalente en inglés, *Child Psychiatry,* en un primer texto sobre la materia. Se celebra en la ciudad de París por iniciativa de Heuyer el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil el año 1937 [16], que favorece la creación de varias asociaciones nacionales, Heuyer también en París facilita la implantación de la cátedra de Paidopsiquiatría [14].

Después de estas cuatro décadas, la psiquiatría infantil encuentra su propio camino y se separa como especialidad específica tanto de la psiquiatría del adulto como de la pediatría, aunque manteniendo fuertes relaciones con ambas [14].

La psiquiatría infantil tiene cada vez más presencia y representantes; en las décadas de 1930 y 1940 se producen nuevas contribuciones en el estudio de las psicosis infantiles [16].

El psicoanálisis aplicado a niños se extiende en la mayoría de países occidentales, con diferentes escuelas (Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott), se realizan los estudios del desarrollo de forma evolutiva (Escalona, Spitz) y otros de etológicos o abarcando varias dimensiones [14]. Margaret Mahler fue otra psicoanalista que centró su trabajo en el proceso de separación progresiva del niño de la madre, que consideró absolutamente necesario para que el niño pudiese comprender el sí mismo y el otro como personas distintas (procesos individuación-separación) [12].

Los tratamientos se van concretando y desarrollando a la vez que se diversifican con las aportaciones en los campos de la reeducación y la psicoterapia; con tratamientos logopédicos, psicodrama analítico, terapias de relajación, nuevas teorías sobre el aprendizaje, conocimientos en fisiología y la aparición de la terapia farmacológica [14].

1950		Informe Bowlby sobre privación materna Academia Americana de Psiquiatría Infantil Tratamiento logopédico. Relajación. Psicodrama analítico. Teorías del aprendizaje. Bioquímica, cromosómica Terapia farmacológica
1960		Desinstitucionalización
1970	Ajuriaguerra	Psiquiatría comunitaria, centros de salud mental, intervención escolar y domiciliaria, Hospitales de Día *Manual de psiquiatría infantil*
1980-		Desarrollo recursos específicos para niños y adolescentes *Child and Adolescent Service System Program (CASSP)* *Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)*

Bowlby en 1951 publica un informe con un gran impacto, realizando una revisión sobre la privación materna para la OMS que se basada en aspectos ya estudiados previamente por Spitz y Goldfarb, incluyendo la observación de las respuestas de niños separados de sus padres; llevó a cambios duraderos en la práctica hospitalaria con unos profesionales más atentos a la sensibilidad de los niños y la importancia de las relaciones interpersonales, según señala el tratado de Rutter [20].

En el año 1952 fue fundada la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y tras el paso de unos años comienza a publicarse su revista, que actualmente se llama *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [12].

A partir de 1960 el movimiento de desinstitucionalización, los tratamientos farmacológicos más efectivos y una economía creciente llevó a una reducción del censo de los hospitales de larga estancia y más tratamiento basado en la comunidad; quedando la hospitalización como otro servicio de salud y desarrollándose así unidades de agudos en los hospitales generales para estancias cortas y crisis episódicas, en los años 80 se produjo un aumento de número de camas específicas para niños y adolescentes; hoy en día en Estados Unidos se considera un último recurso para los casos más graves que no respondan a otras opciones de tratamiento [15].

Los tratamientos ambulatorios contemporáneos psiquiátricos de niños y adolescentes incluyen servicios de salud mental para éstos y sus familias en marco extrahospitalario, como la escuela, el hospital de día, los tratamientos diurnos y los tratamientos domiciliarios; los encuadres ambulatorios van desde el despacho del profesional hasta grandes programas con varios componentes y personal multidisciplinario [13].

En Estados Unidos en 1986 se comenzó el desarrollo del llamado modelo *system of care*, articulado por el *Child and Adolescent Service*

System Program (CASSP) como respuesta a los informes sobre niños y adolescentes con alteración emocional grave (*Serious emotional Disturbance; SED*), al considerar que éstos estaban recibiendo hasta entonces una atención fragmentada e inefectiva en instituciones residenciales lejos de sus comunidades; siendo hoy en día el modelo ampliamente aceptado en ese país, basado en la comunidad y el tratamiento del paciente en su medio; incluyendo coordinación, planificación de trabajo en red y servicios intensivos basados en la comunidad, según el tratado de Cheng y Myers [21]. Dentro de las intervenciones comunitarias propuestas citar el trabajo en red (*wraparound*) del que Suter y Burns han evaluado la efectividad en un meta-análisis de 2009 [22]; la terapia multisistémica para jóvenes en riesgo de exclusión social debido a problemas graves de tipo emocional y conductual; el tratamiento dimensional de cuidados de acogida *Multidimensional System Foster Care,* basado en la evidencia, desarrollado por el centro de aprendizaje social Oregon como una alternativa domiciliaria al tratamiento residencial para jóvenes con necesidades de salud mental o comportamiento antisocial; y el manejo de casos intensivo *Intensive case management,* como una estrategia frecuente para coordinación y asegurar acceso a servicios que se adapten a las necesidades del menor y su familia; con funciones como evaluación de necesidades, planificación e implementación de servicios, coordinación y monitorización de servicios y apoyo); concluyendo que los principios del *System-of-care* pueden ser aplicados a la práctica individual psiquiátrica tal y como indican los *Practice Parameters on Child and Adolescent Mental Health Care in Community Systems of Care realizados* por la AACAP (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)* en 2007 [21].

En Inglaterra la atención a la salud mental de la adolescencia se realizaba mediante los servicios psiquiátricos hospitalarios hasta 1986 cuando con el informe del *Realty Advisory Service* (NRS) se produce un cambio de estrategia que traslada la mayor parte de la atención al campo extrahospitalario y los recursos comunitarios; de forma similar en Estados Unidos aunque en este país en los años 80 disminuyó el apoyo a los recursos públicos debido a cuestiones de planificación

sanitaria y social. Se ha escrito sobre esta evolución de la salud mental de niños y adolescentes desde un modelo hospitalario hacia los modelos basados en la comunidad con principios como el carácter central del niño y su familia en el proceso de asistencia, la integración de diversos recursos en un mismo contexto y la importancia de la atención de niños con trastornos graves en su propio medio y comunidad, tal y como señalan Pumariega y otros en su revisión que abarca 40 años de evolución de los sistemas de salud [23].

Dentro de las consideradas mejores prácticas dentro de la Psiquiatría del niño y adolescente en el Libro Blanco; se presenta la iniciativa implantada por el NHS (*National Health Service*) en el Reino Unido que son los llamados CAMHS (*Child and Adolescent Mental Health Services*), especializados en la prestación de ayuda y tratamiento para niños y jóvenes hasta la edad de 18 años con problemas de salud emocional, de comportamiento y mentales; en el año 2000 el Programa del Plan de Implementación del NHS incluía el requisito de que las autoridades sanitarias y locales trabajaran conjuntamente para producir una estrategia local de CAMHS. Posteriormente en el año 2008 el primer *Children's Plan* fue publicado y la iniciativa *Think Family* se puso en marcha. Se establecieron las primeras guías enfocadas a salud mental en las escuelas y se publicó el Programa de Promoción de la Salud del Niño. En noviembre de ese mismo año se publicó la Revisión de los CAMHS como un examen independiente que incluyó una serie de recomendaciones para la acción a nivel nacional, regional y local. Ya en el año 2010 el Consejo Nacional Asesor de Salud Mental de la Infancia y el Bienestar Psicológico publicó un informe exponiendo como implantarían las recomendaciones de la Revisión de los CAMHS, al año siguiente en el mes de febrero el gobierno puso en marcha la Estrategia de Salud Mental *No Health Without Mental Health.* Otras iniciativas que se han descrito son la CAMHS EBPU de la University College of London y Anna Freud Center en 2006, para ofrecer información actualizada sobre últimas investigaciones en niños y jóvenes con dificultades emocionales y de comportamiento

incluyendo sus familias; y el proyecto BOND (*Better Outcomes, New Delivery*) sobre la importancia de la detección e intervención temprana en los problemas de salud mental de niños y jóvenes [1].

Siguiendo con el caso de Alemania, los resultados de una encuesta sobre la estructura de las instituciones psiquiátricas para niños y adolescentes en la República Federal Alemana en 1991 mostraban que en ese año existían ya 111 instituciones de hospitalización con una capacidad total para 6363 niños y jóvenes, con una contribución muy desigual desde cada Bundesland, según relataban Specht y Anton en 1992 [24]. En 1990 entró en vigor en Alemania la ley de personal psiquiátrico, que llevó a una disminución de las camas de hospitalización psiquiátrica y una disminución en las estancias medias; y se ha considerado que esta acta está desfasada por cambios en la morbilidad de la población, el aumento de urgencias, y nuevos estándares profesionales; además de nuevas provisiones legales y convenciones (como la convención de Naciones Unidas de los Derechos del Niño); por lo que Schepker y colaboradores han considerado necesaria en 2015 una reevaluación completa de cara a la planificación estructural de calidad de servicios de hospitalización y tratamiento diurno infanto-juvenil [25]. En 2013 en Alemania las tasas de ingreso de niños y adolescentes por motivos psiquiátricos eran altas (54.467 ingresos durante ese año), con dificultades para proporcionar las camas necesarias, y considerando que eran necesarias vías alternativas; un estudio trató de verificar el coste-efectividad de los tratamientos Hot-BITs (*Hometreatment brings inpatient-treatment outside*; llevar el tratamiento hospitalario al domicilio) un nuevo servicio ofreciendo un alta temprana seguida de 12 semanas de soporte intensivo, Boege y otros en 2015 lo consideran una alternativa factible [26].

Durante los últimos años se ha producido un importante aumento en las publicaciones relacionadas con la salud mental infanto-juvenil, una revisión realizada desde Estados Unidos de todos los estudios de efectividad publicados desde el año 1996 hasta el 2011 comparados con el período previo (1980-1995) mostró un aumento por cinco del

número total de estudios, según han referido Hoagwood y otros en 2012 [27].

En España las primeras iniciativas fueron dirigidas sobre todo a niños con trastornos del comportamiento y del aprendizaje, primero en el ámbito de educación y más tarde se irá definiendo y ampliando el tratamiento de los niños y adolescentes con problemas mentales, impulsado fundamentalmente por Francisco Pereira y Augusto Vidal Perera [1]. El primero fue director de una escuela sanatorio para niños con discapacidad intelectual y funda la revista *La infancia anormal* en 1907, mientras que el segundo fue catedrático de pedagogía de la Escuela Normal Superior de Maestros de Barcelona y realizó el considerado primer tratado de Psiquiatría Infantil en 1907, *Compendio de Psiquiatría Infantil* [11]. Una década después, en 1917, Gonzalo Rodríguez Lafora publicará su libro *Los niños mentalmente anormales* [19]. De forma similar a lo ocurrido con anterioridad en otros países, aparecen leyes para proteger a los menores de edad, enfocadas como hemos indicado a niños con trastorno de comportamiento y del aprendizaje cuyo cuidado lo realizarán las escuelas en primer lugar [11]. La influencia de las opiniones de los médicos sobre los poderes públicos incidirá en la publicación de la Ley de Protección de la Infancia en 1904 [12].

En España mediante el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica creado tras la guerra civil se abren cincuenta y cinco centros de atención terapéutica que sin llegar a ser específicos incluyen como pacientes a niños y adolescentes con trastornos mentales [1, 11]. Los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica son creados en 1961 en todas las capitales de provincia pertenecientes a este Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica [12]. Son Ciudad Real, Madrid, Teruel y Zamora las ciudades donde se inauguran cuatro hospitales psiquiátricos para niños con discapacidades intelectuales graves. Las unidades específicas y consultas externas de atención psiquiátrica de niños y adolescentes en un principio fueron dependientes de los Servicios de Pediatría y después de Psiquiatría [1],

con la participación de la Psiquiatría Infantil en los servicios pediátricos de hospitales generales, hospitales clínicos, y servicios de psiquiatría de adultos en dispensarios de Ayuntamientos y Diputaciones, y centros de atención primaria [12]. De esta forma integraron en los años 70 del siglo XX en los Hospitales Gregorio Marañón y La Paz (Madrid) y en Vall d´Hebron (Barcelona) [11]. Aparecen figuras de gran renombre como Julián de Ajuriaguerra, cuyo tratado que hemos referenciado previamente fue publicado en 1973 [16], pero no se crean escuelas por la ausencia de una formación estructurada en Psiquiatría Infantil [1].

Continúa su desarrollo histórico el Libro Blanco explicando que con la llegada del Estado de las Autonomías las competencias se han derivado a cada una de las Comunidades Autónomas, siendo así cada una de ellas la responsable de la implantación de dispositivos de tratamiento de niños y adolescentes con problemas psiquiátricos en su área; así en toda España se ofrece la atención a niños y adolescentes aunque no de forma homogénea entre todas las Comunidades Autónomas. Además, al no existir todavía una formación específica vía Médico Interno Residente (MIR) para la especialidad propia de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia, la calidad de la atención ofrecida en cada Comunidad Autónoma depende entre otros factores de la formación de cada profesional, ya que el personal que trabaja en la asistencia no ha recibido necesariamente una formación estandarizada en el campo infantil y juvenil [1, 11].

Se han desarrollado programas y servicios para adolescentes sobre todo a raíz de la aparición de la Salud Mental Comunitaria yendo siempre este desarrollo como hemos podido comprobar por detrás de la reforma de la atención psiquiátrica del adulto en todos los países, el grado en que esto se ha conseguido y el tipo de red asistencial varía notablemente de un país a otro y depende del desarrollo económico, la política sanitaria y el contexto social de cada uno [23].

El 6 de abril de 2009 el entonces Ministro de Sanidad Bernat Soria, anuncia la aprobación de la creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil en España, junto con la de Urgencias y Emergencias, como una especialidad independiente y finalmente el 25 de Julio de 2014 se publica en el Boletín Oficial del Estado la creación del título de médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Real Decreto 639/2014) [12]. Más recientemente, el 17 de Enero de 2018 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad inicia trámite de audiencia e información pública acerca del Proyecto de Real Decreto por el que se crea el título de médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y se modifica el actual título de médico especialista en Psiquiatría por el de médico especialista en Psiquiatría del Adulto [28], si bien iniciado el año 2021 todavía no se ha dado resolución al mismo.

El grado de desarrollo a nivel estatal de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a día de hoy en España se encuentra muy relacionado con trabajo de diversas Asociaciones profesionales específicas, como puede ser el caso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA) o la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA), entre otras como la sección específica de la AEN a cuyos grupos de trabajo ya nos hemos referido. Siguiendo de nuevo al Libro Blanco las situaremos brevemente en los siguientes cuadros [1].

Año	Asociación	Objetivos
1950-1952	Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA)	Cultivar el progreso científico, procurar mantener las mejores relaciones entre los profesionales dedicados a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y las Sociedades afines, velar por el mayor prestigio moral y científico del campo de conocimiento y de los especialistas y fomentar todas las manifestaciones científicas relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
1982	Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA)	Desarrollar el estudio de la psiquiatría, psicología, y en general de la Salud mental Infantil y del Adolescente y, de forma específica, promocionar el conocimiento de la realidad asistencial dentro del Estado Español y tratar de influir en el proceso de planificación asistencial de la Salud Mental del Niño y el Adolescente
1924	Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)	Desarrollo científico de las ciencias integradas en el campo de la salud mental para mejorar la prevención, el tratamiento, los cuidados, la rehabilitación, la integración y los derechos de las personas que padecen trastornos mentales y sus familiares

Fundación Alicia Koplowitz	Entidad sin ánimo de lucro entre cuyos objetivos fundacionales está la promoción de la investigación biomédica y cuya actividad médico-científica se centra en su Programa de Apoyo a la Salud Mental del Niño y el Adolescente basado en contribuir al avance de la investigación y mejorar la formación de los profesionales en dicho campo en España

1.2 HOSPITALES DE DÍA: DEFINICIÓN, DESARROLLO Y PROGRAMAS

Los programas en Hospitales de Día de Salud Mental en sus orígenes fueron concebidos de forma prioritaria para la atención a pacientes en la edad adulta, para posteriormente producirse la aparición de programas específicos para niños y adolescentes. Realizaremos en primer lugar una serie de definiciones de carácter general para después comentar este desarrollo progresivo de programas específicos para la infancia y la adolescencia.

1.2.1 Definiciones generales

La definición de Hospital de Día (HD), que formalizaremos en lo sucesivo; también conocido como hospitalización parcial, puede aludir a intervenciones dispares que se realizan en dichos centros, como por ejemplo rehabilitación o tratamiento ambulatorio intensivo [29, 30].

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se define Hospital de Día como "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 en el medio, definido como la utilización del tiempo y del espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, el trabajo en equipo interdisciplinar, contando con diferentes recursos" [31].

Esta definición está de acuerdo con la de la Asociación Americana para la Hospitalización Parcial (*American Association of Partial Hospitalization,* AAPH) , que definen ésta como: "un programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable", "el programa debe ser una unidad organizada, separada e identificable aunque integrada dentro de la continuidad de servicios de salud mental" [32]. La Asociación Nacional de Hospitales Psiquiátricos

Privados y la Asociación Americana para la Hospitalización Parcial definieron en 1990 la hospitalización parcial como un programa ambulatorio limitado temporalmente y diseñado específicamente para el diagnóstico o tratamiento intensivo y coordinado de un trastorno mental grave en un entorno terapéuticamente estable [30].

En cuanto a la definición de Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDP-IJ), siguiendo al grupo de trabajo de la AEN coordinado por Jiménez Pascual en 2001 [33], se define éste como "un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales graves que aparezcan en estos períodos de la vida y que tienen en común provocar una pérdida en sus capacidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando así mismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales". En nuestro país existen diferentes dispositivos que podríamos incluir en este grupo como centros de día, centros educativo-terapéuticos y unidades de media estancia, entre otros [34].

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG) referido a la infancia, según es definido por el grupo de trabajo de la AEN coordinado por Mollejo Aparicio en 2012 [35], alude a una serie de patologías psiquiátricas que pueden aparecer en la infancia o adolescencia y que por su gravedad comprometen seriamente el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de aquellos niños o adolescentes que lo padecen; a diferencia del TMG del adulto que implica un criterio de cronicidad en el TMG de inicio en la infancia o adolescencia un abordaje precoz e integral podría evitar en muchos casos la cronificación de esta patología.

Según las recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves de la infancia y la adolescencia publicadas en 2004 por el consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental en Cataluña, se incluye en este concepto un conjunto definido de patologías mentales que tienen o bien pueden llegar a tener una

importante repercusión en la calidad de vida de las personas [36]. Se trata de un concepto planteado desde la planificación y la gestión clínica bajo el cual quedan englobados pacientes con manifestaciones clínicas y diagnósticas muy heterogéneas, y en los últimos años se ha hecho una reflexión sobre la necesidad de programas de tratamiento y recursos asistenciales para estos pacientes que presentan importantes déficits funcionales y de adaptación social y escolar [35]. La comunicación de Ramos, Tajes, Gago y Mazaira en 2009 de un registro de trastorno mental grave (TMG) en niños y adolescentes realizado en Galicia durante un periodo de 18 meses seleccionó aquellos casos con manifestaciones psicóticas y planteó la necesidad de programas de tratamiento y recursos asistenciales para estos pacientes que presentan importantes déficits funcionales y de adaptación social y escolar [37]. En Estados Unidos se ha conceptualizado el *Serious Emotional Disturbance* (SED), correspondiente según informes al 9 al 13% de la población de niños y adolescentes [21].

El grupo de trabajo específico de la AEN indica la importancia de considerar a la infancia como una etapa evolutiva crucial, con lo cual en los niños con TMG no sólo va a condicionarse la pérdida de funcionalidad sino también la falta de adquisición de habilidades y recursos en un período crítica, y por ello la aparición en edades tempranas de un TMG supone una detención en opciones evolutivas que puede llevar a estados deficitarios; en todo caso, la aparición de un trastorno mental en la infancia implica un deterioro importante en la calidad de vida y puede ser precursor de los trastornos mentales en la edad adulta [35].

Lasa y colaboradores, en su evaluación de la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de los TMG en la infancia de 2014 [38], indican que la necesidad de abordar la problemática citada se ha ido recogiendo en distintos documentos; de forma explícita en la cartera de servicios comunes del SNS de 2009 en su epígrafe 7.5 [39], y también en las Estrategias de Salud Mental del SNS de 2007 [40] se

indicaba la necesidad de desarrollar una serie de medidas fundamentales para los afectados de Trastornos Mentales Graves que deberían incluir también a la población de niños y adolescentes, como son las siguientes: diagnóstico e intervención precoz con medidas de eficacia reconocida, establecer consenso en criterios diagnósticos y realizar protocolos y guías de práctica clínica para mejorar la calidad; sistemas de información específicos de trastornos mentales en niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos; impulso de medidas formativas para erradicar estigma y discriminación (en profesionales sanitarios, educadores, servicios sociales y medios de comunicación). En la misma dirección, en el tercer capítulo del libro de la AEN sobre TMG en la infancia y adolescencia firmado por Molíns, Rivas y Villanueva, en lo relativo a la terapéutica se sentencia que todo programa de atención a TMG debe contar con: Terapia individual, Terapia de Grupo, Intervención con Padres, Tratamiento farmacológico, Hospital de Día, Unidad de Hospitalización Breve y otros recursos terapéuticos [35].

Ya hemos definido trastorno mental grave (TMG) en población infantil como el "conjunto de diagnósticos que tienen en común una gravedad clínica y evolutiva directamente relacionada con la afectación del desarrollo, desde edades tempranas, de funciones psíquicas fundamentales" (como son relaciones, pensamiento y comunicación), y se relacionan con un importante deterioro en calidad de vida, en el entorno familiar y en el desarrollo académico y social [38]. Se ha escrito que el concepto TMG no se emplea de forma uniforme ni nacional ni internacionalmente, por lo que se hace difícil extraer información y conclusiones para el conjunto de diagnósticos que se incluyen bajo este concepto. Siguiendo a Lasa, percibe una variabilidad tanto en la práctica clínica como en los recursos disponibles y su distribución geográfica entre las distintas Comunidades Autónomas; y se considerado limitadas las áreas que pueden ofrecer desde los servicios de Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles (CSMIJ) la atención requerida por esta población cuando se plantean especificidad, uniformidad, intensidad y frecuencia terapéutica. Los profesionales han manifestado su falta de satisfacción con la atención

que pueden ofrecer en relación a las carencias de recursos que sufren; los programas TMG en los CSMIJ pese a una incidencia relativamente baja precisan que se destine una alta concentración de recursos; y su aumento de prevalencia en los últimos años suponen una presión y demanda crecientes sobre la Salud Mental pública, sin encontrarse una respuesta homogénea a estas cuestiones por el momento [38].

1.2.2 Desarrollo y programas en Hospitales de Día

Conforme la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia avanza en su desarrollo se introducen diferentes alternativas terapéuticas específicas para este grupo de edad, compartiendo características similares a las que habían sido creadas previamente para el caso de los pacientes en edad adulta, y entre las que se encuentra el Hospital de Día para niños y adolescentes.

Con el objetivo de reducir la duración de los ingresos psiquiátricos y en un contexto económico aparece el primer Hospital de Día Psiquiátrico por parte de Dzhagarov en Moscú (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, años 30 del siglo XX), se basada en terapia ocupacional [41] y contaría con admisiones tanto para adultos como para niños según relata Alcamí [42]. La hospitalización parcial se introduce tras la segunda guerra mundial en paralelo al movimiento de desinstitucionalización con el cierre de las instituciones manicomiales, la aparición de las comunidades terapéuticas propuestas por Maxwell Jones como sistemas sociales [43], las psicoterapias de grupo y la aparición de nuevos psicofármacos; haciendo considerar la necesidad de lugares donde los pacientes pudieran ser tratados sin formalizar el ingreso hospitalario, siguiendo el relato de Lopes y Curral [44]. En los países occidentales, el primer Hospital de Día fue creado en Montreal (Canadá) en 1946 como parte de un hospital psiquiátrico universitario (Allan Memorial) como un intento de reducir la demanda de camas de hospitalización completa, según refiere el tratado Kaplan y Sadock [45]. Poco después, un programa de hospitalización parcial fue establecido

en Yale (Estados Unidos) en la clínica Menninger, llegando a popularizarse en década de los 60 después del establecimiento del programa de hospitalización parcial dirigido por el *Community Mental Health Center Construction Act* en 1963 [44]. En 1957 Harris consideraba que el hospital de día es un lugar en el que los pacientes psiquiátricos pasan la jornada, beneficiándose de un régimen terapéutico [46]. En Europa también comenzaron a aparecer entre los años 40 y 50, llegando a su pico en 1970 y suponiendo la alternativa a la hospitalización completa; así en Inglaterra se estableció el primero en 1948 (Londres) y después le siguieron otros de tal forma que en 1959 existían más de 38; el movimiento incorporó la filosofía de Bierer quien afirmaba que el tratamiento debía incluir todo el entorno social del paciente así como sus relaciones interpersonales, de tal forma que el paciente debía ser tratado no sólo como individuo sino también como parte de una comunidad, los autores citan como referencia a Shorter [44].

Gudeman y otros en 1983 llegan a proponer un "Hospital de Noche" para personas que requiriesen soporte antes de que fueran capaces de trabajar y vivir de forma independiente [47], concepto que también ha aparecido en Francia como complemento de otras modalidades de atención como el Hospital de Día para la población infanto-juvenil según Favier [48] . Durante los años 80 y 90 el crecimiento exponencial fue seguido por una reducción en programas de hospitalización parcial asociada con el estudio de coste-efectividad debido al aumento de costes y a cierta indefinición de los conceptos de tratamiento (población diana, objetivos, estancia media); además de que surgió la competencia por programas alternativos como el tratamiento asertivo comunitario y el *acute home based care* [44]. En 1987, Rosie tras una revisión de programas de hospitalización parcial propuso distinguir tres tipos de Hospitales de Día: los que son alternativa a la hospitalización, los programas de tratamiento en régimen de día y los centros de asistencia de día [49]. El impulso frenado en los años 80 se recupera con el cambio de siglo tanto en cuanto a número de programas como de pacientes tratados (por ejemplo,

Alemania pasa de 80 a 273 Hospitales de Día, Polonia de 56 a 430 HD, mientras que Inglaterra contaba con 102 HD en 2004) [44].

La reforma psiquiátrica [50, 51] es un movimiento que toma raíces en los movimientos de finales del siglo XVIII antes por Pinel, Esquirol y otros en la lucha por los derechos de los pacientes psiquiátricos, métodos aperturistas en el inicio del siglo XX en Inglaterra y Estados Unidos, y a partir de mediados de siglo con la aparición de la "antipsiquiatría" con figuras como Laing, Cooper [52], Basaglia [53], entre otros. En el caso de España, en los años 80 del pasado siglo se favorece el tratamiento ambulatorio respecto al hospitalario con la reestructuración de los antiguos hospitales psiquiátricos, facilitando así el poder organizar una red de atención sanitaria común a los pacientes con trastornos mentales al dotar recursos para los servicios de tipo ambulatorio [31]. Primero mediante las Diputaciones Provinciales (1981) y después continuada por las Comunidades Autónomas (1983), pasando a ser generalizada cuando es aprobada la Ley General de Sanidad [54]. Esta ley implicará la integración de la asistencia psiquiátrica y salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud con una organización psiquiátrica centrada en la comunidad, aspecto que requeriría una inversión en recursos para el desarrollo de los servicios ambulatorios y la hospitalización parcial [55].

En un contexto de cambios a nivel político y social, González Duro en Madrid dirige la creación del que define como primer Hospital de Día Psiquiátrico en las Clínicas Psiquiátricas de la calle Ibiza en Junio de 1973, que describe como con escasa dotación y dificultades para asegurar su continuidad [56]. En el caso de Galicia se considera el Hospital Psiquiátrico O Rebullón como primer Hospital de Día, pionero en el desarrollo de un programa de rehabilitación y ocho pisos protegidos proyectados según García Álvarez [57], en la Región de Murcia la primera experiencia fue entre 1977 y 1978 iniciándose el Hospital de Día de forma continuada en el Hospital Psiquiátrico en 1980 según Martínez Pardo [58]. Hace unas tres décadas se inauguran múltiples Hospitales de Día en las comunidades

autónomas y en relación a los planes de salud mental para sus áreas de referencia, por lo que cuentan con funciones y objetivos definidos, así como estarán las relaciones y límites con el resto de recursos de que cuenta cada área sanitaria [44].

En el año 2000 se publicó por primera vez un documento de ámbito estatal con una definición y unas directivas sobre objetivos, recursos y actividades de los hospitales de día de salud mental, hablamos de la Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico (INSALUD) [55]. Tal y como relataba Pedreira Massa en 2001 esta guía resulta de un gran interés aunque su orientación terapéutica no contempla indicaciones específicas relativas a adolescentes ni a niños de otras edades [59]. El Hospital de Día es considerado un instrumento de prevención secundaria [55].

Los servicios de cuidados de día se confunden con frecuencia con los hospitales de día [60]. Sus objetivos son proporcionar soporte para personas con discapacidades crónicas que afectan a la capacidad laboral o para utilizar el rango de recursos comunitarios de tipo ocio y en muchas ocasiones intentan crear entornos sociales protegidos parecidos a los existentes en los hospitales tradicionales antes de la reforma psiquiátrica, no existiendo apenas evaluaciones acerca de la efectividad de dichos programas en la reducción de los déficits, tal y como señala la revisión Cochrane por Catty y otros [61]. También se puede considerar una forma especializada del *day care* los talleres de trabajo protegidos, en su concepción originaria que tenía escasa salida al mundo laboral por ser centrados en actividades de tipo industrial, y posteriormente ya enfocados hacia el desarrollo de pequeños negocios locales dirigidos por pacientes y voluntarios [60].

Se ha de distinguir pues el Hospital de Día de los siguientes dispositivos de la red sanitaria y de servicios sociales, que se citan textualmente en el siguiente cuadro [55]:

Centro o programas de tratamiento ambulatorio	Destinado a proporcionar tratamiento y seguimiento puntuales en régimen ambulatorio a pacientes psiquiátricos, un ejemplo puede ser una clínica de litio o un programa de neurolépticos depot; un hospital de día puede disponer de programas propios de estos centros pero su espectro de actividades es mucho más amplio.
Centro de rehabilitación ambulatoria	Destinado a proporcionar un programa de rehabilitación a aquellos pacientes estabilizados, se le ha llamado también Centro de Día, terminología que induce a confusión, un HD puede desarrollar algún programa de rehabilitación específico pero su actividad básica está focalizada en el tratamiento activo.
Club de Enfermos o Centro Psicosocial	A este dispositivo también se le ha llamado Centro de Día, proporciona cobertura de ocio y favorece la resocialización de pacientes psiquiátricos estabilizados que viven en la comunidad (generalmente de larga evolución con déficits moderados), el HD no desarrolla programas específicos de este tipo
Taller Protegido o Centro Laboral Protegido	Es un centro de trabajo protegido para personas con diversos grados de minusvalía psíquica, no pertenece a la red sanitaria y puede estar encuadrado en los servicios sociales especializados o funcionar bajo diversas formas jurídicas

En los últimos planes de salud mental de las diferentes CCAA se reconoce a los Hospitales de Día como dispositivos básicos dentro de la red de salud mental y se recomienda continuar su implementación (algunos ejemplos: Murcia, Madrid y Galicia) [2, 62, 63]. En nuestro país se pueden delimitar dos modalidades fundamentales de Hospitales de Día, por una parte, la alternativa al ingreso o transición entre éste y la comunidad al alta y, por otra, los destinados de manera prioritaria a tratamiento psicoterapéutico a medio plazo o a rehabilitación; en consonancia con las indicaciones del INSALUD [55], los centros de Rehabilitación están diferenciados de los Hospitales de Día en muchas CCAA, ya sea físicamente o como programas distintos de intervención. Ante esta polisemia del término Hospital de Día se ha considerado importante con vistas a la planificación y a la investigación que se especifique con claridad su función prioritaria [31] (HD alternativo a hospitalización y de transición, HD alternativo a hospitalización con programa de tratamiento psicoterapéutico intensivo, HD alternativo a hospitalización y rehabilitador). Morandé cita a Garrone para una división entre Hospital de Día como centro de crisis o de corta estancia y centro reestructurante o de larga estancia, el propio Gonzalo Morandé indicaba en 1995 sobre los Hospitales de Día que "*tienen como deuda pendiente con la sociedad una mejor evaluación de sus resultados a corto y medio plazo*" [64]. Inciden en esta necesidad de clarificación de los servicios ofrecidos por cada Hospital de Día de cara a mejorar la calidad de los mismos desde Noruega Karterud y otros en 1998 [65]. Es en 2004 cuando se anuncia el primer estudio comparativo de las características de los Hospitales de Día en distintos países europeos, dirigido por Kallert, (*European Day Hospital Evaluation*, EDEN) encontrando que los Hospitales de Día no tienen un perfil consistente y los agruparon en tres categorías con diferente perfil de pacientes atendidos: rehabilitación, tratamiento agudo como alternativa al ingreso y tratamiento psicoterapéutico, tratamiento agudo como alternativa al ingreso y rehabilitación [66], cabe indicar en este punto que culminó en la publicación de un relevante ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en 2007 (Dresde n=200, Londres n=209, Breslavia n=263, Michalovce n=235, Praga n=210), donde el Hospital de Día se mostraba tan efectivo como la

hospitalización completa para síntomas psicopatológicos, satisfacción con el tratamiento y calidad de vida, siendo más efectivo en el funcionamiento social al alta y seguimientos a 3 y 12 meses; considerando que el estudio más que duplicaba la evidencia científica presente hasta aquel momento mostrando igualdad para variables clínicas y mejoría respecto a variables sociales [67].

En España [31] la mayoría de los Hospitales de Día tienen asignado un número determinado de plazas, lo más frecuente es que se encuentre entre 15 y 30, una cantidad de pacientes con la que se puede funcionar en régimen de Hospital de Día, y que está cercana a los límites que marca la guía para estos dispositivos [55], un número de pacientes más elevado comenzaría a poder considerarse excesivo de cara a poder crear y mantener un medio terapéutico que permita una asistencia cotidiana (la existencia de Hospitales de Día con cifras mayores probablemente se debe a que incluyen en el recuento pacientes en otros programas como rehabilitación o taller psicosocial). En cuanto a la asistencia diaria y a los horarios de los pacientes en general se encuentra entre las 5-6 horas diarias; el grupo de trabajo de la AEN considera que para afirmar que un paciente está en tratamiento en Hospital de Día ha de poder acudir al menos 20 horas semanales [31]. Los programas de tratamiento a tiempo parcial deben estar diferenciados con pacientes están en tratamiento en Hospital de Día y otros que acuden sólo a algunas de las modalidades de tratamiento. La tendencia en España ha sido a hacerlos abiertos a distintos trastornos mentales, con la excepción de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que cuentan con algunos Hospitales de Día específicos y otros como Trastorno límite de la personalidad (TLP) y Trastornos psicóticos. El seguimiento de los pacientes en régimen de tratamiento parcial en el Hospital de Día cuando han terminado el tratamiento completo permite altas de forma fraccionada para una mejor reintegración en su medio y continuar el tratamiento en su CSM. El realizar simultáneamente tareas de tratamiento terapéutico intensivo y tareas de rehabilitación (entendiendo como tal programas

destinados a recuperación de habilidades) parece precisar una planificación exigente, y puede no ser posible [31].

Existe evidencia disponible sobre eficacia de tratamiento en Hospital de Día. Ya en 1989 Creed indicaba que los resultados del tratamiento intensivo proporcionado por los Hospitales de Día sugerían que suponían una alternativa efectiva a la hospitalización completa para gran proporción de casos, al menos reduciendo la duración del ingreso psiquiátrico y facilitando el alta precoz [68]. Los estudios de Bateman y Fonagy en 1999 y 2001 sobre resultados del tratamiento en Hospital de Día durante un tiempo cercano a los 18 meses con terapia basada en la mentalización (MBT) avalaban dicho tratamiento para determinados pacientes con TLP con disminución de síntomas y frecuencia de ingresos significativamente mayor que con el tratamiento ambulatorio estándar [69], y esta disminución se mantenía a su vez a los 18 meses del alta [70], a partir de estas investigaciones el Hospital de Día se incluyó la guía de la *American Psychiatric Association* de 2001 como un modo de tratamiento eficaz para TLP [71]. Schene en 2004 consideraba que la hospitalización parcial era una buena alternativa para alrededor de una tercera parte de los pacientes que necesitan hospitalización y recomendaban más hospitales de día con la función de ser alternativa a la hospitalización total [72]. La *American Psychiatric Association* (APA) en la guía de Esquizofrenia 2004 tiene un capítulo dedicado a encuadres terapéuticos donde indica que la hospitalización parcial puede ser utilizada como una alternativa inmediata al tratamiento hospitalario para pacientes con síntomas psicóticos agudos o para continuar la estabilización tras un breve ingreso hospitalario con la ventajas como evitar la disrupción de la vida del paciente, un ambiente menos restrictivo y la reducción del estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica siempre que no se diesen ciertas condiciones que harían necesaria la hospitalización total [73]. La APA en su revisión de estudios controlados y metaanálisis mostraban que la hospitalización parcial es al menos tan efectiva como el tratamiento en unidad de agudos o incluso según algunos estudios más efectivo en aspectos como reducción de tasa de reingreso hospitalario, reducción de síntomas y preservación del funcionamiento

social; en la provisión más pesimista casi uno de cada cuatro de los pacientes en hospitalización total se beneficiarían del recurso de Hospital de Día. La revisión Cochrane dirigida por Marshall en 2008 concluyó que el tratamiento en hospitales de día produjo una mejoría en el estado mental más rápida sin que hubiera diferencias en los días de ingreso ni en la tasa de reingresos [74].

El estudio que abordamos trata sobre la hospitalización de día en niños y adolescentes, esta alternativa terapéutica se produce bastante tiempo después de que los Hospitales de Día para población adulta hubiesen demostrado su utilidad y su eficacia. Esto se produce en medio de numerosas dificultades que resumimos en doctrinales; por la teorización sobre la patología psíquica en la infancia y la adolescencia, su gravedad y evolución, y económicas; ya que su creación implica un incremento del gasto dedicado a la patología psíquica de la infancia y la adolescencia. Aún así, los Hospitales de Día para niños y adolescentes son una realidad cada vez más desarrollada, amplia y solicitada gracias a la decisión, el esfuerzo y el tesón de los profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, profesionales que han ido comprendiendo y adaptándose a las necesidades de sus pacientes.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

2. OBJETIVOS

Describir el funcionamiento de los dispositivos de Hospital de Día para la infancia y la adolescencia, incluyendo entre otros los aspectos de organización y gestión de los mismos.

Confirmar que la intervención de programas en régimen de Hospital de Día proporciona mejoría a los niños y adolescentes atendidos a nivel clínico, psicopatológico y de desempeño social.

Verificar que los programas de hospitalización diurna parcial proporcionan, de forma análoga, mejoría a los niños y adolescentes atendidos a nivel clínico, psicopatológico y de desempeño social.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La atención a niños y adolescentes en Hospital de Día proporciona mejoría en los pacientes de modo similar al que proporcionan los Hospitales de Día para adultos.

La atención a niños y adolescentes en Hospital de Día proporciona mejoría en los pacientes con Trastorno Mental Grave como trastornos del espectro autista, trastornos psicóticos, trastornos afectivos graves y trastornos de la personalidad de modo similar al que proporcionan los Hospitales de Día para adultos.

La atención a niños y adolescentes en Hospital de Día a tiempo parcial proporciona asimismo mejoría en los pacientes atendidos.

La atención a niños y adolescentes en Hospital de Día a tiempo parcial proporciona asimismo mejoría en los pacientes con Trastorno Mental Grave como trastorno del espectro autista, trastornos psicóticos, trastornos afectivos graves y trastornos de la personalidad.

La existencia de suficiente evidencia científica que pueda recomendar continuar la implementación de nuevos programas de Hospital de Día de Salud Mental para niños y adolescentes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de programas de Hospital de Día, centrando la misma en los programas para niños y adolescentes, tanto a tiempo completo como a tiempo parcial. Dicha revisión se ha realizado considerando los programas presentes en España así como en otros países donde dichos dispositivos se han desarrollado con anterioridad.

De cara al propio diseño del estudio debemos tener presentes una serie de consideraciones iniciales relacionadas con la propia especificidad de los Hospitales de Día para la infancia y la adolescencia que afectan a la propia revisión bibliográfica, necesariamente limitando la misma en cuanto al grado de evidencia científica según criterios PRISMA, y que se han resumido en los párrafos siguientes, donde se describe de forma razonada la alta especificidad de la búsqueda unida a la heterogeneidad de los artículos. Todas las aseveraciones que siguen se desarrollan en el trabajo y son justificadas con referencias, y se tienen en cuenta en el apartado de Discusión, pero son ahora relevantes a la hora de establecer el diseño del estudio por lo cual se incluyen en este apartado.

Tomando nuestro país, España, destacar que varias comunidades autónomas todavía no disponían de Hospital de Día de Salud Mental para niños y adolescentes, y para varias de las que sí disponían de él el número de plazas era relativamente exiguo (varias comunidades con menos de 20-30 plazas para el total de la comunidad autónoma). La situación en muchos países, tal y como se describe en el texto, no es mejor, con excepciones como se puede comprobar viendo los países de origen de la bibliografía. Esto repercute en un número de publicaciones relativamente bajas a lo largo de los años, que hace

aconsejable incluir también referencias de más de diez años de antigüedad.

A su vez, los dispositivos tipo Hospital de Día están definidos necesariamente en su planteamiento terapéutico por un número de plazas limitado y con la dificultad para obtener un grupo control por cuestiones éticas, unido a la heterogeneidad de los programas (número de horas, tipo de intervención, perfil de pacientes incluidos) que los hace difícilmente comparables entre sí. Este segundo punto repercute a su vez sobre la calidad de los estudios publicados, que necesariamente es baja, no habiendo metaanálisis disponibles y con la dificultad para realizar ensayos clínicos aleatorizados, quedando disponibles en todo caso estudios de tipo prospectivo no multicéntricos o retrospectivo, o bien de menor calidad.

Hechas estas consideraciones previas, a continuación se describe el proceso de realización y diseño del trabajo.

3.2 ORIGEN Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La realización del texto que nos ocupa tiene su origen en la participación en un programa piloto de atención a adolescentes en régimen de Hospital de Día a tiempo parcial, que años después ha podido tener continuidad por medio de otros profesionales en un programa permanente de Hospital de Día con una estructura y un personal específico para dicho dispositivo.

A la hora de establecer dicho programa piloto resultaba fundamental determinar diversas cuestiones, algunas de ellas de índole eminentemente práctica como pueden ser la población diana, la forma de realizar las derivaciones, el tipo de estructura, la organización del recurso y también, como es comprensible, la propia planificación terapéutica. Por lo cual, era necesaria la máxima información disponible sobre aspectos de organización y gestión de los mismos, tanto teórica como práctica de tipo descriptivo.

Resultaba importante tener en cuenta además la evidencia de efectividad de programas en Hospital de Día infanto - juvenil de forma comparada entre intervención a tiempo completo y tiempo parcial. Esto debido a que el programa inicialmente contaba con unos recursos limitados en estructura y recursos humanos al ser compartidos con otros programas, por lo que debía planificarse necesariamente un programa parcial en Hospital de Día. Por dichos motivos no podía constituirse de inicio un recurso de Hospital de Día con disponibilidad a tiempo completo, como sí pudo realizarse unos años después.

Esta cuestión implicaba como hemos descrito fundamentalmente ponderar la efectividad de ambos tipos de programas en Hospital de Día (parciales y a tiempo completo). Para realizar la comparación de los efectos del tratamiento en modalidad de Hospitales de Día, se estimó conveniente además el incluir estudios de intervenciones a nivel ambulatorio y, en la otra parte del espectro de intensidad terapéutica, otros estudios que analizaban las intervenciones de hospitalización a tiempo completo.

Cada uno de los estudios presentaba unas características definidas, existiendo publicaciones descriptivas, otras de tipo observacional y otras de tipo experimental o cuasiexperimental. Las publicaciones descriptivas resultan de gran interés desde el punto de vista de conocer el funcionamiento interno de los Hospitales de Día en cuanto a la práctica clínica, especialmente en nuestro medio. Los estudios permiten evaluar una serie de parámetros de resultados antes y después de una intervención, lo cual nos lleva a cuestionarnos la efectividad de dichos dispositivos.

La dificultad para establecer un grupo control en los casos de Hospital de Día fue planteada. En las modalidades cuasiexperimentales cada paciente puede suponer su propio control evolutivo, para las modalidades experimentales no resulta posible disponer de un grupo de "no intervención" como tal en el propio

diseño por cuestiones éticas. Para resolver esta cuestión, algunos autores plantean que el grupo control puede proceder de la lista de espera, si bien para ello hemos entendido que debería por un lado existir dicha lista de espera y además mantenerse durante el período de tiempo correspondiente a la evaluación en sí, algo que no parece sencillo desde el punto de vista práctico si consideramos el dispositivo de Hospital de Día como abierto a nuevas admisiones de forma permanente. También quisiéramos señalar el hecho de que hoy en día en el diseño de estudios de tipo experimental debería necesariamente tenerse en cuenta desde un primer momento la protección de datos. De este modo, sería preciso obtener el consentimiento informado de los padres de los pacientes y, en su caso, de los propios menores incluidos. Además, presentar el proyecto a los respectivos Comités de Ética de Investigación de los Hospitales de referencia en un primer paso para su aprobación.

La modalidad de Hospital de Día implica de forma transversal un número de pacientes atendidos menor que la consulta ambulatoria, por lo cual dentro de esa limitación común que ya hemos explicado con anterioridad a su vez algunas publicaciones tienden a presentar un tamaño muestral excesivamente pequeño, lo cual afecta a su tratamiento estadístico y a la propia generalización de resultados. Adicionalmente las opciones de anonimización de datos pueden ser útiles para tamaños muestrales grandes, pero cuando se trata de "n" pequeñas podría darse el caso en que dicha anonimización no salvaguardase completamente datos sensibles de pacientes individuales, de forma que a partir de un dato determinado o agrupaciones de datos pudieran llegar a reconocerse determinados datos de un paciente, llegando a poder ser identificable.

Para la parte descriptiva, dada la multiplicidad de intervenciones en Hospitales de Día se consideró analizar cada una de ellas, agrupando los datos de interés en diferentes apartados definidos con anterioridad. Estos datos van desde el tipo de estructura, pasando por las plazas ofertadas y estancia media de cada dispositivo, diferentes tipos de organización de los mismos, las actividades propuestas, el

seguimiento de programas de tratamiento individualizado, intervenciones grupales y familiares, así como la evidencia para diversas intervenciones de tipo psicológico y de terapia ocupacional. De esta forma, se inició una revisión y posterior análisis de datos para cada dispositivo de Hospital de Día presente en la bibliografía partiendo de aspectos generales de su funcionamiento, indicadores de proceso y resultado, indicadores de actividad y funcionamiento, datos demográficos, datos de diagnósticos incluidos en programas, valoración de funcionamiento global antes y después de las intervenciones, medición de resultados de clínica y psicopatología en admisión y tras alta, así como habilidades sociales y autoconcepto.

Así, a partir de este proceso de planificación de un programa piloto se inicia una revisión extensa acerca de Hospitales de Día para niños y adolescentes, cuyo proceso metodológico se detalla a continuación.

3.3 MÉTODOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se ha considerado utilizar los criterios de revisión PRISMA. La declaración PRISMA se produce en 2009, y tuvo como precedente la declaración QUORUM de 1999. Se compone de un *check-list* (lista de comprobación) y un diagrama de flujo, como limitaciones los autores de los criterios admitieron que no se realizó ninguna revisión sistemática previa para la confección del *check-list*, si bien se basaron en la evidencia científica disponible y su grado de aceptación ha sido alto. Por las limitaciones ya explicadas, en el presente trabajo aparecerán incluidos estudios que según la graduación de evidencia científica no se consideran de alta calidad así como estudios clásicos y/o con una antigüedad mayor a 10 años.

Para la revisión bibliográfica en el caso de artículos no accesibles de forma libre a texto completo tras valoración de *abstract*, además de los soportes físicos se ha contado con el apoyo adicional tanto del servicio de obtención de documentos de la Universidad de Santiago de

Compostela mediante acceso con claves de usuario, así como de la biblioteca virtual de Murciasalud haciendo constar en el acceso como finalidad "investigación" (servicio de obtención de documentos y Preevid (Respuestas basadas en la evidencia)).

Se realizan dos fases, que se describen de forma secuencial.

3.3.1 Fase 1: Base de datos

(1) Se ha utilizado en primer lugar el buscador Pubmed que, si bien es muy poco específico para el caso de la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, se trata de la mayor referencia para artículos médicos. A continuación se explicitan las búsquedas en base de datos, con los datos y las cifras expuestas de forma que puedan ser búsquedas replicables con rango de última comprobación en Enero de 2021. Los términos se eligen en base a la terminología aceptada por la bibliografía, y para visualizar se marca la opción de ordenar desde el más reciente.

Se realiza en primer lugar en la base de datos Pubmed la siguiente estrategia sugerida por servicio Preevid: *"outpatient clinics, hospital" [MeSH Terms] AND "mental disorders" [MeSH Terms]* y aplicando el filtro *Child: birth-18 years* , que identificará 636 registros, de los cuales 98 estudios han sido publicados en los últimos 10 años (42 de ellos en los últimos 5 años).

De los 98 estudios de los últimos diez años, se seleccionan para lectura completa 7 de ellos, después de lo cual se descartan 5 por no ajustarse al objeto de la revisión tema (posiciones 8, 16, 20, 38 y 76), quedando 1 incluido (51). Acerca del mayor nivel de calidad en los últimos diez años: 0 metanálisis, 6 ensayos clínicos, ninguno de ellos aplicable por no estar relacionados con el objeto del estudio.

Se amplió la búsqueda a 20 años sólo para nivel de evidencia alto (metanálisis, ensayo clínico aleatorizado, ensayo clínico, revisión sistemática): se obtienen 9 registros adicionales, de los cuales no se

consideran 7 por no estar relacionados con el objeto del estudio: 2008 (2), 2007 (3), 2004 (1) y 2003 (1). De tal forma que se incluyen 2 estudios (2007) para lectura artículo completo, que también pasan el filtro.

-Búsqueda1: Revisados 107. Seleccionados 9. Incluidos 5.

Como búsqueda alternativa en la base de datos Pubmed con la estrategia *partial hospitalization [MeSH Terms] AND "mental disorders" [MeSH Terms]* y aplicando el filtro *Child: birth-18 years* , identifica 604 registros, de los cuales 93 estudios han sido publicados en los últimos 10 años (46 de ellos en los últimos 5 años).

De los 93 estudios, se añaden a la búsqueda previa 56 artículos para la lectura de texto completo, de los cuales 20 son rechazados: edad superior (11), idioma (5), no diferenciar residencial de HD (1), no diferenciar tipo de alta de HD frente a UHP (1), no relacionado (1), información redundante (1), en posiciones 11, 18, 30, 31, 37, 39, 40, 48, 53, 55, 56, 58, 60, 63, 74, 78, 85, 87, 91, 93.

Dentro de esta categoría, acerca del mayor nivel de calidad en los últimos 10 años: 0 metanálisis, 6 ensayos clínicos aleatorizados, 8 ensayos clínicos, de los cuales: 4 aplicables para lectura de texto completo, no aplicables 4: mayores de 18 años de edad (2), no específico (1), no relacionado (1). Tras lectura de texto completo se descarta: (1) edad superior. Con lo cual incluidos 3 artículos en esta categoría.

Se amplía la búsqueda a 20 años sólo para nivel de evidencia alto (metanálisis, ensayo clínico aleatorizado, ensayo clínico, revisión sistemática): 2010 se descartan los 3 existentes, en 2007 encontrando un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) que se incluye por su relevancia pese a ser genérico en edades, en 2006 se descarta uno, en 2003 se descarta otro, en 2000 se descarta otro por no relación con el tema.

-Búsqueda2: Revisados 93. Seleccionados 56. Incluidos 37.

Se realiza una tercera búsqueda en la base de datos Pubmed con la estrategia *day hospital [MeSH Terms] AND "mental disorders" [MeSH Terms]* y aplicando el filtro *Child: birth-18 years* , identifica 308 registros, de los cuales 97 estudios han sido publicados en los últimos 10 años (51 de ellos en los últimos 5 años). Acerca del mayor nivel de calidad en los últimos 10 años: 0 metanálisis, 10 ensayos clínicos, ninguno de ellos aplicable por no estar relacionados con el objeto del estudio.

De los 97 estudios, se añaden a la búsquedas previas, 3 artículos para la lectura de texto completo, de los cuales 2 son rechazados (edad superior (2)), en posiciones 40 y 43. De esta forma, se ha incluido 1 artículo más, en posición 56.

Se amplía la búsqueda a 20 años para nivel de evidencia alto, 2007 se descarta uno por no relacionado y otro por rango de edad, no hallazgos.

-Búsqueda3: Revisados 99. Seleccionados 3. Incluidos 1.

-Total Pubmed Fase 1 (1+2+3):

Revisados 299. Seleccionados 68. Incluidos 43.

(2) A continuación, se realiza búsqueda en *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vía *Clinical Key* proporcionando el servicio de acceso la Biblioteca Virtual de Murciasalud (última verificación, Enero de 2021).

La búsqueda "*day hospital*" devuelve 337 registros (de los que Revisión Sistemática=2, Ensayo Clínico Aleatorizado=31, Revisión Narrativa=7, Guía Clínica=6)

Tras búsqueda: Revisión Sistemática 0/2, Ensayo Clínico Aleatorizado 13/31, Revisión Narrativa 2/7, Guía Clínica 1/6, Resto 33/291.

Tras lectura artículo completo: Revisión Sistemática 0/2, Ensayo Clínico Aleatorizado 6/31 (7 no relacionados), Revisión Narrativa 1/7 (1 no relacionado), Guía Clínica 1/6, Resto 15/291 (16 no relacionados).

-JAACAP Búsqueda 1:

Revisados 337. Seleccionados 49. Incluidos 23.

La búsqueda "*partial hospitalization*" devuelve 121 registros (entre los que Revisión Sistemática =2, Ensayo Clínico Aleatorizado =12, Revisión Narrativa =6, Guía Clínica =5)

Revisión Sistemática 0/2, Ensayo Clínico Aleatorizado 11/12, Revisión Narrativa 0/6, Guía Clínica 1/5, Resto 27/96

Articulo completo: Revisión Sistemática 0/2, Ensayo Clínico Aleatorizado 0/12 (4 ya incluidos, 7 no relacionados), Revisión Narrativa 0/6, Guía Clínica 1/5, Resto 20/96 (5 ya incluidos, 2 no relacionados)

-JAACAP Búsqueda 2:

Revisados 121. Seleccionados 39. Incluidos 21.

-Total JAACAP (Búsqueda1 + Búsqueda 2):

Revisados 458. Seleccionados 88. Incluidos 44.

(3) A continuación se consulta la revista de AEPNYA *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, utilizando su buscador *Hospital de día*

obteniendo 12 registros, *Hospitalización* 8 registros, *Hospital* 163 registros, ampliando después la búsqueda de forma individualizada en los números especiales de congreso para comunicaciones orales, utilizando para ello buscador Acrobat tras agrupar todas los números especiales de congreso en formato PDF, con los términos: *Hospital de Día* muestra 13 documentos con 367 instancias y *Hospitalización parcial* que muestra 12 documentos con 55 instancias. Se seleccionan de esta forma 28 artículos. Tras lectura de artículos finalmente se incluyen 5, correspondientes a comunicaciones todos ellos.

(4) Para después realizar búsqueda en la revista SEPYPNA *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, utilizando los mismos términos. *Hospital de Día* se obtienen 19 registros, *Hospitalización* 1 registro, *Hospital* 26 registros. De ellos, se seleccionan 43 para lectura completa, de los cuales se incluyen finalmente 15 artículos.

-Total Fase 1:

PubMed: Revisados 299. Seleccionados 68. Incluidos 43.

JAACAP: Revisados 458. Seleccionados 88. Incluidos 44.

AEPNYA: Revisados 208. Seleccionados 28. Incluidos 5.

SEPYPNA: Revisados 46. Seleccionados 43. Incluidos 15.

-Números absolutos Fase 1:

Revisados: 1011. Seleccionados: 207. Incluidos: 107

3.3.2 Fase 2: Otras fuentes

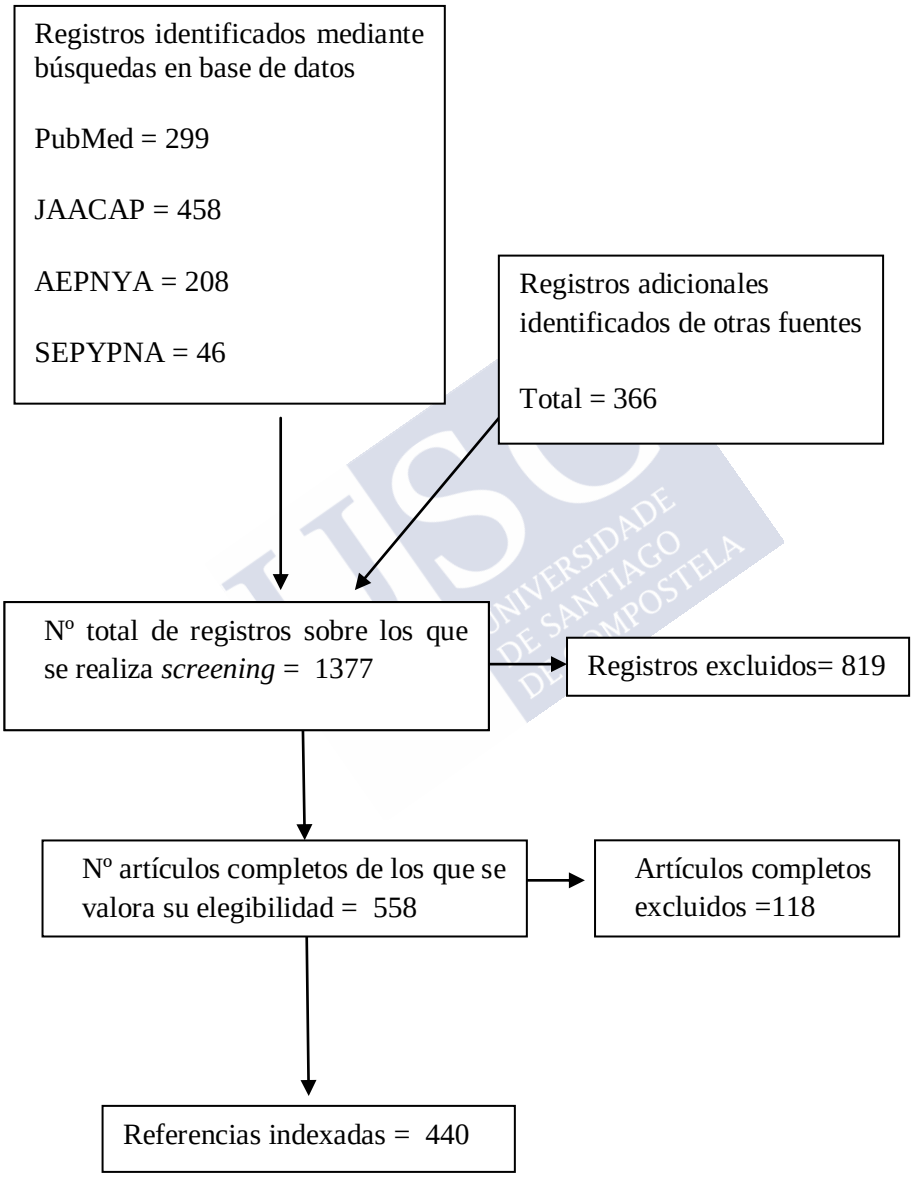
Para completar las fuentes se realiza búsqueda manualizada más dirigida a los objetivos e hipótesis, planteando una revisión tanto a nivel nacional como internacional, realizando una lectura crítica de artículos. Se trata de evitar la superposición Fase 1, si bien se tienen en cuenta las referencias presentes en los artículos de dicha fase. Se accede a la bibliografía tanto en formato físico como digital. Se amplía la búsqueda a los libros de referencia de la especialidad, se han considerado para ello los principales tratados de Psiquiatría del Niño y del Adolescente publicados en España y otros países. Se han buscado publicaciones completas específicas sobre Hospitales de Día, así como guías clínicas, manuales y cuadernos técnicos. También se ha recurrido a las revistas y publicaciones físicas de las principales Asociaciones de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNYA, SEPYPNA, sección de niños y adolescentes de la AEN), y otras fuentes de interés, como pueden ser información institucional, planes de salud mental, publicaciones universitarias, otras comunicaciones a congreso o notas de prensa. Cada una de las fuentes utilizadas a su vez vinculaba otras referencias originales, que se han ido revisando sucesivamente, por lo que algunas referencias de revistas se han incrementado en números absolutos respecto a la Fase 1, como son Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente (+8), *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (+3).

Revisadas 366 fuentes, de las cuales se seleccionan 351, este % mayor de aceptación se debe a que la búsqueda es más dirigida. A su vez, son descartadas 18 fuentes ((6) información redundante en otros artículos, (8) no ajustarse al tema, (4) edad superior). Quedan así incluidos 333.

-Números absolutos Fase 2:

Revisados 366. Seleccionados 351. Incluidos 333.

3.3.3 Diagrama de flujo PRISMA



3.3.4 Estructuración e indexación de fuentes

De esta forma, y ampliando progresivamente el campo de lectura, se han seleccionado las fuentes bibliográficas para ser indexadas en el texto, que cumplían los criterios de ajustarse a la finalidad de la investigación así como una calidad suficiente para ser incluidas en la misma.

Se ha optado por el estilo de citación Vancouver, habitualmente utilizado en publicaciones relacionadas con Medicina, que permite una citación clara, concisa y a su vez no resta a nuestro parecer claridad a la estructura del texto; pudiendo relacionarse de forma ágil la referencia con el autor o autores.

Esto se ha considerado de especial importancia pues se ha intentado que prácticamente cada aseveración presente en el texto pudiese fundamentarse en la bibliografía existente. En caso de haber utilizado otro método de citación, dadas las múltiples referencias, el texto podría llegar a ser excesivamente farragoso o incluso perder coherencia. Por este mismo motivo, se ha preferido utilizar en el texto el superíndice a otras opciones como paréntesis o corchetes.

La mayor parte de las fuentes primarias tienen una buena redacción que se ha intentado trasladar al trabajo, con todo, se ha intentado evitar que las citas fueran excesivamente textuales; en cualquier caso mediante el sistema de citación se ha remitido a cada uno de los estudios consultados en las referencias para evitar que el lector pudiese atribuir erróneamente aseveraciones de diversa autoría como si fueran propias. En muchos casos se ha optado por situar la numeración correspondiente a las citas al final de un párrafo.

A efectos de metodología, se ha considerado la revisión como dentro del proceso de Medicina Basada en la Evidencia. Esto implica identificar el problema en una primera fase, después realizar la

búsqueda bibliográfica, a continuación la lectura crítica de artículos y posteriormente se podrían aplicar los resultados a la práctica clínica.

Siguiendo este modelo, podríamos llegar a considerar que la presente revisión fuese de utilidad para poder ser aplicada de cara a la planificación de nuevos programas en Hospital de Día para niños y adolescentes, así como también para plantear nuevos estudios de efectividad. Basamos esta propuesta en que también se han revisado los diferentes modelos de tipo experimental utilizados para la medición de resultados en los Hospitales de Día, incluyendo los instrumentos de evaluación y la existencia o no de grupo control, así como las alternativas para constituir el mismo, así como diferentes variaciones de estudios de tipo observacional.

En lo sucesivo se detalla someramente la forma en que se ha organizado el texto tras la revisión, tratando de seguir el orden que parecía más adecuado para su comprensión, de forma escalonada.

En primer lugar se han descrito las definiciones generales de Hospital de Día y la historia del desarrollo de Hospitales de Día para el caso de pacientes adultos, que cronológicamente aparecen en primer lugar. Esto sucede de forma análoga al desarrollo de la Psiquiatría Infantil como hemos visto en el apartado introductorio, que en cuanto a su propia existencia y recursos ha ido por detrás de la Psiquiatría desde el punto de vista histórico.

En el punto siguiente nos referiremos ya concretamente a los Hospitales de Día específicos para niños y adolescentes. Se definen los mismos también desde el punto de vista histórico y se escribe acerca de la sucesiva aparición de dichos programas, cada uno de los cuales cuenta con sus particularidades.

Posteriormente se propone una definición operativa, que resulta importante dado la multiplicidad de términos utilizados para definir los programas de Hospital de Día. Para finalizar este apartado se valorarán las recomendaciones de implantación y sus objetivos.

Se ha considerado realizar después una descripción de programas existentes en Hospital de Día Psiquiátrico, incluyendo la estructura, su organización y planificación terapéutica. Se ha extraído la información al respecto de cada uno de ellos respecto a estos apartados, incluyéndose en el apartado de resultados. Una de las dificultades para la evaluación de los Hospitales de Día es su heterogeneidad en cuanto a programas existentes, la cual está reflejada en la propia literatura; de ahí el interés por poder agrupar por apartados de forma comparada cada una de estas características.

A continuación, en el apartado de discusión se ha analizado la evidencia de la efectividad de los programas en Hospitales de Día infanto-juveniles, que se ha intentado relacionar con el caso de los programas para pacientes adultos.

Se ha valorado cada una de las intervenciones realizadas en Hospitales de Día, en cuestiones de estructura, plazas, procedencia, estancias medias, organización, actividades terapéuticas, alianza terapéutica y programa terapéutico individualizado, intervenciones grupales, intervención familiar, y grado de evidencia para diversas intervenciones psicológicas y ocupacionales.

También se han analizado diferentes indicadores sobre la asistencia proporcionada en los Hospitales de Día. Se trata de indicadores de proceso, resultado, actividad y funcionamiento, para los diversos estudios y publicaciones que se han revisado. De manera adicional se ha prestado atención en apartados específicos a datos demográficos, evidencia agrupada por diagnóstico, nivel de funcionamiento global, clínica y psicopatología, habilidades sociales y autoconcepto.

Finalmente se detallan las limitaciones de los estudios analizados, que cuando los propios autores de los mismos han reflejado en sus respectivos trabajos se han referenciado a su vez. Estos factores en

consecuencia afectan a la propia revisión al reflejarse dichas limitaciones en ésta, y se desarrollan en la Discusión.

Como hemos señalado dado que la búsqueda se he realizado en lengua castellana e inglesa esto implica que aquella bibliografía en otros idiomas y no indexada en buscadores puede no haber sido incluida en la revisión (como el caso del francés o alemán, entre otros).

Se ha tratado de realizar un ejercicio de simplificación del texto en las sucesivas revisiones, evitando en la medida de lo posible repetir información, y tratando de facilitar su lectura a la vez que se mantenía la estructura del texto. Esperamos haber logrado un equilibrio entre lo abundante de la información de las fuentes primarias y la síntesis.

El doctorando declara no tener ningún conflicto de interés en relación a la tesis doctoral.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

4. RESULTADOS

4.1 HOSPITALES DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

4.1.1 El Hospital de Día infanto-juvenil

El Hospital de Día Psiquiátrico o de Salud Mental para niños y adolescentes (HDP-NA / HDP-IA / HDP-IJ) debería estar incluido en la red de asistencia de Salud Mental de niños y adolescentes, y a su vez en la red de Salud Mental general; junto a otros dispositivos que aseguren las prestaciones básicas para estas edades y en el espectro de una serie de niveles de intervención / contención dentro de los recursos en red [33].

El Hospital de Día supone una de las opciones de intervención fundamentales para niños y adolescentes con trastornos psicopatológicos graves, como han referido entre otros Briggs en 1997 [75], Schimmelmann en 2001 [76] y Sverd en 2003 [77] para el tratamiento de diferentes trastornos. Los Hospitales de Día buscan ofrecer un tratamiento intensivo y global de los trastornos mentales graves presentes en la infancia y la adolescencia, los cuales se asocian con déficits en potenciales evolutivos y de autonomía personal, así como en aspectos de vida relacional, social y familiar, la capacidad académica y/o profesional [33]. Se trata de un dispositivo de asistencia intermedio dentro de la red de salud mental de la infancia y la adolescencia [29].

Así, debemos diferenciar el Hospital de Día de niños y adolescentes de otros dispositivos que no comparten idéntico carácter terapéutico al expuesto como son: Centros de Día de carácter psicoeducativo o rehabilitador (adaptación sociofamiliar y/o laboral), centro o aulas educativas para Trastornos del Espectro Autista, talleres "del fondo de garantía social", equipos de Atención Temprana,

tratamiento ambulatorio no intensivo y por último unidades de crisis para patología mental grave de estancia breve (en ocasiones limitada a un mes) [33].

El Hospital de Día Infanto-Juvenil a diferencia de la hospitalización completa hace posible que los pacientes sigan en conexión con su medio social y familiar; de esta forma su reintegración tras el tratamiento será facilitada y también existen unas condiciones favorables para que tanto la familia como el medio escolar puedan participar de forma directa en el tratamiento mientras se encuentran en este régimen. Se ha considerado de forma adicional que el Hospital de Día puede reducir el coste sanitario puesto que el niño o adolescente cuando termina la jornada vuelve al domicilio familiar, también se han descrito las intervenciones Hospital de Día como eficaces en la prevención de ingresos en otros dispositivos sanitarios o sociales [29, 74]. A este respecto, ya en 1987 un estudio realizado por Kiser y colaboradores en Memphis (Estados Unidos) valora esta forma de tratamiento en Hospital de Día para niños y adolescentes como una alternativa viable a la hospitalización basada tanto en el tratamiento como en su coste-efectividad; comparándose un programa de Hospital de Día respecto a tres encuadres de hospitalización completa, y teniendo en cuenta que ambas poblaciones eran similares en cuanto a variables demográficas y diagnósticas afirmaron que el tratamiento en Hospital de Día era igual o menos costoso como apreciación más conservadora [78]. En 2006 la misma referencia de autoría principal en capítulo de libro que la limitada investigación al respecto sugiere que el tratamiento de día o parcial es un enfoque coste-efectivo para ciertos niños en crisis en lugar de la hospitalización, y/o como un eslabón inferior para pacientes hospitalizados [79].

La eficacia de la intervención terapéutica en Hospital de Día en el tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes ha sido evaluada de forma favorable para diversos trastornos psiquiátricos, algunos ejemplos son los Trastornos de la Conducta Alimentaria [80], el Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad [81], cuadros psicopatológicos relacionados con negligencia por parte de los padres [82], los Trastornos Generalizados del Desarrollo [83], y los Trastornos de Conducta [84].

El Grupo de Trabajo de la AEN informaba en 1998 de una ponencia realizada por Múgica y Guinea con el seguimiento de 88 pacientes jóvenes tratados en Hospital de Día, con diagnósticos heterogéneos y una estancia media de once meses, indicando se obtuvieron buenos resultados [31].

En nuestro medio resultados positivos con preescolares en el ya citado estudio de Alcamí [42], algo también fue reflejado por Rogers [85].

Posteriomente Sarah Martin y colaboradores que publican en 2013 un estudio realizado en Estados Unidos durante 5 años en niños preescolares con problemas de conducta grave en Hospital de Día centrado e intervención familiar, encontrando efectividad para la intervención familiar [86].

En Alemania en 2015 Müller y otros han descrito los resultados de tratamiento de un estudio naturalístico con 185 preescolares con trastorno mental grave en un Hospital de Día con intervención familiar en Münster, con un abordaje teórico ecléctico y multimodal, valorado por terapeutas y familias mediante las escalas C-TRF y CBCL (*Caregiver-Teacher Report Form, Child Behavior Checklist)*, con mejoría significativa, recomendando los autores este tipo de hospital de día psiquiátrico especializado [87].

La mayor fortaleza de los recursos tipo hospital de día es su flexibilidad para poder adaptarse a diferentes trastornos y circunstancias [20], si bien se apunta que sería poco realista que pudiese sustituir a otras modalidades de tratamiento, como puede ser la hospitalización completa. Los paquetes de asistencia diaria típicamente se refieren a intervenciones cinco días por semana ofreciendo intervenciones individuales, familiares y

psicofarmacológicas junto a terapia familiar intensiva y trabajo con padres; se considera que la evidencia de la efectividad de la intervención es variada y parte de ella se remonta a cuando los servicios eran genéricos, por lo cual es difícil extrapolar datos de unos países a otros, se ha señalado que los programas por ejemplo en Reino Unido, Norteamérica y Australia - Asia son diferentes. En el Reino Unido de los hospitales de día se encuentran a menudo asociados a las unidades de hospitalización, como referían Green y Jacobs en 1998 [88]. Esto en teoría permite compartir la programación, el personal y la infraestructura, mientras que las ventajas de las unidades de día independientes se relacionan con la flexibilidad. También se ha enfatizado la necesidad de poder potenciar el ofrecer cuidados en régimen de hospital de día antes y después de una hospitalización completa [13]. Así, en Reino Unido muchas unidades de hospitalización completa infanto-juvenil ofrecen un programa de día, pero la mitad de los servicios de día son independientes de dichas unidades; y comentan este es el caso de muchos otros países europeos donde la geografía con áreas rurales hace imposible unir programas de día con hospitalización completa, tal y como relata a lo largo de varios capítulos el libro de McDougall y Cotgrove [89]. Por otra parte, desde Michigan Javorsky defendía en 1992 un modelo integrado en el que los recursos de hospitalización completa se compartían en un ámbito hospitalario con la hospitalización parcial, mostrando resultados favorables en encuestas de satisfacción para dicha propuesta [90], y también en Estados Unidos un año antes se realizó una revisión sistemática del estado de los programas de hospitalización parcial de niños y adolescentes, con la conclusión de que la investigación debía dirigirse a la falta de datos sobre efectividad tanto entre los diferentes tipos de programa y poblaciones diana como frente a otros modelos de tratamiento [91].

Siguiendo al libro de McDougall y Cotgrove de 2014, en Reino Unido se realiza la siguiente distinción según su función principal [89]:

> Transición y soporte entre tratamiento ambulatorio y hospitalización (*step-up, step-down*)

Reducción de daños en trastornos de conducta
Evaluación y tratamiento del neurodesarrollo para niños pequeños con autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos del habla y lenguaje u otras condiciones neuropsiquiátricas
Trabajo familiar intensivo con intervenciones cinco días a la semana con familias
"Paquetes de tratamiento" dirigidos a poblaciones específicas, como por ejemplo psicosis o trastornos de la conducta alimentaria

Y según el modo de lograr los objetivos [89]

Tratamientos intensivos cinco días a la semana para niños y familias
Estrategias de tratamiento multimodal con una combinación de intervenciones individual, familiar y psicofarmacológica
Tratamiento intensivo de terapia familiar y trabajo con padres

A continuación dichos autores señalan una serie de ejemplos de programas, como un programa de hospitalización parcial de 12 a 18 años después de las clases que incluye varios grupos y tratamiento multidisciplinar, un programa *step-up step-down* para trastornos alimentarios y un programa en régimen de día para jóvenes con trastorno mental grave con tratamiento intensivo y apoyo educativo.

Como ventajas destacan: su flexibilidad, el manejo de los niños más pequeños, el trabajo familiar, amplio rango de terapias intensivas que se pueden ofrecer, el ambiente terapéutico que proporcionan (*milieu*), la transferencia de habilidades aprendidas y el coste por paciente menor que la hospitalización completa [89].

Como desventajas refieren: su uso como versión inferior a unidades de hospitalización donde no existe ese recurso, la rigidez de programas que ofrecen aquellos basados en las viejas prácticas, dificultades para generalizar el aprendizaje a entorno domiciliario y comunitario, muchas unidades no pueden proporcionar un programa educativo completo lo cual puede afectar a la dimensión académica, el niño tiene que adaptarse a diferentes entornos con sus

correspondientes traslados a lo largo de la semana, opciones limitadas para una observación exhaustiva, costes económicos para las familias derivados del desplazamiento [89].

4.1.2 Desarrollo de los Hospitales de Día Infanto-juveniles

Como hemos ido refiriendo, la hospitalización parcial se introduce tras la segunda guerra mundial en paralelo al movimiento de desinstitucionalización con el cierre de los llamados manicomios, la aparición de las comunidades terapéuticas como alternativas a éstos, y de las psicoterapias de grupo [55], con diversos desarrollos en cuanto a modelos, funciones, oferta de servicios y tipo de pacientes.

En el caso de Europa, los Hospitales de Día para la infancia y la adolescencia aparecerán hacia la década de los años cincuenta del pasado siglo en Francia tras la aparición de la psiquiatría de sector y los intersectores de atención a los trastornos mentales de niños y adolescentes, pudiendo destacarse figuras como Tosquelles, Misés, Diatkine y Mâle; serán Dolto y Mannoni quienes crearán un nuevo concepto de dispositivo intermedio para la infancia y la adolescencia con horario intensivo hasta la tarde y noche contemplando la integración en la escuela normalizada de forma temporal. Por su parte en Suiza se desarrollan centros médico-psicopedagógicos y los dispositivos intermedios se orientan sobre todo a casos graves ofertando programas terapéuticos que continuaran los de la hospitalización a tiempo completo, nombraremos autores como Palacio, Manzano y Tramer. En Alemania, Países Bajos y Escandinavia su origen fue similar, incluyendo un apartado específico para los trastornos del comportamiento. Las orientaciones y concepciones modernas de asistencia sanitaria pública desde la creación del *National Health Service* (NHS) en el Reino Unido, enfatizan el papel de este dispositivo y comparten su diseño, según relata Pedreira Massa [59].

En cuanto a Estados Unidos, el concepto de Hospital de Día se desarrolló inicialmente en los años 40 con los jardines de infantes terapéuticos (*nursery school*) para niños muy pequeños, según relatan Zimet y Farley [92]. Estos autores en 1991 publican un libro sobre tratamiento diurno en dos volúmenes [93, 94], donde describen con detalle el funcionamiento del *Day Care Center* del departamento de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Colorado desde 1962, explicando que *day treatment* fue la elección del término preferido por ser más general y considerarlo más comunitario, otros términos equivalentes que señalan son *day hospital, partial hospital o psychiatric day treatment*, y presentando diversos modelos existentes de tratamiento diurno a lo largo de los Estados Unidos (programa conjunto de Salud Mental y Educación en Georgia, puesta en marcha de un Hospital de Día en un Centro Médico Universitario en Memphis, consideraciones arquitectónicas en planificación de Hospital de Día, y descripción de varios programas en Hospital de Día). Refieren que el concepto de *day treatment* fue reconocido en Estados Unidos por la *Joint Commission on Mental Illness and Health* en 1961 como la más significante innovación terapéutica de este siglo, pues el Hospital de Día no conllevaba el estigma asociado con la hospitalización completa (*inpatient placement*), los niños podían permanecer con sus propias familias y dentro de sus comunidades, los padres podían ser incluidos de forma activa en el tratamiento de sus hijos. Esta nueva modalidad evitaba los efectos negativos a corto y largo plazo de la institucionalización, y había una discrepancia de costes favorable al tratamiento diurno. En años posteriores hubo una evidencia creciente de la eficacia del tratamiento diurno como un entorno terapéutico intensivo para los niños y sus padres, consideraban que a pesar de ello hubo una infrautilización de dichos recursos frente a la hospitalización completa y sólo a finales de los años 80 volvieron a existir signos de crecimiento a nivel nacional. Estos autores describen el funcionamiento de un programa de Hospital de Día con un gran nivel de detalle incluyendo la historia del recurso, su funcionamiento y organización; las acogidas en el programa, visitas domiciliarias, programa de intervención en crisis, la intervención

educativa, el programa de alimentación y actividades fuera del Hospital de Día; así como planificación administrativa y, por último, la investigación y evaluación del programa.

El término de Hospital de Día en Estados Unidos denota un tipo de servicio que supone un nivel de intensidad intermedio entre pacientes hospitalizados y externos (*inpatient / outpatient*), el término hospital de día (*day hospital)* suele utilizarse de forma intercambiable por el de hospitalización parcial (*partial hospital)*; se ha considerado que el hospital de día es un tipo específico de programa de hospitalización parcial en el cual los pacientes acuden varias horas durante el día y vuelven a sus casas por la tarde; la hospitalización parcial es un concepto más amplio que incluye también programas escolares como ha relatado Crofford [95] y en horario de tarde. En general en la bibliografía estadounidense se utilizan ambos términos para referirse a la definición de la Asociación Americana de Hospitalización Parcial (AAPH); dentro de la cual el grupo de especial interés en infancia y adolescencia desarrolló desde 1991 estándares para los programas de hospitalización parcial [32], definiendo éstos como hemos relatado además de como un programa limitado en el tiempo, ambulatorio, de tratamiento activo que ofrece servicios terapéuticamente intensivos, coordinados y estructurados dentro de un ambiente terapéutico estable; que los programas deben constar de seis horas como mínimo al día de las cuales un 60 % han de ser destinadas a tratamiento activo; los programas pueden ser vinculados o no a los hospitales pero deben proporcionar servicio de emergencias 24 horas; se especifica una duración del tratamiento menor a 180 días, aunque una encuesta de programas nacional en 1995 mostró que muchos excedían esta duración [13].

El desarrollo en Estados Unidos de estos programas para niños y adolescentes existía fuera de la influencia de salud mental mucho antes de que fueran desarrollados en conexión con las instalaciones psiquiátricas. Estos programas se desarrollaron como una respuesta natural a las necesidades de los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos, por lo cual es comprensible que muchos programas que

hoy en día se considerarían como Hospitales de Día fueron desarrollados inicialmente como servicios educativos; como en Baltimore en 1950 donde se pusieron en marcha los programas *Children´s Guild*, para jóvenes con alteraciones emocionales y conductuales, y el *Linwood Center*, para niños con autismo; siendo ambos programas independientes y sin afiliación formal con hospitales o recursos de salud mental. Se ha considerado que los programas de hospitalización parcial, a pesar de la evidencia de coste-efectividad superior frente a la hospitalización completa, han sido infrautilizados [13,] como también han referido en 1991 tanto Kiser [91] como Sayegh y Grizenko [96] para los niños y adolescentes, y Fink poco antes en 1988 [97].

Mientras que Estados Unidos se desarrollaban Hospitales de Día para algunos trastornos específicos (Trastornos del Espectro Autista y para los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)); en Canadá su creación obedecía a datos de gestión como disminuir costes sanitarios buscando evitar o bien reducir la duración los ingresos hospitalarios a tiempo completo, especialmente en la zona de Quebec [59]. En el caso que ya hemos citado previamente del Hospital de Día para adolescentes de Winnipeg, en 1997 publicó un gasto por paciente y día representado un tercio respecto a la hospitalización completa [75]. En Estados Unidos como ya hemos referido el *Child and Adolescent Special Interest Group of the American Association of Partial Hospitalization* definió una serie de estándares y guías clínicas para el tratamiento de niños y/o adolescentes en programas de hospitalización parcial, como medio para establecer programas de tratamiento de calidad [32], mientras que en Canadá se han desarrollado programas de tratamiento psiquiátrico diurno para adolescentes basados en el aula denominados ADTU (*Adolescent psychiatric day treatment unit school program*) que se consideran un tratamiento beneficioso para adolescentes con trastornos graves emocionales y de conducta persistentes, mostrando en el estudio referenciado mejoría tanto a nivel clínico como académico, como han relatado Milin y otros en el año 2000 [98].

En Europa Occidental varios países ya describieron sus programas de hospitalización parcial para niños en activo a finales de los años 80, incluyendo descripciones concretas de funcionamiento los siguientes países: Inglaterra, Francia, Holanda, Noruega, Suecia, Suiza y Alemania [93].

El Tratado de Rutter de Psiquiatría del niño y del adolescente, que es uno de los libros de referencia a nivel internacional de la especialidad, consideraba que las unidades de día habían evolucionado de una forma heterogénea, desde programas de día específicos para niños pequeños con problemas de desarrollo hasta tratamientos intensivos cinco días a la semana incluyendo la familia. En el Reino Unido, Alemania y Suiza suelen asociarse a las unidades de hospitalización, esto puede tener la ventaja de compartir recursos y programación pero menor flexibilidad. Distinguen tres grupos de unidades de día: para tratamiento de comportamiento disruptivo, especializadas en niños pequeños (Trastornos del Espectro Autista (TEA), alteraciones del habla y lenguaje, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)), y unidades que priorizan la intervención familiar en casos de ruptura o maltrato. Comentan muchas unidades no cuentan con personal suficiente como para realizar una coordinación efectiva con educación o desarrollar un programa educativo completo; teniendo que encontrar un difícil equilibrio entre el trabajo académico y la socialización y la experiencia terapéutica; en ese sentido se han descrito algunas unidades colaborativas entre educación, sanidad y servicios sociales [20].

Como ejemplo de nuevas direcciones en el tratamiento de Hospital de Día para adolescentes, desde Australia Nooyer y Lingard publican en 2016 un artículo que trata de aplicar el modelo terapéutico neurosecuencial (NMT; *Neurosequential Model of Therapeutics*), tanto a un programa diurno como a la hospitalización completa; sobre terapias de grupo especificas "basados en el cerebro" (*brain-based*) estratificados por áreas inferiores, sistema límbico y áreas corticales

del cerebro, de forma que una serie de intervenciones pudieran ofrecerse de forma secuencial, creando así tras un *triage* grupos rojos, ámbar y verdes respectivamente [99].

Ya en el caso de España; si bien la Ley General de Sanidad de 1986 explicitaba en su artículo 20 punto 1 que: "se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría" [1], los programas para adolescentes se han iniciado originariamente desde una perspectiva ambulatoria sin implementarse recursos alternativos específicos incluyendo la hospitalización. Así un artículo consideraba en 1996 la existencia una situación de precariedad para los programas de Salud Mental Infanto-Juvenil, en concreto sobre la Comunidad de Madrid, tanto en su cobertura dentro de la red como en cuanto al número de profesionales, tiempo de dedicación, formación y recursos, indicando que entonces los profesionales de estos programas tenían que manejarse casi exclusivamente con recursos ambulatorios incluso para los casos más graves [100]. Al hilo de lo anterior, se ha escrito sobre el retraso histórico en el desarrollo de la psiquiatría, psicología y otras profesiones relacionadas con los dispositivos de Salud Mental del niño y del adolescente, marca el retraso en la aparición de dispositivos específicos desde la clínica para el abordaje de la patología mental grave en estas edades, tal y como señala Jiménez Pascual en artículo realizado sobre internamiento terapéutico de menores en 2004 para la AEN [101].

En cuanto a los Hospitales de Día específicos para trastornos mentales de niños y adolescentes, siguiendo a Pedreira Massa, dicho autor refiere que los criterios de admisión, recursos, asistencial y gestión han cambiado de forma significativa desde que Francisco Ortega creara el Hospital de Día en la Clínica Infantil La Paz de Madrid centrado en cuadros somáticos; en su origen fueron dispositivos complementarios para casos con el fin de reducir la duración de las hospitalización y establecer un programa terapéutico

de cuidados intermedios, siguiendo de esta forma los modelos de Hospital de Día en Francia y Norteamérica [59].

Como antecedente a los Hospitales de Día, en España fueron creados cuatro hospitales específicos de Psiquiatría Infantil llamados "Institutos médico-pedagógicos" y centrados prioritariamente a niños con discapacidad intelectual: el de Fray Bernardino Álvarez en el año 1948 en Madrid dirigido por Francisco Javier Mendiguchía; el Rodríguez de Miguel en Zamora en 1970; El Pinar en Teruel, también en 1970, y el Sanatorio Psiquiátrico Infantil La Atalaya en Ciudad Real en 1971 [12]. Pedreira Massa señala que en el primero de ellos en ponerse en funcionamiento (Hospital Psiquiátrico Infantil Fray Bernardino Alvárez) fue dirigido por el Profesor Mendiguchía y se creó una zona que fue pionera para niños con psicosis severas [59], siendo la responsable la Dra. Carmen María Sánchez [102].

En los años setenta del siglo XX aparecen iniciativas para las necesidades existentes en la educación y tratamiento de los niños con autismo y psicosis infantil. Una experiencia en ambos campos pedagógico y de salud mental en la infancia y la adolescencia fue la realizada en Galicia por Llauder y Ubeira en 1973 en Tui (Galicia), denominada O Pelouro [59]. Otras iniciativas fueron el caso de Carrilet en Cataluña en 1974 como cooperativa de profesionales sin ánimo de lucro [103] que se habían formado en Suiza (Eulalia Torras y otros, tratándose del mismo origen formativo que en el caso del Hospital de Día para psicosis que impulsaría el Prof. Alberto Lasa en el Consorcio Uribe Kosta de Vizcaya) [59] y posteriormente Menela en Galicia en funcionamiento dese 1976 como entidad de iniciativa social sin ánimo de lucro (Cipriano Jiménez Casas) [104], comentar que ambas siguen hoy día en funcionamiento habiendo diversificado sus propuestas terapéuticas.

Gualtero y otros relatan que sólo en la segunda mitad de los años ochenta se empiezan a crear los Hospitales de Día psiquiátricos para niños y, más tarde, específicos para adolescentes, a excepción de iniciativas previas como unidades de atención psiquiátrica para niños

y adolescentes en hospitales generales o pediátricos [105]. Cabe aquí mencionar el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil de la Cruz Roja en Madrid, creado en 1982 por la Dra. Marta Peral [59] del que ha dado cuenta Margarita Alcamí con vocación de tratar casos de autismo otros trastornos del desarrollo además de otras patologías, siendo efectivo en la mejoría sintomatológica de los pacientes [42], el cual cerró unos años después teniendo la experiencia continuidad desde 1991 en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil del Hospital del Niño Jesús como ha relatado años después Alcamí Pertejo [106]. En 1992 Ana Jiménez Pascual, a quien ya hemos referenciado previamente en varias ocasiones, creó en Alcázar de San Juan el primer Hospital de Día para trastornos mentales graves en niños y adolescentes, lo que convirtió a esta comunidad autónoma en referente a nivel nacional en la atención psiquiátrica a estas patologías [107].

Se ha mencionado en Cataluña el Hospital de Día para niños y adolescentes creado poco antes de 1996 en el Hospital Infantil de San Juan de Dios (*Sant Joan de Deu*) de Barcelona, si bien otros matizan que se trataba de una unidad que no dejaba de estar dentro del ámbito hospitalario; considerando por ello que en el caso de esta comunidad el primer hospital de día para adolescentes sectorizado e integrado en la comunidad inició su actividad a finales de 1998 en el municipio de Gavà [105]. Como ejemplo de la progresión de los dispositivos de Hospital de Día en Cataluña comentan que en 2007 estaban ya en funcionamiento 13 hospitales de día para adolescentes, de los cuales diez se encontraban en la provincia de Barcelona, uno en la de Girona, uno en Lleida y uno en Tarragona; también comentar como antecedente de esta expansión que sobre la relación que figura al final del artículo del grupo de trabajo de la AEN en 2001 [33], de entre los 25 profesionales integrantes 18 provenían de Cataluña [105]. Ángela Vidal relata en 2011 la implementación de un Hospital de Día para niños de 6 a 12 años partiendo de la existencia previa del Hospital de Día del Clinic para adolescentes, ofreciendo un tratamiento contextual y una intervención individual más intensiva y con un mayor número de grupos terapéuticos, además de una intervención escolar y familiar [108].

Carmen Grifoll por su parte desde Nou Barris realizó una evaluación de la situación de los HD en Cataluña publicada en 2011, incluyendo tanto programas infanto-juveniles como programas de adultos, en aquel momento existían ya 20 Hospitales de Día infanto-juveniles en Cataluña de los que participaron en la encuesta propuesta 13 (tan sólo uno de ellos descrito como con más de 10 años de funcionamiento), con un total de 301 plazas para una población de referencia de 299.662 habitantes entre 0 y 18 años, con diagnósticos más frecuentes de Trastornos Neuróticos, Psicosis afectiva y Esquizofrenia y predominio programas específicos para Trastorno de Conducta Alimentaria (si bien se describen otros como Trastorno de Conducta, Psicosis, Primeros Episodios Psicóticos, Atención a la crisis, Patología dual, Psicoterapia individual intensiva, Psicoterapia familiar intensiva, Estimulación psicopedagógica y Fármacos Estimulantes - Clozapina - Eutimizantes) [109].

Posteriormente, ya en la década pasada se han ido creando algunos centros que incorporan conjuntamente recursos de Sanidad y Educación. En el caso del País Vasco como Unidades Terapéuticas-Educativas / Centro de Día Terapéutico-Educativo, siendo pionero el de Sondika en 2000 que nacen con el objetivo de prestar atención intensiva e integral a niños con trastornos psiquiátricos graves que presentan dificultades para ser asumidos en un momento determinado por el entorno escolar normalizado, según artículo de 2010 de Solana [110]. El decreto de Diciembre de 2006 del departamento de Educación del gobierno vasco creó los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico Educativa, según relatan Picaza y otros en un artículo de 2016 [111] , este centro fue trasladado a Ortuella donde durante los 3 años siguientes le siguieron otra Unidad en Álava y otra en Guipúzcoa, además de la Unidad de Adolescentes del propio centro de Ortuella [108], posteriormente se han puesto en funcionamiento otras dos unidades de adolescentes, una en Lasarte y otra en Vitoria-Gasteiz [112]. En la Comunidad de Madrid se han desarrollado los Centros Educativos Terapéuticos – Hospital de Día (CET-HD); iniciándose la primera experiencia en 2002 (Pradera de San Isidro), y siendo continuada por otros similares los años

siguientes como Herrera Oria / Norte, Alcalá de Henares, Vallecas y Leganés [113, 114]. Así, en la década pasada en España se han ido constituyendo algunos Centros Educativos Terapéuticos – Hospital de Día [115]. Este recurso proporciona una atención tanto sanitaria como educativa a aquellos alumnos que manifiestan trastornos mentales graves de inicio en la infancia y la adolescencia que no precisan internamiento a tiempo total ni son susceptibles de un tratamiento ambulatorio (en algunos casos en modalidad pública y otros concertados). Ya en 1969 se afirmaba que en el Hospital de Día, más allá del método utilizado, la aceptación incondicional de la personalidad del niño y de sus posibilidades lleva consigo disponer de un material escolar accesible siendo esto una opción personal en lo que se refiere al futuro escolar y psicológico del niño [105, 116]. Los CET-HD (Centros Educativo Terapéuticos- Hospitales de Día) forman parte de la Red de Asistencia Sanitaria de Salud Mental del INSALUD y de la Red de Recursos de la Dirección General de Infantil y Primaria de la Consejería de Educación [115], iniciándose la primera experiencia como hemos citado en la Comunidad de Madrid en 2002 ("Pradera de San Isidro"), y siendo seguido por otros de similar concepción los años siguientes. Se realizan actividades terapéuticas propias de Hospital de Día Psiquiátrico para niños y adolescentes contando con el apoyo integrado de recursos propios de Educación, con el objetivo de atender de manera integral al alumno con trastornos mentales y tomando el contexto escolar como factor de normalización; así en los CET las clases se organizan en base a agrupamientos flexibles de 5 alumnos, que tienen en cuenta tanto el nivel de competencia curricular como el momento evolutivo del trastorno. Se ha escrito que la ventaja radica en permitir tratamientos con la presencia de un profesorado oficial con capacidad legal para solicitar y obtener planes educativos de los colegios, lo cual es un factor diferencial respecto a otros dispositivos y permite continuar la escolarización mientras se realiza un tratamiento intensivo, y para así evitar el abandono de los estudios en relación a la enfermedad mental [113]. Matías Real en el 63º Congreso AEPNYA realizó una ponencia sobre la experiencia en el primer hospital de día educativo-terapéutico de la Comunidad

Valenciana (HDET), en Castellón, sobre 219 casos atendidos en los que el 95% fueron exitosos cumpliendo con el plan terapéutico propuesto, refiriendo sólo un 4.4% de reingresos, además de una reducción en la necesidad de Hospitalización a tiempo completo [117].

Un modelo alternativo a los de CET / UTE (Unidad Terapéutica Educativa) es el iniciado ya en 2016 en la región de Murcia, diferenciándose de los anteriores por su característica de itinerancia, tras el establecimiento del Programa de Aulas Terapéuticas (Unidad Educativo Terapéutica) para el alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de trastornos graves de conducta internalizantes y externalizantes vinculados a problemas de salud mental, en el decreto del BORM se establece que la respuesta terapéutica para el alumno y familia se realizará de forma descentralizada, desplazándose los profesionales de la unidad de atención educativo-terapéutica a los centros docentes de los destinatarios de las intervenciones [118].

En 2004 se inicia en Cataluña un programa de atención a TMG en la infancia y adolescencia, que incluye desde su origen aspectos como son: priorizar casos en función de la gravedad, asignación de referente de forma individual, redacción de Plan Terapéutico Individualizado (PTI) en menos de un mes con revisión semestral, evaluación de resultados, seguimiento, acogida personalizada, visita domiciliaria si fuera necesaria, coordinación con CSM adultos, intervención multidisciplinar en el medio familiar y social, así como trabajo en red [35, 36, 119].

También se ha propuesto desde la AEN en 2004 la necesidad de la implantación de diferentes dispositivos de internamiento terapéuticos para niños y adolescentes, como son [101]:

(A) Dispositivos Sanitarios

1. Unidad de Hospitalización Breve

2. Unidades de Media y Larga estancia (comunidades terapéuticas)

(B) Dispositivos Socio-educativos-sanitarios

1. Centros de Reeducación Psicosocial

2. Centros para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave, de ámbito nacional

3. Centros de Educación Especial para niños y adolescentes con trastorno mental severo

El grupo de trabajo de la AEN sobre coordinación de dispositivos de Salud Mental Infantil y Educación se refería en 2005 a muchos niños y adolescentes con requerimientos educativos especiales y que de forma concomitante cumplían los criterios para un trastorno mental grave, por lo que eran necesarios dispositivos con la participación dual de Educación y Salud Mental Infanto Juvenil, así como la coordinación con Bienestar Social para el abordaje de ciertas situaciones familiares y favorecer su integración social; así es como planteaban como absolutamente necesario la creación o adecuación de nuevos dispositivos, perfilando la conveniencia de diferentes recursos con equipos conjuntos que abordasen la diferente problemática. Se mencionaban los siguientes dispositivos [119]:

1. Hospital de Día para niños y adolescentes con trastornos mentales graves (incluidos los de tiempo parcial), aunque puede denominarse así mismo en otros ámbitos centro terapéutico de día.

2. Aulas específicas para Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), este dispositivo desarrollado en la comunidad de Madrid, depende de Educación y es una alternativa que favorece la integración y el abordaje psicopedagógico en la escuela para niños de entre 3 y 12 años.

3. Colegios de educación especial con apoyo de Salud Mental: existen niños y adolescentes que no se amoldan a los anteriores dispositivos, por lo que requieren más específicamente centros de educación especial, propugnando que participen en los mismos profesionales de Salud Mental.

En 2009 el grupo de trabajo de la AEN que realizó el informe sobre la Salud Mental de niños y adolescentes también incide, entre otros factores que pueden contribuir a la estigmatización de trastornos mentales graves, a la escasez o inexistencia de programas de tratamiento ambulatorio intensivo como estructuras intermedias [11].

En 2010 en otro artículo de Alcamí Pertejo ya se diferenciaban en función de la demanda existente dos tipos de ritmo de Hospital de Día Psiquiátrico Infanto-Juvenil. En aquellas comunidades autónomas con Centro de Salud Mental que asume las tareas del Hospital de Día físicamente en el mismo espacio y cuentan con un intercambio frecuente de pacientes entre la estructura de consultas y la terapia de Hospital de Día, lo que supone modelos parciales creativos y con una alta exigencia a sus profesionales que realizan tareas en ambas estructuras [120]. Continúa la autora señalando que en otras comunidades los Hospitales de Día se han creado físicamente fuera de los CSM y con un equipo de profesionales autónomo, indica que ambos modelos tienen sus ventajas e inconvenientes para insistir en la necesidad para pacientes muy graves de un dispositivo con funcionamiento a tiempo completo y con un funcionamiento definido.

Lasa y colaboradores han comunicado en 2014 dentro de un análisis sobre calidad asistencial que existe desde más de una década antes hay consenso acerca de que el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano intensivo es beneficioso sobre una evolución

favorable y con menor deterioro, mientras que su desarrollo está limitado por factores de tipo económico y de estructuración física. Se ha escrito que ante la creación de programas como centros de día y en general de tratamiento intensivo resulta de interés analizar aspectos clave como cobertura, distribución, edades atendidas y eficacia. Entre las conclusiones está que a pesar de ser reconocidos como de importancia, tanto los programas de atención temprana [10] como los programas ambulatorios y centros de día de tratamiento intensivo muestran un desarrollo diverso en cuanto a estos factores, indicando como necesidad el poder extenderlos y hacerlos más generalizados manteniendo una estructuración similar que además facilite su evaluación, aunque en el estado administrativo y político actual lo consideran una tarea de dificultad [38].

Para definir el concepto de Atención Temprana citado en el párrafo anterior referenciaremos a la Unidad de Atención Temprana (UAT) de la Universidad de Santiago de Compostela (USC), cuya creación en 1998 supone el primer centro de toda España de AT ubicado dentro del sistema universitario. Siguiendo un artículo publicado por profesionales de dicho dispositivo se define Atención Temprana como "el conjunto de intervenciones que se dirigen a la población infantil de entre 0 y 6 años, a su familia y a su entorno"; "las intervenciones deben ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar formado por psicólogos, pediatras, logopedas, neuropediatras, médicos rehabilitadores y, en definitiva, todas aquellas personas que componen e integran el mundo de la infancia". Entre sus objetivos facilitar el curso evolutivo minimizando el impacto de los déficits en el desarrollo global del niño, crear mecanismos de compensación, adaptarse a las necesidades de cada niño, atención a necesidades y demandas de la familia, el medio, considerando al niño como sujeto activo de las intervenciones [10]. Se considera la inmadurez neurológica y la dependencia de los recién nacidos de sus madres como una estrategia evolutiva que permite que se transmita el lenguaje y la cultura durante el período de plasticidad máxima que supone la

infancia [35], en este sentido Marcelli en su libro se ha referido al concepto de neotenia que explica en parte la necesidad de socialización del ser humano [121], y que enlaza con la Teoría del Apego de Bowlby [122].

Siguiendo con el estudio de calidad asistencial de Lasa y colaboradores, comentan también es preciso facilitar la comunicación de conocimientos y experiencias, espacios formativos compartidos entre los diferentes ámbitos y profesionales incluyendo supervisión: ámbitos universitarios, asistenciales, investigadores, clínicos, sanitarios y socioeducativos; considerando que el comunicación de experiencias piloto con buenos resultados es una tarea fundamental que está por realizarse [38].

El Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016 constituye la necesaria cooperación de las Administraciones Públicas además de otros agentes sociales relacionados con los derechos de la infancia, su aprobación se entendió como apuesta estratégica de situar a la infancia como prioridad en la agenda política [1]. Dentro del objetivo estratégico 7 sobre Salud Integral, el punto 7.9 se denomina Estrategias en Salud: salud mental y otros problemas de salud infanto-juvenil e incluye [123]:

> Diseñar un Plan de salud mental infanto-juvenil que incida en la promoción de la salud mental positiva, la prevención de los problemas de salud mental en la escuela y en los servicios de atención primaria y potencie la creación de equipos profesionales que atiendan los problemas de salud mental infantil tanto de forma ambulatoria como en el internamiento.
>
> Mejorar y ampliar los servicios y programas orientados a la salud mental y de orientación psicológica para los niños y adolescentes, con especial atención a aquellos con especial vulnerabilidad.
>
> Incluir la población infanto-juvenil como población diana en las acciones encaminadas a estratificar a la población en función de las necesidades sanitarias y sociales, como paso previo al diseño de

intervenciones coste-efectivas específicas para los distintos grupos de pacientes adaptadas a las referidas necesidades.

Para conocer el grado de implementación de los diferentes recursos terapéuticos para la Salud Mental de niños y adolescentes en las comunidades autónomas de España, durante la elaboración del Libro Blanco [1] sus autores establecieron contacto con los responsables de Salud Mental de cada una de ellas. El resultado fue el siguiente; en el momento de la publicación del documento sólo 10 comunidades autónomas tenían Hospitales de Día específicos para la Infancia y la Adolescencia. De hecho, sólo 6 comunidades disponían de programas totalmente específicos, no compartidos con programas de adultos, en los tres niveles (Ambulatorio, Hospital de Día, Hospitalización a tiempo completo). En cuanto al número de plazas en Hospital de Día, en aquellas comunidades que sí disponían de alguno de estos dispositivos, existía una gran variabilidad en su accesibilidad, entre las 449 plazas de Cataluña, 252 de Andalucía ó 175 de la Comunidad de Madrid, frente a las 30 de Murcia, 15 de Aragón, 12 de Navarra ó 10 de Castilla-León y Baleares; con unos ratios por 100000 habitantes oscilando entre los 31.5 en el mejor de los casos a 2.88 en el menos favorable. Todo esto teniendo en cuenta que 7 comunidades no disponían todavía, como hemos señalado con anterioridad, de ninguna plaza en Hospital de Día para niños y adolescentes.

4.1.3 Definición operativa de Hospital de Día Infanto-Juvenil

La definición de Hospital de Día Psiquiátrico para la infancia y la adolescencia (HDP-IA) reviste carácter complejo [59]. Siguiendo la definición de Hospital de Día que hemos visto previamente de forma detallada [55], el Hospital de Día psiquiátrico para atender los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia es un "dispositivo asistencial de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día", siendo por lo tanto un "instrumento de prevención secundaria". Convendría aclarar algunos aspectos específicos partiendo de las definiciones de la Guía del INSALUD [55], tal y como propuso realizar

Pedreira Massa de forma sistemática en su artículo de 2001, textualmente [59]:

> Dispositivo asistencial consiste en una institución sanitaria integrada en la red de prestación de cuidados médicos del sistema de salud considerando la presencia activa de recursos específicos, dado que como tal dispositivo asistencial intermedio no es de acceso directo de la población (...).
>
> Tratamiento activo implica la aplicación de todas aquellas técnicas y procedimientos terapéuticos que el avance científico y la experiencia clínica han demostrado como efectivas para el alivio, mejoría o curación de un proceso patológico que se encuentra en actividad. El hospital de día constituye el lugar más pertinente para establecer los tratamientos integrados (...) donde la interacción terapéutica entre psicoterapia y psicofarmacología favorece un curso clínico más adecuado para el paciente y mayor índice de evoluciones positivas y eficacia terapéutica ante un buen número de procesos.
>
> Trastorno mental se consideran aquellos trastornos que se encuentran contenidos y definidos por las clasificaciones psiquiátricas al uso y, específicamente, por la CIE-10 de la OMS (...) se debe subrayar la inclusión de la perspectiva del desarrollo (...) así como el impacto del factor contexto, tanto en el desarrollo de niños y adolescentes como en la evolución clínica de los trastornos mentales.
>
> Régimen de día implica que también se contempla la asistencia prestada durante la jornada diurna lo que ha de suponer, al menos, la posibilidad de que el paciente permanezca en el dispositivo asistencial durante cinco horas, que en la infancia y la adolescencia implica unos contenidos específicos (actividades lúdicas y de tiempo libre, actividades de aprendizaje reglado y especial para determinadas áreas pedagógicas de especial sensibilidad o dificultad, actividad normativa y complementarias tanto desde la perspectiva psicopedagógica como psicoterapéutica, pactar plan de vida para los fines de semana y/o el tiempo que no acude al hospital de día, incluir la posibilidad de asistir a planes o programas terapéuticos parciales durante algún tiempo).

> Sobre la continuidad terapéutica en la infancia y la adolescencia entre los tres niveles de prevención existe una estrecha interacción, lo que incluye de forma activa y dinámica la perspectiva del desarrollo del sujeto en la etapa infanto-juvenil, el concepto de dispositivo intermedio asegura por una parte el acceder al dispositivo asistencial, pero también consolida una salida terapéutica y la acción positiva hacia la integración e inserción sociales, y hace que en principio no deba limitarse el dispositivo a la prevención secundaria.

Los modelos de hospitalización parcial en salud mental para adolescentes son variados en nuestro país incluyendo desde los Hospitales de Día como recurso comunitario con estancias medias relativamente largas reemplazando a la escolaridad a otros de enfoque más clínicos y con una estancia breve; habiendo consenso sobre intervención con población adolescente que precisa de un abordaje integral y por diferentes profesionales, dirigido a aspectos biológicos, psicológicos, educativos y sociales que estén comprometidos con los trastornos mentales, como han referido Puntí Vidal en 2010 [124], así como Vegué y Bosque en 2011 [125].

Como hemos referido previamente, los dispositivos clínicos para los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia que existen en las distintas comunidades autónomas tienen en muchos casos de diferentes formas de organización e incluso dependientes de diferentes organismos, con características de Hospital de Día y terapia institucional; así los define Jiménez Pascual [33] a la que nos referiremos sucesivamente:

1. *Unidades de crisis*: estructura sanitaria con tiempo breve de estancia, en régimen de día, con objetivos de contención, evitar o acortar la hospitalización, movilizan sintomatología de bloqueo masivo (fobia escolar), con paso a un proceso terapéutico ambulatorio o a una hospitalización de día a tiempo prolongado.

2. *Centros específicos*: dependientes de Educación, y planteado como escuelas especiales con personal de Salud Mental (psiquiatra, psicólogo), que cubre necesidades sanitarias y educativas, con un tiempo medio de estancia de varios años, con financiación mixta (Enseñanza, Sanidad y familias).

3. *Hospitales de Día a tiempo parcial* con objetivos psicoterapéuticos que incorporan diferentes abordajes integrales para niños con trastornos emocionales severos, pero que permanecen integrados en sus centros escolares correspondientes.

4. *Hospital de Día a tiempo completo*: engloban diferentes técnicas con el objetivo de lograr la progresión en el desarrollo tanto emocional como cognitivo, aborda patología emocional severa intentando en la medida de lo posible no separar al niño o adolescente de su medio escolar, social y familiar.

5. *Colegios de educación especial*: entrañan cambios estructurales que permiten convertir el centro permanente pedagógico y rehabilitador en una dimensión de comunidad terapéutica.

El grupo de trabajo de la AEN destaca que el Hospital de Día psiquiátrico para niños y adolescentes además de estar integrado dentro de la red de asistencia de Salud Mental de niños y adolescentes, y más ampliamente en la salud mental general, siendo necesaria la existencia además de otros dispositivos que asegurasen las prestaciones básicas para estas edades como son: el equipo básico ambulatorio, las urgencias hospitalarias durante las 24 horas, interconsulta / enlace hospitalarias, la hospitalización total (estipula para una población de 250.000 habitantes entre 2-4 camas para niños y 4-6 camas para adolescentes), y finalmente se propone centro terapéutico y rehabilitador de media estancia para trastornos de conducta graves y persistentes con condiciones sociales y familiares desfavorecidas, precisando para ello una intervención mixta de Sanidad, Educación y Bienestar Social [33].

Continuando con lo expuesto en el párrafo precedente, reproducimos a continuación los niveles de atención en la red sanitaria, tal y como son estratificados siguiendo la guía del modelo ATRAPA del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, programa al que nos referiremos en más ocasiones a lo largo del texto, dispone de un manual donde se describe de forma clara incluyendo aportaciones prácticas concretas [126].

Considera que la red de Salud Mental está bien estructurada aunque altamente saturada en su capacidad asistencial, de esta forma el ofrecer un tratamiento psicoterapéutico de una frecuencia superior a una consulta cada dos semanas algo excepcional y sólo para pacientes en crisis; en la red a pesar de su heterogeneidad se pueden identificar cuatro tipos de dispositivos con niveles de contención creciente:

> Nivel 1. Tratamientos ambulatorios que ofrecen, respecto a la intensidad de tratamiento, en torno a una sesión individual cada dos u ocho semanas, o una sesión grupal semanal.
>
> Nivel 2. Tratamientos en hospital de día que ofrecen tratamiento diario intensivo, de cinco a ocho horas al día, cinco días por semana, e incluyen tanto atención a su salud mental como a proceso educativo, con 10 horas lectivas por semana - un alumno en nuestro medio tiene 32 horas lectivas por semana - y coordinación con su centro educativo, que tiene como objetivo dar continuidad al proceso educativo del adolescente o, al menos, evitar una desvinculación completa de ese entorno escolar. El tratamiento en estos dispositivos incluye la atencióntambién a las familias de los adolescentes ingresados, y el tiempo de ingreso oscila entre tres meses y dos años. Tras el alta son referidos al centro de salud mental de su zona, con el que el hospital de día se habrá mantenido coordinado a lo largo de todo el tiempo de ingreso.
>
> Nivel 3. La posibilidad de ingreso hospitalario en una unidad de agudos, que es siempre un recurso disponible desde cualquiera de los dispositivos.

Nivel 4. Unidad de media estancia, presente recientemente, para pacientes que necesiten ingresos prolongados (de tres meses a un año).

Hecha esta estratificación los autores del programa ATRAPA aprecian que entre el nivel de intensidad terapéutica 1 (tratamiento ambulatorio) y el 2 (hospital de día) hay una gran distancia, no habiendo disponible un tratamiento ambulatorio intensivo (una o dos sesiones semanales más una sesión de grupo) que pueda ofrecer niveles aceptables de contención y terapia sin desvincular al adolescente de su medio habitual. Por ello justifican desde el programa ATRAPA, citando en concreto a Gunderson, el haber planteado como intervención sobre pacientes con inestabilidad emocional el Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI) para cubrir esa ausencia [126].

Podemos comunicar otra concepción publicada muy similar a la de ATRAPA sobre los niveles de atención psiquiátrica del niño y del adolescente. El primer Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente de AEPNYA ya referido, editado en 2010, en su capítulo dedicado a hospitalización distingue un nivel adicional entre el equipo multidisciplinar ambulatorio y el Hospital de Día, el equipo de intervención comunitaria *outreach* al que ya nos hemos referido (que mencionan pero consideraban prácticamente inexistente en nuestro país), con lo cual el Hospital de Día pasaría al tercer nivel y la UHP breve y la media estancia se quedarían unificados en el cuarto nivel [19].

Sobre el concepto alternativo de Centro de Día además de la confusión a la que ya de por sí se puede prestar este término para el caso de los pacientes adultos remitiendo a programas de tipo ocupacional (rehabilitación, centro psicosocial) [55], en el caso de adolescentes este término también se ha utilizado para referirse a proyectos de educación social de niños y adolescentes en riesgo de exclusión cuyo objetivo es mejorar las condiciones socioeducativas en las personas atendidas, como describen Estellés y Viedma en 2010 [127].

Añadir que además de programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo como el proyecto ATRAPA, existen referencia en Alcázar de San Juan de intervención clínica en Unidad de Terapia Intensiva, concepto que equiparan al de Hospital de Día a tiempo parcial [128].

Otros ejemplos de Tratamiento Ambulatorio Intensivo serían los comunicados en 2018 en Congreso AEPNYA por Celia García y colaboradores (programa AIRE, Atención Intensiva y Recuperación), en Prat de Llobregat con un equipo multidisciplinar, grupo abierto, dos sesiones cada semana de 90 minutos de duración más grupo psicoeducativo para padres cada quince días, con diagnósticos heterogéneos y mostrando una progresión reducida hacia Hospital de Día y muy escasa hacia la Hospitalización a tiempo completo [129], y por otra parte en el mismo escenario la puesta en marcha de otro tratamiento ambulatorio intensivo, en este caso en modalidad de intervención en crisis, en Tarragona por Lorena Francés y otros [130].

La ventaja de los tratamientos ambulatorios intensivos es la menor ruptura con el entorno habitual del paciente con familia, amigos y estudios pero tiene el inconveniente de menor capacidad de contención y cambio respecto al Hospital de Día para la infancia y la adolescencia a tiempo completo [80].

Son candidatos al Hospital de Día aquellos pacientes que presenten patología activa con inestabilidad clínica, que cuenten con un mínimo de capacidades cognitivas para poder participar en el desarrollo del programa terapéutico y en ausencia de conductas disruptivas graves como son auto y heteroagresividad [59]. Se han considerado pacientes de entre dos y diecisiete años de edad con síntomas psicóticos u otras alteraciones graves con trastorno de la organización del yo y de la relación con su medio de tal forma que no permitan su adaptación en los entornos familiar, social, escolar o profesional [33].

De esta forma, se considera población diana para Hospital de Día todos aquellos pacientes derivados por su Centro de Salud Mental con

Trastorno Mental Grave (TMG) [34], que precisen una intervención terapéutica más intensiva y de mayor especificidad por presentar dificultades en la vida relacional, social y familiar; aquellos que no mejoran con el tratamiento ambulatorio, y los pacientes con necesidades en las interacciones de tipo relacional, pues en dicho régimen se puede facilitar la expresión verbal de emociones en lugar de la emoción expresada, trabajar la modulación afectiva y participar de forma activa con otros compañeros [59].

Para definir el TMG en la población infantil existe la problemática, tanto teórica como práctica, de la falta de un sistema o clasificación de uso internacional; no obstante algunos diagnósticos incluidos habitualmente suele ser los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) o trastornos del espectro autista (TEA), psicosis infantiles, y algunos trastornos graves afectivos o de la personalidad [38]. Esto ha sido entre otros señalado por Narrow y colaboradores en Estados Unidos ya en el año 1998, en el sentido de que la definición y concepto operativo del TMG afecta directamente a su prevalencia y características lo cual a la hora de plantear una intervención intensiva debe tenerse en cuenta para evitar una sobre o infraestimación de los mismos [131].

En cuanto a población diana desde el punto de vista clínico nos encontramos con niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave, así como más ampliamente aquellos pacientes que se encuentren en seguimiento por Salud Mental cuyos terapeutas a nivel ambulatorio consideren oportuno derivar por su situación clínica. En este sentido, más un diagnóstico determinado, como criterio de inclusión se debería considerar el deterioro funcional [36], ya sea familiar, social o académico, ante una necesidad de tratamiento más intensivo que el de citas ambulatorias.

El documento Recomendaciones para la atención de Trastornos Mentales Graves de la infancia y adolescencia de CatSalud define los TMG en la infancia y adolescencia como el "conjunto de patologías mentales que tienen o pueden llegar a tener una importante

repercusión en la calidad de vida de los que lo padecen, dado que la gravedad clínica y la persistencia en el tiempo afectan gravemente a la vida familiar, escolar y social y producen una importante desadaptación"; se insta a que estos trastornos sean objeto de un diagnóstico precoz y de un tratamiento específico con una atención multidisciplinar que incluya planificación terapéutica a corto, medio y largo plazo. Propone la clasificación de la gravedad en torno a seis ejes [36]:

Eje 1 – Diagnóstico clínico
Eje 2 – Comorbilidad
Eje 3 – Gravedad evolutiva
Eje 4 – Gravedad relacionada con el consumo de servicios
Eje 5 – Gravedad relacionada con situaciones psicosociales anómalas asociadas
Eje 6 – Gravedad relacionada con la discapacidad psicosocial

De forma que este documento enumera en su primer eje una serie de diagnósticos clínicos se considera suficiente para conceptualizar un caso como Trastorno Mental Grave, mientras que el resto de ejes orientarían sobre la gravedad del mismo. Sobre los diagnósticos incluidos, especifican: Autismo (F84.0, F84.1), Psicosis desintegrativas (F84.2, F84.3), Otras Psicosis de la primera infancia (F84.4, F84.5, F84.8), Desorden mixto del desarrollo (F83), Esquizofrenias (F20), Trastornos afectivos graves (F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3), Delirios paranoides (F22.0), Trastorno Límite de la Personalidad (F60.31) y Trastorno disocial de la personalidad (F60.2, F91); y proponen que se incluyan en la recogida de casos tanto los diagnósticos de certeza como de presunción [36].

Lasa ha considera en 2014 a dicha guía como única en España en cuanto a que se refiere a recomendaciones para el conjunto de los TMG para niños y adolescentes [38]. En el documento se plantea la organización y características de un programa de atención específica a los TMG con el CSMIJ como recurso asistencial más adecuado implantar, coordinar y seguir dicha atención. Habrían de incluirse en

estos programas los niños o adolescentes con diagnóstico de certeza de los incluidos en la clasificación TMG expuesta con prioridad de atención y de intensidad terapéutica para los casos que presenten criterios de gravedad entre los ejes 2 y 6, en particular los que acumulen dos o más ejes y también en los que se pueda hacer un diagnóstico de presunción con presencia de comorbilidad o dos o más ejes de gravedad [36]. Proponen para el eje 6 la valoración global de la discapacidad psicosocial mediante CIE, que tiene en cuenta el funcionamiento psicosocial en los tres últimos meses. Para medir el funcionamiento global el DSM-IV tenía un eje sobre funcionamiento global, eje V, Escala de evaluación de la actividad global; EEAG [132], existiendo una variante para la población infanto - juvenil, *Children Global Assesment Scale*; CGAS [133].

Estos planteamientos coinciden con los del programa ATRAPA, que considera que la medida más significativa para decidir el tipo de tratamiento necesario no es el número de ítems que cumple el adolescente para el diagnóstico DSM o CIE y tampoco la comorbilidad presente, sino cómo de estructurada estuviera la vida del adolescente en ese momento [126].

La Guía sobre Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia que publica GuíaSalud [134] entre las estrategias a utilizar en la Depresión que no responde al tratamiento indica valorar, especialmente en casos de depresión grave, con riesgo suicida, asociada a comorbilidades o con factores ambientales de riesgo (como son la disfunción familiar, desadaptación escolar o con iguales, o falta de grupo de apoyo), la derivación a un hospital de día o unidad de hospitalización adecuados.

En cuanto a los criterios de exclusión, existe un consenso generalizado entre los distintos autores a la hora de considerar los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión en los hospitales de día [29], si bien puede haber pequeñas diferencias entre autores [33, 59], en el sentido de que hay coincidencia en contraindicaciones absolutas pero hay otros casos que se indica podrían ser admitidos si cumplen ciertas

condiciones.

A modo de resumen, los factores clínicos / diagnósticos que pueden motivar la no inclusión en programa de Hospital de Día Infanto-Juvenil son los siguientes [29]:

Discapacidad intelectual (Cociente intelectual (CI) estimado menor de 70, aunque en algunos referencias no se citan explícitamente casos entre 50-55 y 70 [34, 59, 105]) y Trastornos Orgánicos como primer diagnóstico [59], también aquellos casos graves que no tengan capacidades cognitivas para poder atender, adaptarse e incluso colaborar en el proceso terapéutico [135]. En un enfoque más abierto, se condiciona su posible admisión a su capacidad de elaboración mental [33, 34].

Trastornos graves de conducta [59]. La presencia de conductas disruptivas graves que pudieran poner en peligro la integridad física del propio paciente o la de sus compañeros [15]. En algunos casos se considera contraindicación el trastorno disocial [108], mientras que conducta psicopática estructurada se considera contraindicación absoluta [33, 34].

Consumo de sustancias como diagnóstico principal ó pacientes con otra patología pero persiste consumo de riesgo [15, 34, 59, 105]. Si bien existe un estudio prospectivo realizado en 1998 por Cornwall y Blood en adolescentes canadienses con abuso de sustancias que comparó el ingreso hospitalario frente al Hospital de Día cinco días a la semana durante diez semanas (35 horas a la semana) con las mismas actividades terapéuticas ofrecidas, realizándose una escala autocompletable al ingreso y al alta, hallando resultados similares en ambos grupos y un coste de un tercio respecto a la hospitalización completa [89, 136]. La revisión de Weir y Bidwell en 2000 cita cuatro estudios realizados en los años 80 evaluando la efectividad de los programas terapéuticos diurnos para adolescentes con consumo de drogas y alcohol, con

diferentes resultados [137].

Grave riesgo de autolisis o serio peligro de suicidio [59]; presencia de tentativas de suicidio o conductas parasuicidas [105]. Por parte del Hospital de Día Parc Taulí de Sabadell se ha comunicado en 2017 una intervención de TCC de entre 5-7 sesiones para 168 pacientes atendidos en dichos dispositivo tras realizar una tentativa autolítica, indicando que la mayoría de tentativas se producían en contexto impulsivo, no planificado y refiriendo una reducción significativa del número de reintentos de suicidio a un año [138].

Brote psicótico ó descompensación maniforme [59].

Existen diferentes opiniones sobre considerar como criterio de exclusión los trastornos de la personalidad (especialmente de tipo límite) pues si bien existe evidencia de que se pueden beneficiar de Hospital de Día especialmente en el caso de pacientes en edad adulta como ya hemos citado [69, 70], la presencia de este tipo de pacientes junto con pacientes psicóticos u otras patología severas puede dificultar el trabajo terapéutico [59].

Respecto al perfil general de pacientes, se han recomendado los Hospitales de Día heterogéneos en los que se tengan los recursos necesarios para poder realizar programas individualizados de tratamiento que den cobertura a las necesidades específicas de distintos pacientes [34, 55].

Dado que resultarían beneficiarios de HDP-IA diferentes tipos de pacientes según las agrupaciones sindrómicas que hemos citado antes de los criterios de exclusión, se plantea la pregunta de si se debe optar por un perfil homogéneo o heterogéneo de pacientes. Morandé establece según su temática dos grupos diferenciados de Hospital de Día, como centro monográfico o como centro polivalente [65].

Pedreira Massa [59] ha opinado que si por homogeneidad se hace referencia a la edad deben ser homogéneos por etapas de desarrollo, pero si se refiere en procesos clínicos específicos, entonces señala que las recomendaciones tanto nacionales como internacionales hacen referencia a la preferencia que sean heterogéneos y han de ser dotados de los recursos necesarios para poder desarrollar programas terapéuticos de forma individualizada y aportar la cobertura necesaria a esa variedad de pacientes, coincidiendo en esto con Villero y colaboradores [34].

Dentro del planteamiento en cuanto a las edades comprendidas entre los 6 y 13 años, se ha considerado que la mayoría de niños que no responden a tratamiento ambulatorio pueden ser tratados en Hospital de Día, pero siempre que no exista peligro de auto o heteroagresividad, que la familia pueda hacerse cargo del niño y que este no sufra enfermedades físicas que precisen tratamiento continuo [115].

En cuanto a esta homogeneidad por etapas de desarrollo, debido a la gran disparidad de las edades que pueden ser diana del tratamiento se hace necesario especificar claramente tres espacios diferenciados: de 2 a 6-7 años, de 6-7 años a 12 años y de 12-13 a 17 años inclusive [33] (preescolares: de 2 a 5 años, mediana infancia: de 6 a 13 años y adolescencia: 13 años o más [139]). Se han descrito dentro del estado español hospitales de día en estos rangos de edad, inclusive definidos específicamente para estas edades menores a 6 años, como era el caso del Hospital Niño Jesús de Madrid [106]. Como ejemplo de edad intermedia tenemos la UTE de Ortuella, que ha atendido a edades de 6 a 12 años [108], si bien posteriormente ha evolucionado hasta dos unidades terapéutico educativas diferenciadas para segunda infancia y adolescencia [111]. Mientras que en la tercera franja de edad que hemos apuntado podemos citar el Hospital de Día Psiquiátrico de Gavà que atiende a chicos y chicas entre 12 y 18 años [105]. Algunos HDP como Nou Barris extiende la atención como ya hemos citado de los 12 años a los 21 años [140]. También existen dispositivos como el CET-HD

Pradera de San Isidro que contaba con unidad de atención de 6 a 12 años y otra para adolescentes [141]. Y por citar un ejemplo también reciente que represente simultáneamente los tres grupos de edad, el Hospital de Día Castilla La Mancha Centro realiza una división en tres unidades de terapia intensiva (UT) que son la UT I de 0-6 años, la UT II de 7-12 años y la UT III: 13-17 años [51]. Incluso hay Hospitales de Día que llegan a definir cuatro grupos de edad como en el Hospital de Día de Hospital de Valme en Sevilla; a saber, pequeños, medianos, prepúberes y adolescentes [142].

De cara a la terapia grupal, se ha recomendado que el rango de edad de los pacientes de un grupo varíe entre dos o tres años de edad, en todo caso que estén en la misma fase de desarrollo evolutivo; en cuanto al género se recomiendan por lo general grupos mixtos; se ha insistido en que cuando se forma un grupo (o en la admisión de nuevos miembros) se debe tratar de incluir miembros que compartan características relevantes con al menos otro miembro del grupo; para tratar de evitar de esta forma la sensación de aislamiento o de sentirse diferente, especialmente en casos de psicosis [15].

Cabe contextualizar una aclaración aquí sobre la edad máxima de asistencia que considera cada comunidad autónoma por encima de la cual el paciente es derivado a la red de psiquiatría de adultos, reproducimos para ello la información del Libro Blanco referente al año 2013 [1]:

> Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta18 años:
>
> > Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Islas Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, País Vasco, Extremadura, La Rioja y Comunidad de Madrid.
>
> Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta 16 años:
>
> > Asturias, Galicia, Región de Murcia y Navarra.

Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta 14 años:

Comunidad Valenciana.

Se ha considerado que en los Hospitales de Día para niños preescolares suelen acudir niños con trastornos graves del desarrollo y problemas de conducta, mientras que los niños mayores el absentismo escolar y los trastornos de comportamiento en el medio escolar suelen ser las razones más frecuentes de admisión a Hospital de Día [139, 143]. Existe al respecto un estudio de Hospital de Día para adolescentes absentistas con trastorno mental donde se ha comparado esta modalidad de tratamiento frente al ambulatorio para absentismo, síntomas psiquiátricos, mejoría global y funcionamiento; habiendo encontrado reducciones significativas de absentismo en el grupo de Hospital de Día junto a mejoría en los otros factores evaluados en 1998 por Matzner y colaboradores [144]. En 2016 Kim y otros comunicaron los resultados clínicos de adolescentes con rechazo escolar incluidos en Hospital de Día, mediante un modelo de DBT que denominan programa CARES, con un estudio de cohorte retrospectivo incluyendo 83 adolescentes, mostrando un incremento en la motivación para el cambio durante el primer trimestre así como una mayor asistencia durante el segundo, reduciendo la gravedad del riesgo en las áreas de habilidades sociales, uso de tóxicos y salud mental [145], el programa CARES también ha sido comunicado en 2020 desde Mount Sinai por Ivanov para el tratamiento a largo plazo del rechazo escolar en adolescentes [146]. Chiu comunica desde Nueva York la intervención en 2017 desde un programa de hospitalización parcial sobre adolescentes con rechazo escolar, mediante un modelo de análisis funcional, para a continuación diseñar un plan multimodal e individualizado de tratamiento [147]. En nuestro medio, Eulalia Anglada y otros realizaron una comunicación en 2018 sobre la intervención para este perfil de pacientes que no acuden a la escuela en el Hospital de Día para adolescentes de Gavá, donde han desarrollado un protocolo de intervención [148].

Se ha escrito que el trabajo en equipo proporciona al menos dos ventajas; por un lado permite realizar varios tratamientos al mismo tiempo (secuencia, contenidos, perspectivas teóricas) y por otro evita confusión en las prescripciones terapéuticas por parte de pacientes y/o familia, mediante la realización de reuniones operativas para la resolución de problemas con toma de decisiones por la persona responsable del dispositivo de forma clara y asumida por el conjunto del equipo [59]. En el mismo sentido, Chamorro y colaboradores han descrito un ejemplo práctico de trabajo multidisciplinar comentando el rol de cada profesional en el Hospital de Día, en el contexto de la elaboración del PTI, y dentro de coordinación interna y organización se ha propuesto la supervisión de casos, así como supervisión de dinámicas grupales institucionales para las que se cita a Yalom [149]. En cuanto a las funciones del personal dentro del Hospital de Día, existe una propuesta en nuestro medio que define de forma muy detallada la función de cada uno de los profesionales del HDP-IA dentro de un equipo multidisciplinar en el caso del Parc Taulí valorando su nivel de concreción, de forma textual [124]:

> El coordinador del HD centraliza las intervenciones de todos los profesionales y es el responsable de gestionar los ingresos y altas del hospital de día, coordinándose con unidades de procedencia y derivación.
>
> El psicólogo clínico realiza las exploraciones psicométricas y la administración de instrumentos de evaluación clínica al ingreso y al alta como medida objetiva de cambio, entrevistas clínicas regulares, implementación del tratamiento psicoterapéutico según guías clínicas con soporte empírico, propuesta y supervisión de grupos psicoeducativos protocolizados y específicos con participación del enfermero y/o de la terapeuta ocupacional, y atención e información clínica a las familias en los días preestablecidos, conjuntamente con el psiquiatra.
>
> El psiquiatra cuenta entre sus funciones con la realización de la entrevista clínica y exploración psicopatológica regular del paciente, así

como especialmente la prescripción y control del tratamiento farmacológico. También son de su responsabilidad la solicitud de exploraciones médicas complementarias y de las interconsultas, así como la atención e información clínica a las familias en los días preestablecidos, conjuntamente con el psicólogo clínico.

El enfermero con ayuda del auxiliar realiza la acogida al ingreso conjuntamente con el psicólogo clínico, la acogida diaria de los pacientes, la administración de la medicación prescrita; el registro regular de las constantes vitales, peso y talla; registros alimentarios, control de la ingesta y la utilización de los servicios; proporcionar los cuidados de enfermería individualizados; gestionar las exploraciones médicas solicitadas por el psiquiatra; extracción de analíticas urgentes y la programación de interconsultas u otras pruebas médicas; participación y control de los grupos psicoeducativos y talleres; atención a las familias de los pacientes en los cuidados de salud básicos; y administración de la encuesta de satisfacción al alta, al paciente y a los padres.

La terapeuta ocupacional realiza la valoración del nivel funcional de cada adolescente; la intervención directa para adquirir, recuperar o mejorar habilidades para el desempeño competente y autónomo de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales; la intervención directa para mejorar y reforzar las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción social; la valoración y adaptación del entorno para facilitar la realización de las ocupaciones; el entrenamiento en diferentes entornos para mejorar y adquirir habilidades de autonomía personal; realización de registros y valoraciones de terapia ocupacional, elaboración del programa de terapia ocupacional; organización de las actividades propias, coordinación con la trabajadora social para organizar las actividades en las que sea necesario la utilización de recursos comunitarios; control y registro de las actividades realizadas (salidas culturales y en la comunidad); e impartir los diferentes talleres programados (manipulativos, de comunicación, de expresión corporal y relación con el medio).

El profesor, en los pacientes que siguen actividad académica, programa e imparte las enseñanzas curriculares de los pacientes, de mutuo

acuerdo con el centro escolar, mantiene un contacto regular con el equipo de asesoramiento psicopedagógico para la recogida de información académica del alumno; informar al tutor y al centro, periódicamente y en el momento del alta, del progreso académico del paciente durante su ingreso en el hospital de día; programar los objetivos, contenidos, actividades y evaluación de los aprendizajes curriculares de cada paciente; y llevar a cabo las clases de aprendizajes específicos establecidas en las programaciones individualizadas según el currículum académico y en función del estado psicopatológico del paciente; en pacientes mayores de 16 años que han abandonado centro educativo, informarles de las posibilidades de formación profesional y de los programas de cualificación profesional inicial.

La trabajadora social tiene asignadas la realización de la entrevista social inicial con el menor y con el responsable legal del mismo; la recogida de datos sociofamiliares que permitan elaborar el diagnóstico social: detección de situaciones de riesgo social; orientar sobre las alternativas formativas, laborales y comunitarias del paciente; realizar las visitas domiciliarias para valorar e intervenir en la situación sociofamiliar cuando se precise; reforzar u organizar las funciones parentales o bien ayudar a crearlas si estas no existiesen; informar y orientar sobre aspectos económicos, acceso a prestaciones, becas y otras ayudas; y coordinarse con otros recursos comunitarios en los casos que se precise.

Desde el punto de vista farmacológico, la observación diaria y continuada permitiría no sólo evaluar la eficacia y tolerancia de los fármacos sino también trabajar la adherencia al tratamiento, considerándose en muchos aspectos el encuadre ideal para optimizar el tratamiento farmacológico [15], pues ofrece tanto la visión directa de la observación y seguimiento próximo que permite la asistencia al programa como también la información aportada por la familia y el entorno social y/o académico; la participación del niño en varias actividades permitirá observar los efectos de la medicación en un ambiente menos restrictivo que la hospitalización completa [13.]

El manejo conductual en cualquier unidad es un área clave, requiriendo políticas en el manejo de la agresividad, uso de

contención, acoso o fuga [150]. La reducción de problemática comienza con una evaluación inicial de riesgos y plan terapéutico, pero debería prestarse énfasis igualmente sobre la cultura global de la unidad [15], el comportamiento del personal y el continuo uso de las habilidades sociales y programas de manejo de la ira, como recogieron Higgins y Burke [151].

En Estados Unidos el año 2016 Timbo y colaboradores publican un artículo específico sobre factores de riesgo asociados a la necesidad de tiempos fuera y contenciones físicas en un Hospital de Día para pacientes entre 5 y 17 años de edad, correspondiente a un estudio tipo caso control retrospectivo a 2 años, con el objetivo de poder aumentar la seguridad de los pacientes y el personal, hallando que la mayor morbilidad psiquiátrica (presencia tanto de trastorno internalizante como externalizante), la historia de abuso físico, el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, el tener historia de Trastorno de Ansiedad y la menor edad se relacionaban con mayor riesgo [152].

En 2019 Reynolds y otros comunican la experiencia de implementación de intervenciones conductuales positivos y apoyo en cuidados psiquiátricos agudos, tanto en ámbito de hospitalización a tiempo completo como en el Hospital de Día, buscando reducir el número de intervenciones de tipo restrictivo, refiriendo las mejorías inmediatas y a largo plazo en un estudio naturalístico prospectivo, para así poder mejorar la seguridad y la calidad de los servicios de salud mental en pacientes agudos para niños y adolescentes [153].

El Hospital de Día debería estar ubicado en el medio comunitario de referencia con accesibilidad teniendo en cuenta distancia y posibilidades de transporte público, organización y funcionamiento [55]. Algunos autores señalan abiertamente como preferible poder mantener una personalidad propia para el HDP manteniéndose dentro de la red y organigrama de su área de salud, que ha de mantener una relación fluida con las unidades de hospitalización breve y con los equipos de

salud mental ambulatorios junto a una vía de derivación constante de pacientes del HDP hacia éstos [55, 154].

Ya se ha mencionado que todos los dispositivos considerados bajo el concepto de Hospital de Día (o centro terapéutico de día) han de estar coordinados dentro de la red asistencial [33]. El Hospital de Día Psiquiátrico es un dispositivo sanitario situado en una posición intermedia entre las camas psiquiátricas y los dispositivos ambulatorios; y si fuese el equipo de atención psiquiátrica ambulatoria el que coordina la atención que ha de recibir el paciente, la relación HDP con otros servicios habrá de hacerse en coordinación con éste [55].

La accesibilidad es de especial importancia en la edad infanto-juvenil pues implica la dependencia de un familiar que les acompañe y para mantener la relación entre las unidades de hospitalización y los centros de salud mental de la infancia y la adolescencia [59].

La intervención terapéutica se basa en que todo niño o adolescente con trastorno mental grave tiene una vida psíquica propia y posibilidad de vida relacional con el entorno por deterioro que padezca. El equipo terapéutico ha de poder vincularse a cada paciente, y los aspectos relacionales deberían favorecer la expresión de ansiedades, afectos, conflictos y a través de un ámbito contenedor, firme y estable con una continuidad de cuidados, el cambio va así más allá de los síntomas pues la terapia institucional también debe trabajar la relación entre los niños o adolescentes como uno de los factores favorecedores del cambio a nivel psíquico [33].

Algunos autores proponen una distinción entre tres niveles de intervención, un Nivel I de intervención destinado a aquellos pacientes que tienen poco grado de autonomía y necesitan de un tratamiento individualizado en áreas básicas (lenguaje, control de esfínteres, control de conductas auto-agresivas o auto-estimulativas, habilidades básicas de interacción social), un Nivel II de trabajo en pequeño grupo que presenta problemas en su interacción con los otros (trastornos del comportamiento perturbador, trastornos del espectro autista con un

nivel de funcionamiento aceptable, fobias sociales) y finalmente un Nivel III de intervención respecto al grupo de pacientes que están evolucionando bien en el nivel II de intervención por lo que se inicia con ellos la incorporación gradual al aula normalizada [29].

Sobre el catálogo de actividades que ofrezca el Hospital de Día se confeccionará el programa individualizado para cada paciente, con los objetivos a alcanzar, el horario, el número y secuencia de las actividades, además de las actuaciones con su entorno próximo, sobre todo con la familia [55]. Cada paciente derivado tendría asignado, desde el primer momento en que se realiza la acogida y el contrato terapéutico, un facultativo de referencia del equipo que ejercerá la función de responsable del caso. Éste se encargará de dirigir el proceso de evaluación con las entrevistas tanto individuales como familiares necesarias contando con la colaboración del resto del equipo para poder elaborar un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) [36].

Dentro del programa estructurado de tratamiento en Hospital de Día se han citado intervenciones diversas como actividades terapéuticas, entrevistas clínicas, reuniones de evaluación de casos con el equipo y con otros servicios, psicoterapias siguiendo los modelos específicos principales en la práctica clínica, actividades socioterápicas, desarrollo del asociacionismo entre pacientes y familiares, proceso de reintegración a la comunidad mediante facilitación de los pacientes hacia las actividades sociales, de formación, cultura, ocio y tiempo libre, y búsqueda de empleo [55].

4.1.4 Recomendaciones de implantación de Hospitales de Día Infanto-juveniles y objetivos de los mismos

Hemos definido el Hospital de Día para niños y adolescentes como dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales graves [29, 33, 59]. Como recurso de hospitalización

parcial busca mejoría clínica mientras el niño se mantiene en su medio familiar, escolar y social [155]. Busca un cambio emocional y cognitivo estable que se relacione con una mayor adaptación a la vida diaria, así como mejorar la interacción social, reintegración en la vida en la comunidad y poder proseguir su tratamiento en el nivel ambulatorio [33]. Será precisa la coordinación dentro de la red de salud mental entre los profesionales que atienden al niño, sí como con la escuela y equipos de orientación psicopedagógicos, pediatras y médicos de familia de atención primaria, otras especialidades médicas, atención temprana, servicios sociales y asociacionismo, entre otros.

Ya hemos referido como en los planes estratégicos de Salud Mental de varias comunidades autónomas [2, 62, 63], se ha reafirmado la necesidad de seguir incrementando la oferta de dispositivos tipo tratamiento diurno, con actividades dirigidas a potenciar un desarrollo evolutivo normal mediante una detección precoz y la mejora del pronóstico a través de programas de tratamiento intensivo en este tipo de recursos, así como la potenciación de recursos específicos para la atención de los trastornos mentales específicos infanto-juveniles, incluyendo la atención a trastorno mental grave, y también la investigación.

Los entornos de unidades de día han evolucionado en una serie de diferentes direcciones, desde programas específicos para niños pequeños con problemas del desarrollo hasta tratamientos intensivos incluyendo intervención familiar. De este intervalo tan amplio de heterogeneidad surge la dificultad para resumir claramente y evaluar la efectividad de los hospitales de día presente en la literatura [49, 67].

En 1992 la *American Association for Partial Hospitalization* inició una encuesta nacional en Estados Unidos de hospitalización parcial para investigar su situación sobre programas, personal y costes, identificar tendencias y desarrollar recomendaciones y analizaron las diferencias en función de duración de estancia y beneficio. Encontraron que, de 580 programas que participaron en la encuesta, 95 indicaron que al menos el 50% de sus pacientes eran

niños y adolescentes; entre éstos se encontraba mucha variabilidad tanto en patrones de admisión y alta como entre cuidado agudo o a largo plazo, población atendida y tipo de programas, así como ausencia o no de ánimo de lucro, según relata Kiser en 1995 [143]. Thatte y otros en 2013 en Canadá se refieren tanto a esta encuesta nacional de Estados Unidos publicada por Kiser que mostraba que sólo un 2% de los niños, jóvenes y adultos que necesitaban atención en salud mental recibían tratamiento en programas de hospitalización parcial; así como a un estudio más reciente de 2007 de Rizzo en Estados Unidos que indicaba que el 8% de los jóvenes diagnosticados de trastorno bipolar recibían tratamiento en dichos programas [156].

Se pretende un tratamiento intensivo en un recurso diurno, más del que puede ofrecer un recurso de consultas ambulatorias, sin separación del ambiente familiar, escolar y social; las unidades de día brindan atención a las familias y escuelas locales en una mayor medida que otros dispositivos, pudiendo crearse programas de tratamiento relacionados directamente con la atención a padres. Existen oportunidades de transferir todas las habilidades aprendidas a la comunidad y al medio familiar [157].

Shaw ha descrito el uso de planificación de objetivos del tratamiento, especialmente útil para jóvenes con necesidades complejas como las de los hospitales de día, que deberían ser específicos, medibles, alcanzables, realísticos y temporales, e idealmente puestos con las propias palabras del niño; además de ser flexibles en el tiempo [158, 159]. Rothery y colaboradores auditaron los objetivos de tratamiento en jóvenes de cuatro unidades de adolescentes encontrando que los programas incluían un amplio rango de objetivos; entre otros los focalizados en mejorar las relaciones sociales y alcanzar objetivos de desarrollo más allá de cambios en los síntomas, percibiéndose mejoría en todos estos objetivos [160]. Una década después, en 2005, dentro de medidas de resultados se sugirieron desde la CAMHS en Reino Unido los resultados basados en objetivos (*GBO, goal based outcomes*), que Worral-Davies considera

aplicables a Hospitales de Día en su capítulo de libro ya citado con anterioridad [89].

Como objetivos terapéuticos generales para los Hospitales de Día Psiquiátricos, la guía de gestión del INSALUD especifica los siguientes, citamos textualmente [55]:

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

El Hospital de Día busca tanto la mejoría en la calidad de vida como la disminución del malestar psíquico de los pacientes con trastornos graves y su entorno. La mejoría significativa del cuadro clínico posibilitará el alta del paciente y su derivación a otro dispositivo de la red para continuar tratamiento y/o las tareas de rehabilitación y reinserción social. El Hospital de Día Psiquiátrico favorece la transición progresiva a la comunidad, y en caso de la persistencia de un funcionamiento desadaptativo un cambio en el

propio paciente hacia nuevas opciones de relación con él y los otros [55, 89].

Destacamos los siguientes propósitos de las unidades de día, en el caso concreto de la población infanto-juvenil [29, 33, 35, 59]:

1- Facilitar un cambio emocional y cognitivo estable con mejor adaptación a la realidad, menor sufrimiento psíquico y prevención del deterioro, mejorando las competencias relacionales con vistas a la reincorporación a la vida comunitaria y el tratamiento ambulatorio, con disminución de la sintomatología psiquiátrica y un funcionamiento más adaptativo a todos los niveles.

2- Intervención familiar, contención y elaboración de la ansiedad y ambivalencia generada por la enfermedad, así como actuación familiar proporcionando estrategias de afrontamiento ante problemática tanto actual como futura.

3- Coordinación con el medio escolar y social, actuando sobre los factores que puedan estar influyendo o agravando el cuadro clínico.

Comprende el trabajo multidisciplinar para pacientes con trastornos psiquiátricos graves utilizando tratamientos farmacológicos, psicológicos, ocupacionales y sociales [29].

Es necesario diseñar un programa de tratamiento específico para paciente: el Programa Terapéutico Individual (PTI), del que existen propuestas concretas en nuestro medio como la de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)-Hospital de Día de Algeciras [29], que se basa en el modelo de competencias de Albee [161], así como el plan individualizado de trabajo propuesto por Hospital de Día Castilla La Mancha Centro que se revisa anualmente [39], y que también han señalado otros como Chamorro en su necesidad de composición por profesionales de varias disciplinas, y señala las múltiples posibilidades de identificación que ofrece el Hospital de Día a los pacientes en edad adolescente [149].

Dentro de las bases teóricas del modelo de atención en Hospital de Día para la infancia y la adolescencia se encuentran para la comprensión de los trastornos mentales del niño el paradigma bio-psico-familiar-social, la posibilidad de establecer vinculación terapéutica con niño y familia, el uso de principios cognitivo-conductuales, así como psicoeducativos y de terapia de familia, según han relatado Graell y otros en 2010 [115].

El tratamiento se concibe como precoz, integral, intensivo y especializado basado en la vinculación con los dispositivos terapéuticos que realizan el tratamiento del paciente con trastornos psiquiátricos graves, permitiendo una atención mayor a la ambulatoria. Así, la acción terapéutica es fundamentada en poder establecer con el niño una relación con garantías de estimulación y continuidad en la atención [162]. Siendo esta aseveración común para toda la práctica clínica enfocada hacia la población infanto-juvenil, hemos de proporcionar al niño un lugar y un espacio donde pueda realizar la expresión de su sufrimiento psíquico [163].

4.2 DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS

Como hemos indicado con anterioridad, la realización de este trabajo parte de la experiencia en el desarrollo de un programa piloto de atención a adolescentes en régimen de Hospital de Día a tiempo parcial [164], con posterior progresión a Hospital de Día a tiempo completo.

Resulta de interés señalar como ejemplo de esquema estructural el publicado en 2016 para la elaboración de la guía de funcionamiento del HDDIJ en el Hospital General La Mancha Centro [34]:

Esquema estructural del HDDIJ HGLMC

1. Definición. Modelos y herramientas terapéuticas
2. Personal, ubicación e infraestructura

3. Población diana
4. Funcionamiento interno
    a) Horarios
    b) Criterios de inclusión y exclusión
    c) Derivación
    d) Actividades previas al ingreso
    e) Evaluación al ingreso y anualmente
    f) Actividades de alta
5. Actividades
    a) Asistenciales: niño y familia
    b) Coordinación interna y organización
    c) Coordinación externa
    d) Formación continuada y supervisión externa
    e) Investigación
    f) Actividades de educación para la salud
6. Elaboración del plan individualizado de trabajo
7. Monitorización
    a) Criterios de calidad
    b) Indicadores de evolución
8. Documentos anexos

La necesidad de intervención en Hospital de Día surge de la necesidad de ofrecer una atención más intensiva de la que puede realizarse a nivel ambulatorio a pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) en edad adolescente (12-18 años) [36, 38, 155, 165]. El Hospital de Día debería encontrarse dentro de la red general de Salud Mental [33], y a su vez dentro de los niveles de la red de atención sanitaria supone una mayor intensidad terapéutica que el Nivel 1 (ambulatorio), hasta el Nivel 2 [19, 126]

4.2.1 Estructura

Un programa de Hospital de Día necesita definir tanto las áreas geográficas atendidas como las posibles vías de derivación desde otras áreas y la población atendida, utilizando para ello categorías

diagnósticas tanto desde el punto de vista categorial como estructural [34].

La derivación desde el Centro de Salud Mental parte de un facultativo (Psiquiatra o Psicólogo de referencia), que en función de la gravedad, cronicidad, deterioro familiar y escolar y capacidad de contención de familia y colegio, valora entre las distintas opciones de intervención, que son atención ambulatoria, hospital de día parcial u hospitalización completa [166]. Siendo preciso definir el contacto que se mantiene con el facultativo de referencia de USMIJ, con aspectos de tipo práctico como la frecuencia de visitas y otros como cuidar el vínculo terapéutico con vistas al alta del dispositivo [34].

Se considera oportuno realizar un protocolo de derivación, en el caso concreto de Castilla La Mancha Centro exige la presentación del caso en reunión de equipo más una evaluación previa al ingreso del facultativo de referencia para que conste una orientación diagnóstica para discriminar posibles criterios de exclusión y una definición por parte de éste de los objetivos que se pretenden alcanzar con el ingreso (al menos con anamnesis, exploración psicopatológica, aproximación a evaluación estructural, diagnóstico diferencial, estimación de Cociente Intelectual; CI) [34]. En todo caso, parece tener sentido que se deba valorar de forma individual la posibilidad de inclusión por parte del equipo terapéutico, como realizan en general en HDP-IA y en concreto desde Hospital de Día Psiquiátrico Parc Taulí especifican de la siguiente forma; el paciente recibe una exploración psicopatológico por el psiquiatra y psicólogo clínico quienes atendiendo a dicha evaluación, necesidades clínicas y a criterios de inclusión/exclusión protocolizados, deciden la conveniencia o no de efectuar dicho ingreso [124]. Como es comprensible, antes de derivar a los pacientes al Programa se debería valorar la disponibilidad de la familia para acudir al centro dado el compromiso y frecuencia de las sesiones que esto supone (contrato terapéutico) [167]. El paciente ha de aceptar y ser capaz de colaborar mínimamente con el programa terapéutico del Hospital de Día, y esta aceptación debería hacerse extensiva a la familia o tutores legales [55]. En el caso del Hospital Niño Jesús para edades

entre 6 y 13 años se establecía un contrato terapéutico individualizado verbal con el niño y la familia que determina los objetivos y condiciones del ingreso en Hospital de Día, en las que destaca la obligatoriedad de asistencia al Hospital de Día y de acudir al colegio habitual el resto de días [115]. También puede consultarse un modelo de contrato terapéutico para trabajo en Hospital de Día en el propio artículo de Villero [34].

Al tratarse de pacientes con trastorno mental y deterioro funcional asociado, un porcentaje de los beneficiarios podrán ser chicos con trastornos psicóticos, bien prodrómicos, bien activos, o bien en proceso de elaboración de su experiencia psicótica, incluyendo aquí psicosis afectivas y cuadros de sintomatología negativa en los predomine el aislamiento social o cualquiera en el que se produzca una ruptura, desde finales del siglo XX y destacando la figura de McGorry [168] se ha ido incidiendo de forma creciente en la importancia de la intervención precoz en las psicosis [9, 169, 170, 171]. Como hemos indicado con anterioridad, los estudios sobre trastornos psicóticos en niños son limitados, la prevalencia de primeros episodios psicóticos va aumentando desde menores de 13 años de edad a la adolescencia hasta la tercera década de la vida, con edad de inicio antes en hombres que en mujeres [172].

Como requisitos básicos de cara a la admisión en Hospital de Día Psiquiátrico para niños y adolescentes, la familia debe acompañar al paciente al inicio de la asistencia diaria y acudir a buscarlo cuando finaliza el tratamiento diario con carácter general, se realiza la firma del consentimiento informado para desarrollar el tratamiento donde se indicarán fases, duración y compromisos tanto por parte del equipo asistencial como por parte de la familia, se comprueba que el funcionamiento familiar proporcione los cuidados diarios tras la intervención así como el acompañamiento al centro escolar en las horas que corresponda y planificar la continuidad de cuidados durante el fin de semana. El programa necesita de la colaboración de paciente

y su familia en aspectos como el seguimiento farmacológico, las actividades de la vida diaria y aceptable capacidad de contención [59].

Parece una buena opción el planteamiento de que en el momento de la admisión tanto el paciente como su familia han de ser atendidos por el equipo terapéutico, quienes le informarán de la normativa y del funcionamiento del Hospital de Día, incluyendo cuestiones concretas y de índole práctica como estructura y horario, dando cumplimiento a la hoja de consentimiento informado / contrato terapéutico, dar a conocer las características específicas de la unidad, de los profesionales implicados, actividades programadas, ajustar los objetivos a las expectativas clínicas y tener en cuenta como fundamentales los derechos y deberes del niño y adolescente en el dispositivo [124].

4.2.2 Organización

Para establecer las dimensiones propias del dispositivo debería valorarse el ofrecer al menos dos actividades simultáneas para perfiles diferenciados de pacientes y un espacio para aquellos pacientes que sólo acuden a algunas actividades determinadas o algunos días a la semana. Además, el perfil de pacientes atendidos y las posibilidades asistenciales de la plantilla de personal aconsejan diseñar el Hospital de Día con una capacidad de 30 plazas para poder configurar los grupos y actividades de forma adecuada. Para mantener su viabilidad se requeriría una ocupación media mínima de 15 pacientes diarios. Sobre recursos humanos para un programa asistencial básico, calculando para 30 plazas con una ocupación media del 80%, se recomiendan dos psiquiatras y un psicólogo (uno de ellos Jefe del Hospital de Día), mínimo tres profesionales de enfermería (al menos un diplomado), un responsable de la gestión de los recursos, terapeuta ocupacional, auxiliar administrativo y disponibilidad de celador y trabajador social [55].

Se ha considerado que el personal de los programas de hospitalización parcial ha de ser el mismo que el de las unidades de hospitalización, salvo que no hay necesidad de turno de enfermería las 24 horas. La Guías de la AAPH recomiendan una ratio paciente - *staff* de 3 a 1, con nunca más de 6 pacientes asignados al mismo miembro del equipo simultáneamente [13].

El tiempo de permanencia semanal en el dispositivo varía en función de la integración en los centros escolares de la red educativa o prelaborales [33].

Para cada grupo de edad la capacidad puede oscilar, admitiéndose en general un máximo de 15 niños o adolescentes en cada grupo [33]. En el caso de los CET-HD la proporción que se relata es sensiblemente mayor, entre 30 y 40 plazas por centro en Madrid [113], si bien hay que tener en cuenta que estos centros en su concepción disponen de los recursos propios de HDP-IA completo que mantienen sumados a los recursos integrados de Educación, como hemos referido más arriba; este apartado va ligado necesariamente al de recursos humanos como es comprensible.

Las ratios recomendadas por las guías clínicas, van de 1:3 hasta 1:1, desde actividades de baja intensidad hasta cuidado intensivo en unidades de hospitalización completa en lo relativo a acompañamiento, mientras que se recomienda un consultor a tiempo completo por cada 10-12 camas, un psicólogo clínico y media jornada de contribuciones de trabajo social, psicoterapia, intervención familiar y terapia ocupacional, en caso de intervención educativa específica, el ratio sería de cuatro estudiantes por lección [173].

El tiempo total en el dispositivo en función de síntomas presentes y la posibilidad de cambio, para casos con buena evolución hasta el paso a régimen ambulatorio, y por otra parte en el caso de síntomas crónicos más definitiva derivación a otros dispositivos (como centro psicoeducativo / rehabilitador, talleres de garantía social, u otros) [33].

4.2.3 Planificación Terapéutica

El Hospital de Día en cuanto a la estructura organizativa en la gestión del personal se ha descrito que debería ser jerárquica, mientras que respecto a los pacientes en cambio debería caracterizarse por la flexibilidad, con actividades terapéuticas diferenciadas y con un responsable asignado a cada una a las mismas [55]. Como es comprensible en el caso de niños y adolescentes, la intervención ha de adaptarse al nivel de desarrollo de cada uno de ellos [85].

Se considera necesario unos contenidos funcionales, centrada en aspectos operativos del estado, evolución y actividades de los pacientes, como son [55]:

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

Debería incluir unos contenidos como definir el estado, evolución y actividades de los pacientes, programación de admisiones, análisis de las propuestas de alta, medidas terapéuticas específicas en el informe de alta para la continuidad asistencial, evaluación del trabajo realizado incluyendo las debilidades, y la evaluación periódica de cada uno de los programas terapéuticos y su posible actualización [34, 59].

A nivel práctico se ha considerado en la literatura reuniones de equipo de coordinación semanal de dos horas de duración en la que se valorarán ingresos y altas, elaboración PTI, objetivos y revisión de los mismos, programación, informe anual de cada paciente, cuestionarios de satisfacción [34]. La reunión de equipo debería incluir pues la revisión semanal del cumplimiento de programas y evolución de cada paciente, también posibles nuevas admisiones y más ampliamente cualquier cuestión que pudiera surgir relacionada con el programa.

De forma ideal, durante la primera semana tras ser admitido en el Hospital de Día todo paciente debería disponer de una programación terapéutica establecida por objetivos [55, 174]. Dichos objetivos seguirán un orden de prioridades que abarcarán desde las más urgentes hasta las nucleares. Cada paciente debería tener un facultativo responsable de la programación terapéutica y de su cumplimiento.

La programación terapéutica sería la siguiente [55]:

Definición del problema según el diagnóstico.

Formulación de los objetivos basándose en los problemas detectados.

Elección de las técnicas terapéuticas y actividades que, razonablemente, permiten esperar la consecución de los objetivos.

Estimación del plazo previsible para la consecución de los objetivos.

Determinación de los profesionales del equipo que han de intervenir, establecimiento de las modalidades de intervención y de los modos de coordinación de dichas intervenciones.

Determinación de los recursos materiales necesarios.

Reevaluación de la consecución de los objetivos si se sobrepasa el plazo de consecución previsto en su programa individualizado de tratamiento.

Evaluación final y alta.

El HDP-IA facilita el ajuste del tratamiento farmacológico, minimizando posibles efectos secundarios y también permitirá la realización de psicoterapias breves [59]. La posibilidad de consultas frecuentes debiera favorecer la intervención terapéutica tanto a nivel psicopatológico como psicoterapéutico.

Es importante el respeto en el trabajo de los diferentes profesionales entre sí, por ejemplo, evitando por lo general hacer salir a un paciente de una actividad grupal para realizar una terapia individual, pues esto puede ser disruptivo para el paciente además de alguna forma restar importancia al trabajo realizado por otro profesional [15].

De forma óptima se ha referido la realización de un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) para cada paciente, que comprenderá: objetivos, horario, número y orden de las actividades, intervenciones familiares y con el medio. Mediante el PTI se podrán identificar necesidades psiquiátricas, psicológicas, relacionales, familiares, sociales y académicas; establecer los objetivos terapéuticos y la consiguiente respuesta en forma de actividades e intervenciones con unas medidas de evaluación estandarizadas para determinar el cumplimiento de dichos objetivos [124].

Se proponen actividades libres centradas en niños y adolescentes para facilitar la expresión de emociones y conflictiva, establecer un vinculo, psicoterapia grupal priorizando el uso del lenguaje, el psicodrama, la psicoterapia dinámica de grupo, psicomotricidad, logopedia, trabajo psicopedagógico, funciones de sociabilidad, expresión plástica y corporal, actividades de taller ocupacional y

seguimiento del tratamiento psicofarmacológico; mientras que con las familias se realizan grupos de orientación y atención, así como intervenciones con cada una de las familias a nivel individual [33].

Dentro de las terapias como hemos indicado se encuentran los talleres ocupacionales, entrenamiento a padres, técnicas cognitivas y tratamiento farmacológico en una intervención multidisciplinar y tratamiento no sólo con el niño y adolescente sino contando con la implicación de la familia y del colegio ó instituto [29]. Este trabajo con los padres resulta clave en el abordaje terapéutico de niños y adolescentes, además cuanto menor sea la edad del niño se encontrará más imbricado en el modelo relacional con éstos; para los síntomas psicóticos se considera de crucial que los padres estén incluidos en la intervención terapéutica [106].

Además de la importancia de la firma del ya citado contrato terapéutico, se han propuesto documentos de información a padres que incluyan de forma detallada las actividades, horarios y planificación [34].

Dentro de la estructura del Hospital de Día, se da unas características propicias para realizar intervenciones con carácter grupal [83, 149]. La presencia del grupo en sí mismo contiene muchos elementos terapéuticos que maximizan el poder curativo de las intervenciones, como ha señalado entre otros Vinogradov [175]. En este tipo de dispositivos las actividades terapéuticas grupales tienen más opciones de establecerse y se recomienda facilitar su existencia, incluyendo el planificar sesiones de psicoterapia estructurada con un determinado enfoque psicoterapéutico que hará más asequible el trabajo en grupo; también se han recomendado crear grupos psicopedagógicos, otros de entrenamiento en habilidades sociales, de orientación cognitivo-conductual y talleres de terapia ocupacional [59].

En lo que respecta a técnicas específicas se ha escrito que en el HDP infantil tanto en durante las situaciones de convivencia como en

los propios grupos de terapia pueden encontrarse diversas técnicas psicoterapéuticas, como pueden ser de corte conductual (que incluye refuerzos, contingencias, moldeamiento y contratos), de orientación cognitiva (como estrategias de resolución de problemas, técnica de la tortuga o autoinstrucciones), de tipo dinámicas (relación de vinculación con un ambiente seguro y contenedor, análisis de la transferencia y de la contratransferencia, contenidos fantásticos, interpretación de motivaciones de la conducta de carácter inconsciente y latente) e intervenciones psicoeducativas [115]. Como objetivos de terapia en modalidad de grupo se han referido una serie de fases sucesivas; en una primera fase es preciso trabajar la vinculación, experiencias relacionales placenteras y comprensión de angustias; en la segunda fase la diferenciación, deseos, interacción social y simbolización; y en la tercera fase empezar con el trabajo de interacción social, resolución de conflictos, comprensión de la organización psíquica (identificación, diferenciación generacional y sexual, identidad, proceso secundario, mecanismos de defensa maduros, autonomía personal) [34].

Se han descrito dentro de un programa multidisciplinar las funciones del terapeuta ocupacional; se han considerado como funciones de terapeuta ocupacional en HDP-IA la valoración del nivel funcional de cada paciente; la intervención directa para trabajar de forma concreta las habilidades para la autonomía en las actividades de la vida diaria (instrumentales y básicas), trabajo en la mejora de las habilidades de tipo motor, procesamiento, comunicación e interacción social; valoración y adaptación de su entorno para realizar trabajos; entrenamiento en diferentes contextos de cara a generalizar las habilidades de autonomía personal; realización de registros y valoraciones propios de la terapia ocupacional; la elaboración del programa específico; la organización de sus actividades; coordinación con la trabajadora social para organizar las actividades donde sean utilizados otros recursos comunitarios; control y registro de las actividades realizadas (salidas en la comunidad); y dirigir los talleres que se programen en el planificación (manipulativo, centrado en comunicación, expresión corporal y de relación con medio) [124].

5. DISCUSIÓN

5.1 EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS EN HOSPITALES DE DÍA INFANTO-JUVENILES

Pese a que tradicionalmente no hayan sido abundantes los estudios de efectividad como indica el estudio de 1991 de Kiser [91], Kotsopoulos y otros en 1996 ya referían consenso al considerar que los Hospitales de Día se mostraban eficaces para el tratamiento de distintas patologías en la población infanto-juvenil [211]. Debido a su heterogeneidad, pocos programas de tratamiento en régimen de día permitirían la realización de evaluaciones e investigación, con la dificultad de hacer generalizaciones [92], además de las dificultades relacionadas con la constitución de grupos control que ya hemos descrito con anterioridad [65].

Granello a la hora de plantear medir los resultados de un Hospital de Día en 2000 planteaba que los estudios de efectividad frente a los estudios de eficacia en salud mental tienen la virtud de reconocer una serie de situaciones que ocurren en la práctica clínica real, como pueden ser: la terapia no es siempre de una duración fija, la psicoterapia suele ser ecléctica y en caso de no funcionar una técnica se pasa a otra, los pacientes suelen presentar varios problemas, algunos subclínicos y otros diagnosticables, más que los diagnósticos "puros" presentes en los estudios de eficacia, y finalmente que la psicoterapia en la práctica trata de mejorar el funcionamiento global más que la desaparición de un síntoma específico a la que señalan los estudios de eficacia [212].

A continuación se refieren diferentes estudios sobre Hospitales de Día para niños y adolescentes, desde sus inicios hasta la actualidad, considerando los Hospitales de Día no monográficos (para el caso de agrupaciones por Diagnóstico, esto se desarrollará en su apartado específico).

Se refieren en este apartado estudios del siglo XX. Bowman en 1983 hacía referencia explícita a los pacientes de menor edad y consideraba el Hospital de Día era más adecuado que la hospitalización psiquiátrica convencional en una unidad de agudos para pacientes jóvenes, con historia psiquiátrica corta y con suficiente apoyo familiar y social [166]. Gabel en 1988 encontró que los factores de pre-admisión que se relacionaban con la disfunción familiar (como sospecha de abuso / maltrato y abuso de sustancias por parte de los padres) así como disfunción del niño (como suicidabilidad y comportamientos graves de tipo agresivo / destructivo) se correlacionaban con pobre resultado tras el alta y recomendación de seguimiento en un espacio distinto al hogar; señalando el autor que de todos ellos el comportamiento agresivo / destructivo era el factor predictivo fundamental de resultados. Tres años después dicho autor valoró las altas de dos centros adicionales para determinar si los hallazgos eran generalizables, encontrando que así era para los tres centros en conjunto pero no cuando se consideraban los dos nuevos centros por separado [213]. En 1989 Kiser y otros trataron de definir la población de niños y adolescentes atendidos en un tratamiento en Hospital de Día, el estudio analizó 224 pacientes al ingreso y tanto los propios pacientes como sus padres completaron una batería de instrumentos diseñados para medir sus características en tres niveles: individual, parental y familiar, evidenciándose que los pacientes eran tratados por una variedad de trastornos mentales mientras se apreciaban disfunciones en los tres niveles estudiados [214]. Torralbas Ortega y otros en 2010 han tratado de definir las características generales de los adolescentes ingresados en una unidad de hospitalización parcial de adolescentes (Parc Taulí) que cumplieran criterios de retraimiento social, con la finalidad de establecer un plan de trabajo específico hacia los adolescentes en el dispositivo con los recursos existentes [215].

Alcamí Pertejo realizó en 1992 una revisión bibliográfica para su trabajo universitario acerca de la eficacia del Hospital de Día infantil, refiriéndose durante su exposición a varios estudios anteriores al suyo que ya mostraban la eficacia del tratamiento en Hospitales de Día [42].

Devlin relató que un grupo de niños con criterios para ingreso completo fueron aleatoriamente asignados a un Hospital de Día; el autor refirió que aunque todos los niños experimentaban mejoría las actitudes de los padres tenían más importancia en relación con los niños del Hospital de Día que fueron retirados del tratamiento o que posteriormente fueron admitidos en la unidad de ingreso a tiempo completo [216]. Richer realizó la revisión de 25 niños con edades comprendidas entre 9 y 13 años con trastornos psicóticos o dentro de la patología límite que habían sido tratados en un Hospital de Día [217] ("patología límite" según la escuela francesa, ver más adelante clasificación CFTMEA [218, 219]), estudio que trataba demostrar las transformaciones de la psicopatología del yo de la edad preescolar a la adolescencia, así como en valorar la adaptación familiar y escolar y la necesidad de nuevas prescripciones terapéuticas o educativas en el momento de la reevaluación, en cuanto a la reinserción escolar y social encontraban que éstas eran satisfactorias al menos en un 60-70%. Aunque planteaban el puesto esencial que ocupa el Hospital de Día dentro del tratamiento de niños, se mostraban reservados con respecto a la afirmación de que dichos pacientes se verían libres de trastornos psiquiátricos en distintas esferas en el futuro [42]. Rogers y Lewis estudiaron en Colorado a 31 niños con diagnóstico de Autismo y Trastorno Profundo del Desarrollo Infantil (siendo ésta categoría de DSM-III) tratados en un Hospital de Día cuyo abordaje terapéutico se centraba en las deficiencias específicas y la potenciación de su desarrollo global; y refirieron que a los seis meses del tratamiento encontraban que existían efectos significativos en cuanto al nivel cognitivo, motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje y trastornos sociales - emocionales [85].

Simon consideraba que los ingresos psiquiátricos de corta estancia para alteraciones agudas en adolescentes tenían escasos efectos para tratar los déficits del desarrollo subyacentes, y se presentaba un modelo de Hospital de Día basado en los conceptos psicoanalíticos de relaciones objetales como alternativa a la costosa hospitalización completa a la vez que limitaría los comportamientos

destructivos y regresivos; la comprensión de las características y dinámica de los adolescentes límites proporcionaría una base que también sería de ayuda para otros pacientes, realizando una revisión de la literatura y discusión del diagnóstico y dinámicas de estos pacientes, describiéndose una serie de métodos utilizados en Hospital de Día cuyo objetivo era potenciar el inicio exitoso de procesos psicoterapéuticos a más largo plazo que pudieran continuar tras el alta [220].

Un estudio de seguimiento realizado por Huestis y Ryland en 1990 en Estados Unidos, contaba con 50 adolescentes con trastorno mental grave tratados en un hospital de día, de los cuales más de dos tercios tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad, recibieron un tratamiento entre 3 y 9 meses; mostrando como resultados; medidos mediante escalas de funcionamiento social y de pares, funcionamiento ocupacional y relaciones familiares; que dos tercios de los mismos tuvieron un resultado adaptativo y un tercio pobre; relacionando significativamente con los resultados fueron relaciones significativas con compañeros y personal al alta, diagnóstico, problemas de aprendizaje, edad de admisión, historia familiar de abuso de sustancias y tipo de alta [221].

También en 1990 Orchard y MacLeod, en Ontario (Canadá), ante la necesidad descrita en la literatura de los programas de tratamiento diurnos en psiquiatría, investigaron de forma retrospectiva las características de 97 jóvenes entre 12 y 19 años de edad con afectación significativa emocional y de comportamiento, tratados en un período de dos años y trataron de identificar cuáles se relacionaban con los beneficios de la asistencia al programa [222]. El 27 % de los pacientes de Orchard recibían tratamientos farmacológicos, un porcentaje inferior al esperable en una población de estas características si no se contextualiza que dicho estudio fue realizado hace más de 30 años quizás debido a un momento en que las opciones farmacológicas eran menores y con mayor posibilidad de secundarismos, para poder contrastar este dato se ha contrastado dicha cifra con un estudio posterior como el de Thatte en Canadá de 2013

donde un 78.2% de los pacientes recibían al menos un tratamiento farmacológico como parte del tratamiento (el 47.3% antidepresivos, 21.8% antipsicótico, 5.5% estimulantes, 1.8% estabilizadores del humor, y 1.8% otra medicación), y entre los que recibían tratamiento farmacológico 58.2% tomaban dos líneas, 18.2% tres líneas, y 1.8% cuatro líneas de tratamiento [156], de esta forma la mayoría de pacientes incluidos en Hospital de Día tenían prescrito al menos un tratamiento farmacológico. Orchard encontró que el número de adolescentes que estudiaban o trabajaban pasó del 56.3% al 79.3%, encontrando un beneficio en el programa de Hospital de Día para adolescentes apreciando una mejoría desde la admisión al alta en los planos académico, sociofamiliar y emocional [222].

Alcamí Pertejo en 1992 refería 56 niños atendidos durante 5 años, tras aplicar sus criterios de inclusión, edad de inicio del tratamiento a los 4 años y 4 meses, un 68% de varones y un predominio de casos de autismo, realizando evaluación mediante el test de Wilcoxon, y verificando eficacia del tratamiento en Hospital de Día para estos niños en varias dimensiones como hipercinesia, impulsividad, hipocinesia, movimientos estereotipados, autoagresiones, déficit de atención, oposicionismo, peculiaridades en la respuesta visual e inhibición / retracción, especialmente respecto a los diagnósticos codificados como otros diagnósticos frente al autismo [42].

Uno de los estudios de Kiser y colaboradores en 1996 con pacientes de 5 a 18 años que acudían a un Hospital de Día durante tres años, valorando cambios en la situación clínica, cambios en el nivel de funcionamiento diario, utilización de servicios tras alta y satisfacción con el tratamiento; siendo el tratamiento recibido equiparable al de la hospitalización a tiempo completo. Valorando cuatro áreas como la situación clínica del paciente, el grado de funcionamiento, el impacto en utilización de recursos de salud mental tras el alta y la satisfacción del paciente y familia con tratamiento en menores de 5 a 18 años de edad con diagnóstico psiquiátrico con afectación de moderada a grave, se reflejaron mejorías en todas estas áreas [223].

Sin embargo no existían excesivas publicaciones que describan el funcionamiento y la estructura idónea de estos programas [29, 34, 111], y escasa literatura con pocos estudios de seguimiento publicados [33]. Se habían propuesto algunos modelos como el de Silvan y otros desde Estados Unidos en 1999 [225] y el de Pazaratz desde Canadá en 2001 [226] .

Recientemente en nuestro medio desde el Hospital La Mancha Centro se ha presentado de forma detallada por Villero y otros en 2016 un esquema de estructura, una propuesta de métodos evaluativos y finalmente una definición de posibles indicadores o estándares de evolución clínicos para el hospital de día infanto-juvenil, dentro de un artículo que ya hemos citado con anterioridad [34].

Ante estas dificultades, se había planteado que pocos programas de tratamiento en régimen de día permitían la realización de evaluaciones e investigación, en base esta heterogeneidad que ya hemos comentado que conlleva la dificultad de hacer generalizaciones de un centro a otro dada la variedad de tratamientos que existen en régimen de día [92]. Ante estas necesidades de demostrar la eficacia de estos programas en la edad infanto-juvenil y la relativa escasez de estudios de resultados cuando se iniciaron históricamente estas intervenciones, se ha argumentado de forma general desde la gran mayoría de estudios realizados en adultos que ya habían mostrado resultados similares entre la hospitalización completa y la parcial, con lo cual dado el menor coste este suponía por sí mismo un argumento determinante hacia los programas en los Hospitales de Día [13]. En este sentido, Grizenko y Papineau en 1992 desde Quebec (Canadá) aprovecharon la transformación de un programa de hospitalización completa en un programa de tratamiento diurno, y compararon su eficacia en dos grupos de niños, uno tratado en el nuevo dispositivo y otro grupo que había estado hospitalizado en el pasado, después de asegurarse de que eran comparables desde el punto de vista demográfico y que tenían alteraciones emocionales graves equiparables; encontrando resultados similares con un coste seis veces menor [227]. Considerando los mismos autores principales, que

publicaron otro artículo al año siguiente [228], en un que el tratamiento en Hospital de Día era más efectivo frente a la hospitalización completa además de por factores económicos, reduciendo problemas de comportamiento, mejora de síntomas depresivos, aumento de habilidades sociales y mejorando el funcionamiento familiar. Posteriormente a estos estudios canadienses insiste y refrenda este concepto la revisión Cochrane específica de 2009 por Shepperd y otros, comentando que estos programas son necesarios para niños que requieren una respuesta terapéutica más intensiva por no responder al tratamiento ambulatorio, además del citado coste inferior señalando que no separa de la unidad familiar, compañeros y comunidad, y no crea dependencia de los pacientes a los mismos [229].

Hemos mencionado previamente un equipo fundamental en el desarrollo e investigación de estos programas como el compuesto por Kiser y colaboradores, quienes con el planteamiento de realizar una evaluación centrada en la clínica en un momento en que existía una presión creciente para evaluación de la efectividad de los programas de salud mental, realizaron en Memphis (Estados Unidos) en 1996 un estudio con los pacientes de 5 a 18 años que acudían a un Hospital de Día durante tres años en dos programas de hospitalización parcial con el mismo formato terapéutico para 114 pacientes, valorando cuatro dominios como cambios en la situación clínica, cambios en el nivel de funcionamiento diario del paciente, impacto sobre utilización de servicios tras alta y satisfacción con el tratamiento; siendo el tratamiento intensivo recibido equiparable al de la hospitalización a tiempo completo contando para ello con clínicos con experiencia, unas ratios bajas entre profesionales y pacientes y proporcionando continuidad de cuidados; ocupando más del 50 % del tiempo del programa con intervención individual, familiar, psicoterapia de grupo y grupos psicoeducativos. En la entrevista inicial el clínico recogía datos clínicos, establecía objetivos del tratamiento y realizaba una valoración funcional (*Child and Adolescent Functional Assessment Scale*), además de utilizar entre otras las escalas CBCL y YSR. Del total de pacientes seleccionados (aquellos, entre otros factores, que

mantuvieron una continuidad mínima tras la admisión) el 61% completó la investigación, mientras que el 20% o no quiso participar o no presentó los instrumentos de medida seleccionados (tal y como hemos expuesto) y otro 19 % no siendo contactables. No hallando por lo general diferencias significativas en las variables estudiadas entre pacientes seleccionados o no y entre los que completaron evaluación o no, especialmente en indicadores clínicos, lo cual justificaba continuar con la evaluación de resultados. Encontrando resultados positivos significativos en los cuatro dominios (situación clínica, nivel de funcionamiento, utilización de servicios de salud mental tras alta, y satisfacción de pacientes y familias); relacionando esta mejoría con las áreas donde se había hecho mayor énfasis terapéutico y por ello atribuyendo al programa la mejoría expuesta. El mejor ajuste social y número de amigos mostró un aumento de veinte puntos porcentuales aproximadamente, además de reducción de la utilización de la hospitalización completa (de un 35.1 % a un 10.7 %), y la satisfacción de la familia con un 75 % considerando repetir el programa otra vez. Los pacientes que no habían recibido tratamientos previos mostraron mayor mejoría respecto a aquellos con historia de múltiples intervenciones incluyendo hospitalización a tiempo completo. Este supone uno de los principales estudios prospectivos que se consideran en la literatura [223]. Dicho estudio ha sido citado para insistir en su ventaja en coste-eficacia frente a la hospitalización completa, si bien se ha comentado acerca de este punto que la investigación en este campo todavía es limitada [15].

Al hilo de lo expuesto, una revisión realizada en Nueva Zelanda por Weir y Bidwell en 2000 buscando la efectividad de los programas de día frente a otras modalidades de tratamiento de adolescentes con trastornos mentales y factores asociados a los mismos que se asociasen a resultados favorables; tras una búsqueda muy exhaustiva de referencias la mayoría de los estudios revisados identificaron los programas de día como efectivos; de entre 231 estudios identificados sólo encontraron 26 relevantes pues había una falta de comparaciones adecuadas entre los diferentes tipo de tratamiento y una calidad baja; y de entre estos 26 estudios que consideraron relevantes, 22 de ellos

carecían de un grupo control adecuado [137]; hemos señalado con anterioridad la dificultad de disponer de grupo control en este tipo de estudios y explicado los motivos.

En el mismo año 2000, de nuevo en Estados Unidos (West Virginia) ante la demanda creciente de evaluar la efectividad de los tratamientos de Salud Mental, Granello, al que ya se ha citado, publicó la evaluación de resultados de tratamiento en un programa de hospitalización parcial para niños y adolescentes con diagnósticos de trastornos psicóticos, trastornos de conducta, depresión y ansiedad siendo valorados 169 pacientes al ingreso y al alta mediante la escala CPBR (*Revised Behaviour Problem Checklist*); plantea así un estudio de efectividad naturalístico pretest-postest ante la dificultad de contar con un grupo control y realizar una asignación aleatoria que hemos citado, demostrando según los autores una efectividad global del tratamiento (mejoría en las subescalas de atención, ansiedad, trastorno de conducta, exceso de tensión muscular y agresividad social, sin diferencias para comportamientos psicóticos) y planteando posibles cambios en la programación de Hospital de Día; este artículo también sentencia que cualquier paso en la búsqueda de evaluación de resultados de un programa es un paso en la dirección correcta [212].

Kennair y otros en 2011 trataron de evaluar los resultados de un programa de Hospital de Día de adolescentes de forma retrospectiva, por ello de manera similar a lo expuesto para el caso de Orchard [222], examinando el estado mental de 84 adolescentes con trastornos mentales graves entre 12 y 18 años. Realizando una comparativa entre antes y después del recibir tratamiento, comparando aquellos adolescentes que además de sus consultas externas habían participado durante 5 años en el programa con otros que sólo habían recibido terapia en consultas externas. Llegaron a la conclusión de que los resultados eran como mínimo comparables y para algunas áreas significativamente superiores en el caso del tratamiento de Hospital de Día, así; si bien advertían de ciertas limitaciones metodológicas, este

estudio también proporcionaba cierto grado de evidencia para el Hospital de Día [230].

Hemos citado previamente a Thatte y otros en Canadá; quienes publicaron un estudio naturalístico sobre resultados de tratamiento en un programa de hospitalización parcial en Ottawa sobre 173 adolescentes de los cuales 55 completaron el estudio midiendo por un lado síntomas clínicos y por otro funcionamiento psicosocial así como un seguimiento a tres meses. Obtuvieron mejoría estadísticamente significativa en ambos campos y manteniéndose en el seguimiento (si bien persistían síntomas moderados de forma residual), sugiriendo los autores que los programas de hospitalización parcial pueden ser una modalidad efectiva para el tratamiento de jóvenes con trastornos de moderados a graves [156].

En la misma línea que hemos estado exponiendo, cabe indicar que en la revisión que Thatte realiza en su artículo sobre Hospital de Día en 2013 sólo refiere conocer dos estudios de tipo prospectivo previos al suyo, el de Kiser [223] y el de Cornwall [136], este último específico para el caso específico de abuso de sustancias tóxicas.

Se señala que desde hace años se viene desarrollando en Francia el modelo de Hospital de Día a tiempo parcial, el cual adaptó a nuestro medio el Hospital de Día de Alcázar de San Juan, y que existen algunos estudios de la eficacia de este modelo a tiempo completo aunque son de hace varios años y no se refieren a España; esta escasez de estudios sobre la eficacia del Hospital de Día para patología mental grave en la infancia creen que se debe en principio al poco desarrollo de este tipo de dispositivos en las diferentes comunidades autónomas especialmente para la población infantil; y por otra parte al querer objetivar cambios no solo cuantitativos sino también cualitativos aparecen dificultades de metodología que entorpecen estas iniciativas de investigación, como han señalado Jiménez Pascual y otros en 2010 [128]. Como ya se ha citado previamente, han ido surgiendo centros de día u otros dispositivos y programas de tratamiento intensivo para la población infanto-juvenil y entre otros aspectos interesa seguir

verificando si resultan o no eficaces [38]. El estudio de Gualtero publicado en 2007 en un Hospital de Día para adolescentes, se realizó de forma longitudinal a lo largo de un año valorando la evolución al alta de los mismos teniendo en cuenta sólo aquellos pacientes que finalizaron el programa (no considerando abandonos, altas voluntarias o traslados), realizando evaluación al ingreso, al alta, a los seis meses y al cabo de un año; al ingreso un 25% de la muestra inactiva en estudios / trabajo sin embargo al alta y a los 6 meses se redujo al 18%, también se redujo a la mitad el número de pacientes que precisaban tratamiento farmacológico; además dicha mejora se mantenía a lo largo del año de seguimiento e incluso seguía disminuyendo ligeramente, y en la una valoración subjetiva un 50% de los adolescentes manifestaron la remisión total de los síntomas entre los 6 meses y el año, y que el 38% consideraba haber mejorado clínicamente [105]. En 2008 se comunica en nuestro medio un análisis de costes de la hospitalización de día frente a la continua por Rodríguez Hernández y otros, que en sus resultados redundan en la bibliografía previa indicando que los costes derivados de la hospitalización parcial suponen un 70% de reducción de costes respecto a la hospitalización a tiempo completo [231]. Posteriormente, en 2017 se realizó otra comunicación en congreso de AEPNYA por parte del Hospital de Día de adolescentes de Vilanova realizada por Xavier Álvarez y otros en la que se valoraba el seguimiento a 5 y 10 años de los pacientes atendidos, realizando evaluación de funcionalidad y grado de satisfacción, según los autores dentro de las limitaciones del estudio, que califican como obvias, encontraron patrones comunes de evolución positiva mejor de la esperable [232].

Incluso teniendo en cuenta la heterogeneidad de los Hospitales de Día infanto-juveniles existe evidencia suficiente acerca de su efectividad y esta afirmación lleva necesariamente a redundar en las recomendaciones de poner en marcha este tipo de programas para estos grupos de edad. Como ya hemos apuntado, en el apartado de Análisis de Datos respecto a Diagnóstico se incluye más información sobre efectividad de los Hospitales de Día por patologías.

5.2 ANÁLISIS DE INTERVENCIONES EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

5.2.1 Estructura

En cuanto a las necesidades de espacio físico para Hospital de Día se ha recomendado que pueda disponer de "un despacho por facultativo, sala de reuniones / biblioteca, secretaría / archivo clínico, área de enfermería con despacho, y área de observación con cama, botiquín y material sanitario, almacén de material, dos salas de grupo una de ellas preparada para terapia ocupacional, sala común para los pacientes, polivalente (sala de estar, juegos de mesa, comedor,...) y con un *office* anexo" [55]. Para el caso específico de Hospital de Día Infanto-Juvenil se ha especificado a mayores disponer de sala de espera, WC, cocina en caso de que la comida se elabore en el propio centro, espacio abierto de ocio tipo patio o similar, todo ello con espacio suficientemente amplio, que se ha estimado en 100 metros aproximadamente [33].

Como opciones de distribuciones polivalentes en las diversas salas se han referido la distribución del espacio en el interior en forma de teatro, herradura o semicírculo como adecuadas para compartir experiencias, ejercicios de role-playing y realización de exposiciones, pues favorecen por un lado el intercambio de opiniones y el adoptar acuerdos en contexto grupal y por otro mantiene la opción de que a nivel personal puedan realizarse reflexiones independientes en la silla, el ambiente es menos distante que con otras opciones mientras que se logra mantener una distancia física corta con un contacto visual más directo; en opinión de los autores del programa ATRAPA se trata de una adaptación técnica sobre la distribución en forma de clase propuesta en los manuales, consideran esta distribución una mejor adaptación en relación con la cultura de nuestro país [126].

Sobre recursos materiales debe disponerse de material clínico y de diagnóstico médico, tests y otro material de psicodiagnóstico psicológico, los materiales correspondientes para enfermería y para terapia ocupacional así como el que sea necesario para la realización actividades de interacción social y el propio de administración [55]. En el caso del Hospital de Día para niños y adolescentes deben añadirse baterías de tests adecuadas para cada edad, se indica la importancia de disponer de material suficiente para el juego y también de tipo psicopedagógico [33]. En cuanto a lo comunicado por el Hospital de Día Infanto-Juvenil de Castilla la Mancha Centro, éste se encuentra situado en el Hospital General la Mancha Centro y ha comunicado contar con "una sala común amplia y polivalente, habitación adjunta para contención emocional, aula, taller, sala de logopedia, cocina, servicios, despacho y patio; además de hacer uso de despachos de otros facultativos para intervención con padres y de la sala de reuniones para coordinación" [34].

Las recomendaciones encontradas en bibliografía estadounidense son similares a las citadas para la población infanto-juvenil (aulas, sala de terapia de grupo, sala de reuniones comunitaria, sala de tiempo-fuera, sala de espera, consultas para terapia individual, consultas para personal educativo, sala de medicación, servicios, área de cocina-comida, instalaciones recreativas, uso flexible del espacio; y añaden como factor diferencial la necesidad de vehículos para transporte para pacientes y padres con una o más furgonetas para actividades recreativas en la comunidad y acceso a domicilios) [13].

El personal ha de tener la formación necesaria para reconocer las reacciones transferenciales y así poder responder a ellas de una forma adecuada [115]. Se ha escrito sobre el impacto emocional que sufre cualquier profesional en contacto con pacientes psiquiátricos [233], y se ha descrito en concreto que el contacto directo y permanente con niños y adolescentes con trastorno mental grave es muy exigente o gravoso personalmente y recomienda un especial cuidado del personal del

servicio, tanto en sus aspectos formativos como en su posible desgaste [65].

Tanto las guías de Estados Unidos, como la específica para la población infanto-juvenil de 2000 por la Asociación Americana [150], así como las del Reino Unido, como la guía Maudsley [234] o la del *Royal College of Psychiatrists* [173], enfatizaban la amplia variedad de profesionales que deberían estar representados en hospitales de día o unidades de hospitalización bien gestionados [20]: psiquiatras de niños y adolescentes, trabajadores sociales, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares y psicoterapeutas. Los intentos de trabajar con un *staff* demasiado escaso pueden ser una fuente de estrés, *burnout* y deterioro institucional. En el caso de la propuesta integradora de hospitalización parcial y total realizada en los años 90 en Estados Unidos por Javorsky, el personal incluía profesor, trabajador social, enfermera, terapeuta ocupacional y facultativo supervisor [90]. Se ha señalado que en algunos Hospitales de Día el personal es habitualmente integrado por trabajadores sociales, enfermeros y auxiliares de enfermería con una presencia variable de profesionales de salud mental, en general uno o dos psiquiatras o psicólogos [139].

Tanto el nivel madurativo, emocional y las manifestaciones psicopatológicas varían en las diferentes edades y etapas del desarrollo, lo que condicionará diferentes aproximaciones y necesidades de la misma forma para el caso de los recursos humanos que las abordarán en los programas de los Hospitales de Día Infanto-Juveniles [33].

Existen una serie de factores que señalan la necesidad de ratios de personal altas, descritas por Cotton [235]:

1- La heterogeneidad de los pacientes (un mayor número de pacientes, un más amplio rango de edades incluidas, la variación en los niveles de funcionamiento y diagnóstico)

2- La gravedad de los casos (mayor gravedad y persistencia del deterioro, gravedad de los propios síntomas)
3- La falta de apoyo familiar o sistemas de soporte alternativo fuera del hospital.
4- Alianza terapéutica escasa (por ejemplo en familias remitidas por orden judicial)
5- Cambios frecuentes en el equipo terapéutico
6- Períodos de estancia más cortos (más admisiones agudas e incapacidad para el desarrollo de rutinas y relaciones).

En el caso del Hospital de día para adolescentes entre 12 a 17 años y para un máximo de 15 pacientes ha se considerado necesario como personal a tiempo completo: "dos monitores, un terapeuta ocupacional y un enfermero/a especialista en salud mental", y como personal a tiempo parcial: "un psiquiatra de niños y adolescentes, dos psicólogos clínicos y una subunidad pedagógica con profesores, que dada la diversificación de materias puedan cubrir las necesidades tanto de pacientes integrados en sus centros escolares correspondientes como de aquellos que permanezcan a tiempo completo en el dispositivo; un auxiliar administrativo y un/una Trabajador/a Social propios o compartidos" [33]. En los Hospitales de Día de niños pequeños se ha considerado un educador / cuidador por cada cuatro niños y más los psicoterapeutas, mientras en el caso de adolescentes el número o proporción de cuidadores varía de uno a seis o siete; mientras que en algunos Hospitales de Día el ratio *staff*-paciente es de 2.5 [65].

En Estados Unidos se planteaba que el típico patrón de personal para un programa diseñado para manejar 20 niños y 20 adolescentes en programa con estancia media de 4 semanas debería ser, a tiempo completo: 1 psicólogo clínico / administrador de programa con nivel doctoral o de *master* con entrenamiento y experiencia en servicios de salud mental infanto-juvenil, 4 clínicos (trabajadores sociales y /o psicólogos nivel *master*, cada uno de ellos como gestor de casos y terapeuta primario para una agenda asignada de 10 pacientes), 1 psiquiatra infanto-juvenil / director médico (evaluaciones diagnósticas, planificación terapéutica, prescripción y seguimiento de

medicaciones; en un programa agudo los pacientes han de ser atendidos como mínimo semanalmente, máximo de 8 consultas diarias para un censo de 40; en base a este cálculo consideramos existe una errata en el libro donde aparece un 8 en lugar del 1 como número de psiquiatras necesarios), 2 profesores de educación especial, 2 enfermeras, 6 auxiliares de salud mental (*counselors*, que interactúan de forma directa en el día a día con los pacientes), 1/2 auxiliar de abuso de sustancias (*counselor*), mientras que otro personal dicen podría ser compartido como puede ser terapeutas ocupacionales (arte, música) que típicamente proporcionan una o dos horas semanales de trabajo; señalan que un programa con estancias medias cortas requiere más gestores de casos y tiempo adicional para realizar evaluaciones y el trabajo asociado a ingresos y altas [13].

Como ejemplo de recursos humanos para un Hospital de Día Psiquiátrico dirigido a adolescentes citaremos el caso del Hospital de Día para adolescentes de Gavá, donde el equipo asistencial lo formaban 2 médicos psiquiatras, 2 psicólogos, 6 educadores, 1 enfermera y 1 trabajador social, y además un docente integrado en el equipo asistencial realizando labores educativas adaptadas a las necesidades y la clínica de cada uno de los adolescentes ingresados [105], o el Hospital de Día Psiquiátrico Les Corts para edades de 12 a 20 años contando con capacidad para 25 adolescentes que se componía de dos psiquiatras, un psicólogo clínico, una trabajadora social, un enfermero psiquiátrico, una terapeuta ocupacional y dos educadores sociales; todos ellos a tiempo completo [149].

Por otra parte los recursos definidos por el Hospital de Día Psiquiátrico Infanto-Juvenil de Castilla la Mancha Centro contaba con un psiquiatra y psicoterapeuta, un psicólogo psicoterapeuta y psicomotricista, un enfermero y dos auxiliares como monitores a tiempo completo; como personal de apoyo un auxiliar, un enfermero a tiempo parcial, trabajador social, logopeda clínico (señalan que pese a no disponer de ellos considerarían importante contar también con terapeuta ocupacional y maestro terapéutico) [34]; y reseñar por último que el CET - Hospital de Día Pradera de San Isidro informaba dentro

del equipo terapéutico de la unidad de adolescentes contar con dos psicólogos, un terapeuta ocupacional, un educador, una enfermera y una psiquiatra (dado que es un CET como hemos explicado todos ellos por definición cuentan con recursos integrados de Educación, en este caso particular el equipo docente constaba de una coordinadora, cinco profesores y una trabajadora social) [141].

5.2.2 Plazas, procedencia y estancia media

La hospitalización parcial en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús disponía de 10 plazas, si bien debemos especificar rango de edades entre 6 y 13 años de edad y con estancia limitada [115]. En cuanto a las edades menores a 6 años; el Hospital de Día del Niño Jesús de Madrid contaba en su momento con 12-15 plazas [106]. La UTE de Ortuella tenía una capacidad de 10 plazas para edades entre 6 y 12 años [108, 111]. Para el conjunto de HD de Cataluña contaban con entre 20 y 25 plazas concertadas [109].

En el caso del Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental Parc Taulí su capacidad era para 20 pacientes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, constituyendo la unidad de referencia de hospitalización parcial para una población de 400.000 habitantes distribuidos entre los 14 municipios de su área de influencia e integrado dentro de un hospital general que dispone también de una unidad de agudos psiquiátrica para adolescentes, además de la correspondiente atención ambulatoria especializada del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil y los recursos equivalentes de la red de salud mental para población adulta [124].

El CET- Hospital de Día Pradera de San Isidro indica disponer de 20 plazas a tiempo completo para población adolescente [141]. El Hospital de Día Psiquiátrico Les Corts, para edades de 12 a 20 años, refiere una capacidad de 25 plazas [149], en el Hospital de Día Psiquiátrico Nou Barris atienden 40 adolescentes de 12 a 21 años de

edad [140]. Thatte describe un grupo entre 8 o 10 adolescentes en cualquier punto de su programa [156]. Orchard indicaba un máximo de 12 pacientes por sala, incluyendo un apoyo educativo [222].

El Hospital de Día Psiquiátrico La Mancha Centro recomienda un máximo de 4 niños por monitor [34], igual que definía Morandé [65]. De cara a la terapia grupal, para muchas tareas terapéuticas se considera ideal la composición de un grupo de entre 4 y 6 miembros; en una horquilla que permita contar por un lado con suficientes miembros como para estar en disposición de generar múltiples interacciones entre sus miembros y el realizar actividades grupales de tipo diádico, triádico y del grupo "como un todo", y por otra parte que sean suficientemente pequeños como para mantener una relación de intimidad y atención personalizada y cercana [15].

Dada la situación del Hospital de Día entre el hospital y la comunidad se ha considerado la importancia de la coordinación con otros dispositivos, en Estados Unidos más de la mitad de los pacientes eran referidos desde las escuelas y las unidades de hospitalización completa; por ello la coordinación es fundamental tanto con los colegios, los terapeutas ambulatorios, los hospitales y clínicas [13].

Morandé ha señalado que cuando el Hospital de Día está especializado en trastornos emocionales graves de la infancia, o en adolescentes con trastornos de la personalidad altamente deteriorantes, dados los objetivos de reestructura y socialización serán necesarios uno o dos años de terapia intensiva [65].

El Hospital Infantil Universitario Niño Jesús propuso, dentro del modelo de continuidad de cuidados entre los servicios de Psiquiatría y Psicología, un dispositivo de observación y tratamiento intensivo en forma de Hospital de Día para escolares con desarrollo realizado dentro en un medio intrahospitalario con atención a la patología aguda para edades entre 6 y 13 años, en cuanto a la duración de la intervención relataban un período como máximo de dos meses para estos casos [115]. La estancia media de los niños ingresados en el

programa del Hospital de Día del Niño Jesús para menores de 6 años de edad fue estimada en un año [106].

En el caso de la UTE de Ortuella, la estancia media se situaba en torno al año y medio, el calendario escolar es el habitual de Septiembre a Junio, si bien con el factor específico de que durante las vacaciones escolares el equipo clínico mantenía las actividades terapéuticas con los niños y sus familias [108].

En el caso del programa ATRAPA del Hospital Universitario Gregorio Marañón, la duración del programa es 30 sesiones desarrolladas a lo largo de un año escolar (por lo que se sigue el calendario escolar), con una frecuencia semanal, y en su manual indican que este primer año puede ser ampliable a un segundo curso completo en función de la evolución del caso y las necesidades del paciente [126].

Resaltaremos que en las publicaciones sobre Hospital de Día encontramos una gran variabilidad no sólo de programas, sino de la estancia media en los mismos. Granello describe en un tratamiento intensivo con promedio de 20 días [212]. Orchard en Canadá describe una duración de 54 días [222]. Para Briggs el 66% de los pacientes estuvieron 50 días o menos (si bien una estancia media de 70.5 días o más valoraba más positivamente su progreso) [75]. Thatte describe un tratamiento multimodal estructurado de 12 a 14 semanas de duración [156]. Para Kiser la duración media del ingreso en su caso fue de 115.9 días [223]. Para preescolares en Munster fue de 51.08 días [87]. Para el conjunto de HD de Cataluña era de entre 128-159 días [109]. Finalmente, para un Hospital de Día de adolescentes con trastornos psiquiátricos graves, Martín Bayón señala que el tiempo de estancia media fue de un año y cinco meses [236].

5.2.3 Aspectos organizativos

Durante las primeras citas una opción razonable es priorizar el enganche con el nuevo dispositivo y personal del mismo, no iniciando dinámicas grupales que angustien en exceso y que pudieran provocar abandonos, buscando más un componente lúdico en los grupos que psicoterapéutico, al que progresivamente podrá ir accediéndose para de cara a la expresión a nivel grupal de experiencias y material que pueda ser puesto en palabras y compartido; tal y como relatan los objetivos terapéuticos de grupo descritos por Villero en los cuales se va avanzando desde una primera fase en la que está incluida la vinculación y las experiencias relacionales placenteras en el grupo [34].

Sobre la estructuración en un entorno donde trabajan muchos profesionales con pocos pacientes se ha recomendado de un trabajo jerarquizado, coordinado y bien estructurado y dirigido; ya que muchos pacientes tienen dificultades en su propia de estructuración personal y el recurso debería estar en condiciones de poder ayudarles [65]. Por otra parte dentro de la necesidad de dicha estructura y coordinación jerárquicas el equipo podría utilizar una praxis común dentro de una terapéutica comunitaria abierta con características de ser dinámica, flexible e imaginativa, escuchando las demandas de pacientes y familias [56]. A este respecto hemos encontrado algún ejemplo como la experiencia de creación de un taller de forma imaginativa como respuesta a un conflicto institucional [108], así como otros de como ante el incumplimiento de una misma norma (por ejemplo, uso de reproductor de música) la actitud del equipo no sería necesariamente rígida sino diferente según las circunstancias (por ejemplo como conducta provocadora o dentro de una respuesta a un repunte de distorsiones perceptivas) [149]. Los modelos de gestión de equipos y funcionamiento varían según el estilo de la unidad. Un estilo ampliamente utilizado en la actualidad es un modelo de *matrix management* ("gestión de la matriz"), el cual combina diferentes disciplinas en una jerarquía plana con pequeños equipos centrados en tareas concretas, como refiere Maskey [237].

Respecto a la importancia del trabajo multidisciplinar y la coordinación en torno a un plan de trabajo individualizado, Morandé citaba a O´Connor que señalaba en la década de 1980 el uso de hasta 17 técnicas terapéuticas en una semana en un adolescente en tratamiento dentro de una comunidad terapéutica y con diferentes profesionales, algo que podría ser excesivo [65].

En todos estos dispositivos, y para los niños y adolescentes en edad escolar, el tiempo de permanencia diario está en función de sí es posible la integración escolar o no [33], hace años que se ha planteado la pregunta realizada por Zimet en 1990 desde Estados Unidos sobre si hospitalización parcial implicaba educación parcial [238]. Los niños integrados en sus colegios correspondientes acuden a tiempo parcial en el dispositivo y en los casos de tratamientos integrados con educación se mantienen durante el horario escolar en el dispositivo, en las dos opciones resulta fundamental mantener la coordinación con educación y en el caso a tiempo completo tratar de integrar funcionalmente ambos recursos [33]. Clásicamente, en la mayoría de Hospitales de Día se realizaba un abordaje intensivo de los pacientes, asistiendo todos los días que abre el centro y en horario completo [42]. Se considera que los Hospitales de Día de niños suelen tener maestros especializados en su equipo, también aconsejable para los Hospitales de Día de adolescentes de larga duración, situación de la que se ha mencionado no se ha prestado suficiente atención [65].

En el Hospital de Día descrito por Grizenko dedicaban hora y media diaria a educación especial y tres horas a actividades psicoterapéuticas [179], mientras que en el caso de Granello se trataba un programa de 5 días a la semana durante 6 horas diarias, en un tratamiento intensivo de 20 días; manteniendo 3 horas de intervención grupal, 2 horas y media de trabajo escolar y al menos 1 hora semanal de psicoterapia individual, si bien mencionaban que otra serie de pacientes acudían durante menos horas [212]. Thatte por su parte describía un tratamiento multimodal estructurado de 12 a 14 semanas de duración cinco horas y media al día durante cuatro días a la

semana, de los cuales 2 horas se dedican a apoyo académico; con una reducción gradual al finalizar el programa desde esos cuatro días a la semana para transición al colegio [156].

En España; en el Hospital Niño Jesús de Madrid la jornada era de martes a viernes de 10 a 14.00 horas, incluyendo la comida [106]. Para el caso de los CET-Hospital de Día de la Comunidad de Madrid el horario era aproximadamente el mismo, de 9 a 16 horas incluyendo la comida [113], informaban desde el CET - Hospital de Día Pradera de San Isidro que sólo interrumpían el tratamiento grupal 15 días al año en verano, pero manteniendo los abordajes individuales y familiares [141]. Para un régimen de Tratamiento Ambulatorio Intensivo como el programa ATRAPA al que ya nos hemos referido, el horario de los grupos es de 13:00 a 15:00 h, con el propósito de interrumpir lo menos posible la actividad escolar ordinaria [126]. En el caso de Hospital de Día Castilla La Mancha Centro se sigue el modelo francés de intervención (citan en concreto en su artículo a Misés [239]) y proponen un Hospital de Día a tiempo parcial mediante módulos de tratamientos grupales permitiendo mantener la integración con el medio escolar y optimizar la capacidad y recursos asistenciales del Hospital de Día con horarios entre 11:30 h y 14 horas, admitiendo las ventajas e inconvenientes del modelo [34]. Desde el Hospital de Día del Hospital de Valme en Sevilla informaban que su trabajo estaba organizado en cuatro grupos según rangos de edad, atendiendo a cada uno de ellos un día de la semana, por lo que consideran que el modelo de Hospital de Día realizado por ellos difería del que consideraban como más generalizado de hospitalización parcial durante todos los días de la semana, con lo cual comentan el suyo se trataba más de un modelo de tratamientos intensivos, y aclaran que el personal tanto realiza su práctica en consultas externas como en hospital de día [142]. Mientras que en Cataluña la oferta mayoritariamente era de unas 40 horas semanales [109].

La derivación de los pacientes como hemos relatado suele partir de la propuesta del Centro de Salud Mental, en los casos de recursos mixtos con Educación existe la propuesta del técnico del Equipo de

Orientación Psicopedagógica, obteniendo el correspondiente consentimiento informado y finalmente la aprobación por la Comisión Técnica del Centro de Día [108]. En algunos casos, las derivaciones se realizan también desde las unidades de Hospitalización Psiquiátrica [113]. En el CET-HD Pradera de San Isidro comentaban recibir una media de 70 derivaciones anuales, con ocupación completa y lista de espera alta [141].

Se plantea la acogida en el Hospital de Día Castilla La Mancha Centro como una entrevista o serie de entrevistas con el paciente y la familia en que se haga una presentación del funcionamiento de Hospital de Día y contrato terapéutico, consideran que esta medida puede evitar altas por abandonos precoces en relación a derivaciones inadecuadas y expectativas erróneas de las familias, y también proponen una evaluación inicial que incluya cuestionario epidemiológico con variables psicosociales y periodicidad anual, completar la evaluación clínica y psicopatológica (ADOS-2, ADI-R, CARS en los casos de TEA, estructural mediante test proyectivos gráficos y evaluación de patrón de apego), de capacidades adaptativas y de funcionamiento global (EEFG-CGAS), del funcionamiento familiar (PAC / Escala de estilos parentales) y neuropsicológica (Battelle, Leiter, Peabody, Bender, NEPSY II para mentalización y funciones ejecutivas) [34].

En la acogida en la UTE de Ortuella se realiza un trabajo de la demanda y consentimiento, haciendo ver al niño que para poder ayudarle es necesario poder hablar de lo que le pasa, creando así las condiciones para que se pueda pasar de objeto a sujeto de la demanda; previo a la admisión realizarán un período de vinculación en el que el niño asistirá a la unidad a tiempo parcial (dos semanas) manteniendo mientras encuentros individuales con los diferentes profesionales [108].

En el Hospital de Día Psiquiátrico para adolescentes Sant Pere Claver tratan que todos los pacientes tengan una sesión de psicoterapia semanal con el terapeuta de referencia [240]. En otros casos, se considera

el poder realizar terapia individual al menos una vez al mes con terapeuta de referencia [34].

Acerca de la firma del contrato terapéutico, en un estudio de competencia realizado por Billick y otros sobre una serie de veinticinco niños hospitalizados, encontraron que la "competencia legal" (la habilidad para entender los derechos legales y el principio del consentimiento) estaba asociada a haber adquirido un nivel de lectura propio de un quinto o sexto grado (el equivalente a 12 años de edad) [241].

Otros han realizado una auditoría de objetivos del tratamiento en ingresos sobre cuatro unidades de adolescentes, hallando que la mayoría de objetivos del tratamiento apuntaban a metas relacionales y madurativas más que al mero cambio de sintomatología [160].

5.2.4 Actividades terapéuticas

Dentro de las actividades grupales recomendadas, se citaron [55]:

Psicoterapia de grupo

Grupos comunitarios

Terapia ocupacional. Talleres de trabajo individual y grupal, incluyendo técnicas de resocialización, grupos de discusión, lectura de prensa, artes plásticas, etc.

Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas

Grupos específicos para patologías concretas: grupo de imagen corporal, grupo postpandrial, grupo para pacientes con problemas de control de impulsos, etc.)

Dentro de la atención individualizada [55]:

Entrevistas individuales

Tratamientos farmacológicos con prescripción, control y entrega diaria de la medicación. El HDP facilita un ajuste preciso de medicación con minimización de efectos secundarios, y abordaje de cambios de medicación

Psicoterapia individual breve reglada

Dentro de la atención familiar [55]:

Intervención familiar mediante entrevistas diagnósticas, psicoeducativas o terapéuticas

Grupos multifamiliares psicoeducativos y de resolución de problemas.

También se añade que el Hospital de Día de Salud Mental debería estar en condiciones de ofrecer al menos una comida a los pacientes que será desayuno, almuerzo o cena en función del horario.

Para el Hospital de Día Psiquiátrico para la infancia y la adolescencia, lo fundamental es que la orientación terapéutica sea con una carga relevante y muy presente de contenidos y técnicas psicoterapéuticas [59]. Se especifican los siguientes contenidos psicoterapéuticos: el principio de vinculación alterado, la pulsión agresiva, la identidad personal, la identidad sexual, el narcisismo y los límites; que fundamentalmente se pueden trabajar mediante actividades terapéuticas grupales, atención familiar y tratamientos individuales, como actividades terapéuticas complementarias [102]. Marcelli describe tres dimensiones centrales que caracterizan el reajuste intrapsíquico propio de la adolescencia: la dimensión corporal, el problema de la identidad, y el del equilibrio entre el investimento narcisista y el objetal [242], que habrían de ser consideradas por ello en el trabajo terapéutico. Sobre el tema de la

identidad y sus trastornos en la adolescencia desde el punto de vista psicoanalítico también ha escrito Jeammet [243].

Siguiendo esta concepción de Marcelli sobre la adolescencia como una etapa de crisis, de forma complementaria se ha descrito desde un punto de vista neuroevolutivo que el adolescente se desborda fácilmente por el impacto emocional de la situación social porque hay un desequilibrio entre sus regiones prefrontales encargadas de la autorregulación y otros componentes del sistema límbico como los ganglios basales, ya capacitados para involucrarse en la comunicación social relevante y generar respuestas afectivas a las mismas, desequilibrio evolutivo que se ha descrito como similar a los pacientes adultos con TLP que parecen tener un bajo umbral para la activación del sistema lucha - huida, así como una tendencia asociada a desactivar la mentalización de forma explícita o controlada, tal y como ha descrito en 2016 Laita de Roda [141].

Por ello se ha llegado a plantear la posibilidad de acompañamientos psicológicos de tipo preventivo de posible patología psiquiátrica emergente, en este sentido se han propuesto estudios epidemiológicos como el caso dirigido en Galicia por Domínguez Santos en 2002, que evaluó en muestras de población adolescente problemas relacionados con la salud mental como: posible patología psiquiátrica, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, adaptación, autoimagen y clima familiar; como conclusiones los adolescentes no presentaban datos sugestivos de una mayor prevalencia de patología psíquica respecto a otros grupos de edad y a otros medios similares [244].

Hay actividades que se pueden desarrollar desde el Hospital de Día Psiquiátrico con una perspectiva grupal y orientadas hacia el exterior de la institución como son de terapia social que faciliten el alta (transporte público, visitas) o bien otro tipo de actividades o talleres que se pueden desarrollar con asociaciones juveniles o ONG, ofreciendo orientaciones sobre ocio y tiempo libre [59].

Para la organización terapéutica, una de las dificultades puede ser para poder acceder al dispositivo en horario escolar si no se dispone de un personal específico de educación para un programa. A nivel escolar para niños y adolescentes integrados en centros educativos la coordinación y articulación en cada caso con los profesionales de educación, la intervención concreta escolar, establecer reuniones periódicas con el profesorado correspondiente para comprensión emocional del menor, contención de la ansiedad y ayuda a integración; mientras que a nivel de coordinación con dispositivos de bienestar social estarían la búsqueda alternativas periodo vacacional, la integración en actividades de tiempo libre, la búsqueda subvenciones y otras [33]. En el caso de Castilla La Mancha Centro se realiza coordinación continuada incluyendo al menos una reunión personal anual con el equipo docente del niño [34].

Otras propuestas incluyen: escuela de padres, habilidades sociales y autoestima, taller de estudio o apoyo pedagógico, taller de jardinería, taller de actividades deportivas, taller de actividades de la vida diaria, taller de psicomotricidad, taller de juegos, taller de salud (alimentación, bucodental, eliminación), taller de "comida" (TCA), programa de solución de problemas [29]. También se ha publicado por Calderón Serrano y otros la realización de un taller expresivo multidisciplinar conjunto entre enfermería, monitor y terapeuta ocupacional para adolescentes en Hospital de Día Puerta de Madrid [245].

Además del caso concreto que ya hemos comentado de las UTE / CET - Hospital de Día, algunos Hospitales de Día Psiquiátricos mediante convenio entre sanidad y educación cuentan con la colaboración de un docente para mantener una continuidad entre la escolarización previa contactando con el medio escolar y durante el proceso de Hospital de Día a través de un aula del Hospital de Día que formaría parte de los objetivos terapéuticos a nivel global, uno de los objetivos es que el paciente realice y reciba algún tipo de intervención educativa junto con la estabilización clínica dentro de la preparación para el alta, según refería Soriano Sala en 2010 [240].

Como propuestas concretas de estructuración de trabajo con las familias se encuentran realizar un seguimiento individual al menos trimestral mientras se mantiene la actividad de grupo psicoeducativo semanal de una hora de duración, destinado al manejo de angustia, desesperanza de los padres en relación a la situación de sus hijos, elaboración de duelo, elaboración de ambivalencias con respecto al menor, comprensión de la situación emocional del niño y facilitación de la individuación [34]. Se ha señalado que la mayoría de Hospitales de Día tiene un grupo de padres que es reunido con frecuencia de una vez a la semana a una vez al mes [65, 246].

Se ha señalado que el entorno terapéutico (*milieu*) en los programas de hospitalización parcial tienen aspectos comunes con los de hospitalización completa (contención, soporte, estructura, implicación, validación), y otros diferenciales; como que mientras en el segundo caso pueden caer en la coacción, en el caso de los Hospitales de Día se basan principalmente en la negociación; y por su carácter de dispositivo intermedio puede tener la capacidad de ofrecer una más formas de poder influir en el yo que el confinamiento que resulta intrínseco a la hospitalización completa, los autores creen que esto es aplicable a los programas de adolescentes [13].

5.2.5 Alianza terapéutica y Programa Terapéutico Individualizado

En el caso del Hospital de Día Psiquiátrico para la infancia y la adolescencia se recomienda que el programa terapéutico incluya las actividades de acuerdo a los déficits existentes en la admisión y que deberán ser abordados forma individualizada y con un orden de prioridades desde del problema nuclear a solventar teniendo en cuenta las posibilidades de resolución que existen según los medios disponibles. Además de la posibilidad del alta voluntaria, desde la perspectiva clínica los criterios de alta son: el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa terapéutico, el no cumplimiento de

las expectativas para realizarlos o bien cuando se realice la estimación de que otros dispositivos puedan aportar una solución más ajustada a un caso concreto; precisando en todo caso realizar un trabajo de alta con paciente y familia [59].

El hecho de tratarse de un programa que permite un tratamiento intensivo debiera facilitar el establecimiento y la consolidación de una mejor alianza terapéutica. Esta variable, comparada a los tratamientos en salud mental de adultos, ha sido escasamente estudiada en psiquiatría infantil, como ha señalado Green en 2006 [247], sin embargo las mediciones aproximativas de la alianza terapéutica como la "cooperación parental" por lo general proporcionan los valores predictivos más significantes en los resultados, tanto en pacientes en Hospital de Día como en régimen de hospitalización completa [248, 249]. Dos estudios con el mismo autor principal realizados en los últimos quince años [250, 251] han encontrado que las alianzas con el niño y con los padres eran independientes una de otra y que la alianza con el niño era un predictor fundamental de mejora en salud durante el ingreso. El funcionamiento familiar previo al ingreso se ha mostrado como un predictor de mejoría en salud durante el tratamiento, si bien en uno de los estudios se reportó que el funcionamiento familiar no experimentó mejoría durante el ingreso [251]. Por otra parte, los niños cuyos cuidadores reconocen el sentirse bastante preocupados y con cierto estrés ante los problemas que presentan sus hijos parecen menos hostiles, y siguiendo a Blader en 2004 y 2006 hay cierta evidencia de que éstos tienen mejores resultados [252, 253].

El programa terapéutico individualizado resulta útil para organizar el tratamiento en casos complejos, evitando la deriva terapéutica, necesita una valoración completa y seguimiento con las familias. Sus objetivos deberían de ser comprensibles (como pueden ser las propias palabras del niño), posibles, medibles; y son diferentes de las hipótesis del personal (formulación profesional del caso) y del plan de tratamiento establecido por el equipo terapéutico en base a esta hipótesis [33]. El PTI se realiza de manera multidisciplinar en el

momento del ingreso del paciente y se revisa con una periodicidad semanal por parte de todo el equipo, comprobando el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados, implementando las propuestas de mejora correspondientes a los mismos o para proponer nuevos objetivos ante la evolución clínica del paciente; según este planteamiento se trataría de un proceso dinámico, interactivo e integral en la atención del menor [124]. Cada paciente tiene un PTI que se trabaja en equipo, supone una labor en eje transversal donde las tareas diferenciadas de los distintos profesionales se ponen en común en busca de un cumplir un objetivo [149]. Existen modelos de PTI que pueden servir de referencia para lo explicado, como los presentados en los respectivos artículos de HDP-IA de Algeciras [29] y Castilla La Mancha Centro [34].

5.2.6 Intervenciones grupales

Se plantea la importancia de poder realizar una intervención grupal para el TMG. Las evidencias de las intervenciones grupales en la adolescencia tienen amplio soporte por una serie de motivos que se discuten a continuación.

La adolescencia como fase en el desarrollo de la persona supondrá un proceso gradual de maduración hasta la edad adulta; el adolescente debe dar respuesta a cuestiones como su propia identidad, imagen corporal y madurez sexual, relación con sus padres e iguales y sus relaciones afectivas. Las relaciones sociales y afectivas que establecerá le permiten percibir mediante identificaciones cuáles son sus nuevas capacidades, las propias expectativas y contribuir más ampliamente a la elaboración de su identidad adulta; siguiendo a Sánchez del Hoy [254].

El grupo de terapia en los adolescentes y jóvenes en algunos pacientes será un lugar de apoyo, encuentro, pertenencia y de contención, pudiendo los adolescentes expresar sus dificultades y vivencias (soledad, ansiedad, inseguridad, miedo al fracaso); ayuda a

disminuir la autoexigencia percibida y trabaja la comprensión de conflictos activos, facilitará la introspección y el compartir con los demás sus experiencias con el sentimiento de seguridad y aceptación por el grupo, que será un lugar de apoyo al que poder acudir, y después abandonar para seguir su desarrollo personal como adulto [254]. La fuerza de la intervención grupal en adolescentes se basa en las intensas identificaciones presentes, en la cultura de ayuda mutua, en los sentimientos de pertenencia, complicidad, comprensión y la posibilidad de compartir vivencias difíciles en un contexto diferente al grupal [126].

En adolescentes se recomienda crear las condiciones necesarias de *setting*, formación del terapeuta, técnica para ofrecer un espacio de interacciones, expresión personal, asociaciones de ideas, observación, escucha, posibilidad de empatía, interpretaciones, compartido por todos los miembros, en que el terapeuta tiene el rol diferenciado de coordinador - conductor [35].

En los últimos diez años varios cientos de publicaciones han presentado evidencias para varias formas de psicoterapia de grupo; los participantes pueden ser similares o no desde el punto de vista diagnóstico pero normalmente son de la misma fase del desarrollo, el estudio de Hoag y Burlingame de 1997 [258] es citado con frecuencia al respecto de la evidencia disponible [21], por lo cual nos referiremos al mismo más adelante. Las psicoterapias de grupo de niños y adolescentes suelen constituirse acerca de problemas específicos, el hecho de que compartan fase evolutiva permite que compartan objetivos y las técnicas sean aplicables al grupo completo [21].

Sobre la terapia grupal, se apunta a varios motivos por los que los grupos terapéuticos son una buena alternativa de tratamiento; en términos económicos suponen menores costes tanto en tiempo como en profesionales, aspecto clave en contextos como el de la salud pública donde existe presión asistencial en los recursos, mientras en términos de eficacia ha sido publicada en múltiples ocasiones [254].

En 1997 Hoag y Burlingame realizaron un metaanálisis acerca de la intervención de terapia grupal en adolescentes, valorando para ello 56 estudios de resultados publicados entre 1974 y 1997 para edades entre 4 y 18 años; encontrando que el tratamiento grupal era más efectivo de forma significativa respecto a grupos de lista de espera (*wait-list*) o grupos placebo, con un tamaño del efecto de 0.61, encontrando índices de eficacia similares a los hallados en adultos; mayoritariamente los pacientes mejoraban más en los grupos terapéuticos que los controles (fueran éstos listas de espera o grupos placebo); señalando que diferentes diagnósticos no implican diferentes respuestas al tratamiento grupal puesto que todos los diagnósticos investigados se favorecían de él en el mismo grado [258]. Sobre ese mismo estudio se señala que apoya también la mayor eficacia de los grupos terapéuticos en contexto clínico respecto a aquellos que se aplican en otros contextos; considerándolo un argumento relevante a favor de la eficacia de los tratamientos grupales, ya que los sujetos incluidos en estudios efectuados en contextos clínicos suelen presentar mayor patología que los tomados de otros contextos, que suponen a menudo muestras subclínicas; y referencian otro trabajo sobre grupos terapéuticos con estudiantes de instituto mostró que los tratamientos grupales eran eficaces en el abordaje de trastornos graves como la depresión y que esta eficacia no estaba relacionada con la orientación del grupo [254], habiéndose en este caso comparado la terapia cognitiva y la terapia del proceso interpersonal con similares resultados, según publicaron Hogg y Deffenbacher en 1988 [259].

El *US Department of Health and Human Services´ Surgeon General´s Report* de 1999 afirmaba que las intervenciones psicoterapéuticas más específicas en niños eran: psicoterapia psicodinámica, psicoterapia de apoyo, psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal e intervenciones sistémicas familiares [21].

Otros autores se han planteado si la experiencia del grupo terapéutico podría tener beneficios añadidos al de la mejoría

psicopatológica, como lo son diversos estudios de Shechtman [260] con estudiantes israelíes que señalan que el paso por un grupo terapéutico en la adolescencia tiene efectos sobre su autoestima, y legitima de cara a los pacientes una comunicación a un nivel más profundo, sirviendo de práctica para sus relaciones sociales, y favoreciendo las amistades íntimas dentro y fuera del grupo [254].

El uso de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes con trastornos de tipo externalizante; como el programa de afrontamiento que incluye la toma de conciencia de las emociones, la toma de distancia, manejo de la ira, solución de problemas sociales y demarcación de objetivos, ha sido objeto de estudios sobre efectividad, como han relatado específicamente Lochman y otros en 2011 [261].

En programas de hospitalización parcial para niños y adolescentes con trastornos emocionales graves se ha utilizado desde hace años en Estados Unidos la integración de estrategias cognitivas y conductuales en un grupo y programa basado en terapia familiar; señalando técnicas cognitivas específicas en combinación con intervenciones sobre conducta útiles para los problemas de comportamiento en el encuadre de Hospital de Día, según Cole y Kelly en 1991 [262].

Se ha comunicado desde los Servicios de Salud Mental de Parla (Madrid) una intervención basada en el grupo operativo definido por Pichon-Rivière; entendido como un conjunto de personas centrado en una tarea y que afronta la resolución de problemas de forma conjunta y no individual, compartiendo de esta forma un objetivo común [263], una media de 18 años de edad, periodicidad semanal y objetivos como reflexionar sobre propia identidad, reflexionar sobre relaciones con los padres, aceptación de la imagen corporal, reflexionar y verbalizar dificultades en las relaciones afectivas y favorecer la integración social; los autores de la misma utilizaron como instrumento la escala de síntomas SCL-90 pre- y post- intervención grupal e informaban de mejoría especialmente en dimensiones de depresión, ansiedad y

ansiedad fóbica, replicando así estudios a los que hacen referencia en su artículo y se han citado con anterioridad [254].

5.2.7 Intervención familiar

La revisión indica la importancia del trabajo con las familias, que está relacionado con mejores resultados.

Sobre los predictores de resultados, una buena organización del tratamiento, el tratamiento multimodal, la alianza terapéutica positiva y un buen seguimiento post-tratamiento representan predictores comunes [179]. También se ha indicado que una involucración alta de los padres se ha definido como la variable más importante como predictora de buen pronóstico [89, 248] y que el funcionamiento familiar previo al ingreso se ha mostrado como un predictor de mejoría en salud durante el tratamiento. En Ohio (Estados Unidos), Hussey y Guo publicaron en 2002 acerca del régimen de hospitalización parcial sobre 97 niños de 5 a 14 años de edad en un estudio mixto retrospectivo y prospectivo buscando cambios en conducta asociados al tratamiento, 8 horas al día y 5 días a la semana, mejorando en su sintomatología psiquiátrica de forma estadísticamente significativa; señalando una serie de factores que se asociaron a aumento de psicopatología y peores resultados de tratamiento: edad inferior, género femenino, número de veces internados fuera de casa y capacidad intelectual inferior [265]. El nivel de inteligencia medido como CI muestra un efecto moderadamente positivo, si bien se ha sugerido que frente al CI *per se*, el grado de desarrollo funcional sería una variable más crítica [135]. El género, edad o ingreso programado versus urgente mostraron escaso valor predictivo. Ya se ha referido para un grupo de tratamiento de día multimodal para niños con problemas de comportamiento disruptivo, comparado con un grupo de control en lista de espera, que el tratamiento de día produjo una mejoría en comportamiento de forma significativa, manteniéndose ésta durante seis meses de seguimiento según informaba Grizenko [179]. También nos hemos referido ya a la alianza terapéutica donde dos estudios han

encontrado que las alianzas con el niño y con los padres eran independientes una de otra y que la alianza con el niño era un predictor fundamental de mejora en salud durante el ingreso [250, 251] y a que los niños cuyos cuidadores reconocen cierto grado de preocupación y estrés parecen menos hostiles y presentan mejores resultados [252, 253]. Según el estudio de Sourander que hemos mencionado con anterioridad el valor de la CGAS al ingreso fue considerado el factor predictor de buena respuesta posterior más importante [187].

Sobre la importancia de la vinculación de la familia con el tratamiento, en el seguimiento a cinco años de Grizenko se consideraba una involucración alta de los padres como la variable más importante como predictora de buen pronóstico [248]. Orchard, a quien ya hemos citado, ante la necesidad descrita en la literatura de los programas de tratamiento diurnos en psiquiatría dentro de han investigado las características de casi un centenar de jóvenes tratados en un período de dos años y tratado de identificar cuáles de ellas se relacionaban con los beneficios de la asistencia al programa [222]. En el seguimiento de un programa basado en el aula realizado por Milin que también hemos referido antes, éste fue descrito como programa escolar de unidad de tratamiento psiquiátrico de día de adolescentes (ADTU, *adolescent psychiatric day treatment unit school program*), y las variables que más se relacionaban con los resultados fueron la clasificación de padres y clínicos al ingreso, el número total de separaciones de la familia mayores de 3 meses, la historia de enfermedad mental en los padres y la historia de los pacientes de tratamiento por problemas emocionales [98].

En otro estudio a menudo referenciado realizado por Cohen a finales del siglo XX sobre Hospitales de Día Psiquiátrico en preescolares con TMG, consideraban que los resultados eran mejores para casos en los que las familias estaban más motivadas respecto al tratamiento; sin embargo independientemente de dicha motivación los niños se beneficiaban igualmente en ciertas áreas, algo que remitiría al

mantenimiento de cierta eficacia pese a la falta de colaboración familiar [266]. Este estudio también se considera que enfatiza el valor de Hospitales de Día como herramienta útil de cara a la evaluación y que los retrasos en el desarrollo podrían mejorar en dicho régimen [139].

Rickerby desde Estados Unidos comunica en 2017 el éxito de una intervención centradas en la familia para niños con problemas de salud física, relatando el programa HASBRO en un contexto de Hospital de Día para el tratamiento de patologías pediátricas complejas incluyendo trastornos alimentarios, enfermedades pediátricas crónicas complejas por falta de adherencia y/o comorbilidad psiquiátrica, trastornos por dolor refractario y trastornos somatomorfos, refiriendo haber atendido a lo largo de casi 20 años a 2000 pacientes y sus familias [268]. Un año antes Willis ya había comunicado la intervención centrada en la familia del programa de hospitalización parcial del Hospital Hasbro de Rhode Island, como una experiencia integradora de tratamiento [269].

En 2020 Sampathi y otros en el norte de California comunican un análisis sobre reingreso hospitalario valorando el impacto la inclusión de la terapia familiar en el marco de los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo, indicando que para que dicha intervención sea favorable debe ser consistente, oportuna y efectiva para poder reducir las recidivas [267].

5.2.8 Evidencia de intervenciones psicológicas y ocupacionales

Como ya hemos referido, desde la experiencia de Hospital de Día Psiquiátrico de Castilla La Mancha Centro Villero y colaboradores indican haber realizado una revisión bibliográfica y una propuesta, planteando la terapia institucional dentro de un modelo psicoterapéutico relacional como tratamiento integrado con utilización de diversas técnicas psicoterapéuticas de cara a establecimiento del vínculo y comprensión de dinámica emocional de cara a potenciar sus capacidades y mejorar su organización psíquica. Como principios para ello citan: abordaje integral del niño y del ambiente, formación

psicoterapéutica integradora, participación de equipo multidisciplinar, diseño de plan de trabajo individualizado y trabajo con grupos heterogéneos respecto al diagnóstico [34].

Pasamos a continuación a describir diversas orientaciones terapéuticas, algunas de las cuales tienen aplicación a nivel grupal, la aportación de Gabbard y otros tratan sobre los factores comunes a todas ellas [270]. Muchas teorías pueden ser de ayuda en el grupo, en el caso de la teoría de Bion [271] y Foulkes del grupo como un todo (*group-as-a-whole*) [272], se trata de una teoría sobre el liderazgo de los mismos, y supone que el grupo como un todo es mayor que la suma de sus partes, para llegar a la mayor expresión terapéutica las interpretaciones del comportamiento y las intervenciones han de ser dirigidas al nivel grupal [15].

Dentro de la terapia conductual aplicada a los HDP-IA, el tratamiento contextual buscará aumentar la capacidad del paciente de tolerar la frustración, ajustarse a normas y reglas, aprender a planificar y a organizarse el tiempo, aparición de la motivación mediante el logro de objetivos; el paciente podrá tener un aprendizaje de nuevas formas de interactuar como posibles y valorarlas de forma positiva (refuerzo social y tangible, consecución de objetivos), el tratamiento conductual perseguirá como prioridad obrar un cambio en forma de funcionamiento de la persona y generalizar las mejoras aprendidas a los demás contextos significativos de la vida del paciente, como han descrito Font y Vidal en 2010 [273]. Se ha señalado desde Estados Unidos que las técnicas de manejo conductual, la imposición de límites, el tiempo - fuera en una sala tranquila, y la contención si es precisa, ayudan a proporcionar una estructura óptima y seguridad para el *milieu* [13]; en el conocido libro de Lewis se describen las diferentes fases a seguir para manejo conductual en el contexto de un grupo; como son secuencialmente la intervención de líderes, un cambio estructural o de procedimiento, la interpretación verbal, el límite verbal y, en ocasiones infrecuentes y sólo si falla todo lo anterior, el límite físico [15].

Dentro de la terapia cognitivo-conductual en marco de terapia grupal para población adolescente refereriremos el estudio de Goldstein en jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria en régimen de Hospital de Día [274], y en nuestro medio encontramos el programa ATRAPA desarrollado en el Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid; programa para el tratamiento ambulatorio intensivo (TAI) de adolescentes con inestabilidad emocional grave, resultado de la adaptación de la terapia dialéctico-conductual (TDC / DBT); indicación sobre la que también han escrito otros en nuestro país (Gibert Clols en 2015, *Fundació Orienta*) [275]. El programa ATRAPA incluye recomendaciones al respecto en cuanto a asistencia (considera abandono cuatro faltas de asistencia no justificadas), mantenimiento de terapia individual, ausencia de tóxicos, respetar la intimidad, petición de ayuda, confidencialidad, puntualidad y relaciones fuera del grupo incluyendo el tema de redes sociales [126].

La DBT fue originariamente desarrollada para pacientes con TLP y desregulación emocional, los estudios randomizados han indicado que la DBT se asocia con mejoría en conductas problema, incluyendo ideación y comportamiento suicida, autolesiones no suicidas, desgaste y hospitalización; estos resultados positivos con adultos han llevado a tratar de aplicar este modelo a la población de adolescentes, considerándose que puede ser beneficioso para pacientes con un amplio rango de dificultades en regulación de emociones, particularmente para aquellos con infrarregulación de emociones que conduce a excesos conductuales; los resultados de los estudios abiertos y experimentales con adolescentes se han considerado prometedores, como han publicado en 2013 MacPherson y otros [276]. Para el caso de tratamiento de DBT aplicado a Hospital de Día, Brown publicó en 2020 los resultados de una intervención sobre regulación de emociones en Trastornos de la Conducta Alimentaria sobre una muestra de 241 pacientes en Estados Unidos mostrando mejoría, especialmente en el grupo de Bulimia Nerviosa, con la limitación de que se trataba de pacientes en edad adulta [277].

Considerada terapia cognitivo conductual de tercera generación, el enfoque teórico de la DBT está basado en tres pilares: las ciencias de la conducta, la filosofía dialéctica y la práctica zen. Concepto original de Linehan [278] y revisada posteriormente para población adolescente norteamericana por Miller [279], considerando este enfoque respecto a otros por encontrar un predominio en la impulsividad en sus pacientes, y planteando un programa de TAI frente al HDP-IA a tiempo completo [126]. Se trata de un programa interesante debido a un planteamiento abierto, compartido y no dogmático, de hecho se ha llegado a referir la similitud de la DBT con otras alternativas como la MBT pues señalan que ambas estrategias buscan caminos que faciliten el proceso de mentalización del paciente respecto a los sucesos y emociones que vive en el momento presente [126]. Mehlum y otros realizaron un ECA en 2014 sobre la utilización de la DBT en adolescentes con conductas suicidas y autolesiones de repetición, contando finalmente en la aleatorización con 77 adolescentes en Noruega, mostrando que la DBT podría ser una intervención efectiva para reducir las autolesiones, la ideación suicida y la depresión en adolescentes con conducta autolítica de repetición [280], posteriormente en 2016 publicaron los resultados del ECA con un seguimiento prospectivo a un año de seguimiento, informando de resultados positivos tanto a corto como largo plazo [281]. También el año 2016 en Nueva York Hatziergati y colaboradores compararon la evidencia de diferentes modalidades de tratamiento mediante DBT y TCC para niños y adolescentes, encontrando que la DBT tenía un una mayor reducción en síntomas internalizantes y externalizantes a nivel residencial frente al tratamiento habitual y la TCC grupal tanto en régimen de Hospitalización Parcial como a tiempo completo, indicando que estos tratamientos basados en la evidencia científica podían ser adaptados para tratar niños y adolescentes a corto plazo en encuadres terapéuticos agudos [282]. En 2017 se publica un nuevo ECA sobre DBT, en esta ocasión para preadolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, mediante una adaptación de DBT para preadolescentes (aplicando al igual que en

adultos terapia individual, habilidades sociales, llamadas telefónicas, trabajo en equipo y adicionalmente entrenamiento a padres, dirigiendo 32 sesiones semanales de 90 minutos de duración), mostrando los resultados eficacia a nivel preliminar en varios dominios [283]. En 2020 se publican los resultados de un estudio realizado por Tebbett-Mock y colaboradores, mediante una revisión retrospectiva de pacientes en la edad adolescente tratados con DBT en hospitalización a tiempo completo frente a grupo control histórico con tratamiento habitual, incluyendo 801 adolescentes en el análisis, y considerando que este estudio daba apoyo a la utilización de la DBT en este perfil de pacientes [284].

Dentro de la orientación dinámica orientada hacia los HDP-IA, podemos nombrar por un lado a García Badaracco [285] quien propone un modelo de tratamiento en comunidad terapéutica para los trastornos mentales graves basado en conceptos psicoanalíticos. Por otra parte, Yalom, conocido entre otros aspectos por sus aportes sobre la psicoterapia existencial [286], realizó aproximaciones interpersonales en el tratamiento de la esquizofrenia describiendo los factores terapéuticos grupales incluyendo un enfoque centrado en el momento presente, proponiendo realizar un análisis de las interacciones interpersonales que se producen dentro del grupo terapéutico e interpretando las mismas como una proyección de las que realizan fuera del mismo, abriendo así la posibilidad a un cambio en las mismas [149].

Ya hemos nombrado previamente a Bateman y Fonagy y su planteamiento de la terapia basada en la mentalización (MBT) para pacientes con síntomas de trastorno límite de la personalidad con aplicabilidad y eficacia evaluada en contexto de hospitalización parcial [69, 70]. Rossouw y el propio Fonagy realizaron un ECA sobre MBT frente a tratamiento habitual para adolescentes en el noreste de Londres respecto a conductas autolesivas, con una muestra de 80 adolescentes (programa manualizado de un año de duración), siendo superior la MBT también para Depresión, indicando en conclusiones que podría ser una intervención efectiva para reducir las conductas

autolíticas en este grupo de pacientes [287]. Desde el CET-HD Pradera de San Isidro de Madrid han realizado lo que consideramos una interesante aportación en nuestro medio acerca de las aplicaciones de la misma en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día como ejemplo de la aplicabilidad de este modelo en este tipo de dispositivos, partiendo de la idea de que la comunidad terapéutica provee un entorno vinculador seguro favorecedor de la mentalización y el desarrollo de la confianza epistémica [141].

En 2017 Asarnow y colaboradores evaluaron mediante ECA un programa realizado para tratar de reducir los intentos de suicidio en adolescentes, refiriendo que las intervenciones con mayor grado de evidencia para reducir las conductas autolesivas eran la psicoterapia en forma de DBT y MBT (referenciando ECA de Mehlum y Rossouw-Fonagy dentro del término más amplio de conductas autolesivas), refiriendo Asarnow que el único ECA que había mostrado evidencia de reducir intentos de suicidio era el de Espósito-Smythers de 2011 de TCC integrada para jóvenes suicidabilidad y abuso de sustancias (referencia 11), proponiendo el programa SAFETY descrito como una intervención DBT centrada en la familia, *screening* de 140 pacientes y aleatorización de 42 adolescentes, refiriendo la seguridad y eficacia de dicho tratamiento para reducir los intentos de suicidio entre jóvenes presentando episodios de intentos de suicidio o conductas autolesivas [288].

También nombraremos la terapia focalizada en la transferencia propuesta por Otto Kernberg y adaptada a la población adolescente por Paulina Kernberg [289], así como el modelo de psicoterapia breve de Cramer y Palacio, donde el hilo conductor que se busca es la conexión temática entre los conflictos de la infancia de la madre (recuerdos y representaciones), su conflictiva e interacción actuales con el niño; siendo el punto clave que posibilita el cambio la interpretación que une el pasado al presente y las representaciones de la madre con sus interacciones mediante el paso del inconsciente a la conciencia de estos contenidos [290, 106].

Cruz, Trafach y Claret han reflexionado en 2019 sobre la incidencia de factores sociofamiliares sobre la psicopatología en pacientes atendidos en el Hospital de Día, con la importancia de ofrecerles un espacio y un tiempo suficientes para posibilitar un vínculo psicoterapéutico que permite evoluciones positivas en los adolescentes atendidos [291].

En el marco de un programa de intervención psicoterapéutica grupal en adolescentes con trastorno mental grave; el grupo concede al individuo que participa en él una experiencia terapéutica, una herramienta de apoyo y un espacio de experimentación y reflexión [290, 292, 293]. El dispositivo grupal cobra especial importancia en esta etapa vital evolutiva por varios motivos [295, 296]; la grupalidad como fenómeno necesario en el proceso de socialización adolescente; favorece el fortalecimiento de la identidad social y la autonomía psicológica respecto a la familia; posibilita la asunción de roles sociales diversos, la experimentación de nuevas formas de relación y comportamiento, así como la búsqueda de identidades. Las actividades grupales se realizarán en un clima terapéutico que facilite y favorezca el desarrollo de la identidad de cada uno de los participantes al ser reconocidos en su individualidad y la originalidad de su biografía y conflictos manteniendo un medio con las características de estabilidad, seguridad, tranquilidad y previsibilidad. La intervención se realizará mediante un programa multimodal para alcanzar los objetivos específicos referidos anteriormente [94].

El programa ATRAPA plantea una serie de módulos repartidos de la siguiente forma para el trabajo con adolescentes con inestabilidad emocional, se indica el número de sesiones que proponen:

Sesión preliminar: 1 sesión.

Habilidades básicas para conciencia de uno mismo: 4 sesiones.

Habilidades básicas de relaciones sociales: 10 sesiones.

Habilidades básicas de pensamiento, emociones y conducta: 5 sesiones.

Habilidades básicas para tolerar el malestar: 5 sesiones.

Habilidades para encontrar la línea media: 4 sesiones.

En cuanto al grupo de habilidades, sus propios autores definen como la principal aportación de ATRAPA a la adaptación a población adolescente de todos los materiales utilizados en la terapia simplificando el lenguaje y adaptando el contenido y la símbolos a la edad y cultura del grupo y del país, y ponen como ejemplo el cambio de nombre de los módulos, también la ficha de habilidades y el uso de acrónimos [126].

En cuanto al planteamiento en Hospital de Día de Valme, recomiendan una serie de modalidades de intervención familiar. En primer lugar la terapia familiar, declarando un planteamiento de tipo sistémico y objetivos en torno a los ejes de relaciones e individuo, sesiones aproximadas de una hora, frecuencia quincenal y con idea de alargar esta frecuencia sucesivamente. En segundo lugar el diseño de un dispositivo terapéutico multifamiliar (DTMF), para mayores de 16 años y sus familiares, sesiones limitadas de hora y media de duración, encuadre como terapia grupal con taller de expresión y arteterapia con concepción de grupo multifamiliar y dos ciclos con dos fases cada uno y rotación de participantes, mediante un psicólogo clínico, un residente de psicología clínica y dos monitores con experiencia y formación en arteterapia. En tercer lugar los grupos terapéuticos de madres y padres para niños entre 4 y 9 años de edad. Además de expresar la interesante idea de poder realizar un comedor terapéutico familiar [142].

En cuanto a la psicoterapia familiar nos referimos a intervenciones dirigidas a cambiar interacciones desadaptativas entre miembros de la familia tratando de mejorar tanto el funcionamiento

individual como el de la familia en conjunto (así por ejemplo el entrenamiento a padres y la psicoeducación no deberían considerarse una forma de terapia familiar porque no se centran en las relaciones intrafamiliares), las intervenciones familiares tienen evidencia para el tratamiento de un amplio y variado grupo de trastornos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, TDAH, trastorno bipolar y psicosis [21]. Dentro de la revisión ya citada de Weir y Bidwell en 2000 se resaltan tres estudios que relacionan el grado de involucración de la familia con la evolución del trastorno mental de adolescentes, encontrando dicha correlación en los tres casos (Jansen, 1986; Ginsberg, 1987; Waugh y Kjos, 1992), aunque los autores consideraban que la calidad de los mismos era baja [137].

Para casos de adolescentes con Trastornos del Espectro Autista de alto funcionamiento, Laugeson y colaboradores ha realizado una evaluación de la eficacia de la intervención grupal, en concreto la del programa PEERS, y los resultados indican que mejoran de forma significativa su conocimiento de habilidades sociales y capacidad de respuesta social, conciencia y cognición social, motivación social, asertividad, cooperación y responsabilidad, reduciendo manierismos autísticos, y aumentando la frecuencia de las relaciones entre compañeros [297]. Se trata de un programa de habilidades sociales que incluye la intervención con padres y que consta de 14 sesiones; está publicado y disponible un manual de tratamiento para su aplicación [298].

Existen varios estudios referenciados acerca de intervención multifamiliar en Hospital de Día en trastornos de la conducta alimentaria basada en la convivencia jóvenes con estos trastornos, que señalan cierta evidencia acerca de esta intervención, considerando que el compartir experiencias entre familias y la intensidad del programa junto al énfasis de ayudar a las familias a encontrar sus propias soluciones son las características de este tipo de programa, y se relata mejoría sintomática y satisfacción familiar altas y tasas de abandono bajas, también en series de casos; Worral-Davies cita para ello a Eisler, Dare, Scholz, Asen, Fairbairn y Rockwell en el capítulo de su

autoría dentro del libro ya citado [89]. También se ha propuesto el grupo multifamiliar dentro de los dispositivos de Hospital de Día en nuestro medio, por Sempere [299], y se ha definido su funcionamiento y su aplicabilidad a la población joven desde Alemania por Ochs y otros, en 2016 [300], ese mismo año Teodoro Uría y otros publican en nuestro medio un artículo acerca del grupo multifamiliar en el HD-CET Pradera de San Isidro para niños entre 6 y 12 años de edad, basada en la intervención de Badaracco [301].

Dentro del ámbito del HDP-IA, los grupos de terapia multifamiliar pueden ser de utilidad, así como grupos psicoeducativos tipo Falloon [302] o bien grupos operativos, o bien grupos de resolución de problemas [59].

En el caso del Hospital de Día del Niño Jesús el abordaje con las familias de los niños menores de 6 años se realizaba en torno a una terapia grupal, de forma semanal, los autores apelaban a años de experiencia que les había mostrado que el poder compartir el grupo entre los padres ayudaba a disminuir las vivencias de tipo persecutorio y favorecía el cambio, en el marco de un grupo abierto que se iniciaba hablando de cada niño en particular [106]. Para el caso de niños entre 6 y 12 años de edad, Schneider ha comunicado en 2020 desde California la intervención del programa ABC que incluye a la admisión una batería inicial de tests incluyendo entrevista semiestructurada y una medición de funcionalidad basada en la evidencia para identificar las dianas del tratamiento con intervención familiar (si es preciso con observación de la interacción), entrenamiento a padres, terapia familiar, *mindfulness*, entrenamiento diario y *feedback* sobre el manejo de aspectos emocionales y conductuales, mientras los niños a nivel del grupo trabajan habilidades sociales, regulación de emociones y hábitos de vida saludables, realizando medición de resultados (SNAP, FDQ, SCARED, ARI) mostrando que una intervención multidisciplinar y basada en la evidencia es efectiva en régimen de hospitalización parcial para reducción de síntomas en niños pequeños gravemente afectados [303].

En el caso concreto del programa ATRAPA los grupos son multifamiliares e incluyen a un adolescente y a su progenitor (aquel identificado por el adolescente como primera figura de apoyo); de esta forma los padres también pueden participar en el aprendizaje que incluye mantener y generalizar distintas habilidades, con el fin de mejorar el ambiente en su hogar y el tipo de relación, aunque admiten que la literatura ofrece diversas posibilidades alternativas a la hora de incluir a los familiares en la intervención, como puede ser realizar un grupo de adolescentes y otro de padres por separado, o simplemente enseñar las habilidades a los adolescentes [126].

Algunas situaciones conflictivas derivadas de la presencia de familiares en el grupo junto a los adolescentes que describen son: posible excesiva participación de los adultos desplazando la de los hijos, dificultades en la vinculación al grupo donde la utilización del espacio supone un lugar protegido donde confrontar a los hijos aspectos difíciles de expresar en casa (situación complicada de manejar para el adolescente pues podría ver su intimidad expuesta y reaccionar con agresividad o ira) y por último el hecho de que tener que acudir al grupo con sus padres pueda ser vivido por el adolescente como una forma de dependencia o regresión [126].

En cuanto al trabajo de Terapia Ocupacional, el objetivo general sería favorecer que las personas atendidas, puedan aprender o recuperar en función de su estado las habilidades y competencias útiles para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio social y familiar. Como objetivos específicos, sería preciso detectar las necesidades específicas de la persona a través de una valoración del paciente y su familia, donde se establecerán una serie de objetivos de la intervención; que se apuntarán en el Programa de Atención Individual, con vistas a mejorar la autonomía de cada paciente. En base a las necesidades que se aprecien y teniendo en cuenta los objetivos que se hayan establecido el paciente acudirá a determinados talleres. También estará implicado en ofrecer seguimiento a las familias a través de intervenciones individuales y grupales, así como

favorecer la integración escolar y social del niño o adolescente mediante la coordinación con el medio escolar [36].

En la unidad de hospitalización parcial de adolescentes del Hospital Parc Taulí en Sabadell (Barcelona) en 2011 se realizó un estudio observacional sobre adolescentes ingresados con un perfil de retraimiento social, encontrando un perfil ocupacional muy similar el déficit de comunicación e interacción condicionaba la relación con los iguales, la participación en las actividades propias de la edad era menor y había mayor dependencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria básica e instrumental, la limitación en el funcionamiento resultaba interferir en la recuperación y el desarrollo evolutivo de los jóvenes, como publicaron Arias Núñez y otros [304].

El programa de terapia ocupacional tiene como objetivo mejorar la competencia y autonomía respecto a las actividades de la vida diaria, adaptando el programa a nivel individual con cada paciente en función de sus necesidades, realizando así un abordaje tanto grupal como individual, siguiendo el plan de tratamiento individualizado, como han relatado Crepeau y otros [305].

Se han planteado diferentes actividades posibles como pueden ser taller de actividades de la vida diaria, taller creativo, taller de psicomotricidad, taller de expresión plástica, taller de comunicación, taller de expresión corporal, taller de informática, taller de cocina, y taller de apoyo escolar [306].

Desde el Hospital de Día de Granollers se ha comunicado en 2013 por Tejedor García y otros la intervención asistida con animales como recurso terapéutico, en este caso mediante perros, técnicos de intervención asistida con animales y el propio personal del HD, iniciado para 11 adolescentes durante tres meses y con 12 sesiones semanales, con mejoría en diversos ámbitos (atención - concentración y relajación, participación - motivación y satisfacción, identificación

de características y conductas propias, mejoría en habilidades sociales en algunos ámbitos), repercutiendo en el funcionamiento global [307].

En 2015 desde el Hospital de Día de Leganés se publicó por Serrano y otros un artículo acerca de la intervención de arteterapia para pacientes entre 5 y 14 años [308].

Por su parte, Jordi Mitjá en 2017 comunicó desde el Hospital de Día de Sant Joan de Deu una intervención de yoga como complemento al tratamiento de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, realizando un estudio piloto descriptivo con 17 pacientes que realizaron 10 sesiones semanales de yoga de 45 minutos cada una, mostrando una mejoría que dicho autor describe como significativa tanto en parámetros fisiológicos como a nivel de conducta tras la intervención [309] .

5.3 ANÁLISIS DE DATOS

5.3.1 Generalidades

Para los propósitos de planificación administrativa y de organización terapéutica, se han considerado por lo general a las unidades de día y a las unidades de hospitalización como una entidad única, y varios estudios han investigado resultados genéricos a través de una serie de trastornos [20]. Debemos aclarar que en la bibliografía de habla inglesa, el Hospital de Día y la hospitalización completa en ocasiones se consideran también conjuntamente, estando incluida su descripción dentro de títulos como *milieu-based treatment* [15] o *intensive treatment* [20].

Una dificultad reseñada es que para la evaluación de resultados de los Hospitales de Día existe una serie de dificultades como son las diversas experiencias de selección de pacientes, técnicas utilizadas y organización del centro; y que la ausencia de grupo control hace

complicada esta tarea [65]. A la hora de la evaluación de resultados, en el caso de los HDP hace años que se ha propuesto la posible consideración del niño como su propio control [85], evitando así la necesidad de tener un grupo control externo, sobre todo en aquellos casos en el que el número de sujetos del estudio es pequeño; con la realización de comparaciones dentro de un mismo grupo de tratamiento.

Se considera que en algunos casos revisados no se ha podido o no se han planteado realizar un grupo control aleatorizado pues globalmente la evidencia de la intervención en Hospital de Día se ha considerado lo suficientemente aceptable como para que plantear este tipo de actitud desde el punto de vista ético sea cuestionable [177], creemos que la inclusión en un programa ha de ser estrictamente en base a motivos clínicos y en ningún caso debe ser condicionado a una aleatorización; como es comprensible no sería ético mantener fuera del programa a pacientes que tuvieran la indicación para acceder al mismo y plaza disponible meramente por motivos de medición de resultados. La lista de espera en algunos estudios les ha permitido superar parcialmente esta dificultad, donde el tiempo desde solicitud hasta admisión en el grupo ha sido considerada [178], siendo esta opción la que fue utilizada por Grizenko y otros en 1993 en un seguimiento a seis meses para trastorno de conducta en un tratamiento en Hospital de Día multimodal [179], y también utilizada por Jerrott y otros en Canadá en 2010 para pacientes con un perfil similar en tratamiento a corto plazo en Hospital de Día [180]; mientras que otros como Wilmhurst en 2002 optaron por la aleatorización entre dos grupos de tratamiento distintos para compararlos entre sí [181]. Otra opción aportada por la literatura hace que cada paciente suponga su propio control [85].

Siguiendo las recomendaciones generales para Hospital de Día de la AEN [31], se deberían realizar escalas para evaluación de resultados al inicio de un programa y al alta del mismo. Para la selección de las mismas habría que tener en cuenta que todas ellas estuvieran validadas al idioma correspondiente, además de administrarlas el mismo

evaluador o bien utilizar instrumentos para determinar la concordancia.

Existen escalas para la evaluación de funcionamiento global (equivalente al eje V del DSM-IV), como la *Children Global Assesment Scale* (CGAS) [133] y otras específicas, como por ejemplo para el caso de síntomas psicóticos, la PANSS, en sus tres dimensiones; -P,-N y –PG; síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general [31].

La escala CGAS ha sido objeto de múltiples estudios para su aplicabilidad para la población infanto-juvenil, se trata de una escala que se ha utilizado para evaluar el nivel de funcionamiento global en los servicios de salud mental del niño y del adolescente. Esta escala fue propuesta en 1983 por Shaffer y colaboradores como adaptación de la GAS (*Global Assessment Scale*) para adultos [133]. En 1987 Steinhausen valoró pacientes al ingreso y al alta mediante la CGAS, informando de que la CGAS era útil en para medir resultados de estudios porque refleja de forma sensible cambios tras intervenciones terapéuticas [182]. En 1999 Ezpeleta y colaboradores realizaron la evaluación de sus propiedades psicométricas en muestras españolas para el deterioro funcional de niños y adolescentes, considerándola un instrumento fiable y válido que diferenciaba a grupos de sujetos con y sin psicopatología y también a sujetos con diferente número de trastornos; y recomendaban la inclusión de medidas independientes de deterioro funcional tanto en la investigación clínica como en la epidemiológica en particular [183].

En el contexto de la práctica clínica también se han valorado sus características, en un estudio de niños admitidos a una unidad de hospitalización psiquiátrica (*inpatient*) realizaron la CGAS diferentes evaluadores, psiquiatra y personal de la planta, los resultados demostraron que existía una convergencia significativa entre las puntuaciones realizadas entre evaluadores independientes; y comprobaron que estas puntuaciones de la CGAS no se relacionaban tan fuertemente con la severidad de síntomas pero sí estaban muy

relacionadas con el nivel de competencia funcional de los niños; señalándolo Green y otros como diferencia entre la práctica clínica y los estudios de investigación [184]. Veremos más adelante que también ha sido utilizada en la Hospitalización Parcial para niños y adolescentes. En Suecia, Lundh y otros han valorado su fiabilidad interevaluador y comparación con evaluaciones de expertos en un encuadre clínico naturalístico, afirmando que los clínicos evaluaban con menos puntos que los profesionales de salud mental sin experiencia, con una fiabilidad moderada inter-evaluados (coeficiente de correlación de clase de 0.73) [185].

Schorre y Vandvik en 2004 han comparado la CGAS con otras escalas unidimensionales utilizadas para evaluar el funcionamiento psicosocial en psiquiatría del niño y del adolescente (GAF, GAPD) pues consideran que este factor representa un aspecto importante en la evaluación tanto en la práctica clínica como en la investigación, pudiendo ayudar a identificar personas que necesiten tratamiento psiquiátrico con valor predictivo y miden cambios a lo largo del tiempo incluyendo los efectos del tratamiento (un instrumento con una buena confiabilidad test-retest es potencialmente una buena medida para los cambios a través del tiempo). Revisaron publicaciones acerca del desarrollo, características psicométricas y utilidad de tres escalas concluyendo que CGAS se ha evaluado en un número mayor de publicaciones y se considera suficientemente fiable para la práctica clínica y pidiendo un consenso internacional para el uso de una de estas escalas para niños de entre 4 y 18 años pues permitiría comparar estudios de forma sencilla entre diferentes países [186]. Así, hay varios estudios que han utilizado el CGAS para evaluar los resultados y seguimiento de un programa de tratamiento como Sourander y otros en 1996 para intensivo hospitalario para niños y preadolescentes en Finlandia [187] y Gezelius y otros para intensivo extrahospitalario para adolescentes en Suecia en 2016 [188]. Al referirnos a las características de programas de Hospital de Día en España, también ha sido propuesta dicha escala como método evaluación [34].

En 2017 Musella y otros comunican la evaluación de mejoría de funcionamiento psicosocial en un programa de hospitalización parcial, utilizando la escala Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) para medir los resultados del tratamiento, en un grupo de pacientes con una media de 10 años de edad, encontrando mejorías en funcionamiento social, funcionamiento emocional, actividades diarias familiaares y relaciones familiares tras el alta [189].

En 2018 Tumuluru comunica la utilización de Child Depression Inventory (CDI) y de Screen for Child Anxiety-Related Disorders (SCARED) para medición de resultados en un programa de hospitalización parcial para la mejora de la calidad de cuidados en dicho entorno terapéutico [190]. Smith por su parte informó del uso de la escala Youth Outcomes Questionnaire (YOQ) para evaluación de resultados tanto a nivel residencial como de hospitalización parcial, proponiendo integrar este tipo de iniciativas dentro de la práctica clínica [191].

Sobre la PANSS, con sus diferentes dimensiones, ha sido utilizada ampliamente en la población adolescente. La escala fue desarrollada por Kay en 1987 [192] y validada al español por Peralta y Cuesta en 1996 [193]. La puntuación en las escalas positiva (PANSS-P), negativa (PANSS-N), y psicopatología general (PANSS-PG) se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. La escala positiva evalúa en 7 ítems: delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia, hostilidad. La escala negativa evalúa también otros 7 ítems: embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social / apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y fluidez en la conversación, pensamiento estereotipado. La escala general por su parte puntúa 16 ítems: preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos de pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastornos de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación, evitación social activa. Las puntuaciones

directas obtenidas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. También existe una clasificación categorial, con criterios de inclusión más o menos restrictivos. Se considera remisión sintomática para el caso de esquizofrenia según Andreasen si los ítems de la PANSS: P1, P2, P3, N1, N4, N6, G5 y G9 se mantienen on un valor menor o igual a 3 puntos durante al menos seis meses [194]. Linden en 2007 consideró que la PANSS era fácil de utilizar dentro en condiciones de tratamiento rutinaria estimándola como una escala buena y robusta [195]. Se trata de una escala ampliamente utilizada, algunos estudios relevantes que han utilizado la PANSS en los últimos años son: el metaanálisis sobre trastornos del espectro de la esquizofrenia de inicio temprano (*Schizophrenia Spectrum Psychosis*, EOS) realizado por Stentebjerg-Olesen [196]; el estudio de cuidado integral en las psicosis tempranas (ACCESS III) realizado por Lambert y colaboradores entre 2011 y 2014 [197] con resultados publicados en 2017 [198]; en nuestro medio en 2015 Calvo y colaboradores sobre el programa para adolescentes con psicosis de inicio precoz (programa PIENSA) [199]; mientras que Pelizza y colaboradores en 2018 la han utilizado para el caso de adolescentes con criterios de riesgo "ultra-alto" de psicosis, incluyendo cuadros psicóticos en adolescentes de alto riesgo que presentaban pródromos o síntomas psicóticos no especificados aún cuando no cumpliesen criterios diagnósticos de Esquizofrenia [200].

Existen otras escalas que se podrían utilizar en castellano como la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero (2000) [201] y la Autoconcepto Forma 5 (AF5) [202] de García y Musitu (2001) para valorar la mejoría a nivel de habilidades sociales, tal y como han utilizado previamente otros en grupos de adolescentes, y siendo autoadministrables. También referida a adolescentes, se han realizado evaluaciones sucesivas utilizando estas dos escalas que los autores Gutiérrez y Carmona relacionan con la inteligencia emocional en 2015 [203]. Sobre la Escala de habilidades sociales (EHS), detalla que se considera una escala de evaluación de la asertividad y las habilidades sociales; tiene 33 ítems con cuatro alternativas de respuesta, la escala

es aplicable a adolescentes y adultos en general tanto de forma individual como colectiva; con un tiempo necesario de aproximadamente 15 minutos. El análisis factorial ha revelado seis factores: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Los estudios de fiabilidad indican una alta consistencia interna de la versión definitiva (α=0,88); la validez del instrumento se ha analizado mediante estrategias de validación convergente y divergente [204.] Respecto al AF5, se trata de una escala en forma de cuestionario sencillo, se puede utilizar a partir de los 10 años de edad, tiene 30 elementos que evalúan el autoconcepto en las siguientes dimensiones: académica / profesional, social, emocional, familiar y física; proporciona puntuaciones de cada una de estas vertientes, resultando un cuestionario con estructura pentadimensional, a continuación se utiliza tabla de percentiles en función del curso escolar y el género. También se han evaluado las propiedades psicométricas del AF-5 incluyendo en su análisis, entre otras, edades comprendidas entre los 12 y 18 años, por Esnaola y otros [205], y se ha utilizado para la evaluación de autoconcepto de niños con TDAH, por Bakker y Rubiales [206].

Para el caso específico de un Hospital de Día en la edad infanto-juvenil, Müller y Achtergarde publicaron en 2018 un estudio original en alemán sobre la escala *Multiperspective Parent-Child Questionnaire* (*Zusammenfassung Die Eltern-Kind-Beziehung*) sobre la calidad de la relación parento-filial, de 18 ítems, con la que evaluaron 129 díadas madre - hijo en el Hospital de Día para preescolares de Münster, definiéndolo como un instrumento válido, fiable y de fácil administración desde diferentes perspectivas en contextos clínicos [207].

En 2020 Ballesteros y colaboradores publican en Barcelona un artículo sobre la utilización de la escala HoNOSCA (*Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*), disponible en castellano y catalán, que valora 13 dimensiones desde el punto de

vista de paciente, familia y clínico, reclutando 99 pacientes durante dos años para su valoración en el Hospital de Día de Parc Taulí al ingreso y al alta del mismo, los evaluadores ya habían recibido formación sobre dicha escala en un proceso previo de traducción y validación, hallaron mayores diferencias entre las tres puntuaciones al ingreso siendo más homogéneas al alta. Indican que esta escala permite medir variables de resultado de salud mental de niños y adolescentes en el HD, y creen que también podría ser útil para medir gravedad y mejora de pacientes con diferentes diagnóstico y toma de decisiones basada en encuadre de Hospitales de Día [209]. Tres años antes, Ollé Llopis y otros también habían referido la utilidad de dicha escala dentro de su estudio del impacto de determinantes sociales en psicopatología de adolescentes en régimen de Hospital de Día [192c].

5.3.2 Indicadores de proceso, resultado, actividad y funcionamiento

Según Donabedanian [210], tres aspectos son capitales tanto para evaluación como para la mejora de la calidad asistencial: indicadores de estructura, indicadores de proceso e indicadores de resultado. Los indicadores de estructura hacen referencia a indicadores como la capacidad asistencial, recursos humanos, necesidades de espacio y recursos materiales, ya expuestos con anterioridad [59].

Como indicadores adicionales propuestos desde la AEN [31], se dividen en nivel de actividad y nivel de funcionamiento:

Dentro del nivel de actividad
- Número de ingresos/año
- Número de altas/año
- Número de pacientes/año
- Índice de ocupación
- Número de altas/ingresos
- Tiempo en lista de espera hasta aprobación del ingreso

Dentro del nivel de funcionamiento

Porcentaje de pacientes por diagnóstico
Porcentaje de pacientes por datos sociodemográficos
Porcentaje de pacientes con distintos tipos de altas (mejoría, voluntaria, expulsión, traslado…)
Porcentaje de abandonos

Indicadores de proceso

Número de pacientes: 23-26.
Índice de ocupación: 75-85%.
Capacidad de absorción de la demanda
Porcentaje admitidos/remitidos al HDP: 80%
Demora para la inclusión en programa.
Monitorizar porcentaje de pacientes en cada tramo:
Casos urgentes: sin demora.
Casos Preferentes: 1-3 días.
Otros casos demora: máxima de 1 mes.
Estancia media: monitorizar el porcentaje de pacientes con estancia:
igual o inferior a 3 meses
Entre 3 y 6 meses.
Superior a 6 meses
Porcentaje de abandonos: 20-30%.
Cumplimentación de documentación:
Informe de evaluación al ingreso: 100%.
Informe con diagnóstico codificado en el momento del alta: 80%.
Informe con diagnóstico codificado a los 7 días del alta: 100%.
Programa individualizado de tratamiento durante la primera semana: 90% de los casos.
Monitorizar motivos de alta: mejoría, abandono, voluntaria, empeoramiento
Continuidad de cuidados. Monitorizar porcentaje de casos con:
Alta con cita concertada: 100%.
Tiempo entre alta y primera visita en salud mental ambulatoria: inferior a 15 días
Autoagresiones: menos del 5%.
Heteroagresiones o agitaciones: menor del 10%.
Cumplimiento de los protocolos definidos

Indicadores de resultado

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

Como criterios de evaluación la guía de gestión del INSALUD propone *indicadores de proceso y resultado*, pues considera que todo Hospital de Día Psiquiátrico debe establecer un sistema de evaluación continuada, el siguiente está tomado como ejemplo de la propia guía [55]:

En la aplicación a los Hospitales de Día de indicadores de calidad [310], deberían estar en disposición de abordar las dimensiones de atención a la persona y familia, aspectos relacionales / promoción de los derechos y aspectos éticos de la atención, coordinación y continuidad de la atención, gestión de la calidad y otros aspectos organizativos de Hospital de Día y profesionales del Hospital de Día. Los sistemas de control de calidad ofrecerían la posibilidad de dar una respuesta útil a cada unidad, con una estimación de la efectividad de estos tratamientos para a continuación poder incluirlos en los planes de salud mental. En 2018 Rosa Calvo y Luisa Lázaro desde el Hospital Clinic de Barcelona comunican el programa de indicadores de calidad asistencial en atención ambulatoria y hospitalización

parcial iniciado en 2009 e indicando una mejoría de la calidad asistencial [311].

Tras aplicarse un mismo sistema de control de calidad a cuatro Hospitales de Día en Noruega, como ya hemos referido, y comparando: tamaño del servicio, número de pacientes tratados, tamaño del equipo, coste por tratamiento, variables demográficas, variables del curso de la enfermedad, diagnósticos, uso de medicación, ambiente del servicio, complicaciones durante el tratamiento, resultados del tratamiento en cuanto a síntomas, problemas interpersonales, funcionamiento global y satisfacción de los pacientes; sus autores opinan que los sistemas de control de calidad ofrecen la posibilidad de dar un *feedback* útil a cada unidad, hacer una estimación realista de la potencia de estos tratamientos y hacer planes de salud mental que los incluyan [66]. También existen otras propuestas en nuestro medio, como la monitorización de HDP-IJ respecto a indicadores clínicos [34].

La guía de gestión de Hospitales de Día Psiquiátrico del INSALUD [55] recoge los siguientes objetivos de gestión, que han de ser considerados siempre como objetivos subordinados (secundarios) a los terapéuticos y pueden enumerarse así:

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

Estos objetivos se fundamentan en varios aspectos, como la minimización de la separación del paciente de su medio, la reducción del estigma asociado al ingreso, la optimización de las camas en las unidades de corta estancia, el cumplimiento de los tratamientos

farmacológicos, la reducción de los costes derivados al evitar reingresos y recaídas y mejorar el funcionamiento a nivel social que se también se relacionará con menores costes sociales, familiares y laborales. De forma similar a otros dispositivos, se encuentran objetivos de gestión de un HDP como son: acordar definición de indicadores de gestión que cuenten con sensibilidad y especificidad y que permitan a la evaluación de eficacia y eficiencia, la participación de los profesionales en la toma de decisiones organizativas y clínicas permitiendo su motivación, la coordinación entre los recursos de salud mental, colaborar en programas de formación de residentes de psiquiatría, psicología y enfermería especializada, colaboración con asociaciones de familiares y voluntariado.

Siguiendo a la guía del INSALUD sobre la acreditación como Hospital de Día Psiquiátrico existen una serie de criterios que se consideran imprescindibles como son la definición de tratamiento activo, protocolo para los criterios de admisión y exclusión (con justificación por escrito en dicho caso), definición del lugar que ocupa en la red y relaciones establecidas con los demás dispositivos, organigrama interno, criterios para altas y derivaciones, documentación clínica, definición de programas terapéuticos, material y personal necesario, indicaciones y contraindicaciones. Se considera que existen tres niveles de acreditación donde el primer nivel establece unas condiciones mínimas en cuanto a estructura física, recursos, normas y procedimientos y sistema de evaluación, el segundo nivel se corresponde con las condiciones necesarias para un desempeño normalizado de las funciones atribuidas al HDP, y para finalizar el tercero de ellos que se corresponde con el nivel de excelencia [55].

También se han considerado indicadores de calidad, además de los de tipo cuantitativo, otros t como la elaboración de una guía de funcionamiento interno del HDP-IJ que habría de incluir esquema estructural y definición de objetivos terapéuticos; la inclusión en los sistemas de registro al menos de facultativo de referencia, diagnóstico

multiaxial, elaboración PTI y pruebas complementarias; criterios de funcionamiento del dispositivo (incluyendo al menos un cuestionario de satisfacción de usuarios y familiares); actividades de educación para la salud e indicadores de evolución clínicos. Sobre la definición de indicadores de evolución han considerado que es necesario proponer indicadores clínicos cualitativos que puedan ser tratados estadísticamente en HDP-IJ, y así se podrá plantear en el momento del ingreso y después en un segundo tiempo la evaluación estandarizada al menos de forma anual (ya se han citado posibles instrumentos propuestos como ADI-R, ADOS-2, tests proyectivos, evaluación neuropsicológica, funciones adaptativas mediante Vineland - ABAS, calidad de vida mediante CGAS y funcionamiento familiar), estas medidas podrían ser incluidas en planes institucionales de salud; e informando a este respecto de la realización en Castilla La Mancha Centro de un proyecto de investigación sobre evaluación neuropsicológica del niño con TEA en el Hospital de Día Infanto-Juvenil [34].

Como ejemplo de número de altas en nuestro medio, en el CET - Hospital de Día Pradera de San Isidro han descrito realizar entre 20 y 25 altas anuales [141], similar a la media expresada en Cataluña acerca de sus HD (sobre 30 altas/año), de las cuales fueron de tipo clínico el 89.4%, tipo voluntario 5.4%, abandonos 2%, otros 3.2%, con unas 30 altas al año [109].

En el estudio de Kiser de 255 altas a lo largo de tres años de programa de hospitalización parcial (entre 1990 y 1993), 188 cumplían criterios para ser seleccionados. Los no seleccionados estuvieron en el programa menos de 10 días (25), no disponían de informador (16), fueron readmitidos (13), hubo cambios en el informador (12), o analfabetismo (1). De los seleccionados, el 61% completaron el estudio, 20% se negaron o no completaron los cuestionarios y el 19% no pudieron ser contactados para el seguimiento [223].

Granello por su parte publicó un porcentaje de discontinuación de 19/169 = 11.2%, sin evidencias de diferencias significativas entre éstos y los continuadores [212], tampoco apreciadas por Thatte en su estudio a nivel sociodemográfico ni clínico lo cual sugiere que la discontinuación no está ligada de forma sistemática a las variables de interés como pueden ser la gravedad de los síntomas y el funcionamiento psicosocial (para ello comparó los datos en edad, género y funcionamiento general (CAFAS) ; obteniendo resultados similares de edad (t_{106} = 1.62, p = 0.107) , género (t_{123} = -0.135, p = 0.893) y CAFAS (t_{114} = -0.991, p = 0.324) [156]. Para el caso de preescolares en HD Munster la tasa de discontinuación fue similar, de un 12% [87]. Veremos más adelante que para el caso de adolescentes en HD para Anorexia Nerviosa estos porcentajes suben hasta el 20% e incluso lo superan.

Para Kiser la duración media del ingreso en su caso fue de 115.9 días; el 51 % de los pacientes habían recibido tratamiento ambulatorio previo frente a un 40% hospitalario o residencial; frente al 20 % encontrado en la evaluación realizada. Encontraron una reducción de la utilización de la hospitalización completa (de un 35.1 % a un 10.7 %) [223]. Para el caso de Orchard, el 47% provenían de un recurso de tipo hospitalario o residencial; sobre la asistencia indica fue de un 69% en su caso que consideraban alto debido al grado de deterioro funcional y sintomático de la población a estudio así como la dificultad para adherir a un programa de dichas características [222].

Briggs y otros han publicado los resultados del Hospital de Día de Adolescentes de Winnipeg (Canadá), abierto en Abril de 1993, con 114 pacientes, al que ya nos hemos referido previamente pues refirieron un gasto por paciente y día representado un tercio respecto a la hospitalización completa. Los adolescentes volvían a sus hogares por las tardes y los fines de semana, y comprendía un tratamiento en crisis (semanas de duración) y otro de corta duración (de 1 a 3 meses) y con la mitad del programa dedicado a tareas escolares de forma que les permitiese mantener sus competencias académicas. Realizaron una

recogida de datos demográficos así como una escala de satisfacción sobre diferentes aspectos del Hospital de Día para pacientes tratados entre 1993 y 1996; de entre los pacientes el 46 % había ingresado previamente en unidad de hospitalización completa, mientras que el 28 % no había recibido terapia previa a admisión. Al tratarse de un programa de corta estancia, el 66% estuvieron 50 días o menos, y señalaban que aquellos pacientes que tenían una estancia media de 70.5 días o más valoraban más positivamente su progreso; argumento que utilizaron ante la tendencia de realizar programas cada vez de duración más corta en Canadá y Estados Unidos [75].

Thatte y otros en Canadá publican un estudio en 2013 sobre resultados de tratamiento en Hospital de Día, contando con 55 jóvenes que completaron el mismo que realizaron una valoración al ingreso, al alta y tres meses después. Además de los criterios de exclusión habituales incluían los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos del espectro autista. Hallaron mejoría estadísticamente significativa tanto a nivel sintomático como de funcionamiento psicosocial que también fue mantenida durante los tres meses siguientes si bien persistían síntomas moderados de forma residual. Los autores terminan subrayando la importancia de tratar de identificar los predictores de buena respuesta. Sobre indicadores; refieren que de los 173 incluidos durante 4 años, 140 aceptaron participar en el estudio, 55 completaron tanto el programa como el estudio [156]; 55/140 = 39.28% porcentaje este ligeramente inferior al de Kiser (61%) [223].

Un ejemplo sobre seguimiento a 1 año de duración es el estudio sobre intervención temprana en psicosis en adolescentes y adultos jóvenes (ACCESS III) realizado por Lambert y colaboradores entre 2011 y 2014 incluyendo edades entre 12 y 29 años, tuvo una publicación metodológica preliminar en Junio de 2016 [197] y los resultados fueron publicados en 2017 [198], en un estudio de cohortes formado por detección temprana e cuidados integrados frente a control de manejo clásico. De esta manera, 377 pacientes fueron valorados como seleccionables dentro del grupo EDIC (*Early detection plus*

integrated care); entre ellos, 120 pacientes (31.8%) fueron incluidos, de ellos 65 (17.2%) estaban fuera del área de influencia, 52 pacientes (13.8%) no se encontraban en una fase inicial de psicosis, y en 85 pacientes (22.5%) los padres no querían que fueran incluidos en el estudio, 31 pacientes (8.2%) no cumplían criterios diagnósticos, 16 pacientes (4.2%) no pudieron volver a ser contactados, y ocho pacientes (2.1%) tenían un criterio de exclusión como CI<70. En este grupo, 30 pacientes (25%) se perdieron durante el seguimiento, debido a razones prácticas (traslados, 11 pacientes, 36.7% o cambio de lugar de tratamiento, 7 pacientes, 23.3%) o no prácticas (rechazo a continuar tratamiento, 12 pacientes, 40%) [198].

En nuestro medio, el estudio de Martín Bayón publicado en 2009 sobre un Hospital de Día para adolescentes con trastornos psiquiátricos graves dentro de un modelo de orientación dinámica tipo comunidad terapéutica, presentaba resultados cuantitativos a lo largo de cinco años, con pacientes con una media de 3 años y 2 meses presentando problemas clínicamente significativos, considerando 74 altas en dicho período, en caso de pacientes ingresados durante más de tres meses y el tiempo de estancia media fue de un año y cinco meses; en su caso más del 50% de pacientes habían requerido al menos un ingreso psiquiátrico (indica dicho autor que casi un 25% habían requerido una media de 4 ingresos antes de entrar en tratamiento), mientras que sólo un 16% de los pacientes lo requirió en alguna ocasión durante el tratamiento en Hospital de Día [236].

En la bibliografía se señala que los abandonos pueden ser frecuentes y en algunos momentos del desarrollo del grupo pueden interferir o ponen trabas a la marcha del mismo [149]. Aquellos pacientes que continúan en el grupo pueden no entender la falta de compromiso de los que abandonan y aparecer un sentimiento de frustración que será necesario abordar junto a la elaboración de la pérdida, pues los sentimientos de permanencia son de importancia en la etapa de la adolescencia, los pacientes se comprometen lo cual da continuidad y cohesión al propio grupo entendido como un espacio de cooperación y

elaboración, la experiencia grupal en general será valorada por los pacientes como una experiencia útil y positiva [254].

Bergquist y Samudra también en 2020 plantearon recoger la opinión de los propios profesionales por vía *smartphon*e para poder determinar e identificar los elementos de un programa de hospitalización parcial considerado como óptimo [255]. También en 2020 Tumuluru y Sorter comunican los resultados de una encuesta en Estados Unidos sobre programas de hospitalización parcial para niños y adolescentes, partiendo como base de las diferencias existentes entre descripciones de programas, provisiones de servicios e intensidad de la presentación clínica en jóvenes, defendiendo la necesidad de desarrollar guías clínicas sistemáticas, basadas en la clínica y en la evidencia científica, que tengan la mayor calidad de cuidados para los niños y adolescentes gravemente afectados y así impactar positivamente en los pacientes con problemas de Salud Mental [256], el análisis de la encuesta indicó un alto acuerdo acerca de que se trata de un nivel de cuidados basado en la evidencia, sostenible y necesario, insistiendo en la necesidad de estandarizacion de estos programas [257].

5.3.3 Demografía

Lenz y otros en 2014 en un programa de hospitalización parcial para adolescentes con trastorno mental con 35 participantes indicaron una edad media de 14.91 años [312]. En el estudio de Kiser sobre 114 pacientes (edad media de 11.6 años), apreciaron una proporción entre niños y niñas (63% frente a 37%) [223], mientras que Granello refiere 169 pacientes (edad media de 11.45 años) con predominio de un 62% de hombres ante un 38% de mujeres [212].

Dentro de los resultados del Hospital de Día de Adolescentes de Winnipeg (Canadá), la edad se encontraba entre 12 y 17 años, con el 73% entre los 14 y 16 años de edad, según Briggs y otros [75]. También en Canadá, Thatte en Hospital de Día de Ottawa indica 19 chicos (34.5%) y 36 chicas (65.4%) con una edad media de 16.3 años [156].

Gualtero publica en 2007 un estudio longitudinal de un año de duración en un Hospital de Día para Adolescentes, valorando la evolución al alta de los mismos, teniendo en cuenta solo aquellos pacientes que finalizaron el programa (no considerando abandonos, altas voluntarias o traslados), realizando evaluación al ingreso, al alta, a los seis meses y al cabo de un año; la muestra estaba constituida por varones 69%, la media de edades se situaba en 15 años, siendo la moda de 17 años (medias de 15.1 en hombres y 15,9 en mujeres) [105]. Martín Bayón en 2009 halla una edad media al ingreso de 16 años y medio y al alta de casi 18 años; con una proporción en su caso superior de mujeres (44 % varones y 55 % mujeres) [236].

El estudio de Calvo y colaboradores en 2015 de un programa para adolescentes con psicosis de inicio precoz y sus familias en dos grupos (programa PIENSA), la edad media fue de 16.4 - 16.5 años, predominio género masculino en un 59.3 - 64.3% [199]. El metaanálisis de Stentebjerg que ampliaremos más adelante, incluye el estudio de Calvo entre otros de cuadros psicóticos en la adolescencia, y define una edad media de 15.6 años (25 estudios) y predominio masculino en un 62.3 % (27 estudios) [196].

Sobre la estructura familiar, Kiser encontró un 20% dos padres, 34 % monoparental, 25% reconstituida, 21% otros [223]; por otra parte, de nuevo nuestro medio Gualtero indica que casi el 70% de su muestra de pacientes convive con la familia nuclear y un 25% residen con uno de los padres en una estructura familiar monoparental [105].

Se ha comunicado en 2020 por Misty Richards la intervención en hospitalización parcial perinatal en madres con depresión en dicho período, al considerar que hasta un 20 % de madres pueden presentar depresión perinatal y que los hijos de padres deprimidos muestran mayor vulnerabilidad a la psicopatología especialmente para trastornos de ansiedad y depresivos, déficits neurocognitivos y conducta social desadapativa, mediante el uso del programa *Circle of Security Parenting*, como un enfoque basado en la evidencia para el

apoyo y fortalecimiento de una relación segura entre cuidador y niño, mostrando mejores resultados tanto a nivel individual como diádica [224].

5.3.4 Según diagnóstico

Clásicamente han existido algunas críticas respecto al diagnóstico psiquiátrico y concretamente en el caso de niños y adolescentes, pues la propia utilización de clasificaciones no específicas para niños y adolescentes para dicha población ha sido cuestionada sobre validez y persistencia en dichos diagnósticos de forma evolutiva. Podemos citar un artículo realizado en Yale realizado Mattanah y otros ya en 1995 en el que se analizó la estabilidad diagnóstica según DSM-III-R en adolescentes seguidos dos años después de la hospitalización y comprobaron que la estabilidad del diagnóstico en adolescentes utilizando dicha clasificación era menor que en los adultos, lo que podría indicar menor validez del mismo y también reflejar las diferentes vías evolutivas de la psicopatología en la población adolescente [194]. En este sentido la clasificación francesa (CFTMEA-R-2000) consideraba que la impresión diagnóstica tras de una primera evaluación puede modificarse con posterioridad y especialmente bajo la influencia de intervenciones terapéuticas; de este modo la valoración tendrá que prestar atención a aspectos clínicos y psicopatológicos que orienten sobre el posible cambio sintomático en los trastornos y los propios riesgos que asocia la entrada en la adolescencia y luego en la edad adulta [35, 313]. En el prólogo de la segunda edición del clásico libro de MacKinnon sobre entrevista psiquiátrica correspondiente al año 2006 se citaba la preocupación de Glen O. Gabbard que describe que Reiser en Yale durante el programa de residencia observó que algunos residentes dejaban de recoger datos una vez obtenida una serie de síntomas que hacían cumplir una categoría diagnóstica descriptiva suficiente para la prescripción de una medicación, motivo por el cual expresó su malestar indicando que un diagnóstico descriptivo del DSM era sólo un aspecto del proceso diagnóstico, y que la falta de curiosidad de los residentes hacia el paciente como persona podía constituir un grave obstáculo para

establecer una relación terapéutica sólida; para a continuación pasar a aseverar que la formación psiquiátrica desde entonces se habría deteriorado en aras de un reduccionismo biologicista dejando a un lado la complejidad de la mente humana [314]. En nuestro medio algunos autores como Federico Menéndez también han cuestionado lo que denominan "reduccionismo cientifista" que pueden llegar a suponer las categorías diagnósticas; que puede llevar incluso a la confusión diagnóstica de síntoma con enfermedad y la patologización de las conductas [163].

Ajuriaguerra en 1973 en las primeras páginas de su tratado hablaba de la dicotomía entre "organogénesis" y "psicogénesis", que creía debía ser superada, y sólo sería posible considerando al hombre como un todo funcional en relación con su medio ambiente para así poder llegar a una auténtica neurobiología, advirtiendo que no hay que considerar al niño como un ser aislado fuera del medio en que se desarrolla lejos de sus padres y su sociedad, el niño se abre a la experiencia y se va construyendo sobre la base de sus propias contradicciones [14]. En 2002 el Catedrático de Psiquiatría de la USC Antonio Rodríguez realizando un paralelismo entre los movimientos de globalización frente a la diversidad indicó la dicotomía existente en el campo de la Psiquiatría entre lo que denominaba por un lado perspectivas globalizadoras (entre las que señalaba después de la segunda guerra mundial la consolidación de la psiquiatría biológica basada en la evidencia y anteriormente el psicoanálisis en su concepción freudiana) frente a otras perspectivas diversificadoras (como la psiquiatría comunitaria y la psiquiatría cultural relacionada con el psicoanálisis y la sociología). Si bien consideraba que la dicotomía de las ideas fuerza está siempre presente en la historia humana, apuntaba a la utopía de lograr una síntesis dialéctica de ambas [315]. Para el caso de niños y adolescentes se ha comentado necesidad de estar atentos en todo momento a la organización psíquica, a la problemática emocional, y no centrarse solamente en la sintomatología más llamativa [131].

En 2011 Axelson y otros publican una revisión narrativa sobre la progresión de niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno bipolar no especificado, apreciando que aquellos que cumplían criterios en la infancia y la adolescencia frecuentemente terminaban también por cumplir criterios para Trastorno Bipolar tipo 1 ó tipo 2, especialmente aquellos con antecedentes familiares de Trastorno Bipolar, en esta publicación también se menciona la intervención en Hospital de Día para estos pacientes, entre otras [316].

En 2016 se realizó un metaanálisis sobre estabilidad diagnóstica en los diagnósticos CIE / DSM de primeros episodios psicóticos, por Fusar-Poli y colaboradores, incluyendo 42 estudios y 45 muestras para un total de 14484 pacientes con primeros episodios, mostrando evidencia meta-analítica alta de estabilidad diagnóstica prospectiva para el diagnóstico de trastornos del espectro de la psicosis esquizofrénica seguidos de las psicosis afectivas, tanto mediante CIE como DSM, aunque no tanto para otros diagnósticos donde era baja (psicosis no especificada, trastornos delirantes, psicosis aguda / breve y psicosis inducida por tóxicos), pues en un % de ellos pasaban a ser diagnosticados de Esquizofrenia (por lo que, a su vez, la estabilidad diagnóstica de esta categoría de forma retrospectiva disminuía) [317].

A continuación, se señala el grado de recomendación acerca de cada uno de los diagnósticos que pueden ser incluidos en un programa de Hospital de Día para adolescentes [33, 55].

5.3.4.1 Trastornos del Estado del Ánimo

Dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo, se incluyen trastornos depresivos y/o maníacos que no respondan a tratamientos ambulatorios, mientras que se excluirían cuadros con riesgo autolítico que precisen una contención que el programa no pueda proporcionar. Habrá pacientes que se encuentren en fase de remisión de fases maníacas o hipomaníacas y que necesitan un seguimiento y ajuste en su tratamiento y plan de vida; y por otra pacientes con depresión que no presenten buena evolución, cuyo objetivo fundamental consistirá

en un ajuste en los niveles de activación y mejorar la autoestima y los recursos afectivos, familiares, escolares y sociales [59].

Ya en 1986, Blackman y otros en Canadá sobre una muestra de 31 pacientes entre 11 y 17 años encontraban una reducción significativa en tasas de depresión en adolescentes, además de mejoría a nivel de comportamiento [318].

En 2007 se publica la guía clínica de la JAACAP para el tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno Bipolar, dentro de las intervenciones psicoterapéuticas se incluye que algunos de los pacientes necesitarán programas especializados como son el tratamiento diurno / programas de hospitalización parcial [319].

Un estudio realizado en Estados Unidos por Lenz y otros publicado en 2014, que ya hemos citado previamente, investigó el efecto del tratamiento y las percepciones de cambio de los pacientes en un programa de hospitalización parcial para adolescentes con trastorno mental, con 35 adolescentes, con una edad media de 14.91 años y predominio de síntomas de trastornos afectivos (30 de 35 pacientes de la muestra), tras seis semanas de tratamiento se redujo la gravedad de los síntomas y aumentó la salud relacional de los participantes; identificándose cuatro áreas como bienestar, relaciones, percepciones de programación efectiva y áreas de insatisfacción [312].

En 2016 se publica en Serbia un estudio naturalístico de Bradic y colaboradores sobre el Hospital de Día de Adolescentes, con un equipo multidisciplinar y terapia estructurada tipo *milieu* con terapia de grupo de orientación dinámica basada en Yalom y Leszcz, evaluando 102 adolescentes de los cuales la mayor parte se correspondía a Trastornos del Estado de Ánimo (86%) de los casos, con una media de edad de 18.9 años. Resulta importante destacar que los autores sólo reconocen dos estudios previos que incluyesen sólo adolescentes en Hospital de Día con diagnósticos heterogéneos, incluyendo trastornos de las emociones (Kiser y Matzner, presentes en

las referencias de este trabajo). Ambos estudios al igual que el suyo contaban con un diseño pre-post y sin grupo control, todos ellos mostrando eficacia del tratamiento tanto en síntomas como en funcionalidad. Para valorar los síntomas depresivos utilizaron el *Patient Health Questionnaire* de 9 ítems (PHQ-9) y su versión para adolescentes (PHQ-A), mientras que para la funcionalidad utilizaron GAF (*Global Assessment of Functioning)* y CGAS (*Children's Global Assessment Scale*) para menores de 18 años, asi como la satisfacción con el tratamiento mediante SATISPSY modificada (*Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire–22*) [320].

También en 2016 Musella y otros comunican un estudio sobre mejoría de síntomas internalizantes (depresión, ansiedad, problemas emocionales) en niños de 7 a 12 años en un entorno de hospitalización parcial en Estados Unidos, utilizando datos de 203 admisiones de un programa de 6 horas al día, contando para ello con la valoración de los propios pacientes y sus padres, y mostrando evidencia preliminar sobre mejoría en síntomas internalizantes al alta [321].

En 2017 Fritzler comunica en Estados Unidos una valoración de la efectividad de tratamiento en programa de hospitalización parcial para adolescentes con síntomas depresivos, con 75 pacientes incluidos y sin grupo control, de los que el 73.78% tenían el diagnóstico principal de Depresión Mayor, considerando el tratamiento en hospitalización parcial como efectivo para los síntomas depresivos, especialmente para adolescentes con depresión grave, y si se incluye la intervención familiar en las terapias también mejora el funcionamiento familiar, los pacientes con mejor respuesta eran un poco mayores, tenían una mayor tasa de rehospitalización y estaban estadísticamente más deprimidos al inicio del estudio [322].

5.3.4.2 Trastornos de Ansiedad

Para el caso los Trastornos de Ansiedad, se han incluido fobia social / fobia escolar con conductas de evitación marcadas que resulten en deterioro funcional y también trastorno obsesivo

compulsivo. Entre los trastornos neuróticos se ha destacado la indicación de los secundarios a situaciones estresantes, así como que existía controversia sobre incluir o no los trastornos somatomorfos [59].

En nuestro medio en 2017 fue comunicado a propósito de un caso un tratamiento exitoso de Trastorno Conversivo en un varón de 13 años en Hospital de Día de Castellón, tras haber ingresado previamente en Pediatría y haber presentado fracaso en reincorporación a su centro escolar [323], mientras que en 2019 Di Pietro ha comunicado una intervención multidisciplinar de terapia familiar en programa de Hospital de Día para niños y adolescentes con trastornos conversivos y somatomorfos por parte de pediatras, psiquiatras infantiles y psicólogos [324].

En 2012, Gallo y colaboradores publican resultados sobre un tratamiento intensivo de ocho días de duración para 55 pacientes con Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia asociada en edad adolescente, valorando un ECA y mostrando adicionalmente su impacto positivo sobre comorbilidades como Fobia específica, Trastorno de Ansiedad Generalizado y Fobia Social, mediante grupo de tratamiento frente a grupo control en forma de lista de espera [325].

Se describe aquí el estudio de 2014 sobre tratamiento intensivo cognitivo-conductual para 78 niños con TOC (14 sesiones durante tres semanas), realizado por Rudy y colaboradores en Estados Unidos basándose en los estudios previos de Storch y Lewin, buscando los predictores de respuesta positiva (como gravedad, adaptación familiar y género), demostrando su eficacia y considerando que podría ser especialmente útil para niños con síntomas graves y/o aquellos con respuesta parcial a otro tipo de intervenciones, teniendo en cuenta que podrían precisar tratamientos más intensivos (como la hospitalización parcial o de tipo residencial) aquellos con mayor gravedad basal para lograr así una respuesta óptima [326]. Debemos señalar que para el DSM-5 el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) ya no está incluido en este apartado, sino que tiene el suyo propio [327].

También en 2014 y en Estados Unidos, Whiteside y colaboradores realizaron una evaluación sobre un programa de tratamiento intensivo durante 5 días a la semana para TOC en la edad pediátrica, mediante exposición y prevención de la respuesta, mostrándose eficaz en la reducción de síntomas [328].

En 2016 Stewart y colaboradores comunican desde Estados Unidos los resultados de un programa intensivo para pacientes con TOC en edad pediátrica, un programa de tratamiento diurno cinco días a la semana para pacientes con cuadros graves o resistentes al tratamiento, incluyendo 136 pacientes con edades entre 5 y 20 años, un programa con terapia individual, familiar y psicoterapia de grupo con exposición y prevención de respuesta, además de intervención comunitaria, apreciando una reducción de síntomas significativa y una mejoría funcional, indicando que los tratamientos más largos se relacionaban con más marcadas mejorías [329]. Con un enfoque similar Falk en 2018 comunica la descripción de un programa de tratamiento intensivo para TOC y ansiedad, mediante tratamiento semanal entre 3 y 10 horas de duración con terapia grupal, individual y sesiones familiares basado en exposicón y prevención de la respuesta, concluyendo que este tipo de programas más intensivos y condensados en el tiempo pueden conseguir los mismos resultados que un tratamiento semanal más tradicional, y que esto podría ser especialmente útil para pacientes que no tienen acceso local al tratamiento o bien precisan una recuperación más rápida, contando así con un 62% de los pacientes diagnóstico primario de TOC (de un total de 43 niños y 12 adultos jóvenes), indicando resultados positivos como la reducción de la escala Yale-Brown ó bien CY-BOCS de media un 44% con un 75% de participantes con estado respuesta o remisión [330].

También en 2018 Eken comunica resultados de tratamiento de TOC tanto a nivel residencial como de hospitalización parcial, para pacientes de 6 a 18 años, así para el caso de la hospitalización parcial contando con total de 431 pacientes tratados a lo largo de nueve años

utilizando la escala de Yale-Brown, además de seguimiento a un año, ofreciendo datos sobre la efectividad y durabilidad de dicha modalidad de tratamiento [331].

Desde Seattle en 2018 Osborne comunicó la experiencia como nueva línea de tratamiento en TOC la combinación de exposición y prevención de respuesta (considerada *gold standard*) con la "terapia de aventura", a modo de *DCO camp*, una suerte de terapia donde se realizaba la exposición y prevención de respuesta combinada con actividades propias de los campamentos en un entorno natural, aproximación que en cualquier caso resulta novedosa [332].

En 2020 en Estados Unidos se publica un artículo por parte de Gregory y colaboradores, además de las terapias tradicionalmente consideradas para tratamiento de primera línea para el TOC en la edad pediátrica, como son Terapia Cognitivo Conductual, Exposición con Prevención de la Respuesta y/o tratamiento farmacológico específicamente con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, para el TOC pediátrico refractario al tratamiento plantearon la evaluación de tratamiento intensivo ambulatorio para TOC así como tratamiento en Hospitalización Parcial para TOC; incluyendo un análisis de coste-efectividad, mostrando el estudio que para aquellos pacientes que no responden al tratamiento de primera línea deberían tener acceso a una estrategia intensiva de TCC [333].

5.3.4.3 Trastornos de Conducta

Sobre los Trastornos de Conducta se incluirían trastornos del comportamiento perturbador solamente si la alteración de la conducta no produce una severa inadaptación en medios normalizados, así como condicionado al nivel de recursos que determinan el nivel de contención [34]. El riesgo de daño inminente hacia sí mismo o hacia otros, la necesidad repetida de restricción (contención), el riesgo de fuga o realizar actividades de contrabandismo (especialmente de tóxicos); todos estos factores imposibilitan el tratamiento exitoso en el

encuadre de Hospital de Día [15]. Pedreira Massa señala que los rasgos de personalidad antisocial deben evaluarse de forma individualizada y ser muy cuidadosos con la prescripción de HDP-IA, sobre todo por los rasgos de manipulación y el manejo de la impulsividad, por lo que el diseño muy detenido e individualizado de las actividades debe incluir la evaluación detallada de ventajas e inconvenientes a la hora de emplear espacios y actividades comunes con otros pacientes [102]. Dentro de un programa de Hospital de Día de preadolescentes Grizenko en 1993 en Quebec comparó pacientes tratados en el recurso versus lista de espera y mostró que el tratamiento en programas de día era efectivo para preescolares y escolares con problemas de conducta graves contando con un tamaño muestral de 15 pacientes en cada uno de estos grupos [179], buscando identificar factores que se relacionaran con buen pronóstico realizaron un seguimiento a cinco años de los mismos con un tamaño muestral de 33 prospectivo y de cohorte única; valorando su nivel de funcionamiento en comportamiento, autoestima, depresión, desesperanza, relaciones interpersonales y reintegración escolar, que publicaron en 1997 [248]. El análisis de la varianza mostró que la mejoría se mantenía en todas las variables tanto al alta como a los 5 años; un número significativamente mayor continuaba sus estudios, sólo el 9% precisaron nuevas admisiones en salud mental tras el alta, incluyendo readmisión a programa o ingreso hospitalario, el 18% necesitó intervenciones de servicios sociales incluyendo cuidados residenciales temporales. Los autores encontraron que la colaboración de los padres escasa durante el programa predecía la necesidad de continuidad de estos cuidados al alta; considerándose por otra parte como factores de buen pronóstico un nivel de inteligencia normal y una involucración alta de los padres, definiendo esta última en concreto como la variable más importante como predictora de buen pronóstico [248]. También en Canadá en otro estudio de 2010 que ya hemos citado, Jerrott y otros investigaron la efectividad de un programa de Hospital de Día a corto plazo para niños con diagnóstico principal de trastorno de conducta disruptivo, comparando dicho grupo frente a un grupo control de lista de espera, mejorando el grupo incluido en Hospital de Día según las puntuaciones de los padres en comportamiento externalizante, agresión, problemas sociales,

hiperactividad y estrés de los padres [180]. Estos mismos autores realizaron un seguimiento a largo plazo tras el alta, entre 2 años y medio y 4 años, de niños de hasta 12 años de edad (media de 10.43 años de edad), con mejoría en problemas sociales, síntomas externalizantes, niveles de agresividad, intensidad de problemas y síntomas hipercinéticos, considerando así que los efectos beneficiosos del tratamiento se mantenían en el tiempo [334]. Hemos citado McCarthy y otros en Reino Unido al mencionar la transferencia de competencias, en 2006 publica un artículo sobre un programa a tiempo parcial para niños de 8 a 11 años de edad con trastornos de conducta, la asistencia era de dos días a la semana durante de diez a trece semanas, incluyendo trabajo con familias y coordinación con centros escolares, refiriendo una mejoría percibida por parte de familias en las dificultades emocionales y de conducta, que no se relacionó sin embargo con una correspondiente mejoría también percibida por los maestros en los centros escolares [157].

Para el caso de Trastorno de Conducta respecto a adolescentes veremos que existe menor evidencia que para el caso de niños; un estudio randomizado y controlado por Henggeler y otros en 1998 comparó terapia multisistémica con "cuidados habituales" en 155 ofensores adolescentes entre 10 y 19 años de edad en Estados Unidos, hallando una reducción significativa en el estrés emocional experimentado en el grupo de terapia multisistémica pero sin cambio alguno en tasas de nuevos arrestos o relaciones con iguales [335]. También en 1998 en Australia, Rey y otros comunican un programa multimodal en régimen de día para adolescentes que mostró mejoría respecto a controles que recibieron otros tratamientos, de todas formas ningún grupo tuvo unos buenos resultados cuando se valoraron éstos de manera global [336]. Por otra parte, un estudio de 2002 realizado por Wilmhurst en Texas (Estados Unidos) centrado en jóvenes con trastornos emocionales y del comportamiento graves con comorbilidad tanto externalizante como internalizante fueron asignados aleatoriamente a 3 meses de tratamiento intensivo en régimen de programa residencial cinco días a la semana con terapia de

resolución de problemas o una alternativa basada en la comunidad con preservación familiar y tratamiento cognitivo-conductual, al cabo de un año una mayor proporción de jóvenes de forma significativa mostraron una reducción de síntomas clínicos ansiosos, depresivos e hipercinéticos en el segundo grupo frente al primero [181]. Rigon y otros publicaron en 2004 un estudio centrado en 24 adolescentes ingresados en Hospital de Día con diagnóstico principal de Trastorno de Conducta, evaluando mediante CGAS, tests proyectivos y escalas autoadministradas consideraban que al alta mejoraron el 35 % de los pacientes, pero con una reducción de la escala de un 30% en los pacientes graves frente a un aumento del 150% en aquellos que partían de CGAS entre 70 y 80; los autores señalaban una serie de factores relacionados con mejores resultados: alianza con la familia, terapia farmacológica y capacidad para establecer una opinión de confianza, frente a otros relacionados con resultados negativos como presencia de alteraciones graves del Yo y falta de un ambiente de apoyo estable [84]. Por su parte Sourander en 1998 estudiando hospitalización completa encontró en la línea de la bibliografía consultada dichos autores que los pacientes con síntomas neuróticos experimentaban mayor mejoría, mientras que el hecho de padecer un trastorno de conducta y rasgos antisociales eran predictores de menor tasa de respuesta [187].

5.3.4.4 Trastornos Hipercinéticos (TDAH)

Se ha considerado también el Trastorno Hipercinético grave, trastornos de la actividad y de la atención en aquellos casos donde el grado de inquietud extremo produce cuadros desadaptativos, Jiménez Pascual mencionó estos trastornos en 2003 [81].

En 2013 desde Salamanca Fernández Barrera y otros refirieron el tratamiento exitoso en Hospital de Día de TDAH y comorbilidad alimentaria, a propósito de un caso de 16 años de edad [337].

Büchsel publica en 2020 un estudio original en alemán sobre tratamiento en Hospital de Día y hospitalización completa para

menores y adultos con Trastorno Hipercinético, valorando 41 centros, con una n de 896 total de los cuales 732 casos tenían menos de 18 años, indicando que los niños y adolescentes recibían una terapia con mayor número de horas a la semana y con estancias medias mayores, así como valora la frecuente comorbilidad de este trastorno [338].

5.3.4.5 Trastornos del Espectro Autista

En los casos de Trastornos del Espectro Autista (TEA), se ha escrito que el Hospital de Día facilita una aproximación propia de los procesos de repliegue, ansiedad o desmotivación en pacientes con grave aislamiento y por consiguiente dificultades para la integración social [59], se ha propuesto el trabajo sobre las experiencias afectivas, el empleo del juego y terapia del lenguaje en un estudio referenciado con frecuencia de Rogers y Lewis de finales del siglo XX, como evidencia de la eficacia del Hospital de Día para estos trastornos [85]. Por otra parte, en algunos casos de recursos mixtos han considerado como criterio de no inclusión el autismo severo [111].

Misés clásicamente consideraba que, si en los centros terapéuticos los niños con síntomas de autismo compartían espacio con sujetos que presentaban otros estados patológicos, éstos últimos debido a su menor aislamiento y a sus capacidades de expresión y simbolización podían ofrecer a los primeros posibilidades interesantes de comunicación en el marco de grupos pequeños [339].

En la misma línea que lo dicho por Misés años antes, el grupo elaborador de la guía de TEA de la comunidad de Madrid de 2009 defiende los modelos de hospitales de día no monográficos para los TEA, que entiende que si los niños con autismo comparten el espacio terapéutico con niños con otras patologías en las que hay un menor aislamiento y mayores capacidades de expresión y simbolización, se les estarán ofreciendo a los primeros en este ámbito posibilidades interesantes de comunicación [340].

En 2012 Pilar Solé y otros comunican la experiencia de tratamiento de niños con TEA en el Hospital de Día de Terrasa, que representaban el 16% del total de ingresos, y con una estancia media de 7 meses, considerando que el HD suponía un recurso de utilidad para el tratamiento de Trastornos del Espectro Autista y sus comorbilidades [341].

En el estudio realizado en Marsella en 2013, original en lengua francesa, Poinso y colaboradores realizaron una evaluación prospectiva en Hospital de Día tras 2 años de tratamiento de niños con Trastornos del Espectro Autista. El tratamiento propuesto era de 10 horas semanales con diversos enfoques terapéuticos incluyendo la intervención con las familias y coordinación con centros escolares, definido como ecléctico y no intensivo, y basado en métodos como TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*), *Floor time play*, terapia de lenguaje y comunicación, terapia del desarrollo y psicoterapia. Se trataba de 11 niños con una media de edad de 3 años y 5 meses, siendo valorados por las escalas Vineland y CARS (previamente ADI y ADOS). Los resultados mostraron un progreso en el desarrollo con una media de incremento de 13.5 meses en la escala Vineland y una reducción de la gravedad de la puntuación de la CARS. El tratamiento fue presentado como eficiente, indicando haber obtenido mejores resultados que otros cinco estudios previos de la década anterior con los que se compararon que también habían utilizado la escala Vineland (Howard, Smith, Eldevick, Eikesth y Bibby), considerando así su enfoque respecto a otras intervenciones eclécticas intensivas o de grupo de intervención no intensiva [342].

En nuestro medio, Alcamí también ha hecho referencia a la atención a estos trastornos en Hospital de Día en niños y adolescentes en 2014, indicando dos elementos a tener en cuenta como que la dinámica del HD gracias al marco institucional contenedor y al realizarse diversas actividades permite utilizar elementos cotidianos como terapéuticos además de las ventajas que supone el trabajo en equipo [343].

En 2018 Patricia Enríquez y otros comunican un estudio descriptivo sobre 34 pacientes que diagnosticaron en dicho dispositivo como TEA derivados al Hospital de Día del Institut Balear de Salut Mental de la Infància i Adolescència de Son Espases durante dos años, valorando los motivos de derivación al mismo y encontrando que sólo el 20 % de ellos contaban en el momento de la derivación como hipótesis diagnóstica TEA, aunque el motivo de consulta principal fueron las alteraciones de conducta [344].

Mientras que al año siguiente en el 63º congreso de AEPNYA correspondiente a 2019 Ilenia Gori y otros presentaron un programa ambulatorio de tratamiento intensivo para TEA (*Pas a Pas*) estratificado y de dos años de duración, a partir de los cuales vuelven al modelo ambulatorio habitual [345].

5.3.4.6 Trastornos Psicóticos

Sobre la evidencia en la intervención en Hospital de Día para Trastornos Psicóticos, McDougall entre otros ha hecho referencia a la intervención temprana en psicosis, en concreto respecto a los programas desarrollados en el Reino Unido (EIP) basados en modelos de tratamiento en el Reino Unido [89]. La importancia de la intervención temprana en psicosis se ha referenciado desde hace muchos años, con especial relevancia contemporánea en la figura de McGorry que ya hemos citado con anterioridad [168, 346]. Estos servicios EIP fueron originados en el Plan de la NHS en el 2000, pretendían proporcionar servicios comunitarios para pacientes con edades entre 14 y 35 años en estados prodrómicos y fases iniciales de psicosis y esquizofrenia, el modelo de atención de basa en equipos *assertive outreach* (tratamiento asertivo comunitario), considerándose fundamental el compromiso con las familias; estos equipos ofrecen intervenciones psicosociales y farmacológicas utilizando un modelo de recuperación para optimizar los resultados a nivel social, educativo y vocacional; las guías NHS en 2013 han encontrado evidencia para estos programas no sólo de eficacia clínica sino también en cuanto a coste-efectividad

[89]. A lo largo de los años, se ha ido acumulando mayor evidencia científica sobre la importancia de la detección temprana con una menor duración de las psicosis no tratadas y el cuidado integral como aspectos relevantes para buen pronóstico en las primeras fases de los cuadros psicóticos, como ya señalaba la revisión de Marshall en 2005 [347]. Se ha fundamentado la utilidad de la inclusión de estos cuadros en régimen de HDP, siempre y cuando no se encuentren en una fase aguda tal que precise otro tipo de intervención. Se han incluido cuadros esquizofreniformes, esquizotípicos y más ampliamente psicosis no especificadas, así como situaciones de pródromos, estructuras psicóticas, sintomatología negativa con criterios de ingreso, en estos casos el HDP-IA se cita como útil para el proceso de comprensión de la enfermedad (conciencia, soporte de crisis, reintegración o adaptación, prevención de recaídas). Pueden tener indicación especialmente para primeros brotes psicóticos en la etapa de la adolescencia para el aplanamiento afectivo, la tendencia al aislamiento, la pérdida de autoestima y la dificultad para el manejo de las emociones, también pueden ser dirigidos a aquellos pacientes que presentan una reagudización de clínica psicótica pero que no precisan en ese momento una hospitalización completa [59]. Otro recurso refiere que la mayoría comparten en mayor o menor grado características del núcleo estructural psicótico como son: una indiferenciación entre el yo y el otro, identidad personal difusa, falta de una imagen corporal unificada, predominio del proceso primario sobre el secundario, existencia de angustias primarias y mecanismos de defensa arcaicos [108]. Pese a las abundantes recomendaciones referidas en la bibliografía y lo que la propia clínica y experiencia sugiere, no existen abundantes estudios de eficacia monográficos para adolescentes con trastornos psicóticos en Hospital de Día. Se ha publicado que jóvenes con cuadros psicóticos pueden beneficiarse de ser tratados en el Hospital de Día, como determinantes clave para determinar su inclusión han señalado el riesgo de dañarse ellos mismos o a otros, el grado de complejidad psicosocial, y el compromiso y enganche con el tratamiento e investigación; aunque en el mismo capítulo se sentencia que es indudable que la asistencia en programas de día es efectiva para las psicosis, además de menos restrictiva y disruptiva con respecto a la

hospitalización completa; cabe resaltar que como ya hemos mencionado en el Reino Unido para los cuadros psicóticos existen programas de intervención temprana (EIP) desde el año 2000 basados en equipos *assertive outreach* (tratamiento asertivo comunitario) también desarrollados en otros países [89].

La evidencia de la efectividad de la intervención temprana en psicosis ha sido demostrada mediante ECA, como los publicados en Reino Unido en 2004 (LEO) [348] y en Dinamarca en 2008 (OPUS) [349] que mostraron mejores resultados durante los dos primeros años para los programas de intervención especializada frente al tratamiento estándar en varios tipos de medidas como síntomas psicóticos, síntomas negativos, resultados vocacionales, funcionamiento social, reducción de numero de días de estancia en camas de hospitalización completa y mejoría en adherencia al tratamiento. En el año 2010 McGorry y otros, en respuesta al artículo crítico de Bosanac publicado un año antes, realizan una contundente exposición razonada basada en la evidencia presente en aquel momento acerca de la positiva existencia de efectividad de las intervenciones en primeros episodios psicóticos, para lo cual incluye entre otros los ECA´s previos, concluyendo en una defensa firme acerca de la necesidad de seguir mejorando e implementando servicios para los pacientes con trastornos psicóticos [168].

Mientras que en 2013 de nuevo Hartsup y su grupo en Dinamarca completan la evaluación del estudio OPUS desde el punto de vista de coste-efectividad (intervención temprana en primeros episodios psicóticos mediante tratamiento asertivo comunitario, tratamiento psicoeducativo familiar y entrenamiento en habilidades sociales frente a tratamiento estándar), con sus 547 pacientes y seguimiento a 5 años, en la discusión hacen referencia al estudio LEO así como al de finales de los 90 ya nombrado previamente EPPIC [5] y el *Parachute Project* sueco de 2006, para en conclusiones referir una alta probabilidad de que dicho tratamiento intensivo fuese coste-efectivo [350], además de

efectivo como había demostrado con anterioridad junto a los demás estudios.

En 2014 se publica por Miklowitz entre otros los resultados de un ECA sobre tratamiento centrado en la familia para adolescentes y adultos jóvenes con riesgo alto de psicosis, con 129 participantes procedentes de las Universidades de Emory, Harvard, Calgary, California (Los Angeles y San Diego), Carolina el Norte, Yale, y el Hospital Zucker Hillside mostrando que las intervenciones que mejoren las relaciones dentro de la familia pueden tener una eficacia profiláctica en pacientes con alto riesgo de psicosis [351].

Ya hemos referido previamente el meta-análisis realizado en 2016 por Stentebjerg-Olesen, sobre trastornos del espectro de la esquizofrenia de inicio temprano (EOS), donde se señalaba en conclusiones que la alta prevalencia de sintomatología negativa y desorganizada en los paciantes con EOS en el contexto de trastornos mentales no psicóticos concurrentes podría enmascarar la aparición de la psicosis, algo que explicaba el alto riesgo de identificación tardía y tratamiento, incidiendo los autores en la importancia de la detección temprana y tratamiento de la psicosis en pacientes jóvenes, ya que tanto una duración mayor de la psicosis no tratada como un peor ajuste premórbido se asociaban a peor pronóstico [196].

Un estudio también de amplio tamaño muestral publicado el año 2016 en Estados Unidos por parte de Trask y colaboradores, dentro de una edición especial dedicado a innovaciones en salud mental pública, evaluó si los servicios de Salud Mental reducían el riesgo de rehospitalización psiquiátrica en la infancia y adolescencia, en función del tipo de cuidados al alta, destacar que contaron respecto a otros estudios con una muestra retrospectiva de 569 niños y adolescentes (de 6 a 18 años). Los servicios fueron clasificados en seis grupos mutualmente excluyentes para el análisis (si bien podían recibir más de uno de ellos), siendo éstos extrahospitalario, gestión de casos, Hospital de Día, tratamiento conductual, soporte farmacológico (el cual se analizó adicionalmente en combinación con los demás) y

otros. De forma que el 70% de ellos recibieron continuidad de cuidados y el 28% tuvieron un nuevo ingreso durante los seis meses posteriores al alta hospitalaria, y el número de horas de intervención recibida se relacionó de forma significativa con un menor riesgo de rehospitalización. El diagnóstico de Esquizofrenia se asociaba a un mayor riesgo de rehospitalización (próximo al doble), mientras que de forma específica recibir más días de terapia en Hospital de Día se asociaba a un menor riesgo de reingreso, por lo cual los autores teniendo en cuenta el carácter restrictivo de una hospitalización así como su coste recomiendan que los servicios de salud mental deberían centrarse en mejorar el acceso, continuidad de cuidados y calidad de los servicios al alta de la hospitalización a tiempo completo, especialmente para aquellos pacientes con Esquizofrenia [352].

En 2016 en Hong Kong se publica por Chang y otros la intervención de seguimiento a un año tras ECA sobre intervención temprana en primeros episodios psicóticos mediante *case-management*, en relación a la remisión funcional, comparando una extensión de 1 año en el programa de intervención temprana respecto a tratamiento habitual, con 160 pacientes reclutados con una edad media de 22.9 años, que ya habían realizado una intervención previa de 2 años de duración, de los cuales 156 completaron la evaluación, el 19.9% obtuvieron la remisión, predecida por factores como género femenino, menor grado de síntomas premórbidos de tipo esquizoide-esquizotípico, prolongación de tratamiento de intervención temprana, menores síntomas positivos al ingreso y menor funcionamiento basal [353]. En 2018 los autores publican un estudio de continuidad a 3 años del programa EASY para pacientes entre 15 y 25 años de edad, que relacionó la remisión funcional en primeros episodios psicóticos con el deterioro a nivel motivacional [354].

Ya hemos referido previamente el ACCESS III 2016-2017 (estudio de cuidado integral en las psicosis tempranas), con grupo control histórico cuasi-experimental, su relevancia era que junto al OPUS se consideraba el primer estudio que valoraba eficacia y coste-

efectividad un tratamiento combinado de detección temprana para mejorar la calidad de cuidados tanto en adolescentes como en jóvenes adultos en fases iniciales de la psicosis, con un porcentaje muy alto consiguiendo la remisión sintomática y funcional [197, 198].

En 2017 Ulloa y colaboradores desde Méjico publican un estudio aleatorizado sobre la efectividad de una guía clínica para esquizofrenia en adolescentes utilizada en su Hospital que, de forma similar a la guía de la JAACAP, incluía 3 sesiones de psicoeducación, 9 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales y 9 sesiones de hábitos de vida saludable unido a actividad deportiva (n = 43) frente a tratamiento habitual (n = 44), mostrando una mejoría en el funcionamiento al tercer y sexto mes en el grupo de las recomendaciones de guía clínica [355].

Lenzi y colaboradores publican en 2017 un estudio sobre 444 pacientes con primeros episodios de psicosis afectiva y no afectiva, encontrando que los pacientes con psicosis no afectiva tenían el mayor riesgo de recaída requiriendo hospitalización en la adolescencia tardía, mientras que aquellos con psicosis afectivas lo encontraban al principio de la treintena, mostrando dos trayectorias distintivas entre ambas, y señalando por ello la importancia de adaptar las intervenciones y programas terapéuticos a las necesidades de subgrups específicos en función de la edad y el diagnóstico clínico [356].

En 2017 se produce la publicación de ECA como continuación del OPUS por Albert y otros, comparando los resultados a 5 años de programa de intervención temprana en psicosis frente a 3 años de intervención más 2 de tratamiento estándar (OPUS II), con 400 participantes, y en este caso no encontraron diferencias significativas en los resultados para ambos grupos, que se mostraron beneficiosos para los pacientes, si bien los participantes en la intervención a 5 años mostraban una mayor satisfacción personal además de una mejor alianza terapéutica [357].

Desde Holanda el año 2017 se publica por parte de Ising y colaboradores un estudio de coste-efectividad sobre la intervención de TCC para la prevención de primeros episodios psicóticos, dentro del programa holandés de evaluación, intervención y detección temprana EDIE-NL, para personas entre 14 y 35 años en riesgo ultra-alto de psicosis, grupo control y grupo experimental, con un seguimiento medio a 1520 días (algo menos de 4 años), mostrando también resultados positivos al respecto [358]

En 2018 Salinger y colaboradores parten de los estudios previos en los que las estrategias de intervención familiar basadas en la resolución de problemas eran más exitosas cuando en familias con un miembro con trastorno bipolar respecto a la esquizofrenia, por lo cual quisieron medir si en las fases iniciales de ambos trastornos también sucedía esto, valorando la intervención de terapia centrada en la familia combinando dos estudios multicéntricos previos (de 12 a 25 años y de 9 a 17 años), apreciando que los jóvenes en riesgo de Psicosis podrían experimentar una comunicación familiar más estresante en la vida diaria que aquellos en riesgo de trastorno bipolar, sugiriendo la utilidad de una intervención familiar más intensiva [359.]

Siguiendo las líneas de investigación sobre mantenimiento de la mejoría tras la intervención temprana en psicosis, en Melbourne se realizó el protocolo de ECA del estudio HORYZONS sobre la intervención terapéutica vía terapia social interactiva moderada por profesionales, con 170 pacientes entre 16 y 27 años, por Mario Álvarez-Jiménez y colaboradores, con una serie de módulos para facilitar el contacto entre pacientes así como con el soporte de los terapeutas [360]. HORYZONS también ha sido publicado en 2020 en dos muestras, una de Estados Unidos, incluyendo el uso de aplicación de *smartphone*, informando de resultados favorables [361], y también en Canadá [362].

Wessels y colaboradores desde Alemania el año 2019 publican un artículo sobre los predictores de respuesta a tratamiento a las

intervenciones psicológicas en 128 personas con riesgo clínico alto de primer episodio psicótico, siendo aleatorizadas en dos grupos, encontrando que los más jóvenes y los de mejor funcionamiento previo eran quienes más se beneficiaban de la intervención [363].

También en 2019 se publica un estudio de TCC para activación social en psicosis de inicio, Pos y colaboradores en Holanda en forma de ECA, con un *screening* inicial sobre 305 pacientes entre 18 y 36 años, mostrando sus resultados discretas mejorías pero sin mantenerse en el tiempo respecto al grupo control, el aislamiento social y síntomas negativos mejoraban con el paso del tiempo en los dos grupos [364].

Liua y colaboradores en 2019 publican un artículo sobre efectividad de una intervención breve de Terapia Cognitivo Conductual centrada en evitar recaídas y síntomas positivos en una población China con Primeros Episodios Psicóticos, en forma de ECA con 80 pacientes procedentes de consultas externas y edades entre 16 y 45 años y con tratamiento antipsicótico, sobre 10 sesiones individuales, mostrando el grupo de intervención respecto al control de forma significativa mejoría en síntomas positivos, psicopatología general y funcionamiento social, así como menor tasa de recaídas, con las mejorías sostenidas un año después del cese de tratamiento [365] .

También en 2019 Mueser y colaboradores evalúan un programa de atención a primeros episodios psicóticos en Estados Unidos, con 414 pacientes entre 15 y 40 años de edad, tras randomizar 34 servicios de salud mental comunitarios, mediante el programa NAVIGATE que consta de cuatro intervenciones integradas con base científica y consideradas clave en servicios de primeros episodios psicóticos (como son entrenamiento en resiliencia individual, educación familiar, soporte en empleo y educación y manejo personalizado de medicación), mostrando mejores resultados tanto a nivel clínico como psicosocial frente a los programas de cuidado en la comunidad existentes a dos años, por lo cual los autores han propuesto la propagación de dicho programa a lo largo de los Estados Unidos de

América [366]. Previamente en 2016 se había publicado un estudio de coste-efectividad para NAVIGATE basado en los datos de RAISE-ETP en Estados Unidos, demostrando que podía aumentar la calidad de vida y el coste económico adicional estaría justificado [367].

En Diciembre de 2019 en Italia el grupo de Pelizza, al que ya hemos hecho referencia previamente [200], publica una serie de resultados en relación a sus 20 años de investigación sobre primeros episodios psicóticos, contando desde 2012 con el programa ReARMS como infraestructura para proporcionar intervención basada en la evidencia para pacientes con primeros episodios psicóticos (FEP) y pacientes con riesgo ultra-alto de psicosis (UHR), sobre 311 participantes entre 13 y 35 años de edad, indicando que la intervención temprana en psicosis es recomendada también en la adolescencia para pacientes UHR donde existe un riesgo específico alto de empeoramiento en el decalaje entre servicios de adolescentes a vida adulta [368]. El mismo grupo publicó también finalmente ese mismo año los resultados enviados que habían sido enviados para publicación en 2017 del seguimiento a 2 años del proyecto ReARMS, en este caso con 112 participantes, considerando nuevamente la utilidad del concepto de riesgo alto de psicosis en adolescentes y la importancia de una intervención temprana en estos casos [369].

En Portugal en 2019 Coentre y colaboradores publican sobre el programa PROFIP de intervención temprana para primeros episodios psicóticos, incluyendo 39 pacientes tanto con psicosis afectivas como no afectivas y una media de ead de 25.2 años, describiendo el programa como de cuidados intensivos integrados basados en la evidencia disponible, con el foco entre otros aspectos en reducir la duración de la psicosis no tratada la cual se relaciona con peores resultados y alentando al desarrollo de iniciativas similares, pidiendo el desarrollo de un plan nacional [370].

En 2020 se publican los resultados de una revisión sistemática sobre el uso de las intervenciones basadas en *mindfulness* para

psicosis de inicio, Li y colaboradores señalan nuevamente la importancia de la intervención en el período crítico de los primeros 5 años donde se puede maximizar la respuesta y recuperación, sugiriendo los potenciales efectos del *mindfulness* en este grupo de pacientes [371].

En 2020 se publica otro ECA por Nuechterlein de 18 meses de duración valorando la eficacia de una intervención vocacional intensiva para ayudar a los pacientes con primer episodio de Esquizofrenia a volver a acudir con regularidad al colegio o al trabajo, con el programa de la Universidad de California en módulos más un programa individual de colocación y soporte, con una respuesta claramente favorable a la intervención que podría prevenir así el deterioro [372].

En 2020 se publica la revisión Cochrane sobre intervenciones psicológicas en psicosis para la población adolescente, que a lo largo de su desarrollo (108 páginas) realiza comparaciones entre diversas intervenciones (como rehabilitación cognitiva, programa de tratamiento psicoeducativo, terapia de grupo psicosocial, terapia multifamiliar), revisando para ello los ECA´s disponibles, 7 estudios con una n de 319, indicando que la mayoría de las estimaciones de efecto eran ambiguas y advirtiendo de que los resultados deben ser valorados con cuidado puesto que se basan en un número de estudios pequeño con riesgo de sesgo, siendo precisos más estudios tipo ECA al respecto, de todas formas indicaban un posible efecto positivo de la rehabilitación a nivel de funcionamiento cognitivo (si bien en el mismos estudio el tratamiento habitual mostró mejoría en el estado mental) así como mejoría en el estado global por parte de la terapia psicoeducativa grupal [373].

En Septiembre de 2020 se publica en Lancet por Morrison y colaboradores un estudio multicéntrico randomizado en adolescentes con primer episodio psicótico comparando la medicación antipsicótica, la intervención psicológica (TCC, intervención familiar) y la combinación de ambas; propiciado ante el hecho de que la

evidencia para el tratamiento de adolescentes con primeros episodios suele ser extrapolada de la población adulta, sobre 101 pacientes de los cuales fueron randomizados 61, este tamaño muestral pequeño para 3 brazos de intervención condiciona la interpretación de los resultados, además de que los autores reconocen un posible sesgo que pudiera haber favorecido los resultados de la intervención psicológica frente al tratamiento farmacológico, al no verificar igualmente el cumplimiento del segundo respecto a la primera [374].

En nuestro medio se han publicado algunos artículos sobre atención en Hospital de Día a menores con síntomas psicóticos. Margarita Alcamí en su artículo de 2005 trata sobre este tema a lo largo de 26 páginas con un enfoque narrativo y descriptivo [106].

Por su parte, Soriano Sala describe en 2011 la integración de las aportaciones del psicoanálisis para el tratamiento de adolescentes en el Hospital de Día Sant Pere Claver, describiendo un grupo de pacientes que a la admisión ha tenido una serie de situaciones previas de falta de éxito en la terapia, que reciben un tratamiento intensivo e interdisciplinar, desde la mañana hasta la media tarde, con base en la figura de educador-terapeuta, ante la realidad fragmentada del paciente con psicosis se ofrece una respuesta integradora del equipo. Se trata de pacientes que en muchos casos han perdido la vinculación con la escuela, problemática escolar y social muy marcada y escasas relaciones sociales, situaciones clínicas graves con riesgo de cronicidad, para los que realizan una sesión semanal de psicoterapia de 45 minutos, siempre que sea posible para el paciente, así como un *setting* itinerante [375].

En 2013 Solé Vigil y otros comunican un estudio de tipo descriptivo en régimen de Hospital de Día de Terrassa para adolescentes con Trastorno Psicótico, sobre adaptación sociofamiliar y escolar de los mismos, contando con 22 pacientes, de los cuales el 68.19% tenían un entorno familiar distócico, indicando la importancia de intervenir en estos niveles para incidir así en su bienestar [376]. El

mismo equipo describe la muestra de pacientes en Hospital de Día, con 10.9% de pacientes adolescentes con trastorno psicótico, de los cuales los diagnósticos principales al alta fueron de trastorno psicótico no especificado el 30.43%, esquizofrenia desorganizada el 26%, esquizofrenia paranoide el 21.7%, esquizofrenia indiferenciada el 8.69%, trastorno psicótico inducido por cannabis igualmente el 8.69% y por último trastorno esquizofreniforme el 4.34%, y aportando datos como que al alta, el 96% recibía tratamiento antipsicótico (depot 17.39%, clozapina 26.08%, 2 antipsicóticos 21.73%), contaban con antecedentes familiares de trastorno psicótico el 59%, procedencia de unidades de agudos el 60.8%, un 17,39% de los pacientes precisó pasar a hospitalización a tiempo completo, la estancia media fue de 7.2 meses mientras que el EEAG pasó de 43.9 al ingreso en HD respecto a 64.56 al alta [377]. Ese mismo año 2013 Laita de Roda y otros publican un artículo a propósito de un caso de tratamiento de psicosis atípica y trauma psíquico precoz en régimen de CET - Hospital de Día [114].

En 2014 de nuevo desde el HD de Terrassa Silvia Montaña comunica los resultados de un estudio de seguimiento de pacientes con trastornos psicóticos dados de alta del Hospital de Día de adolescentes, sobre 22 pacientes inicialmente, mostrando una evolución favorable en la mayoría de los casos, como indicador de que la intervención precoz, multidisciplinar e intensiva en HD facilitaría la adherencia terapéutica a la vez que disminuiría recaídas mejorando así el pronóstico para este grupo de pacientes [378].

Ya hemos citado con anterioridad los trabajos en nuestro medio de Calvo y otros sobre el programa para adolescentes con psicosis de inicio precoz (PIENSA) en 2015 [199] así como el Castro Fornieles y otros sobre primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes (CAFEPS) en el año 2007 [434]. En el 63º congreso de AEPNYA en 2019 se presentó el programa de intervención intensiva en Psicosis por Israel Bobadilla y otros (PENSA), basado en el modelo psicoeducativo multifamiliar de McFarlane, dentro de la Fundació Orienta e incluyendo prevención terciaria en el Hospital de Día [435].

Podemos apreciar tras la revisión la existencia de numerosos estudios sobre psicosis en la edad adulta, sin embargo hay menos estudios sobre las características clínicas y la evolución de los trastornos psicóticos en niños. Entre los probables motivos, que la clínica en muchos casos en sus etapas iniciales es poco específica y/o atenuada, lo que afecta a la determinación de su epidemiología. Y, a su vez, para el caso concreto de los Hospitales de Día para niños y adolescentes las publicaciones se limitan mucho más ante la escasez relativa de Hospitales de Día de la infancia y la adolescencia respecto al caso de pacientes adultos, la existencia de recursos y programas no monográficos en cuanto a diagnóstico, así como otras dificultades ya expresadas previamente (implementación diversa, heterogeneidad, medición de resultados). Más ampliamente, el punto de corte de la población diana para los recursos de Psiquiatría del niño y del adolescente es altamente variable según áreas (en España, como hemos visto previamente, ha oscilado entre los 14 - 16 - 18 años de edad) [1].

5.3.4.7 Trastornos de la Conducta Alimentaria

Para los casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), para un grupo de perfil heterogéneo la inclusión en el programa tendría que tener en cuenta la composición del grupo y la existencia o no de otros pacientes con TCA, así como el riesgo somático entre otros factores. Se plantea en la literatura la necesidad y pertinencia de programas específicos para estos casos [55, 82, 90]. Inicialmente los HDP para TCA se pusieron en marcha con el fin de asegurar la nutrición adecuada para este tipo de pacientes, siendo una opción alternativa a la hospitalización total, bien como medio de disminuir la estancia hospitalaria completa o para casos inestables; como hemos referido estos programas fueron inicialmente iniciados en base a criterios de gestión de salud [59].

Como veremos, encontramos varios registros en los diez últimos años sobre esta modalidad de tratamiento para los TCA, de hecho, la

mayor parte de los registros recientes sobre perfiles monográficos en cuanto a diagnóstico hacen referencia a este grupo.

Dancyger en Nueva York el año 2003 refirió un programa para adolescentes y adultos jóvenes con TCA en programa de tratamiento diurno (sin diferencias significativas entre ambos grupos al alta) con 82 participantes, de los cuales 49 completaron el programa, precisando hospitalización completa el 13% de los casos, postulándose como una alternativa a la misma [379].

También en Australia otro estudio en ámbito universitario de Fothergill en 2006 había comparado un grupo de adolescentes en hospital de día respecto a un grupo en tratamiento ambulatorio y encontró mejores tasas de retorno a la actividad académica o laboral en el primer grupo frente al segundo de forma significativa (82% frente a 30%), si bien en ambos grupos se produjo mejoría clínica con reducción en ansiedad y depresión [288].

Posteriormente, Gowers y colaboradores publican en 2007 un ensayo clínico aleatorizado sobre efectividad de tratamientos para la anorexia nerviosa en adolescentes, realizado en el noroeste de Inglaterra, comparando la efectividad de los tratamientos en hospitalización completa, especializado (manualizado de seis meses de duración con entrevista motivacional inicial, terapia cognitivo-conductual, feed-back parental, asesoramiento a padres, terapia nutricional, medida y monitorización) y ambulatorio habitual (CAMHS), siendo n=170 randomizados, con revisión de resultados a uno y dos años, concluyendo que la hospitalización completa de primer línea no proporcionaba ventajas respecto a las otras modalidades de tratamiento [381]. Otra parte de este mismo estudio fue publicado por Byford y su equipo ese mismo año en cuanto a la evaluación económica, con n=167 randomizados, siendo el tratamiento especializado el más económico, sin significación estadística, si bien tenía la mayor probabilidad de ser coste-efectivo, recomendando por ello en base a coste-efectividad la provisión de servicios especializados extrahospitalarios para adolescentes con

Anorexia Nerviosa [382].

También en 2007 Loeb y otros publican un estudio sobre Terapia Centrada en la Familia (FBT) para adolescentes con Anorexia Nerviosa, desarrollado en Hospital Maudsley, con un enfoque que en lugar de estar centrado en la autonomía del adolescente para recuperar peso pone a los padres de forma temporal como encargados de dicho objetivo, siendo 20 adolescentes tratados mediante FBT manualizada durante un año con veinte sesiones, este estudio abierto pretendía abrir las puertas a la diseminación de este modelo de tratamiento [383].

Ya nos hemos referido previamente al estudio de Goldstein y otros en Australia quienes el año 2010 informaron de mejoras significativas en el peso y cambios positivos respecto a la actitud hacia la comida en un grupo de jóvenes al alta tras seis meses de seguimiento después de completar un programa de transición de diez semanas que incluía alta carga de terapia familiar así como estrategias motivacionales y de terapia cognitivo-conductual [274].

En 2013 Bustin y colaboradores publican en Estados Unidos un estudio retrospectivo de cohorte sobre estadíos motivacionales de adolescentes con TCA en tratamiento en Hospital de Día, incluyendo finalmente 30 pacientes con una edad media de 12.8 años, apreciando que la motivación en la entrevista inicial al ingreso no era predictiva de los resultados del tratamiento, si bien al finalizar el tratamiento sus puntuaciones eran mayores [384]. Este estudio se basaba en el realizado por Ornstein y su equipo en 2012, con la revisión retrospectiva de 56 pacientes, 5 días a la semana y 6 a 8 horas al día, con una aproximación terapéutica centrada en la familia que probó ser efectivo al alta respecto a recuperación de peso, síntomas TCA, estado de ánimo y ansiedad [385].

En Canadá en 2014 Ngo e Isserlin publican un estudio restrospectivo con 49 casos de adolescentes con Anorexia Nerviosa que habían participado al menos 7 días en el programa de Hospital de

Día, 4 días a la semana durante 8 horas y con dos comidas supervisadas, evaluaron el peso corporal al ingreso como factor pronóstico sin hallar relación significativa, mientras indican que el tratamiento fue exitoso para los pacientes que acudieron al programa [386].

Por su parte, Henderson y colaboradores también en 2014 en Ontario describen un su programa de Hospital de Día para TCA en adolescentes, mostrando mejoría mantenida a 6 meses en estabilización médica, normalización de la conducta alimentaria y mejoría en funcionamiento psicológico [387].

También desde Canadá en 2014 Grewal y colaboradores estudiaron factores asociados a completar el programa de Hospital de Día para adolescentes con TCA con 65 pacientes incluidos, en un programa con intervención familiar basada en el modelo Maudsley, hallando que aquellos que completaron el programa (58.5%) eran más probable que tuviesen pautados antidepresivos y menos probable que realizasen conductas purgativas [388].

Herpetz-Dahlmann y colaboradores publican en Lancet en 2014 otro ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, de tipo no inferioridad, sobre tratamiento en Hospital de Día tras ingreso hospitalario versus continuidad de ingreso hospitalario a tiempo completo, realizado en Alemania para adolescentes con Anorexia Nerviosa, de 11 a 18 años de edad procedentes de 6 centros, con un programa de tratamiento e intensidad del mismo idénticos en todos ellos. Sobre 660 pacientes, 172 fueron asignados de forma aleatorizada; no mostrándose inferior el paso a Hospital de Día sobre la medida de resultados primaria (índice de masa corporal), por lo que los autores interpretan que dicha intervención en Hospital de Día parece no ser menos efectiva para recuperación de peso y mantenimiento durante el primer año tras la admisión, por lo que el Hospital de Día sería una medida terapéutica segura y menos costosa como alternativa a la Hospitalización Completa, considerando que dichos resultados justifican la implementación amplia de dicho abordaje [289].

En 2015 Le Grange y otros publican un ECA sobre FBT y TCC para adolescentes con Bulimia Nerviosa, con 130 pacientes randomizados (Universidades de Chicago y Stanford) y ambas manualizadas, mostrándose la primera superior respecto a cese de conductas de atracón y purgativas [390].

Murray y colaboradores publican en 2015 en Estados Unidos un estudio para valorar la integración de DBT y FBT (*Family Based Treatment*) en adolescentes con Bulimia Nerviosa en un entorno de Hospital de Día (San Diego, Universidad de California), 6 días a la semana y entre 3 y 10 horas al día, con 35 participantes entre Noviembre de 2012 y Enero de 2015, con mejoría significativa tanto en patología alimentaria global como en síntomas nucleares de Bulimia Nerviosa así como en eficacia de los padres, sin cambios en regulación de emociones [391].

La guía clínica de JAACAP sobre trastornos alimentarios en niños y adolescentes en su publicación de 2015 hacía referencia a los tratamientos de hospitalización parcial y de tratamiento diurno (además de citar la hospitalización completa y los tratamientos de tipo residencial), en su recomendación cuarta indicaba que este tipo de intervención estaría indicada cuando el tratamiento ambulatorio no ha sido exitoso o no está disponible [392].

En 2017 Sharp y colaboradores realizan en Estados Unidos un Meta-Análisis sobre la intervención multidisciplinar para los Trastornos Alimentarios en la edad pediátrica, con una muestra inicial de 11 estudios sobre 593 pacientes, sobre pacientes que recibieran intervención sobre rechazo crónico a la alimentación en Hospitales de Día y también en programas de hospitalización a tiempo completo, mostrando que las intervenciones de este tipo eran beneficiosas para este grupo de pacientes con trastornos alimentarios graves [393].

Boerhout describe en 2017 en Holanda, los resultados de un

Ensayo Clínico Aleatorizado en dos centros (Groningen y Zutphen) sobre el efecto de una intervención de terapia psicomotriz (PMT) sobre la regulación de la agresividad en un entorno de tratamiento en régimen de Hospital de Día multidisciplinar para pacientes con TCA (n=38 para tratamiento con dicha terapia a mayores y n=32 para tratamiento habitual). Intervención de seis semanas, una hora, dos pacientes, por un terapeuta con experiencia; tratando de reevaluar la agresividad como un fenómeno positivo y aprender a expresar sentimientos y pensamientos de enfado en un contexto e intensidad adecuados. El grupo de intervención mostró de forma significativa una mayor reducción en la internalización de la ira respecto al grupo control, mientras que ambos grupos mostraron una significante mejoría en los síntomas alimentarios pero sin diferencias significativas entre ambos grupos. Indican la importancia de seguir estudiando las relaciones entre supresión de la ira y TCA [394].

Ornstein también en 2017 publica un estudio retrospectivo en una cohorte de niños y adolescentes en Hospital de Día de TCA con diagnóstico de ARFID (*Avoidant restrictive food intake disorder*), trastorno por evitación / restricción de la ingesta (DSM-5), incluyendo 130 pacientes, mostrando una estancia media inferior, y referían que este perfil de pacientes podía ser tratado adecuadamente en el mismo dispositivo de Hospitalización Parcial que aquéllos con Anorexia Nerviosa [395].

Por su parte en 2018 Bryson y colaboradores (entre los que se también se encontraba Rollyn Ornstein) publican en Estados Unidos sobre los resultados de pacientes de bajo peso de 7 a 17 años de edad con diagnósticos de ARFID y Anorexia Nerviosa en el seguimiento a largo plazo tras haber realizado el tratamiento en régimen de hospitalización parcial, con 137 pacientes, los cuales mostraron mantener la mejoría obtenida en el Hospital de Día también para dicho seguimiento [396].

Reilly en Estados Unidos 2018 publica un estudio retrospectivo sobre fenotipos conductuales de ARFID en una muestra de 59 niños

en Hospital de Día, con una edad media de 10 años de edad, especificando alimentación selectiva, miedo a consecuencias aversivas y apetito bajo, de cara a poder plantear tratamientos más específicos para cada uno de ellos [397].

Rienecke y Richmond publican en 2018 también en Estados Unidos un seguimiento a tres meses sobre 26 pacientes con Anorexia Nerviosa o TCA no especificado, entre 11 y 22 años de edad (media de 16.58), en un programa de Hospital de Día basado en FBT, pues consideraban la ausencia de estudios de seguimiento, todas las medidas permanecieron estables o mejoraron entre el final del programa y el seguimiento, excepto la auto-eficacia parental, sugiriendo que las mejorías establecidas en el programa de Hospital de Día podían mantenerse en el tiempo también cuando los pacientes pasaban a un nivel de tratamiento menos intensivo tras la finalización de la intervención de HD [398]. También Rienecke en 2018 publica otro estudio exploratorio con 53 adolescentes en HD en lo referente a la satisfacción marital respecto a la intervención mediante la escala ENRICH, casi la mitad de las madres y un tercio de los padres refirieron un empeoramiento en la misma, si bien más de la mitad de los padres globalmente indicaron un aumento [399].

Referiremos también la serie de casos en Reino Unido publicada por Simic y colaboradores en 2018, que valoraron de forma restrospectiva la intervención de la efectividad de un tratamiento diurno para adolescentes con TCA de tipo restrictivo, con una media de duración de su plan de tratamiento de aproximadamente un mes, apreciando mejoría en varios indicadores [400].

Zickgraf y colaboradores estudiaron presentaciones diversas de ARFID en función del tipo de restricción alimentaria presente dentro de un programa de hospitalización parcial, siendo un estudio retrospectivo realizado en Estados Unidos, con 83 casos de entre 8 y 17 años de edad (media 11.38 años), encontrando diferentes subtipos que indican podrían beneficiarse de distintas adaptaciones en la

terapéutica [401].

En otra serie de casos en Holanda, Dumont y colaboradores publican en 2019 un estudio sobre una nueva terapia cognitivo-conductual para adolescentes con ARFID en régimen de Hospital de Día, de 4 semanas de duración e integrando los principios de aprendizaje inhibitorio, en un rango de edad de 10 a 18 años, con 10 de 11 pacientes logrando la remisión en el seguimiento [402].

Rienecke y Ebeling en 2019 en Estados Unidos publican un estudio de resultados de tratamiento en 26 adolescentes con Anorexia Nerviosa dentro de un nuevo programa basado en intervención familiar basado en FBT en Hospital de Día, de 6 horas diarias cinco días a la semana durante unas cinco semanas, medido por el *Eating Disorder Examination* que consideran el *Gold Standard* [403] . En otra publicación también de 2019 Rienecke se interesó por las variables de discontinuación de tratamiento tanto en adolescentes (n=55), como en adultos jóvenes (n=32) con Anorexia Nerviosa en HD, definido como abandono de tratamiento sin indicación médica, hallando un 21.8 % de discontinuadores, identificando una serie de factores no modificables, como hospitalizaciones previas y otros modificables, como la emoción expresada por los padres (comentarios críticos, sobreexposición emocional, hostilidad, afecto y observaciones positivas) [404] . La misma autora ya había estudiado tres años antes la alianza terapéutica con los padres y su relación con los resultados en el HD para 56 pacientes [405].

También en el año 2019 Naviaux realiza la comunicación (*conference paper*) sobre la intervención realizada en Irlanda sobre tratamiento de ARFID en un entorno del hospital general para una niña de 12 años de edad con tres ingresos hospitalarios, para el cual un equipo multidisciplinar utilizó FBT dentro de un modelo de Hospitalización Parcial y plantear tratamiento farmacológico con Mirtazapina después de haber realizado una búsqueda bibliográfica [406]. Mientras en Alemania que Steinberg y colaboradores en Münster publican una intervención de tipo multifamiliar con 6 familias, con seguimiento en Hospital de Día durante un año tras hospitalización

completa mostrando según los autores de este original en alemán efectividad de dicha intervención [407].

En Estados Unidos el año 2019 Menzel comunica el tratamiento exitoso de ARFID en tratamiento diurno para niños de entre 7 y 13 años, 6 horas al día cinco días a la semana, con una versión inferior de 3 horas al día cinco días a la semana, mediant FBT adaptada a ARFID y CBT, indicando la utilidad para algunos casos de realizar una intervención intensiva y limitada en el tiempo [408].

Para el mismo año 2019 Martin-Wagar y colaboradores publican otro estudio sobre predictores de recuperación de peso en un programa de Hospital de Día con FBT para adolescentes con Anorexia Nerviosa con 87 participantes, consideran que es clave centrarse en la recuperación de peso durante la FBT las cuatro primeras semanas de tratamiento, empoderando para ello a las familias, indican la estancia media fue de 43.79 días con una ganancia media de 1.97 libras a la semana [409].

La revisión Cochrane de 2019 comparó diversas modalidades de tratamiento alternativas a la hospitalización completa para TCA, incluyendo la hospitalización parcial entre ellas, incluyeron finalmente 5 estudios representando más de 500 pacientes en total (Crisp, Gowers, Herpertz-Dahlmann, Madden, Zeeck), concluyendo que no existía evidencia suficiente para recomendar que encuadre de tratamiento era superior [410].

Reilly y colaboradores por su parte consideran que los estudios precedentes adolecían de un tamaño muestral pequeño, con seguimientos a corto plazo y la tendencia a centrarse en síntomas de tipo restrictivo, por lo cual diseñan y publican en 2019 un nuevo estudio sobre Hospital de Día para adolescentes con TCA, aplicando FBT y DBT durante 6-10 horas al día y 6 días a la semana (deescalando con mejoría a ambulatorio intensivo de 3 horas al día y 3-4 días a la semana). La muestra fue de 265 pacientes y varias etapas de seguimiento. Siendo el estudio publicado finalmente en 2020,

globalmente los síntomas alimentarios mejoraron desde el ingreso al alta (percentil de índice de masa corporal, *Eating Disorder Examination-Questionnaire*), sin cambios posteriores durante el seguimiento, mientras que la ansiedad y depresión (*State Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory*) además de reducirse durante el tratamiento en HD continuaron su reducción en el seguimiento. Mostrando así mejoría en los síntomas cognitivos y conductuales mantenida en el tiempo [411].

También en 2020 y en Estados Unidos, Van Huysse y colaboradores publican un estudio observacional sobre adolescentes con Anorexia Nerviosa en un Programa de Hospitalización Parcial basado en intervención familiar (FBT, manualizado por Lock y Le Grange). Indican que aunque no todos principios manualizados de FBT pueden ser aplicados al tratamiento en régimen de Hospital de Día, sí pueden ser adaptados al mismo, de hecho citan un estudio de Hoste en 2015 y una revisión sistemática de 2017 de Richards conforme los Programas de Hospitalización Parcial incluyan en sus protocolos de forma integrada estrategias de FBT. De esta forma, realizaron un estudio con n=70 de tipo observacional y con edades entre 10 y 19 años de edad, con un programa establecido en 6 horas diarias, refiriendo mejoría indicando que la recuperación temprana de peso predice la respuesta al tratamiento [412].

De nuevo el grupo de Rienecke ha publicado en 2020 una comunicación de tres casos sobre los resultados de la adaptación de la FBT de su programa en Hospital de Día para adolescentes con ARFID, con una introducción más gradual de los alimentos que para los casos de Anorexia Nerviosa pero incrementada más rápidamente para el caso los alimentos que ya tomaban antes del inicio del trastorno, los autores describen en el artículo los detalles acerca de estas adaptaciones para ARFID e informan que los tres casos respondieron al tratamiento [413], por su parte Bergquist desde Duke ha comunicado también en 2020 a propósito de un caso el tratamiento de la comorbilidad en TCA para niños y adolescentes, que es estimada entre un 55-88%, en régimen de hospitalización parcial, indicando que

realizan mediciones de resultados para evaluar la calidad de cuidados y encontrando que el Hospital de Día es una parte necesaria de la continuidad de cuidados de los trastornos alimentarios y la patología comórbida [414].

En el caso de España, en 2002 Pedreira Massa relataba un total de 13 pacientes de género femenino en Hospital de Día con una edad media de 14.9 años donde todos los casos estaban diagnosticados de TCA (61.5% Anorexia Nerviosa y 38.5% No especificado). Tras la estancia el autor indica que los diagnósticos variaron, con 84.6% poseían códigos Z de la CIE-10 como factores desencadenantes, acompañantes o de mantenimiento; mientras que un 61.5% de cuadros depresivos; un 46.2 % para trastornos de personalidad y 15.4% para trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la vinculación y trastornos histéricos e histeriformes; en opinión de los autores de dicha comunicación la trascendencia del diagnóstico psicopatológico de base o estructural hacía que considerasen al TCA como "patoplastia" de esos trastornos no utilizando el concepto de comorbilidad (con esta premisa el TCA pasaría a representar la categoría TCA acompañante de otro proceso psicopatológico); también indican que todos los casos precisaron un tratamiento continuado de tipo integrado psicoterapéutico grupal y psicofarmacológico, en algo más de la mitad de los casos tratamiento psicoterapéutico individual y un tercio terapia familiar [102]. También durante esos años realizaron sendas aportaciones sobre TCA y Hospital de Día Morandé en 2001 [415] y Díaz-Atienza en 2005 [80].

En Barcelona el año 2011 Lázaro y otros evaluaron de forma naturalística la autoestima y habilidades sociales en 161 adolescentes que acudían a un grupo de terapia específico en un programa de Hospital de Día para trastornos alimentarios; con horario de 14 a 20:30h de Lunes a Viernes durante un mínimo de dos meses, mostrando tanto el grupo restrictivo como el bulímico mejoría en sus percepciones de apariencia física, autoconcepto relativo a peso y figura y hacia los demás, satisfacción, aislamiento social y liderazgo;

concluyendo que los grupos diseñados específicamente para trabajar estos aspectos en TCA pueden ser útiles [416].

Graell y otros comunican en 2013 un estudio en el ámbito de Hospital de Día sobre cambios diagnósticos en TCA e inicio temprano (de 6 a 13 años de edad) en relación a DSM-5, mediante un estudio retrospectivo sobre 250 pacientes atendidos en HD Niño Jesús, mostrando una comorbilidad de tipo ansiosa en el 21.6%, afectiva en el 20.2%, oposicionista-desafiante el 5.2%, TDAH 4,2% y TOC el 3.8%; encontrando los siguientes diagnósticos DSM-5: Anorexia Nerviosa Restrictiva 46.3% y Purgativa 6.2%, Trastorno Evitativo-Restrictivo de la Ingesta Alimentaria (ARFID) 35.1%, Trastorno de Alimentación No Especificado 11.6 %, Bulimia Nerviosa 0.8%, considerando que dicha clasificación era más específica que las anteriormente utilizadas para dicha población [417]. Martinez Cantarero y otros del mismo equipo comunicaron resultados de pacientes ingresados en dicho HD de TCA considerando en base a los mismos que este dispositivo reducía la estancia media tras la hospitalización a tiempo completo (de la que procedían el 90 % de los pacientes), consiguiendo reducción de costes, incorporación con mayor rapidez al medio habitual, mayor intervención familiar, renutrición - estabilización del IMC del paciente y también mejor pronóstico [418]. Un año antes habían realizado otra comunicación acerca del impacto de la crisis contemporánea en un dispositivo intermedio como es el Hospital de Día, con una ligera disminución de la demanda de TCA con menor número de tipo restrictivo a la par de mayor de formas no especificadas y de evolución resistente, que relacionaron con los contextos de progreso social [419].

También en 2013 Lara y colaboradores comunicaron desde el Hospital de Día Infanto-Juvenil de Manresa los cambios acontecidos al cabo de una década en la asistencia en dicho recurso, valorando 120 pacientes atendidos, indicando un menor tiempo de estancia media de 69 días a 50.5 días y entre los motivos de consulta un aumento de los trastornos de por conductas perturbadoras respecto a los trastornos de la conducta alimentaria [420].

En 2014 Laura Cañas comunica una revisión acerca de programas de hospitalización parcial para TCA en niños y adolescentes, refiriendo que dichos programas solían incluir los subtipos de TCA con planes de tratamiento tanto a nivel individual como grupal y de intervención familiar, con tamaños grupales variables de 6 - 20 pacientes, de 4 - 7 días a la semana durante entre 1 mes y 9 meses, el objetivo de recuperación ponderal estaba entre 400g y 1 kg a la semana, con diversas orientaciones teóricas como psicodinámica, cognitivo-conductual y sistémica, después comparándolas con su propio programa [421].

En el año 2019 Sara Yamamoto y otros en el Congreso de AEPNYA publican a propósito de un caso de Trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta con comorbilidad ansiosa y depresiva tratado exitosamente en Hospital de Día [422].

Sobre nuevos avances en este ámbito en nuestro medio, el año 2020 Eduardo Serrano y su equipo del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona publican un estudio sobre la efectividad y las características del que definen como un nuevo modelo intensivo de tratamiento diurno de 11 horas (8:45h a 19:45h durante los días de semana, manteniendo un día en el que acuden a su escuela habitual), indicando los propios autores que hasta entonces no se había publicado ningún estudio similar en toda la literatura. Se trata de un estudio naturalístico longitudinal con una n de 77 pacientes, mostrando efectividad en recuperación del peso, evitación de ingresos a tiempo completo y reducción del tiempo de estancia media, indicando se trata de un recurso eficaz respecto a la hospitalización completa para los casos de Anorexia Nerviosa Moderada a Grave y con consideraciones favorables de tipo coste-efectividad [423].

Entre otras nuevas direcciones destacar el estudio de Hospital Niño Jesús de Graell y colaboradores, publicado en Junio de 2020, que describe las adaptaciones de tipo Telepsiquiatría realizadas tanto para pacientes ambulatorios (n=338) como para pacientes en Hospital

de Día Infanto-Juvenil (n=27, siendo escolares 13 y adolescentes 14) relativas a la pandemia Covid-19. Realizaron 1818 consultas, de las mismas un 73% por teléfono o videoconferencia, con un 41.9% de pacientes con reactivación de sintomatología durante el confinamiento. Establecen que la Telepsiquiatría se ha mostrado como un método de establecer la continuidad de cuidados para pacientes con TCA, establecen la dificultad para monitorización de salud física por esta vía (control del peso), si bien para el caso del Hospital de Día durante el confinamiento esto representó un desafío para los profesionales pues presentaban mayor gravedad e inestabilidad requieriendo más consultas y mayor riesgo de ingreso, no apreciando menor necesidad de ingreso hospitalario a tiempo completo en el período [424]. Recientemente, en Octubre de 2020 en Estados Unidos Baweja y colaboradores han publicado una iniciativa muy similar en respuesta a la pandemia [425].

5.3.4.8 Trastornos de la Personalidad

Como ya hemos indicado, los Trastornos de la Personalidad pueden considerarse o no criterios de exclusión según el tipo de dispositivo (especialmente tipo límite) pues si bien existe evidencia de que se pueden beneficiar de Hospital de Día especialmente en el caso de pacientes en edad adulta como ya hemos citado [69, 70], la presencia de este tipo de pacientes junto con pacientes psicóticos u otras patología severas puede dificultar el trabajo terapéutico [59]. Existe controversia respecto en cuanto al propio diagnóstico en adolescentes de Trastorno de la Personalidad cuando existen rasgos desadaptativos de la personalidad como ha citado el estudio de casos de TMG en la infancia y adolescencia de Ramos y otros en 2009 [37]. A su vez esto alcanza mayor grado de discusión en lo relativo al tipo límite como han señalado concretamente Miller y otros en 2008 [279]. Es preciso diferenciar lo que ha considerado la escuela francesa como trastornos de la personalidad y estructura de tipo límite (patologías de la personalidad fuera de la psicosis y de la neurosis dentro de la Clasificación Francesa de los Trastornos del niño y adolescente; CFTMEA [201, 202, 313]) de la concepción diagnóstica más ampliamente

utilizada en la actualidad al referirse a este término y que suele referirse a los manuales diagnósticos CIE [426] y DSM [132, 326]. Se ha considerado que la primera es preferible en cuanto es un sistema más flexible y valora más los aspectos evolutivos y de continuidad, pero puede ser inferior a las otras en cuanto a objetividad y operatividad dada su mayor difusión internacional pese a ser más rígidas y simplistas [35], de ahí el uso generalizado de estas últimas.

Respecto a la conceptualización en concreto del Trastorno Límite de la Personalidad, se ha explicado que el debate de incluir o no el TLP dentro de los TMG es una cuestión que se repite en los debates de los especialistas en el tema; por un lado quienes tienen el criterio de considerarlo un trastorno estructural en la organización de la personalidad infantil optan por considerar su continuidad y gravedad evolutiva y por ello lo consideran como TMG diagnosticable desde la infancia; por otra quienes se ciñen a los criterios CIE que excluye el diagnóstico por debajo de los 16-18 años y piensan que el diagnóstico de trastornos de la personalidad no es posible a estas edades por estar sometido a muchas variables influyentes en el desarrollo, también quienes optan por un diagnóstico sintomático [38,] esta controversia se halla en el segundo capítulo del libro de la AEN sobre TMG en infancia y adolescencia, suscrito por Alcamí, Ortiz y Terán [35]. Las similitudes entre la adolescencia y el trastorno límite de la personalidad han sido señaladas entre otros por Braconnier (sensibilidad a las críticas y a los rechazos, rabia, llamadas de atención); que ha escrito que el adolescente contemporáneo dado su funcionamiento psíquico recuerda en no pocos aspectos a las "organizaciones límites" de la personalidad; asimismo, podemos observar adolescentes con un estado límite parecido al de los adultos [264]. El que este proceso llegue a generar problemas va a depender no sólo de la fuerza inherente de las estructuras psíquicas del adolescente sino también de la capacidad del medio para contener esa menor capacidad de mentalización, siguiendo a Claret Rovira [140].

El año 2007, desde Montreal (Canadá), Zelkowitz y otros

publicaron un estudio comparativo de seguimiento a cinco años sobre 59 pacientes tratados en el Hospital de Día Psiquiátrico Infantil con patología límite de la infancia, aquellos en el grupo que presentaba patología límite de la infancia mostraron un funcionamiento más pobre y continuando su riesgo de psicopatología en la adolescencia [427].

Dentro del apartado previamente expuesto en el trabajo sobre la terapia cognitivo-conductual en marco de terapia grupal para población adolescente, ya nos hemos referido en varias ocasiones al programa para el tratamiento ambulatorio intensivo (TAI) de adolescentes con inestabilidad emocional grave, desarrollado en el Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid (ATRAPA) [126]. Soriano Sala en 2016 ha publicado un artículo, previamente presentado en las IV Jornadas Intensivas de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con niños y adolescentes, sobre la experiencia terapéutica en el Hospital de Día Sant Pere Claver con trastorno límite de la personalidad, que ha incluido como útil un protocolo en caso de conducta agresiva dentro del Hospital de Día (tema este al que ya nos hemos referido anteriormente), y considera que el equipo de profesionales ha de convertirse en un espacio transicional en el que pueda irse desplegando sus relaciones y haciendo un giro de lo patológico hacia lo sano [428].

En 2017, Maya Krischer y colaboradores publican un estudio piloto clínico prospectivo controlado en Colonia en un entorno de tratamiento diurno para adolescentes, original en alemán, con una muestra de 32 adolescentes, con psicoterapia diaria de tipo terapia focalizada en la transferencia durante entre 12 y 22 semanas, con medición de resultados al inicio y finalización del tratamiento. Los principales diagnósticos clínicamente asignados (CIE-10) incluyeron el espectro de trastornos de la personalidad, en particular límite, emocionalmente inestable (65,7%) e impulsivo (3,1%), ansioso-evitativo (28,1%), seguido de otros trastornos emocionales en la infancia (3,1%), mientras que como segundo diagnóstico, la mayoría consistente en un episodio depresivo moderado (78,3%). En el 28,5%

existía una enfermedad mental en los padres y el 74,3% de los adolescentes tenían historia previa de al menos un ingreso hospitalario a tiempo completo. Los autores encontraban indicios de un tratamiento eficaz, en el que tanto los síntomas nucleares como los problemas interpersonales podían reducirse y mejorar mediante la psicoterapia centrada en la transferencia, además de un paso posterior favorable al tratamiento ambulatorio, además de una reducción en los ingresos hospitalarios a tiempo completo [429].

5.3.4.9 Miscelánea

Expuestos estos casos agrupados por diagnóstico que pueden ser candidatos a Hospital de Día, la literatura también hace referencia a la posible inclusión de casos que precisen una observación clínica continuada, bien para establecer diagnóstico diferencial [55]; la estancia en este tipo de dispositivos permite una observación clínica atenta y detallada pues el HDP-IA permite una gran cantidad y variedad de interacciones, así como la posibilidad de poder acceder a esclarecerlas en el momento en que éstas se producen [59], también para ajuste farmacológico, o por otros condicionantes; así como puntualmente a pacientes que evolucionan favorablemente en régimen ambulatorio, pero que podían beneficiarse de un determinado programa de Hospital de Día, en casos de disfunción familiar relevante que haga difícil cumplir las pautas dadas en régimen ambulatorio, en caso de un marcado deterioro del ambiente del menor, se valorará si el paciente es susceptible de la intervención.

El estudio de Kiser entre 114 pacientes encontró un predominio de trastornos de conducta 37%, trastornos afectivos 26%, ansiedad 30%, psicosis 3%, miscelánea 4%, si bien la edad media de los pacientes atendidos como hemos indicado era menor (11.6 años) [223], lo cual puede condicionar dicha distribución respecto a otros estudios en adolescentes.

El estudio de Briggs en Hospital de Día de Adolescentes de Winnipeg entre 1993 y 1996 mostró unos diagnósticos principales de Depresión (33%), Trastornos de tipo adaptativo (21%), Distimia (21%), y Trastorno de conducta (15%), y otros como personalidad límite, narcisística y trastornos de ansiedad; hallaron que los pacientes con trastornos afectivos y trastornos de conducta se beneficiaban más del programa que aquellos con personalidad límite o trastornos adaptativos [75].

El estudio de Thatte en Hospital de Día de Ottawa informaba a la admisión por DSM-IV-TR de 7.3% Esquizofrenia, 5.5% Trastorno Esquizoafectivo, 3.6% Trastorno Bipolar, 7.3% de Episodio maníaco/hipomaníaco, 80% de Episodios depresivos o distímicos; 40% Fobia Social, 20% Trastorno de Ansiedad Generalizada, 10.9% TOC, 12.7% Trastorno por Estrés Postraumático, 12.7% TDAH, 10.8% Trastorno Negativista Desafiante, 20% Abuso de Sustancias, dicho estudio excluía TEA y TCA. Esta situación de que la suma de diagnósticos exceda muy ampliamente el 100% se puede explicar debida a una alta comorbilidad y/o codificación diagnóstica secundaria; así al leer dicho estudio encontramos que el autor detalle que tenían un único diagnóstico únicamente el 14.5% de los pacientes, mientras que un 29.1% tenían dos, el 45.5% tenían tres, y un 10.9% tenían cuatro diagnósticos. Esto imposibilitó a los autores el análisis estadístico desde el punto de vista diagnóstico al tener más del 80% de los pacientes más de uno, señalaron que éste no es un hallazgo inesperado en un entorno de atención terciaria y que son necesarios más estudios al respecto [156].

Calvo y colaboradores en 2015 estudiaron los efectos beneficiosos de un programa para adolescentes con psicosis de inicio precoz y sus familias en un seguimiento a dos años (programa PIENSA) incluyendo 55 pacientes en dos grupos (espectro de la esquizofrenia (33.3 - 42.9%), psicosis afectivas (25.9 - 32.1%), otras psicosis (40.7 - 25.0%) [199].

El estudio de Martín Bayón de 2009 ya citado en un Hospital de Día para adolescentes, en cuanto a diagnósticos citan: Trastornos depresivos (35,13%). Trastornos conducta alimentaria (24,32%). Trastornos de conducta (21,62%). Trastornos obsesivo-compulsivo (13,51%). Trastornos psicóticos y Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) (13,51%). Trastornos de personalidad (62,16%). Trastornos límite de personalidad (36,49%) [236]. Al igual que en Thatte aunque en bastante menor grado aparece un porcentaje mayor al 100% en diagnósticos de eje I (108.09%) que implica la existencia de más de uno de estos diagnósticos en los pacientes, así como un porcentaje de pacientes en torno al 60% con diagnóstico en eje I y eje II DSM-IV.

En 2016 Jose María Martín Jiménez comunica en relación al Hospital de Día de Las Palmas que tras revisar el período entre el año 2007 y 2013 los diagnósticos más frecuentemente derivados al Hospital de Día fueron los trastornos del espectro del autismo, los trastornos psicóticos y los trastornos afectivos [430]. Mientras que en 2019, en el marco del 63º Congreso de AEPNYA, Sabrina González y otros refieren sobre 49 pacientes atendidos en el Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria, con media de edad 11.27 años, 71.4% varones, estancia media de 25.53 meses, con diagnósticos como Trastornos del Desarrollo (55.1%), Trastornos Psicoóticos (14.3%), Trastorno del Comportamiento y las emociones de comienzo en la infancia (10.2%), Discapacidad Intelectual, Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad (4.1%), Trastornos de personalidad y comportamiento (2%), con un cumplimiento total de paso a tratamiento ambulatorio del 38.8%, mientras que un 14.3 % no se vincularon tras Alta al CSM [431].

Sobre el tratamiento farmacológico, siguiendo los datos del Hospital de Día de Ottawa, Thatte informaba en 2013 que un 78.2% de los adolescentes recibían al menos un tratamiento farmacológico como parte del tratamiento (47.3% antidepresivos, 21.8% antipsicótico, 5.5% estimulantes, 1.8% estabilizadores del humor, y 1.8% otra medicación), y abundaba en que entre los que recibían

tratamiento farmacológico 58.2% tomaban dos, 18.2% tres y 1.8% cuatro medicaciones [229]. Desde el Hospital de Día Infanto-Juvenil de Castellón dos años antes referían sobre 13 pacientes atendidos que un 92% tenía pautada medicación con fármacos antipsicóticos, un 46% estabilizadores del ánimo, un 46 % antidepresivos y un 38.5% Metilfenidato / Atomoxetina [432]. Para el caso de psicosis no afectivas en adolescentes el metaanálisis de Stentebjerg que indicó a nivel basal que el 92% de los pacientes tenían pautado tratamiento farmacológico (10 estudios), así como el 81.7% en el seguimiento (4 estudios); sobre comedicación informaban basalmente de un 19.5% para antidepresivos y 24.3% de eutimizantes [196]. Lee y colaboradores en 2018 para el caso de su programa de hospitalización parcial para niños pequeños con psicopatología grave, realizaron un estudio sobre efectos adversos contando con 172 niños entre 3 y 7 años de edad, encontrando que el 78% tenían prescritas medicaciones psiquiátricas (58% alfa-agonistas, 46% antidepresivos, 25% antipsicóticos atípicos) [433].

5.3.5 Funcionamiento global

Ya hemos señalado previamente que hay acuerdo en cuanto a los Hospitales de Día como dispositivos eficaces para el tratamiento de distintas patologías en niños y adolescentes [211], y existe escasa literatura con pocos estudios de seguimiento publicados [33]. Debido a su heterogeneidad, pocos programas de tratamiento en régimen de día permitirían la realización de evaluaciones e investigación, con la dificultad de hacer generalizaciones [92], además de las dificultades relacionadas con la constitución un grupo control que ya hemos descrito con anterioridad [65].

Hemos señalado que las puntuaciones de la CGAS se relacionan con el nivel de competencia funcional de los niños [315], así como una buena medida para los cambios a través del tiempo [186].

Un estudio realizado en Suecia por Gezelius y otros en el año 2016 sobre tratamiento intensivo extrahospitalario para adolescentes

con trastornos alimentarios con 32 pacientes con una edad media de 15.6 años de edad y predominio de género femenino, encontrando una correlación positiva entre el CGAS y el autoconcepto. La escala CGAS pasó de una media de 51.1 (+/- 2.2) antes de iniciar el tratamiento a 69.7 (+/- 2.3) a la finalización, mostrándose como un cambio estadísticamente significativo [188], en este caso hay 18.6 puntos de diferencia (69.7 - 51.1).

Dentro de la intervención intensiva para cuadros psicóticos en nuestro medio destacamos nuevamente el estudio de Calvo y colaboradores en 2015, donde se estudiaron los efectos beneficiosos de un programa para adolescentes con psicosis de inicio precoz y sus familias en un seguimiento a dos años (programa PIENSA), incluyendo 55 pacientes (espectro de la esquizofrenia, psicosis afectivas, otras psicosis) y comparando una intervención con grupo psicoeducativo estructurado respecto a otra no estructurada, con una edad media de 15.6 años, respecto a la escala CGAS basal 64.37 en uno de los grupos y 58.46 en otro, posteriormente 73.92 para uno de los grupos y 66.31 para el otro, en el seguimiento 74.05 y 70.67; lo cual supone una mejoría de 9.68 en un grupo y 12.21 en el otro [340] y hasta el 83.6% de los pacientes se encontraban hospitalizados en un departamento de psiquiatría infantil (el CGAS al ingreso fue de 33.49 +/- 14.836, al alta de 66.66 +/- 19.307). Por otra parte, para el estudio en España sobre primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes (CAFEPS), con primera publicación de 2007 por parte de Castro Fornieles y otros; el 83.6% de los pacientes se encontraban hospitalizados en un departamento de psiquiatría infantil en la primera valoración; el CGAS al ingreso fue de 33.49 (+/- 14.836) y al alta de 66.66 (+/- 19.307) [434]. Ambos estudios están dentro del metaanálisis que referimos en el próximo párrafo.

El metaanálisis de Stentebjerg-Olesen de 2016 trata sobre los trastornos del espectro de la esquizofrenia de inicio temprano (*Schizophrenia Spectrum Psychosis, EOS*), que implican un inicio de síntomas psicóticos antes de los 18 años de edad, decidiendo dichos

autores realizar una revisión sistemática de las características clínicas, trayectorias diagnósticas y predictores de gravedad y pronóstico. Revisaron para ello 1203 estudios desde 1990 a 2014, quedando 195 estudios para una segunda revisión donde valoraron que incluyesen: al menos un 50% de los participantes con diagnóstico de psicosis no afectivas, la edad media basal debía ser menor a 19 años, procedentes de servicios de Salud Mental, diseño no retrospectivo, mínimo de 20 participantes al inicio, instrumentos de evaluación estandarizados, recuento de síntomas psicóticos, no restricciones por puntuación en psicopatología y haber sido publicados en lengua inglesa; quedando finalmente 35 estudios correspondientes con un total de 1506 pacientes. Debemos precisar que el funcionamiento global es ofrecido conjuntamente para la escala CGAS y GAF pues los estudios que revisaron utilizaban una u otra escala. A nivel basal para estudios con seguimiento el valor fue de 38.1 (+/- 10.1) y posteriormente al finalizar la intervención de 63.8 (+/- 9.0), teniendo dicha mejoría significación estadística [196].

También se puede realizar una comparación con un estudio de hospitalización completa como el de Sourander y otros en Finlandia, donde valoraron 50 pacientes admitidos de forma consecutiva a un programa de tratamiento intensivo hospitalario (hospitalización completa de corta estancia) en el año 1996 con una media de 10.1 años de edad, predominio masculino en cuatro de cada cinco pacientes y una estancia media de 33 días, donde el valor de la CGAS al ingreso fue considerado el factor predictor de buena respuesta posterior más importante; en la línea de la bibliografía existente que los autores citan los pacientes menos graves son aquellos que experimentan mayor mejoría. No encontraron diferencias significativas en cuanto a género, edad ni estructura familiar. En la evaluación incluyeron la escala CGAS en 47 pacientes a la admisión (media de 38.0 con desviación de 7.2), al alta (media = 55.2, desviación = 8.5), a los 5 meses (media = 54.5, desviación = 11.9), a los 12 meses (60.6 y desviación de 11.6) [318] y posteriormente el mismo autor principal publica en 1998 el seguimiento a tres años (media = 62.3, desviación = 10.6) [436], así pues el aumento de CGAS

entre la admisión y el alta fue de 16.5 puntos de media (54.5 - 38.0), llegando a suponer una elevación de 24.3 puntos (62.3 - 38.0) si consideramos el seguimiento a tres años.

En el estudio de Martín Bayón en Hospital de Día de adolescentes publicado en 2009, la gravedad fue determinada por la escala de funcionamiento global (GAF, como hemos referido previamente un instrumento similar al CGAS), que era de 32.5 al ingreso, lo que supone un deterioro importante en varias áreas, al alta la media obtenida fue de 59.42 ; lo cual supone que el 75% de los pacientes fueron dados de alta sin síntomas graves, e incluso algo menos del 40% fueron dados de alta sin síntomas o con síntomas leves [236], así pues la mejoría fue de 26.92 puntos en dicha escala (59.42 - 32.5).

5.3.6 Clínica y Psicopatología

El metaanálisis referido previamente sobre los trastornos del espectro de la esquizofrenia de inicio temprano (*Schizophrenia Spectrum Psychosis, EOS*) realizado por Stentebjerg-Olesen y otros [196], también se refiere a las escalas positiva, negativa y total de la PANSS. Dentro de los estudios con seguimiento, cuya media fue de 2.2 años, los valores basales fueron: PANSS total fue de 84.5 (+/- 10.8), PANSS positiva de 19.4 (+/- 4.4), PANSS negativa de 20.2 (+/- 2.9) y PANSS general de 42.4 (+/- 7.3). Los resultados del seguimiento fueron: PANSS total de 60.8 (+/- 6.1), PANSS positiva de 12.4 (+/- 2.0), PANSS negativa de 16.6 (+/- 2.4) y PANSS general de 30.8 (+/- 2.7) [196].

En el estudio en España sobre primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes (CAFEPS), con primera publicación de 2007 ya mencionada por parte de Castro Fornieles, y otros [434], fue un estudio multicéntrico de dos años de duración (2003-2005) sobre 110 pacientes de edades entre 9 y 17 años; la PANSS mostró los siguientes resultados publicados por Parellada y otros en 2015: dimensión total

89.0 (+/- 20.1), positiva 23.8 (+/- 6.5), negativa 20.0 (+/- 8.8), y general 45.0 (+/- 10.6). La evaluación de factores predictores acerca de resultados funcionales y clínicos en psicosis de inicio temprano realizado por los mismos autores en 2015 acerca del mismo estudio CAFEPS mostró los siguientes resultados: PANSS total fue de 88.830 (+/- 20.89), PANSS positiva de 23.976 (+/- 6.12), PANSS negativa de 20.085 (+/- 9.191) y PANSS general de 44.768 (+/- 11.2). Los resultados del seguimiento fueron: PANSS total de 56.768 (+/- 21.681), PANSS positiva de 12.292 (+/- 6.181), PANSS negativa de 15.988 (+/- 7.736) y PANSS general de 28.488 (+/- 10.795) [437].

El estudio de Calvo y colaboradores de 2015 sobre programa para adolescentes con psicosis de inicio precoz (programa PIENSA), también utilizó la PANSS, con mejoría tanto en su escala de síntomas positivos como negativos para el grupo que recibió la intervención, además de reducir la frecuencia de visitas a los servicios de urgencias en esos pacientes. El programa mostró basalmente para la intervención psicoeducativa y la no estructurada respectivamente: PANSS-Total 61.85 (23.37) y 69.00 (27.71); PANSS-P 14.77 (8.22) y 16.92 (9.10); PANSS-N 16.55 (7.27) y 17.03 (7.42); PANSS-PG 30.51 (11.16) y 34.55 (14.67); y al final del tratamiento: PANSS-Total 50.29 (19.28, significativo) y 55.35 (17.39, significativo); PANSS-P 10.72 (14.33) y 11.77 (3.93); PANSS-N 12.84 (7.87) y 15.81 (6.37); PANSS-PG 26.20 (8.42, significativo) y 27.69 (8.66), posteriormente completaron estos datos con un seguimiento a dos años [199].

Pelizza y colaboradores en Octubre de 2017 han publicado para el caso de 90 adolescentes de 13 a 19 años en riesgo "ultra-alto" de psicosis un estudio de prevalencia, psicopatología y transición en el cual utilizan la PANSS, tanto para el caso de Esquizofrenia como para cuadros psicóticos en adolescentes de alto riesgo que presenten pródromos o síntomas psicóticos no especificados aún cuando no cumplan criterios diagnósticos de Esquizofrenia, dividiéndolos en tres grupos, aquéllos que no cumplían todos los criterios de riesgo "ultra-alto", aquellos que sí cumplían dichos criterios; y aquéllos con un primer episodio psicótico según DSM-IV-TR; el valor de CGAS fue

de 55.84 (1.41) para el grupo UHR - de 43 pacientes, 46.56 (7.53) para el grupo UHR + de 25 pacientes y 36.95 (9.82) para el grupo FEP de 11 pacientes. La PANSS positiva fue de 4.51 (4.14), 15.52 (6.39) y 27.64 (15.15) [200].

5.3.7 Habilidades sociales y autoconcepto

No existen referencias a la utilización de escalas como la AF5 y EHS para la evaluación de los resultados de los Hospitales de Día, si bien estas escalas podrían plantearse como una opción para medir el cambio en las habilidades sociales y autoconcepto, realizando una estimación al ingreso y posteriormente al alta, así como al realizar un posterior seguimiento.

Bakker y Rubiales en 2012 publican resultados en Argentina que hallaron en la evaluación de autoconcepto de niños con TDAH entre 8 y 14 años con predominio masculino, retrospectivo y con grupo control, por utilizando el AF5, dichos autores decidieron simplificar la escala original en una Likert de 4 valores (de "nunca" a "siempre"), obteniendo: Académica 2.97, Social 3.10, Emocional 3.09, Familiar 3.78, Física 2.80 y Total 3.15 para un grupo control apareado; mientras que para su muestra con TDAH hallaron: Académica 2.54, Social 3.09, Emocional 2.52, Familiar 3.16, Física 3.01, Total 2.86; siendo estas diferencias significativas para la dimensión tanto total como emocional [206].

Gutiérrez y Carmona en 2015 en España, en una muestra de 142 alumnos que cursaban Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) en siete centros de Educación Secundaria, utilizan varias escalas como la AF5 y EHS antes y después de la intervención con dichos adolescentes al considerar dichos autores las dificultades que mostraban en su respuesta socioemocional, refiriendo continuas conductas de riesgo y falta de destreza para evitar comportamientos conflictivos; encontrando en total 5.83 - 5.95 (0.69), 7.77-7.65 (0.55),

6.19-5.82(0.16), 7.89-7.92 (0.89), 6.43-6.70 (0.33), no hallando significación estadística en dichas dimensiones; para la EHS los valores fueron: Autoexpresión en situaciones sociales 22.98-23.30, Defensa de los propios derechos como consumidor 14.50-14.90, Expresión de enfado o disconformidad 11.14-11.32, Decir no y cortar interacciones 16.50-17.25, Hacer peticiones 13.99-13.62, Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto 13.53-13.71; Total = 92.67-94.32; sin significación estadística [203].

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.4 LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS

Como limitaciones de los estudios hemos de volver a indicar en primer lugar que muchos de ellos adolecen de la falta de un grupo control [65, 137]; no se produce una aleatorización ni se puede comparar un grupo con otro, sino que cada paciente es su propio control en muchos de ellos [85, 94].

En segundo lugar la existencia de discontinuadores del tratamiento, por lo que pueden darse diferencias significativas en cuanto a datos demográficos, diagnóstico o nivel de deterioro funcional. La discontinuidad de tratamiento o abandonos es una situación frecuente específicamente para los estudios de hospitalización parcial, como ha referido Tasca [438] y más ampliamente para el caso de los estudios clínicos de resultados, como han señalado Wierzbicki y Pekarik [439].

En tercer lugar, en todos los estudios naturalísticos de tipo prospectivo el evaluador conocía perfectamente el momento del proceso terapéutico (ingreso, alta), lo cual podría condicionar de alguna manera de forma subjetiva la evaluación al no tratarse de un evaluador externo sino de integrante del programa. Estas tres primeras limitaciones que hemos referido han sido señaladas específicamente por Thatte en su artículo [156].

Otra de las cuestiones en cuanto a los estudios revisados, que podemos referir como cuarta limitación, es que falta en el diseño de muchos de ellos el haber planteado un seguimiento tras el alta que permitiese comprobar si la mejoría observada se mantiene a lo largo del tiempo una vez que el programa ha finalizado, este aspecto lo ha reflejado otros Kennair [230].

Como quinto factor criticable es el considerar que realizar un diseño de antes y después de la intervención no es el más adecuado para valorar las intervenciones de efectividad, pues en la adolescencia

los cambios de comportamiento son esperables, esta crítica amplia la han señalado Weir y Bidwell, que por ello consideran la mayor parte de los estudios como "no controlados" y grado de evidencia II-3 [137].

Granello abunda en esta opinión crítica comentando que los estudios naturalísticos pueden ser comprometidos en su validez interna debido a la maduración; puesto que el paso del tiempo puede tener un efecto positivo en la evolución clínica; y tampoco tienen en cuenta la resiliencia, procesos de recuperación naturales u otras variables que puedan influir en reducir la sintomatología [212].

Podemos comentar también la influencia de factores externos a la terapia, Lambert y Barley realizaron una revisión en 2001 sobre resultados en psicoterapia prestando atención a factores comunes incluyendo relación terapéutica, calidez, empatía; realizando la estimación de que un 40% de los resultados en terapia se debería a factores extraterapéuticos, hasta un 30% a dichos factores comunes y un 15% respectivamente atribuible a terapia específica y relacionado con expectativas, respectivamente [440].

Otra limitación es que varios de los estudios analizados tenían un tamaño muestral relativamente bajo, condicionando el poder estadístico, esto como ya se ha expuesto se puede explicar en parte por la limitación de plazas propia de los Hospitales de Día.

Un factor fundamental que limita cualquier estudio comparativo es la mencionada gran heterogeneidad de las intervenciones en Hospital de Día a nivel mundial que conlleva la dificultad de hacer generalizaciones de un centro a otro dada la variedad de tratamientos que existen en régimen de día [92] e incluso a lo largo del propio estado español [11, 126].

Creemos que todas estas limitaciones impiden el realizar afirmaciones taxativas. De todas formas, la revisión bibliográfica realizada abarca muchos años y programas de hospitalización parcial

psiquiátrica de niños y adolescentes, que conducen a las conclusiones que citaremos a continuación respecto a su efectividad.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

6. CONCLUSIONES

1. Podemos afirmar que las intervenciones de programas en régimen de Hospital de Día de Salud Mental proporcionan mejoría a los niños y adolescentes atendidos desde el punto de vista clínico, psicopatológico y de desempeño social de forma análoga a los resultados obtenidos en el caso de los Hospitales de Día para pacientes en la edad adulta, destacando el cuerpo de evidencia para Trastornos de la Conducta Alimentaria y para intervención temprana en Psicosis.

2. Las iniciativas de programas parciales en Hospital de Día y tratamiento ambulatorio intensivo son sostenibles y están respaldadas por la literatura existente como una forma de ampliar la cobertura a niños y adolescentes en los cuales el tratamiento a nivel ambulatorio resulta insuficiente por su patología activa y sus repercusiones a nivel individual, familiar y social.

3. La heterogeneidad de los programas existentes impide establecer una comparación adecuada entre Hospital de Día a tiempo completo y a tiempo parcial, por lo que hemos de destacar la importancia del diseño de nuevos estudios que evalúen su efectividad siguiendo estándares similares.

4. Si bien la calidad de los estudios tomada de forma global no es óptima, sí existe suficiente evidencia para recomendar la implementación de programas de Salud Mental específicos para niños y adolescentes como el Hospital de Día que incidan favorablemente en la salud mental de los pacientes atendidos, asegurando prestaciones efectivas, de calidad y equitativas dentro del Sistema Nacional de Salud, con especial atención a pacientes con Trastorno Mental Grave.

5. Siguen siendo necesarios nuevos estudios de tipo experimental para continuar la evaluación de la efectividad de los Hospitales de Día Infanto-Juveniles y poder disponer de guías clínicas específicas que cuenten con el mayor grado de evidencia científica.

.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

AACAP: *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
AAPH: *American Association of Partial Hospitalization*
ADTU: *Adolescent psychiatric day treatment unit school program*
AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría
AEPNYA: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente
ANSHDA: Asociación de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad
APA: *American Psychiatric Association*
ARFID: *Avoidant restrictive food intake disorder*
ATRAPA: Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia
BOND: *Better Outcomes, New Delivery*
CAFEPS: *The Child and Adolescent First-Episode Psychosis Study*
CAMHS: *Child and Adolescent Mental Health Services*
CASSP :*Child and Adolescent Service System Program*
CBCL: *Child Behavior Checklist*
CCAA: Comunidades Autónomas
CET-HD: Centro Educativo Terapéutico - Hospital de Día
CGAS: *Children Global Assesment Scale*
CI: Cociente Intelectual
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CFTMEA: Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y Adolescente
CSM: Centro de Salud Mental
C-TRF: *Caregiver-Teacher Report Form*
DBT /TDC: Terapia Dialéctico Conductual
DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
DTMF: Dispositivo Terapéutico Multifamiliar
ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado
EEAG: Escala de evaluación de la actividad global
EDEN: *European Day Hospital Evaluation*

EDIC: *Early detection plus integrated care*
EIP: *Early intervention in psychosis*
EOS: *Schizophrenia Spectrum Psychosis*
FBT: *Family Based Treatment*
FEAADAH: Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad
FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
FESPAU: Federación Española de Autismo
GAF: *Global Assessment of Functioning*
GBO: *Goal based outcomes*
HD / HDD: Hospital de Día
HDP: Hospital de Día Psiquiátrico / de Salud Mental
HDP-IA / HDP-NA / HDP-IJ : Hospital de Día Psiquiátrico para Niños y Adolescentes / Infanto - Juvenil
HoNOSCA: *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*
Hot-BITs: *Hometreatment brings inpatient-treatment outside*
INSALUD: Instituto Nacional de la Salud
MIR: Médico Interno Residente
NHS: National Health Service
MBT: *Mentalization-based therapy*
NMT: *Neurosequential Model of Therapeutics*
NRS: *Realty Advisory Service*
ONG: Organización No Gubernamental
OMS: Organización Mundial de la Salud
PEERS: *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills*
PHQ: *Patient Health Questionnaire*
PREEVID: Respuestas basadas en la evidencia
PTI: Programa Terapéutico Individualizado
SATISPSY: *Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire–22*
SED*: Serious Emotional Disturbance*
SNS: Sistema Nacional de Salud
TAI: Tratamiento Ambulatorio Intensivo
TCA: Trastorno de la conducta alimentaria

TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TEA: Trastorno del Espectro Autista
TEACCH: *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*
TGD: Trastorno Generalizado del Desarrollo
TLP: Trastorno límite de la personalidad
TMG: Trastorno Mental Grave
TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo
SEPYPNA: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente
UAT: Unidad de Atención Temprana
USC: Universidade de Santiago de Compostela
UTE: Unidad Terapéutico-Educativa
USMIJ / CSMIJ: Unidad / Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Libro blanco de la Psiquiatría del niño y el adolescente. Arango López, C. (Coord. comité asesor). Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz - Universidad Complutense de Madrid. 2013.

[2] Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013

[3] Costello E, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: I. Methods and public health burden. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2005. 44. 972-986.

[4] Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA et al. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. Acta Psychiatr Scand. 1994. 89. 352-357.

[5] Amminger GP, Harris MG, Conus P et al. Treated incidence of first-episode psychosis in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006. 114. 337-45.

[6] Atlas: Child and adolescent mental resources. Global concerns: implications for the future. World Health Organization (WHO). World Psychiatric Association. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. WHO Library Cataloguing - in - Publication Data. Atlas. ISBN: 924 156304 4. 2005. *http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf*

[7] Birchwood M., Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. British Journal of Psychiatry. 1998. 172. S33.

[8] Crlenjak C, Gee D, Duff C et al. Engaging high suicide risk early psychosis clients via intensive case management. 6th International Conference on Early Psychosis, Melbourne. Early intervention in Psychiatry. 2008. 2. A82.

[9] Killackey E. Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements of recovery. Early intervention in psychiatry. 2009. 3. S17-21.

[10] Buceta Cancela MJ, Calero Taboada DA, Pena Couto C. La unidad de atención temprana de la USC: Asistencia, docencia, investigación, un avanzar hacia el futuro. Autismo, intervención, centros e servizos. Maremagnum. 2013. 17. Autismo Galicia. ISSN. 1698-5966.

[11] Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos Técnicos AEN, 14. ISBN: 978-84-95287-53-3. 2009.

[12] Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del Niño y del adolescente. Ediciones Díaz de Santos. ISBN: 978-84-9969-798-7. 2015.

[13] Ghuman HS, Sarles RM. Handbook of Child and adolescent outpatient, day treatment and community psychiatry. Brunner / Mazel (Taylor & Francis Group). ISBN 0-87630-874-4. 1998.

[14] Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-0556-5. 1973.

[15] Lewis Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook. Martin A, Bloch MH, Volkmar FR (Eds). 4th edition 2007. 5th edition 2017. Lippincott Williams and Wilkins.

[16] Jiménez Casas CL. Nacimiento de la Psiquiatría infantil. Niños salvajes y psiquiatría infantil. Maremagnum. 2012. 16. Autismo Galicia. ISSN 1698-5966.

[17] Domènech Llabería E, Rey Sánchez F, De la Fuente JE. Desarrollo evolutivo normal. En: Manual de Psiquiatría del niño y del Adolescente. Coord: Soutullo Esperón, C., Mardomingo Sanz, M.J. Ed. Panamericana. ISBN: 978-84-9835-333-4. 2010.

[18] Freud S. Obras Completas. Vol. X: Análisis de la fobia de un niño de cinco años (El pequeño Hans). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (El hombre de las ratas). Segunda edición. Amorrortu. ISBN-10: 9505185863. 1909.

[19] Javaloyes Sanchís MA, Escamilla Canales I, Gamazo Garrán P, Fuentes Albero M. Hospitalización de niños y adolescentes. En: Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ (Coords). 2010. 411-148. AEPNYA.

[20] Rutter´s Child and Adolescent Psychiatry. Tappar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E (Eds). 5th edition 2008. 6th edition 2015. Wiley Blackwell.

[21] Cheng K, Myers KM. Child and adolescent psychiatry. The Essentials. Coords. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 1-60547-443-6. 2011.

[22] Suter JC, Bruns EJ. Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: a meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2009. 12. 4. 336-51.

[23] Pumariega A, Winters NC, Huffine C. The Evolution of Systems of Care for Children's Mental Health: Forty Years of Community Child and Adolescent Psychiatry. Community Mental Health Journal. 2003. 39. 5. 399-425.

[24] Specht F, Anton S. Inpatient and partial hospitalization facilities for child and adolescent psychiatry in the unified Germany. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 1991. 12. 41(10). 367-74.

[25] Schepker R, Fegert JM, Becker K. Structural quality in inpatient and daycare child and adolescent psychiatry- indicators for planning future staff ratios for the era following the Psychiatry Personnel Act. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2015. 11. 43(6). 387-95.

[26] Boege I, Corpus N, Schepker R., Kilian R., Fegert, JM. Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *Eur Psychiatry*. 2015. 7. 30(5). 583-9.

[27] Hoagwood KE, Jensen PS, Acri MC, Serene Olin S, Lewandowski ER, Herman RJ. Outcome domains in child mental health research since 1996: have they changed and why does it matter? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012. 12.. 51(12). 1241-1260.

[28] Proyecto de Real Decreto por el que se crea el título de médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y se modifica el actual título de médico especialista en Psiquiatría por el de médico especialista en Psiquiatría del Adulto. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 17 de Enero de 2018. *http://www.msssi.gob.es/normativa/audiencia/home.htm*

[29] Díaz-Sibaja MA, Trujillo A., Peris-Mencheta L. Hospital de Día infanto-juvenil: Programas de Tratamiento. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2007. 7 (1): 80-99.

[30] Definition of partial hospitalization. The National Association of Private Psychiatric Hospitals and the American Association for Partial Hospitalization. Psychiatr Hosp. 1990. 21. 89-90.

[31] Grupo de Trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Cuadernos Técnicos AEN, 12. 2009.

[32] Block BM, Lefkovitz PM et al. American Association of Partial Hospitalization Standards and Guidelines for Partial Hospitalization. Int J Partial Hosp; 7 (1): 3-11. Child and Adolescent Special Interest Group: Standards for Child and Adolescent Partial Hospitalization Programs. Int J Part Hosp. 1991. 7(1). 13-21.

[33] Jiménez Pascual AM. Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Coordinadora. Grupo de trabajo de la AEN. Revista Asociación española de Neuropsiquiatría. XXI, 2001. 77. 115 – 124.

[34] Villero Luque S, Fuertes Beneítez P, León Allué L, Rodríguez Pérez E, Sánchez-Carpintero Abad A, Jiménez Pascual AM. Evaluación del Hospital de Día Infanto-Juvenil. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. 2016. 61, 17-33.

[35] Mollejo Aparicio C. Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Coordinadora. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. 2012.

[36] Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves de la infancia y la adolescencia. Consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental. *Quaderns de salut mental 6*. Servei catalá de la salut. Generalitat de Catalunya. 2004.

[37] Ramos R, Tajes M, Gago A, Mazaira J. Sintomatología psicótica en la infancia y adolescencia: descripción de una serie de casos. Interpsiquis, revista electrónica. 2009. Accesible en: *http://psiquiatria.com/trastornos_infantiles.*

[38] Lasa Zulueta A, Jorquera Cuevas C, Solana Azurmendi B, Del Arco Heras S. Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia. Estudio en Salud Mental Infanto-Juvenil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. 2014.

[39] Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización.2009. *http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf.*

[40] Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2007. *http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf.*

[41] Volovik VM, Zachepitskii RA. Treatment, care, and rehabilitation of the chronic mentally ill in the U.S.S.R. Hospital & Community psychiatry. 1986. 37. 280-282.

[42] Alcamí Pertejo M. Eficacia del Hospital de Día psiquiátrico infantil. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. Tesis doctorales. X-53-070211-7. NY 284/92. 1992.

[43] Jones M. et al. The Therapeutic Community*:* A New Treatment Method in Psychiatry. New York: Basic Books, Inc., 1953. XXI, 186.

[44] Lopes R, Curral R. Day Hospital in Community Psychiatry: Is it Still an Alternative to Mental Health Care? Arquivos de medicina. 2012. 26. 1. 218.

[45] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins publishers. 7th edition. 2000.

[46] Harris A. Day hospitals and night hospitals in Psychiatry. Lancet. 4. 6. 272 (6971), 729-730. 1957.

[47] Gudeman JE, Shore MF, Dickey B. Day hospitalization and an inn instead of inpatient care for psychiatric patients. N Engl J Med. 1983. 308. 749-753.

[48] Favier JM, Padet A, Lopez A et al. [Night hospital, a complementary form of care]. Soins Psychiatr. 2011. 9-10. (276). 30-33.

[49] Rosie JS. Partial Hospitalization: a review of recent literature. Hospital and Community Psychiatry. 1987. 38, 1291-1299.

[50] Pedrosa Gil F, Luderer HJ. Reform of psychiatry in Spain. Psychiatr Prax. 2000. 11. 27(8). 378-82.

[51] Vázquez-Barquero JL, García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1999. 249(3). 128-35

[52] Cooper D. Psychiatry and Antipsychiatry. Tavistock publications / Routledge. ISBN 0-415-26474-X. 1967.

[53] Basaglia F . La institución negada. Barral editores. ISBN: 978-9999063920. 1970.

[54] Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 29 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-04- 1986).

[55] Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INSALUD). Coordinación general : Moral Iglesias, L. Subdirectora General de Atención Especializada. Estadísticas / Estudios. 2000.

[56] González Duro E. Distancia a la locura, Teoría y práctica de Hospital de Día. Editorial Fundamentos. ISBN: 9788424503499. 1982.

[57] García Álvarez MJ. Otras historias de la psiquiatría gallega: La asistencia psiquiátrica pública en la provincia de Pontevedra. FRENIA, Vol. III-1. 2003.

[58] Martínez Pardo F. El hospital psiquiátrico El Palmar. Primera etapa (1966-1986). En Historia de la Psiquiatría Murciana. Imprenta Regional de Murcia. D.L.: MU-2.032-2007.

[59] Pedreira Massa JL. Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2001. 2(1). 68-92.

[60] Falloon IRH, Fadden G. Integrated Mental Health Care. A Comprehensive, Community-Based Approach. Cambridge University Press. 1993.

[61] Catty JS, Bunstead Z, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2007. (1):CD001710.

[62] Plan Estratégico de Salud Mental. Salud Madrid 2010-2014

[63] Plan estratéxico de Saúde Mental. Galicia 2006-2011

[64] Morandé G. Las unidades de día en Psiquiatría Infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (Dir.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Servicio Publicaciones Universidad de Sevilla, 2ª Ed., tomo II, págs. 1525-34. 1998.

[65] Karterud S, Wilberg T, Pedersen G. Quality assurance of psychiatric day hospital treatment. II. Ward level. Nordic Journal of Psychiatry. 1998. 52 - 4 . 2009.

[66] Kallert TW, Glöckner M, Priebe S. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Implications of their diversity for day hospital research. Soc Psychiatry Epidemiol. 2004. 39. 777-788.

[67] Kallert TW, Priebe S, McCabe R et al. A Are day Hospitals Effective for acutely ill psychiatric patients? A European Multicenter Randomized Controlled Trial. J Clin Psychiatry. 2007. 68:2. 278-287.

[68] Creed F, Black D, Anthony P. Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness: a critical appraisal. British Journal of Psychiatry. 1989. 154. 300–10.

[69] Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry. 1999. 156:1563-9.

[70] Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: a 18 month follow up. American Journal of Psychiatry. 2001. 158 (1): 3642.

[71] Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. The American Journal of Psychiatry. 2001. Oct, 158,10.

[72] Schene AH, Gersons BPR. Effectiveness and Application of Partial Hospitalization. Acta Psychiatr Scand. 1986. 74 :335-40.

[73] American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Work Group. Second Edition. Chapter III: Treatment settings and housing options. 2004. 54-61.

[74] Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para Trastornos Psiquiátricos. Revisión Cochrane traducida. En: La biblioteca Cochrane Plus. 4. Oxford, Update Software Ltd. 2008. Disponible en: *http:\www.bibliotecacochrane.com*

[75] Briggs K, Choptiany T, Steinberg R. Treating Teens: Evaluation of a Newly Developed Adolescent Day Hospital. Canadian Psychiatric Association Bulletin. 1997. 29. 79-81.

[76] Schimmelmann BG, Schulte-Markwort M, Richter R. Day clinic treatment in child and adolescent psychiatry. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2001. 29(3). 178-88.

[77] Sverd J, Dubey DR, Schweitzer R., Ninan R. Pervasive developmental disorders among children and adolescents attending psychiatric day treatment. Psychiatric Services. 2003. 54 (11). 1519-1525.

[78] Kiser LJ, Ackerman BJ, Pruitt DB. A comparison of intensive psychiatric services for children and adolescents: cost of day treatment versus hospitalization. International Journal of Partial Hospitalization. 1987. 4:17-27.

[79] Kiser LJ, Heston JD, Paavola M. Day treatment centers / partial hospitalization settings. In: Petti TA, Salguero C (Eds): Community Child and Adolescent Psychiatry: A manual of clinical practice and consultation. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 186-203. 2006.

[80] Díaz-Atienza J. El hospital de día en el tratamiento de los trastornos alimentarios. 2005.
Accesible en *www.diazatienza.es/documentos/*

[81] Jiménez Pascual AM. Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. 2003. 2: 21-32.

[82] Allin H, Wathen CN, MacMillan H. Treatment of child neglect: a systematic review. Canadian Journal of Psychiatry. 2005. 50(8). 497-504.

[83] Romanczyk RG, Gillis JM. Treatment Approaches for Autism: Evaluating Options and Making Informed Choices. En Zager D (Eds.). Autism Spectrum Disorders: Identification, Education and Treatment. London: Lawrence Erlbaum Associates. 2005.

[84] Rigon G, Costa S, Mancaruso A, Poggioli DG. Trastornos de la conducta en la adolescencia: la experiencia del hospital de día. Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. 2004. 3: 21-28.

[85] Rogers S, Lewis H. An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1989. 28(2). 207-214.

[86] Martin SE, McConville DW, Williamson LR et al. Partial hospitalization treatment for preschoolers with severe behavior problems: child age and maternal functioning as predictors of outcome. Child and Adolescent Mental Health. 2013. 18. 24–32.

[87] Müller JM, Averbeck-Holocher M, Romer G, Fürniss T, Postert C. Psychiatric treatment outcomes of preschool children in a family day hospital. Child Psychiatry Hum Dev. 2015. 46(2). 257-69.

[88] Green JM, Jacobs BW. Current practice: A questionary of inpatient child psychiatry in the UK. En: Inpatient Child Psychiatry: Modern Practice research and the future. 93-110. London. Routledge. 1998.

[89] McDougall T, Cotgrove A. Specialist Mental Healthcare for Children and Adolescents. Hospital, intensive community and home based services. Eds. Routledge. ISBN 978-0-715-52090-4. 2014.

[90] Javorsky J. Integration of partial hospitalization and inpatient child/adolescent psychiatric units: A question of continuity of care. Int J Partial Hosp. 1992. 6. 8(1). 65-75.

[91] Kiser LJ. Treatment-effectiveness research in child and adolescent partial hospitalization. The Psychiatric hospital. 1991. 22(2):51-8.

[92] Zimet SG, Farley GK. Day treatment for children in the United States. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1985. 24, 732-738.

[93] Zimet SG, Farley GK. Day Treatment for children with children with emotional disorders. Volume 1. A model in action. Plenum press. New York and London. ISBN 0-306-43743-0. 1991.

[94] Zimet SG, Farley GK. Day Treatment for children with children with emotional disorders. Volume 2. Models across the country. Plenum press. New York and London. ISBN 0-306-43744-9. 1991.

[95] Crofford R, Rittner B, Nochajski T. Factors associated with admission to a day school treatment program. J Evid Based Soc Work. 2013. 10(4). 308-20.

[96] Sayegh L, Grizenko N. Studies of the effectiveness of day treatment programs for children. Can J Psychiatry. 1991. 5. 36(4). 246-53.

[97] Fink EB, Longabaugh R, Stout R. The paradoxical underutilization of partial hospitalization. Am J Psychiatry. 1978. 6. 135(6). 713-6.

[98] Milin R, Coupland K, Walker S, Fisher-Bloom E. Outcome and Follow-up Study of an Adolescent Psychiatric Day Treatment School Program. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000. 39(3). 320-8.

[99] Nooyer KM, Lingard MW. Applying principles of the Neurosequential Model of Therapeutics across an adolescent day program and inpatient unit. Australas Psychiatry. 2016. 7. 12.

[100] Consuelo Escudero A, Villanova Zurita FG, Sánchez Suárez A. Análisis de los programas de salud mental de niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid. Rev. Psicopatol. Psicol. Clin. 1996. I.3.233-240.

[101] Jiménez Pascual AM. Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. Revista Asociación española de Neuropsiquiatría. 2004. 24. 89.

[102] Pedreira Massa JL. Dispositivos intermedios en el diseño terapéutico: hospitales de día y su orientación psicoterapéutica. 2002. 17-6. *http://www.psiquiatria.com/2002/06/page/4/*

[103] Sánchez Caroz E, Alcácer Pons B, González Andrés S, Viloca Novellas LL. Carrilet: Un espazo físico e mental para a educación e tratamentos de nenos con autismo. Autismo, intervención, centros e servizos. Maremagnum. 2013. 17. Autismo Galicia. ISSN 1698-5966.

[104] Jiménez Casas CL, Varela Rodríguez JM, Estévez Salazar P et al. Menela. Rede de servizos para o autismo e a dependencia. Autismo, intervención, centros e servizos. Maremagnum. 2013. 17. Autismo Galicia. ISSN: 1698-5966.

[105] Gualtero RD, Gibert M, Cuerva F, Domà M. Seguimiento de pacientes dados de alta de un hospital de día para adolescentes. Estudio descriptivo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2007. XXVII. 100. 293-301. ISSN 0211-5735.

[106] Alcamí Pertejo M. El tratamiento de la psicosis en hospitales de día. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 2005. 39/40. 5-30.

[107] Consejería de Sanidad. Gobierno de Castilla la Mancha. Nota de prensa. 10/10/2009. *www.castillalamancha.es*.

[108] Solana Azurmendi B. Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de Día Terapéutico-educativo de Ortuella. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 2010. 50. 181-196.

[109] Grifoll C. Situación actual de los Hospitales de Día en Cataluña. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2011. M3. 23-30.

[110] Vidal A. Hospital de Día para niños de 6 a 12 años. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2011. M3. 69-71.

[111] Picaza Ereño U, San Pedro Verdejo Nuño M, Fernández Cagigas A. El grupo como recurso terapéutico en un Centro Terapéutico-Educativo. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. 2016. 61, 59-63. SEPYPNA. ISSN: 1575-5967

[112] Santamaría Sanz, Del Arco Heras S, Usobiaga Sayes E. La demanda a enfermería en un centro educativo terapéutico para adolescentes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. 2016. 61, 49-58. SEPYPNA. ISSN: 1575-5967.

[113] Martín Vicente MJ, Candeira Pérez B. Los centros educativos terapéuticos (CETs): Una experiencia de diversidad, calidad y equidad educativa. Comunidad Autónoma de Madrid. En: Navarro, J. (Coord.) Diversidad, Calidad y Equidad Educativas. Murcia. Consejería de Educación, Formación y Empleo. 2011.

[114] Laita de Roda P, Barriocanal E, López-Palop B. Psicosis atípica en la adolescencia y trauma crónico precoz. Tratamiento en Hospital de Día. Centro Educativo Terapéutico "La Pradera de San Isidro". Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2013. Nº55. ISSN: 1575-5967.

[115] Graell M, Villaseñor A, Morandé Lavín G. Hospital de Día para niños/as de 6-13 años. Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2010. 2. Especial Congreso. Simposium III: Hospitalización parcial en niños y adolescentes. AEPNYA.

[116] Veziat J-C. Les hôpitaux de jour et externats psychothérapiques pour enfants. Amado G, Mâle P, Donnet JL, Haim A, Bourdier P, Gellman C, Gabel M, Dreano L, Duffau G, Lang JL. Toulouse, Privat (Études et recherches sur l'enfance). 1969. 72. ASIN: B005EG3PQQ.

[117] Real Lopez M. Intervención precoz en el Trastorno Mental Grave en la Infancia y la Adolescencia. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2019. 36. 2. 12.

[118] Resolución de 30 de noviembre de 2015, de la Dirección General de Innovación Educativa y Atención a la Diversidad y del Servicio Murciano de Salud. Consejería de Educación y Universidades y Consejería de Sanidad. Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM), 31 de Diciembre de 2015.

[119] Jiménez Pascual AM. Coordinación entre dispositivos de Educación y Salud Mental Infanto-Juvenil. Coordinadora. Revista Asociación española de Neuropsiquiatría. 2005. XXV, 96 :129 – 139.

[120] Alcamí Pertejo M. Un modelo de Hospital de Día en niños pequeños. Sus indicaciones y contraindicaciones. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 2010. 50, 209-223.

[121] Marcelli, D. Psicopatología del niño. Elsevier-Masson. 7ª Ed. ISBN: 978-84-458-1786-5. 2007.

[122] Bowlby J. El apego y la pérdida. Volumen 1: El vínculo afectivo. Barcelona. Ed. Paidós. ISBN: 978-8449306006. 1976.

[123] II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Gobierno de España. 2013-2016.

[124] Puntí Vidal J. Intervención Multidisciplinar en un Hospital de Día de Adolescentes. Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil. Número 2. 2010. Especial Congreso. Simposium III: Hospitalización parcial en niños y adolescentes. AEPNYA.

[125] Vegué J, Bosque C. Hospital de día: concepto y modalidades. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2011. Monográfico. 3: 11-12.

[126] ATRAPA. Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia. Adaptación de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento ambulatorio intensivo de la inestabilidad emocional grave y el trastorno de la personalidad límite en la adolescencia. Delgado, C. (Ed.). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Fundación Alicia Kolowitz. AEPNYA. Centro Investigación

Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). ISBN: 978-84-606-8374-2. 2009.

[127] Estellés P, Viedma F. Centros de Día. Una propuesta educativa para niños y adolescentes en riesgo. Equipo CD Salesianos Catalunya. Editorial CCS. ISBN: 849842349X. 2010.

[128] Jiménez Pascual AM, Fuertes Benéitez P, Casas Ochoa I, Bustamante Castillejos ML, Ruiz Aranda J, Cabezas Mateos B. Intervención clínica en Unidad de Terapia Intensiva (Hospital de Día a tiempo parcial) en Trastorno Autista. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010. 50, 109-132.

[129] García de la Iglesia C, Ribes V, Fernández E et al. Unidad de Abordaje intensivo y recuperación (AIRE) para adolescentes: un nuevo dispositivo grupal. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2018. 2. 134-135. EC.

[130] Francés Soriano L, Jiménez Motilla MS, Masana Marín. Experiencia piloto de intervención en crisis en un CSMIJ. 2018. 2. 180-181. EC.

[131] Narrow WE, Regier DA, Goodman SH. et al. A comparison of federal definitions of severe mental illness among children and adolescents in four communities. Psychiatr Serv. 1998. Dec;49(12):1601-8.

[132] Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. American Psychiatric Association. ISBN 84-458-0297-6. Versión española.

[133] Shaffer D, Gould MS, Brasic J. A children's global assessment scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry. 1983. Nov;40(11):1228-31.

[134] Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico Avalia-t; 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

[135] Luthar SS, Woolston JL, Sparrow SS, Zimmerman LD. Adaptative behaviours among psychiatrically hospitalized children: The role of intelligence and related attributes. Journal of Clinical Child Psychology. 1995. 24- 98-108.

[136] Cornwall A, Blood L. Inpatient versus day treatment for substance abusing adolescents. Journal of nervous and mental disease. 1998. 186, 580-582.

[137] Weir RP, Bidwell SR. Therapeutic Day Programs in the Treatment of Adolescents with Mental Illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000. 34(2):264 - 270.

[138] Pujol Serra S, Puntí Vidal J, Massana M et al. Intervención psicológica en adolescentes que han realizado una tentativa de suicidio: características y resultados. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2017. 2. EC. 160.

[139] Turk J, Graham P, Verhulst FC. Child and adolescent psychiatry. A developmental approach. Oxford University Press. 459-470. ISBN 978-0-19-852612-4. 2007.

[140] Claret Rovira J. Hospital de Día Comunitario como dispositivo de crisis: experiencia clínica sobre el abordaje institucional de la patología límite en la adolescencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. 2016. 61. 43-48. ISSN: 1575-5967.

[141] Laita de Roda P. Técnicas terapéuticas basadas en la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. 2016. 61, 35-42. SEPYPNA. ISSN: 1575-5967.

[142] Barrera Piñero J, Gómez García MD. Intervenciones psicoterapéuticas con familias. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. 2016. 61, 65-72. ISSN: 1575-5967.

[143] Kiser LJ, Culhane D, Hadley T. The current practice of child and adolescent partial hospitalization: results of a national survey. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995. 34. 1336-1342.

[144] Matzner FJ, Silvan M, Silva RR, Alpert M. Intensive day program for psychiatrically disturbed truant adolescents. American Journal of Orthopsychiatry. 1998. 68(1). 135-41.

[145] Kim K, Kiani CH, Otero K et al. Clinical outcomes in school-avoidant adolescents receiving treatment in a day-hospital setting. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. 55. 10S. S195.

[146] Ivanov I. The CARES model for long-term treatment in school-refusing adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10S. S26.

[147] Chiu A. Treating school refusal in adolescence: taking a multimodal approach to treatment in a partial hospitalization program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2017. 56. 10S. S5.

[148] Anglada E, Ribes V, Reberté S et al. ¿Por qué nuestros pacientes no van a la escuela? ¿Qué podemos hacer? Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2018. 2. EC. 183.

[149] Chamorro Salvat A, Murgui Mañes E, Subirà Granados C, March L. Elementos de ayuda a la mentalización y focalización psicoterapéutica en dispositivos de Hospitalización Parcial para adolescentes. HDP Les corts. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2011. 51/52,147-156.

[150] American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint. Draft 9. Washington DC. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000.

[151] Higgins I, Burke M. Managing oppositional and aggressive behavior. Inpatient child psychiatry: Modern practice, research and the future. Green MJ, Jacobs W. (Eds). 1998. 189-201. London. Routledge.

[152] Timbo W, Sriram A, Reynolds EK et al. Risk Factors for Seclusion and Restraint in a Pediatric Psychiatry Day Hospital. Child Psychiatry Hum Dev. 2016. 47. 771–779.

[153] Reynolds EK, Praglowski N, Parrish C. Implementarion of modified positive behavioural interventions and supports (M-PBIS) in acute psychiatric care inpatient and day hospital settings: immediate and long-term gains. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2019. 58. 10S. S267-S268.

[154] Gibert Clols, M. El hospital de día polivalente y comunitario como recurso autónomo. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Monográfico, 2011. 3. 13-14.

[155] Schene AH. The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. Current Opinion in Psychiatry. 2004. 17(4): 303-309.

[156] Thatte S, Makinen JA, Nguyen HN, Hill EM, Flament MF. Partial hospitalization for youth with psychiatric disorders: treatment outcomes and 3-month follow-up. J Nerv Ment Dis. 2013. May; 429-34.

[157] McCarthy G, Baker S, Betts K et al. The development of a new day treatment program for older children (8-11 years) with behavioural problems: The Go-Zone. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2006. 11.156-166.

[158] Shaw M. Chilhood mental health and the law. En: Inpatient child Psychiatry: Modern Practice, Research and the Future. Green JM, Jacobs BW (Eds.). 1998. 349-362. London. Routledge.

[159] Fallon IRH, Talbot RE. Achieving the Goals of Day Treatment. J Nerv Ment Dis. 1982. 170 (5). 279-5.

[160] Rothery D, Wrate R, McCabe R, Aspin J. Treatment goal planning: Outcome findings of a British prospective multicentre study of adolescent inpatient units. European Child and Adolescent Psychiatry. 1995. 4. 209-220.

[161] Albee GW. A competency model to replace the defect model. Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J. Community Psychology. Nueva York. Gardner Press. ISBN: 978-0898760569. 1980.

[162] Burnand S, Manzano J, Palacio-Espasa F. La acción terapéutica en los Centros de Día. En Las Terapias en Psiquiatría infantil y en Psicopedagogía. Ed. Paidós. ISBN: 978-8475098746. 1993.

[163] Menéndez Osorio F. Salud Mental Infantil: de qué hablamos al referirnos al niño en psicopatología. Prevención y clínica en psicopatología infantil. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2014. 34 (122). 353-372.

[164] Cardelle Pérez F, López Ortiz S, Toral Pallarés MI, Medina Garrido L, Martínez Cano C. Programa Piloto de Atención a Trastorno Mental Grave en Adolescentes de Cartagena. En: I Jornada sobre buenas prácticas en Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Murcia. ISBN: 978-84-608-1312-5. MU 852-2015. 2015.

[165] Harrison J. at al. Day hospital versus home treatment. Psychiatry Epidemiol. 2003. 38. 541-546.

[166] Bowman BE, Shelley-Skeffington A, Sinanan K. Day patient versus in-patient: factors determining acute ill patients for hospital treatment. Br J Psychiatry. 1983. 142. 584-587.

[167] Arajärvi T, Oranem AM. First contact with a family whose child is to be admitted to the psychiatric day ward. Acta Paedopsychiatrica. 1983. 49. 119-120.

[168] McGorry PD, Johanessen JO, Lewis S et al. Early intervention in psychosis: keeping faith with evidence-based health care. Psychol Med. 2010. 40. 399–404.

[169] Malla A, Norman R, Schmitz N et al. Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two year outcome study. Psychological medicine. 2006. 36. 649-58.

[170] Jackson C, Trower P, Reid I et al. Improving psychological adjustment following a first episode psychosis: a randomized controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. Behaviour Research Therapy. 2009. 47. 454-62.

[171] Murphy P, Brewer W. Early intervention in psychosis: strengths and limitations of services. Advances in psychiatric treatment. 2011. 17. 401-7.

[172] Dombrowski SC, Gischlar KL, Mrazik M. Assessing and Treating Low Incidence/High Severity Psychological Disorder of Childhood. ISBN 978-1-4419-9969-6. Springer. 2011.

[173] Royal College of Psychiatrists. Guidance for the staffing of child and adolescent inpatients units. Council Report 62. London. 1999.

[174] Goldman DL. Understanding partial hospitalization through organizational models. Int J Part Hosp. 1990. 6 (1). 73-7

[175] Vinogradov S, Yalom ID. Concise guide to group psychotherapy. American Psychiatric Pub. 1989.

[176] Di Bella et al. Handbook of partial hospitalization. Brunner / Mazel Publ. ISBN: 978-0876302705. 1982.

[177] Richaud MC. La ética en la investigación psicológica. Enfoques. XIX. 1-2 . 5-18. 2007.

[178] Kazdin AE. Research design in clinical psychology. New York: Harper and Row. ISBN-10: 0205332927. 1980.

[179] Grizenko N, Papineau D, Sayegh L. Efectiveness of a multimodal day treatment program for children with disruptive behavior problems. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1993. 32. 127-134.

[180] Jerrott S, Clark SE, Fearon I. Day treatment for disruptive behaviour disorders: can a short-term program be effective? J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010. 5. 19(2). 88-93.

[181] Wilmhurst LA. Treatment programs for youth with emotional and behavioral disorders: an outcome study of two alternate approaches. Ment Health Serv Res. 2002. 6. 4(2). 85-96.

[182] Steinhausen HC. Global assessment of child psychopathology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987. 26(2). 203-6.

[183] Ezpeleta L, Granero R, De la Osa, N. Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). Revista de psiquiatría infanto-juvenil. 1999. 1. 18-26. ISSN 1130- 9512.

[184] Green B, Shirk S, Hanze D, Wanstrathm J. The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994. 10. 33(8). 1158-64.

[185] Lundh A, Kowalski J, Sundberg CJ, Gumpert C, Landén M. Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. Psychiatry Res. 2010. 15. 177(1-2). 206-10.

[186] Schorre BE, Vandvik IH. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004. 13(5). 273-86.

[187] Sourander A, Helenius H, Piha J. Child psychiatric short-term inpatient treatment: CGAS as follow-up measure. Child Psychiatry Hum Dev. 1996. 27(2). 93-104.

[188] Gezelius C, Wahlund B, Carlsson L, Wiberg B. Adolescent patients with eating disorders and their parents: a study of self-image and outcome at an intensive outpatient program. Eat Weight Disord. 2016. 5. 12.

[189] Musella K, Preddy T, Walters AS et al. Evaluation of improvements in psychosocial functioning in a child partial hospital setting. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2017. 56. 10S. S275.

[190] Tumuluru RV. Outcome measures driving delivery of care in an acute partial hospital program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018. 57. 10S. S80.

[191] Smith KM. Use of the youth outcomes questionnaire (YOQ) to shape treatment interventions in residential and partial hospitalization programming. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018. 57. 10S. S81.

[192] Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizoph Bull. 1987. 13(2). 261-276

[193] Peralta Martin V, Cuesta Zorita MJ. Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 22(4). 171-7. Accesible, incluyendo tablas de percentiles, en: *http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/433/pdf/8-panss.pdf*

[194] Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005. 3. 162(3). 441-9.

[195] Linden M, Scheel T, Rettig G. Validation of the factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale in use by untrained psychiatrists in routine care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2007. 11(1). 53-60.

[196] Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical characteristics and predictors of outcome of schizophrenia-spectrum psychosis in children and adolescents: A systematic review. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016. 6. 26. 5. 410-27.

[197] Lambert M, Schöttle D, Sengutta M, Ruppelt F, Rohenkohl A, Luedecke D, Nawara LA, Galling B, Falk AL, Wittmann L et al (2016) Early detection and integrated care for adolescents and young adults with severe psychotic disorders: rationales and design of the Integrated Care in Early Psychosis Study (ACCESS III). Early Interv Psychiatry. 2016. 9. 12.

[198] Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. Acta Psychiatr Scand. 2017. 8. 136. 2. 188-200.

[199] Calvo A, Moreno M., Ruiz-Sancho A, Rapado-Castro M, Moreno C, Sánchez-Gutiérrez T, Arango C, Mayoral M. Psychoeducational Group Intervention for Adolescents With Psychosis and Their Families: A Two-Year Follow-Up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015. 12. 54(12). 984-990.

[200] Pelizza L, Azzali S, Garlassi S. Adolescents at ultra-high risk of psychosis in Italian neuropsychiatry services: prevalence, psychopathology and transition rate. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018. 6. 27. 725-737.

[201] Gismero E. Escala de Habilidades Sociales (EHS). Madrid: TEA. 2000.

[202] García F, Musitu G. Autoconcepto Forma 5. AF-5. Madrid: TEA. 2001.

[203] Gutiérrez Carmona M., Expósito López J. Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas asertivas en adolescentes. Universidad de Granada. REOP. 2015. 26, 2, 2º, Cuatrimestre, 42 - 58. ISSN E: 1989-7448.

[204] López-Rubio S, Mendoza E, Fernández-Parra A. Habilidades lingüísticas y sociales en adolescentes con problemas de conducta. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2009. 29, 4, 237-248.

[205] Esnaola Etxaniz I, Rodríguez Fernández A, Goñi Palacios E. Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. Anales de psicología. 2011. 27. 1. 109-117. ISSN 0212-9728.

[206] Bakker L, Rubiales J. Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. 2012. 4. 1. 5-11. ISSN 1851-9083, ISSN-e 2250-5504.

[207] Müller JM, Achtergarde S. [The Multiperspective Parent-Child Relationship Questionnaire (M-PCR)] Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2018. Jul. 67. 5. 481-498.

[208] Ollé Llopis I, Erra Mas N, Dote Vaca M et al. Impacto de los determinantes sociales en la psicopatología de adolescentes ingresados en Hospital de Día comunitario. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2017. 2. 125-129.

[209] Ballesteros-Urpí A, Torralbas-Ortega J, Muro P, Pardo-Hernández H. Measure of clinical improvement in children and adolescents with psychiatric disorders: an evaluation of multiple perspectives with HoNOSCA. Medwave. 2020. 20(1).

[210] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966. 7 44(3). S.166-206.

[211] Kotsopoulos S, Walker S, Beggs K, Jones B. A clinical and academic outcome study of children attending a day treatment program. Canadian Journal of Psychiatry. 1996. 41(6). 371-8.

[212] Granello DH, Granello PF, Lee F. Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial hospitalization program. Adm Policy Ment Health. 2000. 7. 27(6). 409-22.

[213] Gabel S, Swanson AJ, Shindledecker R. Outcome in children's day treatment: relationship to preadmission variables. International journal of partial hospitalization. 1990. 6(2). 129-37.

[214] Kiser LJ, Nunn WB, Millsap PA, Pruitt DB. (1989). Child and adolescent day treatment: population profile. International journal of partial hospitalization. 1989. 5(4). 287-305.

[215] Torralbas Ortega J, Arias Núñez E, Puntí Vidal J, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J. Perfil de los adolescentes con retraimiento social ingresados en una Unidad de Hospitalización Parcial de Salud Mental. Enferm Clin. 2010. 1-2. 20(1). 17-22.

[216] Devlin NI. Criteria for a day treatment type of setting : Criteria for the differential use of treatment setting for children with emotional disorders. Child Welfare League of America. 1962.

[217] Richer S. Evolution de 25 enfants perturbes traites en soins intensifs de jour. La Psychiatry l'Enfant. 1977. VoI XX: 433-470.

[218] Lasa Zulueta A. Los niños hiperactivos y su personalidad. Asociacion Altxa ISBN-10: 8461271564. 2010.

[219] Misés R. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA). Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil. 1990. Nº 10. SEPYPNA.

[220] Simon JI. Day hospital treatment for borderline adolescents. Adolescence. Fall; 1986. 21(83). 561-72.

[221] Huestis RD, Ryland C. Outcome after partial-hospital treatment of severely disturbed adolescents. International journal of partial hospitalization. 1990. 6(2). 139-53.

[222] Orchard JM, MacLeod RJ. Adolescent day program: a two year retrospective review. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 1990. 35(6). 554.

[223] Kiser LJ, Millsap PA, Hickerson S, Heston JD, Nunn W, Pruitt D, Rohr M. Results of treatment one year later. Child and adolescent partial hospitalization. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996. 35. 81-90.

[224] Richards M. Circle of security parenting in the perinatal partial hospitalization setting: the importance of a dyadic approach in improved outomes for the caregiver and infant. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10S. S63.

[225] Silvan M, Matzner FJ, Silva RR. A model for adolescent day treatment. Bulletin of the Menninger Clinic. 1999. 63(4):459-80.

[226] Pazaratz DD. Theory and Structure of a Day Treatment Program for Adolescents. Residential Treatment for Children & Youth. 2001. 19(1):29-43.

[227] Grizenko N, Papineau D. A comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residencial treatment for children with severe behaviour problems. Canadian Journal of Psychiatry. 1992. 37. 393-400.

[228] Grizenko N, Papineau D, Sayegh L. A comparison of day treatment and outpatient treatment for children with disruptive behaviour problems. Can J Psychiatry. 1993. 8. 38(6):432-5.

[229] Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock, J. (2009). Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. Cochrane Database Syst Rev. 2009. 4, 15.(2).CD006410.

[230] Kennair N, Mellor D, Brann P. Evaluating the outcomes of adolescent day programs in an Australian child and adolescent mental health service. Clin Child Psychol Psychiatry. 2011. 16. 21-31.

[231] Rodríguez Hernández PJ, Ramos Goñi JM, Lago García BM, Rodríguez Hernández Y. Análisis de costes de la Hospitalización de Día frente a la continua mediante un modelo markoviano. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2008. 2. EC. 52.

[232] Alvarez Subiela X, Sabria Ramiro O, Reina Olmo V et al. Evolución de los pacientes del Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova tras cinco y diez años del Alta. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2017. 2. EC. 198.

[233] Hinshelwood RD. Suffering Insanity: psychoanalytic essays on psychosis. London. Routledge. ISBN: 978-15839189444. 2004.

[234] Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 11th. Wiley-Blackwell. 2011.

[235] Cotton NS. Lessons from the lion den´s: Therapeutic management of children in psychiatric hospitals and treatments centers. San Francisco. CA: Jossey-Bass. ISBN: 978-1929657247. 1993.

[236] Martín Bayón D. Trastornos psiquiátricos graves en la adolescencia (experiencia en Hospital de Día tipo comunidad

terapéutica). Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2009. 47, 151-162

[237] Maskey S. The process of admission. Inpatient child psychiatry: Modern practice, research and the future. Green, J.M., Jacobs, B.W. (Eds) 39-50. London. Routledge. 1998.

[238] Zimet SG. Does partial hospitalization for children with emotional disorders mean partial education? Int J Partial Hosp. 1990. Dec;6(2):81-94.

[239] Misés R. L'integration scolaire. Propotitions pour des instruction complémentaires. L'Information Psychiatrique. 1984. 60, 5, 517-24.

[240] Soriano Sala S. Función Terapéutica del Hospital de Día para adolescentes. HD Sant Pere Claver. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010. 50, 225-231.

[241] Billick S, Edwards JL, Burget W, Serlen JR, Bruni MS. A clinical study of competency in child psychiatric in patients. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 1998. 26, 587-594.

[242] Marcelli D. Psicopatología del adolescente. Elsevier-Masson. 2ª Ed. ISBN-10: 844581480X. 2009.

[243] Jeammet P. La identidad y sus trastornos en la adolescencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 1995. 19-20.

[244] Domínguez Santos MD. Adolescencia e saúde mental. Diversidade e Trastorno do Espectro Autista. Maremagnum. 2002. 6. Autismo Galiza.

[245] Calderón Serrano MJ, Ruiz Galán AM, Gómez Galindo A. Taller expresivo: ejemplo de trabajo de equipo en un hospital de día. Nure Investigación. 2008. 47. 7– 8. 10.

[246] López Fraile P, Tárrega Esteller B. Grupo de padres con hijos con trastorno mental grave. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2010. 15. 85-92.

[247] Green JM. The therapeutic Alliance: A significant but neglected variable in child mental health studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006. 5. 133-138.

[248] Grizenko N. Outcome of multimodal day treatment for children with severe behaviour problems: a five-year follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997. 36. 989-997.

[249] Sourander A, Helenius H, Leijala H. et al. Predictors of outcome of short-term child psychiatry inpatient treatment. European Child and Adolescent Psychiatry. 1996. 5, 75-82.

[250] Green JM., Jacobs B, Beecham J et al. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry: A prospective study of health gain and costs. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines. 2007. 48, 1259-1267.

[251] Green JM, Kroll I, Imre D et al. Health gain and predictors of outcome in inpatient and day patient child psychiatry treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001. 40. 325-332.

[252] Blader JC. Symptom, family, and service predictors of children´s psychiatric rehospitalization within one year of discharge. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004. 43. 440-451.

[253] Blader JC. Which family factors predict externalizing behaviour among children discharged from inpatient psychiatric treatment? J Child Psychol Psychiatry. 2006. 47. 1133-1142.

[254] Sánchez del Hoy P, Sanz Rodríguez LJ, Baro Santamarta C, García de la Pedrosa MG Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2006. XXVI, 98, 217-229.

[255] Bergquist A, Samudra K. Crowdsourcing a perfect partial hospitalization program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10S. S27

[256] Tumuluru RV, Sorter MT. Creating a unicorn: Developing a perfect partial hospitalization program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10S. S26.

[257] Tumuluru RV. What is a partial hospital program? Results of a national survey. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10S. S27.

[258] Hoag MJ, Burlingame GM. Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: a Meta-analytic Review. J Clin Child Psychol. 1997. 9. 26(3). 234-46.

[259] Hogg JA, Deffenbacher JL. A Comparison of Cognitive and Interpersonal Process Group Therapies in the Treatment of Depression Among College Students. Journal of Counselling Psychology. 1988. 35. 304-310.

[260] Shechtman Z, Vurembrand N, Hertz-Lazarowitz R. A dyadic and gender-specific analysis of close friendships of preadolescents receiving group psychotherapy. Journal of Social and Personal Relationships. 1994. 11. 443-448.

[261] Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011. 4. 20(2). 305-18.

[262] Cole DE, Kelly MM. Integration of cognitive and behavioral treatment strategies in a group family-oriented partial hospitalization program for adolescents, children, and their families. Int J Partial Hosp. 1991. 12. 7(2). 119-28.

[263] Pichon-Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires, Nueva Visión. 1985.

[264] Braconnier A. La adolescencia hoy: ¿El fin del desarrollo? Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010. 49. 39-47.

[265] Hussey DL, Guo S. Behavioral change trajectories of partial hospitalization children. Am J Orthopsychiatry. 2002. 10. 72(4). 539-47.

[266] Cohen NJ, Bradley S, Kolers N. Outcome evaluation of Therapeutic Day treatment program for delayed and disturbed preschoolers. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1987. 26. 5. 687-693.

[267] Sampathi B, Harris BH, Rana M et al. Causes for repeated psychiatric hospitalizations in youth: an extended quality improvement analysys for factors reducing recidivism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10. S193.

[268] Rickerby ML. Family-base integrated care for complex medical illness: The HASBRO children´s partial hospital model. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2017. 56. 10S. S141.

[269] Willis M. Family-based integrated care in a partial hospital program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. 55. 10S. S40.

[270] Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford textbook of psychotherapy. Oxford University Press. 2005.

[271] Bion WR. Experiencias en grupos. Barcelona. Paidós. ISBN: 978-8475090207. 1980.

[272] Hinshelwood RD. Bion and Foulkes: The Group-as-a-Whole. Group Analysis. 2007. 40(3). 344-356.

[273] Font E, Vidal A. Implementación de estrategias conductuales (tratamiento contextual) en un Hospital de Día de Niños y Adolescentes. Hospital Clinic Universitari de Barcelona. Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil. Número 2/2010. Especial Congreso. Simposium III: Hospitalización parcial en niños y adolescentes. AEPNYA.

[274] Goldstein M, Peters L, Baillie A, McVeagh P, Minshall G, Fitzhames D. The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2011. 44(1). 29-38.

[275] Gibert Clols, M. Aplicación de la Terapia Dialéctico-Conductual en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad y de la Patología Dual. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2015. 26: 81-88.

[276] MacPherson HA, Cheavens JS, Fristad MA. Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. Clin Child Fam Psychol Rev. 2013. 3. 16(1). 59-80.

[277] Brown T, Cusack A, Berner L. Emotion Regulation Difficulties During and After Partial Hospitalization Treatment Across Eating Disorders. Behavior Therapy. 2020. 51. 401–412

[278] Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press. 1993.

[279] Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. Clin Psychol Rev. 2008. 28 (6). 969-81.

[280] Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M et al. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2014. 53. 10. 1083-1091.

[281] Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ et al. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. 55. 4. 296-300.

[282] Hatziergati D, Spaniardi A, Crumby A et al. Adaptations of evidence-based psychological treatments in inpatient, partial hospitalization, and residencial settings. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. 55. 10S. S205-S206.

[283] Perepletchikova F, Nathanson D, Axelrod SR et al. Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2017. 56. 10. 834-840.

[284] Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59 . 1. 149-156

[285] García Badaracco E. Grupos familiares en la Hospitalización Parcial y las Comunidades Terapéuticas. Madrid: Tecnipublicaciones, 1992.

[286] Yalom ID. Existencial psychoterapy. Basic Books. ISBN 100-465-02147-6. 1980.

[287] Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012. 51. 12. 1304-1313e3.

[288] Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2017.56 .6. 507-514.

[289] Kernberg P, Weiner AS, Bardenstein KK. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. Manual Moderno. 2005.

[290] Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mères-bebés : Etudes clinique et technique. París : Ed. Presses Universitaries de France. ISBN: 978-2130451655. 1993.

[291] Cruz Martínez D, Trafach Ricart G, Claret Rovira J. Incidencia de los factores sociofamiliares en la psicopatología de adolescentes atendidos en Hospital de Día. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2019. 1. 73-86.

[292] Pérez Moreno R, García López R., Sánchez Alonso S. Experiencia de terapia grupal con adolescentes en un centro de salud mental. Cuadernos de Psiquiatría. 2007. 43-44. SEPYPNA.

[293] Zegri G. El desarrollo de la identidad en un grupo terapéutico de adolescentes. Cuaderno 17. SEPYPNA. 1994.

[294] Groch JE, De la Iglesia L, Villanueva C. Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid. XII Congreso Nacional SEPYPNA. 1999. Octubre. Cuaderno 29.

[295] Speier A. Psicoterapia de grupo en la adolescencia: un enfoque basado en la expresión personal y simbólica. Nueva Visión. 1977.

[296] Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioural manifestations. Neuroscience and Behavioral Reviews. 2000. 24: 417-63

[297] Laugeson EA, Frankel F, Gantman A. Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS Program. *J Autism Dev Disord*. 2011. 42. 1025-1036

[298] Laugeson EA, Frankel F. Social skills for teenagers with developmental and autism spectrum disorders. Routledge. ISBN: 978-0-415-87203-4. 2010.

[299] Sempere Pérez J. El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2005. 5. 93-101.

[300] Ochs M, Hermans BE, Lingnau-Carduck A. Multi-Family-Groups in Youth Welfare. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2016. 65(5). 354-70.

[301] Uría Rivera T, Ahijado Guzmán Z, Serrano Coello de Portugal A. El grupo multifamiliar en el Hospital de Día de niños. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2016. 2. 109-115.

[302] Falloon IRH., Boyd JL, McGill CW. Family Care of Schizophrenia. New York. Guilford. 1984.

[303] Schneider B. Achievement, Behaviour, Cognition: A model for multidisciplinary care for school-age children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10S. S27.

[304] Arias Núñez E, Puntí Vidal J, Torralbas Ortega J, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J. Terapia Ocupacional en adolescentes con retraimiento social: análisis de las áreas de desempeño funcional. TOG. A Coruña. 2011. 8,13, Marzo.

[305] Crepeau EB, Cohn ES, Boyt BA. Terapia ocupacional. Madrid: Ed.Panamericana. EAN: 978-6079356866. 2005.

[306] Durante P. El valor terapéutico de la actividad. En: Polonio, B., Durante, P., Noya, B. (Coords). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Ed. Panamericana. 2001.

[307] Tejedor García M, Mella García L, Lozano Olea FJ et al. Programa de intervención asistida con animales: recurso terapéutico en el Hospital de Día. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2013. EC. 2. 144-145.

[308] Serrano Navarro A, Carmona Pastor E, Martín Gómez C. Ser y crear en el proceso terapéutico: Arteterapia en el Hospital de día de Leganés. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2015. 2. 60. 9-16.

[309] Mitjà Costa J. Yoga para pacientes con TCA. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2017. EC. 2. 104-105.

[310] Indicadors de qualitat per Hospitals de Dia de Salut Mental Infanto-juvenils y d'adults.v.6.1. Avaluació externa de la qualitat. Programa d'avaliació externa de la qualitat dels serveis de salut mental. Pla director de Salut Mental i Adiccions. Generalitat de Catalunya. 2010.

[311] Calvo L, Lázaro García L. Indicadores de calidad asistencial en atención ambulatoria y hospitalización parciRevista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2018. 2. EC. 90.

[312] Lenz SA, Del Conte G, Lancaster C, Bailey L, Vanderpool E. Evaluation of a Partial Hospitalization Program for Adolescents Counseling Outcome Research and Evaluation. *Sage*. 2014. 5(1) 3-16.

[313] Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. CFTMEA-R-2000. Versión castellana. AFAPSAM. Polemos. ISBN: 978-9879165553. 2004.

[314] MacKinnon RA. La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica. American psychiatric publishing. 1971. Segunda edición, en español: Grupo Ars XXI. ISBN 978-84-9751-232-9. 2006.

[315] Rodríguez López A. Diversidade versus globalización en psiquiatría.. Adolescencia e saúde mental. Diversidade e Trastorno do Espectro Autista. Maremagnum. 2002. 6. Autismo Galiza.

[316] Axelson DA, Birmaher B, Strober MA et al. Course of Subthreshold Bipolar Disorder in Youth: Diagnostic Progression From Bipolar Disorder Not Otherwise Specified. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. 50. 10. 1001-1016e3.

[317] Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G et al. Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin. 2016. 42. 6. 1395–1406.

[318] Blackman M, Pitcher S, Rauch F. A preliminary outcome study of a community group treatment programme for emotionally disturbed adolescents. Canadian Journal of Psychiatry. 1986. 31. 112-118.

[319] McClellan J et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2007. 1. 107-125.

[320] Bradic Z, Kosutic Z, Mitkovic Voncina M et al. Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A Case of Good Practice. Psychiatric Services. 2016. 9. 67.

[321] Musella K, Preddy TM, Walters AS et al. Improvements in internalizing symptoms in a child partial hospital setting: parent and child perspectives. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. 55. 10S. S174.

[322] Fritzler L. The effectiveness of partial hospital program treatment of adolescents with depressive symptoms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2017. 56. 10S. S275.

[323] Álvarez Núñez RT. Colomina Llobell C, Beltrán Agost C et al. Trastorno conversivo y ganancia secundaria. Tratamiento en Hospital de Día Infanto-Juvenil. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2017. 2. EC. 194.

[324] DiPietro JG. Family therapy in the partial hospital setting for the treatment of conversion disorder. Journal of the American

Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2019. 58. 10S. S30.

[325] Gallo KP, Chan TP, Buzzella BA et al. The Impact of an Eight-Day Intensive Treatment for Adolescent Panic Disorder and Agoraphobia on Comorbid Diagnoses. Behav Ther. 2012. 3 . 43 (1). 153–159.

[326] Rudy BM, Lewin AB, Geffken GR et al. Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research. 2014. 220. 433–440.

[327] Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. American Psychiatric Association. EAN 9788491103721.

[328] Whiteside SPH, McKay D, DeNadai AS. A baseline controlled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder. PsychiatryResearch. 2014. 220. 441–446.

[329] Stewart E, Case B, Garcia AM, Freeman JB. Symptom reduction and lenght of stay in an intensive program for pediatric obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. 55. 10S. S241

[330] Falk AE. Treatment for OCD and anxiety: Program descripticon, flexible implementarion, and preliminary patient responses. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018. 57. 10S. S15.

[331] Eken SC. Treating pediatric OCD within the family system in residential and partial hospitalization settings. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018. 57. 10S. S14.

[332] Osborne TL. OCD Camp: Combining exposure and response prevention and adventure therapy for youth and young adults. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018.

57. 10S. S15.

[333] Gregory ST, Kay B, Bradley C et al. Cost-Effectiveness of Treatment Alternatives for Treatment-Refractory Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2020. 69. 102151.

[334] Clark SE, Jerrott S. Effectiveness of Day Treatment for Disruptive Behaviour Disorders: What is the Long-term Clinical Outcome for Children? J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012. 8. 21(3). 204-12.

[335] Henggeler S, Rodick J, Borduin C et al. Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. Developmental Psychology. 1986. 22, 132-141.

[336] Rey J, Denshire E, Wever C, Apollonov I. Three year outcome of disruptive adolescents treated in a day program. European Child and Adolescent Psychiatry. 1998. 7. 42-28.

[337] Fernández Barrera RM, Matos Spohring C, Mamajón Mateos M, Cabezas Mesonero R. Un caso de TDAH y Bulimia Nerviosa. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2013. 2. EC. 166.

[338] Büchsel R, Belz M, Wiltfang J et al. [Day care/inpatient psychiatric treatment of minors and adults with hyperkinetic disorder in German psychiatric hospitals : Basic conditions, diagnoses and comorbidities]. Nervenarzt . 2020. 91 .5 .433-438.

[339] Misés R. Pautas orientadoras en el tratamiento de la psicosis autísticas. En: Autismo: Cuidados, educación y tratamiento. Parquet, P.H., Bursztejn, C., Golse, B. (Dir.) 17-31. Barcelona, Masson, S.A. 1992.

[340] Guía de diagnóstico y tratamiento de los TEA. La atención en la Red de Salud Mental. Comunidad de Madrid, Salud Madrid. 2009.

[341] Sole P, Ventura E, Montaña S et al. Intervención multidisciplinar en pacientes TEA desde un recurso de hospitalización parcial. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2012. EC. 2. 199.

[342] Poinso F, Dubois B, Chatel C. [Evaluation prospective d'enfants atteints d'un trouble envahissant du de´veloppement apre`s deux ans de prise en charge en hôpital de jour] Evaluation prospective d'enfants atteints d'un trouble envahissant du de´veloppement apre`s deux ans de prise en charge en hôpital de jour. Arch Pediatr. 2013.20(1). 17-25.

[343] Alcamí Pertejo M. La atención en hospitales de día a niños y adolescentes con trastorno generalizado del desarrollo. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2014. 23: 17-23.

[344] Enríquez Moreno P, Garreta Canillas E; Jimeno Beltrán T et al. Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de TEA en Hospital de Día. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2018. 2. EC. 159-160.

[345] Gori I, Bobadilla González I, Edo I et al. Pas a Pas (Paso a Paso): Programa de transición y tratamiento intensivo para niños con Trastorno del Espectro Autista en una red de atención ambulatoria de Salud Mental en Barcelona. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2019. 36. 2. 53.

[346] Allot K, Brewer W, McGorry PD et al. Referrers´perceived utility and outcomes of clinical neuropsychological assessment in an adolescent and young adult public mental service. Australian Psychologist. 2011. 46: 15-24.

[347] Marshall M, Lewis S, Lockwood A. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2005. 62(9):975-83.

[348] Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. Arch Gen Psychiatry. 2008 .65. 762–71.

[349] Craig TK, Garety P, Power P et al. The Lambeth Early Onset (LEO) team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. British Medical Journal. 2004. 329. 1067.

[350] Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis (: economic evaluation of a randomised controlled trial the OPUS study). The British Journal of Psychiatry. 2013. 202. 35-41.

[351] Miklowitz DJ, O'Brien MP, Schlosser DA et al. Family-Focused Treatment for Adolescents and Young Adults at High Risk for Psychosis: Results of a Randomized Trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2014. 53. 8. 848-858.

[352] Trask EV, Fawley-King K, Garland AF, Aarons GA. Do Aftercare Mental Health Services Reduce Risk of Psychiatric Rehospitalization for Children? Psychological Services. 2016. 13. 2. 127-132.

[353] Chang WC, Kwong VWY, Chan GH et al. Prediction of functional remission in first-episode psychosis: 12-month follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention in Hong Kong. Schizophrenia Research. 2016. 173. 79–83.

[354] Chang WC, Kwong VWY, Or Chi Fai P et al. Motivational impairment predicts functional remission in first-episode psychosis: 3-Year follow-up of the randomized controlled trial on extended early intervention. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018. 52. 12. 1194–1201.

[355] Ulloa RE, Arce S, Victoria G et al. Effectiveness of a treatment guideline for schizophrenia in adolescents: Lessons from a middle-income country. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2017. 8.

[356] Lenzi J, Lozzino L, De Girolamo G. Predictors of 9-month hospitalization in patients with first-episode affective and nonaffective psychosis. Results from the GET UP pragmatic cluster randomized controlled trial. Schizophrenia Research. 2017. 190. 187–188.

[357] Albert N, Melau M, Jensen H et al. Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II). British Medical Journal. 2017. 356. 6681.

[358] Ising HK, Lokkerbol J, Rietdijk J et al. Four-Year Cost-effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Preventing First-episode Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial Schizophrenia Bulletin. 2017. 43. 2. 365–374.

[359] Salinger JM, O´Brien MP, Miklowitz DJ et al. Family Communication With Teens at Clinical High-Risk for Psychosis or Bipolar Disorder. J Fam Psychol. 2018. 6. 32(4). 507–516.

[360] Alvarez-Jimenez M, Bendall S, Koval P et al. HORYZONS trial: protocol for a randomised controlled trial of a moderated online social therapy to maintain treatment effects from first episode psychosis services. British Medical Journal Open. 2019. 9. e024104.

[361] Ludwig KA, Browne JW, Nagendra A. Horyzons USA: A moderated online social intervention for first episode psychosis . Early Interv Psychiatry. 2020. 2. 17.

[362] Lal S, Gleeson J, Rivard L et al. Adaptation of a Digital Health Innovation to Prevent Relapse and Support Recovery in Youth Receiving Services for First-Episode Psychosis: Results From the Horyzons-Canada Phase 1 Study. JMIR Form Res. 2020. 10.

[363] Wessels H, Wagner M, Kuhr K et al. Predictors of treatment response to psychological interventions in people at clinical high risk of first-episode psychosis. Early Intervention in Psychiatry. 2019. 13. 120–127.

[364] Pos K, Franke N, Smit F et al. Cognitive behavioral therapy for social activation in recent-onset psychosis: Randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2019. 2. 87(2). 151-160.

[365] Liua Y, Yanga X, Gillespie A. Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study. Psychiatry Research 272 (2019) 275–283.

[366] Mueser KT, Meyer-Kalos PS, Glynn SM et al. Implementation and Fidelity Assessment of the NAVIGATE Treatment Program for First Episode Psychosis in a Multi-site Study. Schizophr Res. 2019. 2. 204. 271–281.

[367] Rosenheck R Leslie D Sint K et al. Cost-Effectiveness of Comprehensive, Integrated Care for First Episode Psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program Schizophrenia Bulletin. 2016. 42. 896–906.

[368] Pelizza L, Azzali S, Paterlini F et al. Characterization of young people with first episode psychosis or at ultra-high risk: the Reggio

Emilia At-Risk Mental States (ReARMS) program. Rivista di Psichiatria. 12. 2019. 54. 6. 254-263.

[369] Poletti M, Pelizza L, Azzali S et al. Clinical high risk for psychosis in childhood and adolescence: findings from the 2-year follow-up of the ReARMS project. European Child & Adolescent Psychiatry. 2019. 28. 957–971.

[370] Coentre R, Mendes T, Rebelo A et al. PROFIP: A Portuguese early intervention programme for first-episode psychosis in Lisbon. Early Intervention in Psychiatry. 2019. 13. 1525–1529.

[371] Li Y, Coster S, Norman I et al. Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of mindfulness-based interventions for people with recent onset psychosis: A systematic review. Early Intervention in Psychiatry. 2020. 1–13.

[372] Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J et al. Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. Psychol Med. 2020.1. 50(1). 20–28.

[373] Datta SS, Daruvala R, Kumar A. Psychological interventions for psychosis in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020. 7. AN: CD009533.

[374] Morrison AP, Pyle M, Maughan D et al. Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): a multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study. Lancet Psychiatry. 202. 9. 7(9). 788–800.

[375] Soriano Sala S. Adolescentes en riesgo de psicosis: atención en un hospital de día. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2011. 18. 83-87.

[376] Solé Vigil P, Ezquerro Riquelme N, Montaña Ponsa S et al. Estudio descriptivo de la adaptación sociofamiliar y escolar de pacientes con trastorno psicótico ingresados en Hospital de Día de Adolescentes. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2013. EC. 2. 122.

[377] Montaña Ponsa S, Del Álamo Fernández T, Solé Vigil P et al. Descripción de una muestra de adolescentes con trastorno psicótico. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2013. EC. 2. 141.

[378] Montaña Ponsa S. Estudio de seguimiento de pacientes psicóticos ingresados en HDA: Variables Clínicas. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2014. EC. 2. 131-132.

[379] Dancyger I, Fornari V, Schneider M et al. Adolescents and eating disorders: an examination of a day treatment program. Eating and Weight Disorders. 2003. 8.3.242-248.

[380] Fothergill J. An Evaluation of Mental Health Gains in Adolescents who Participate in a Structured Day Treatment Program. DHlthSc, ePublications@bond. Faculty of Health Sciences and Medicine. 2006.

[381] Gowers SG, Clark A, Roberts C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. Randomised controlled trial. British Journal os Psychiatry. 2007. 191. 427- 435.

[382] Byford S, Barrett B, Roberts C et al. Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescent. British Journal of Psychiatry. 2007. 191. 436-440.

[383] Loeb KL, Walsh T, Lock J et al. Open Trial of Family-Based Treatment for Full and Partial Anorexia Nervosa in Adolescence: Evidence of Successful Dissemination. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2007. 46. 7. 792-800.

[384] Bustin LA , Lane-Loney SE , Hollenbeak CS, Ornstein RM. Motivational stage of change in young patients undergoing day treatment for eating disorders Int J Adolesc Med Health. 2013. 25(2). 151–156.

[385] Ornstein RM, Lane-Loney SE, Hollenbeak CS. Clinical outcomes of a novel, family-centered partial hospitalization program for young patients with eating disorders. Eat. Weight Disord. 2012. 17. 3.

[386] Ngo M, Isserlin L Body Weight as a Prognostic Factor for Day Hospital Success in Adolescents With Anorexia Nervosa. Eating Disorders. 2014. 22. 62–71.

[387] Henderson K, Buchholz A, Obeid N et al. A Family-Based Eating Disorder Day Treatment Program for Youth: Examining the Clinical and Statistical Significance of Short-Term Treatment Outcomes Eating Disorders. 2014. 22. 1–18.

[388] Grewal S, Jasper K, Steinegger C et al. Factors Associated With Successful Completion in an Adolescent-Only Day Hospital Program for Eating Disorders. Eating Disorders. 2014. 22. 152–162.

[389] Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. Lancet. 2014. 383. 1222–29.

[390] Le Grange D, Lock J, Agras WS et al. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2015. 54. 11. 886-894e2

[391] Murray SB, Anderson LK, Cusack A et al. Integrating Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent

Bulimia Nervosa: Preliminary Outcomes of an Open Pilot Trial. Eating Disorders. 2015. 23. 336–344.

[392] Lock J, La Via MC. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2015. 54. 5. 412-425.

[393] Sharp WG, Volkert VM, Scahill L. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? The Journal of Pediatrics. 2017. 2. 181. 118-124e.

[394] Boerhout C, Swart M, Voskamp M et al. Aggression regulation in day treatment of eating disorders: Two-centre RCT of a brief body and movement-oriented intervention. Rijksuniversiteit Groningen. European Eating Disorders Review. 2017. 25. 52-59.

[395] Ornstein RM, Essayli JA, Nicely TA et al. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. Int J Eat Disord. 2017. 50. 1067–1074.

[396] Bryson AE, Scipioni AM, Essayli JH et al. Outcomes of low-weight patients with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa at long-term follow-up after treatment in a partial hospitalization program for eating disorders. Int J Eat Disord. 2018. 51. 470–474.

[397] Reilly EE, Brown TA, Gray EK et al. Exploring the cooccurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. Eur Eat Disorders Rev. 2019. 27. 429–435

[398] Rienecke RD, Richmond RL. Three-month follow-up in a

family-based partial hospitalization program. Eating Disorders. 2018. 26. 3. 278–289

[399] Rienecke RD. Parental marital satisfaction in a family-based partial hospitalization program. Eating Disorders. 2018. 26. 2. 143–148.

[400] Simic M, Stewart CS, Eisler I et al. Intensive treatment program (ITP): A case series service evaluation of the effectiveness of day patient treatment for adolescents with a restrictive eating disorder. Int J Eat Disord. 2018. 51. 11. 1261-9.

[401] Zickgraf HF, Lane-Loney S, Essayli JH et al. Further support for diagnostically meaningful ARFID symptom presentations in an adolescent medicine partial hospitalization program. Int J Eat Disord. 2019 April ; 52(4): 402–409.

[402] Dumont E, Jansen A, Kroes D et al. A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. Int J Eat Disord. 2019. 52. 447–458.

[403] Rienecke RD, Ebeling M. Desired weight and treatment outcome among adolescents in a novel family based partial hospitalization program Psychiatry Research. 2019. 273. 149–152.

[404] Rienecke RD. Treatment dropout in a family-based partial hospitalization program for eating disorders. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2019. 24. 163–168.

[405] Rienecke RD , Richmond R , Lebow J. Therapeutic alliance, expressed emotion, and treatment outcome for anorexia nervosa in a family-based partial hospitalization program. Eat Behav. 2016. 22. 124-128.

[406] Naviaux AF. Management of ARFID (Avoidant Restrictiva food intake disorder) in a 12-year-old on a pediatric ward in a general hospital: use of Mirtazapine, Partial Hospitalization model and Family Based Therapy. Psychiatria Danubina. 2019. 31, Suppl. 3, 421-426

[407] Steinberg K, Maas C, Müller J. [Multifamily Therapy with Anorectic Children and Adolescents in a Day Care Clinic]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2019. 6. 68. 5. 438-458.

[408] Menzel J. Treating avoidant/restrictive food intake disorder in partial hospitalization and intensive outpatient levels of care: programming, strategies, and outcomes. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2019. 58. 10S. S2.

[409] Martin-Wagar CA, Holmes S, Bhatnagar KAC. Predictors of Weight Restoration in a Day-Treatment Program that Supports Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. Eating Disorders. 2019. 27. 4. 400–417.

[410] Hay PJ, Touyz S, Claudino AM et al. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalization and waiting list for people with eating disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019. 1. AN CD010827.

[411] Reilly ER, Rockwell RE, Ramirez AL et al. Naturalistic outcomes for a day-hospital programme in a mixed diagnostic sample of adolescents with eating disorders. Eur Eat Disorders Rev. 2020. 28. 199–210.

[412] Van Huysse JL, Smith K, Mammel KA et al. Early weight gain predicts treatment response in adolescents with anorexia nervosa enrolled in a family-based partial hospitalization program. Int J Eat Disord. 2020. 53. 606–610.

[413] Rienecke RD, Drayton A, Richmond RL, Mammel KA.

Adapting treatment in an eating disorder program to meet the needs of patients with ARFID: Three case reports. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2020. 25. 293–303.

[414] Bergquist A. Strenghts and challenges of a child and adolescent eating disorder partial hospitalization program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. 59. 10S. S27.

[415] Morandé G. Tratamiento en hospitales de día de los trastornos de la conducta alimentaria. En García-Camba, E (Coord). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Masson. 2001.

[416] Lázaro L, Font E, Moreno E, Calvo R, Vila M, Andrés-Perpiñá S, Canalda G, Martínez E, Castro-Fornieles J. Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. Eur Eat Disord Rev. 2011.9-10. 19(5). 398-406.

[417] Graell Berna M, Andrés Nestares P, Villaseñor Montarroso A et al. Nuevos criterios diagnósticos según DSM-V en pacientes con Trastornos de Alimentación de inicio temprano. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2013. EC. 2. 77.

[418] Martínez Cantarero M, Gutiérrez Priego S, Bernaola Serrano E, Morandé Lavín G. Comparación de los pacientes adolescentes ingresados en el Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el último trimestre del año 2011 frente al del año 2012. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2013. EC. 2. 77.

[419] Martínez Cantarero M, Faya Barrios M, Martorell Vicens A. Realidad y subjetividad en un Hospital de Día de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) de adolescentes: estudio comparativo 2010 y 2011. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2012. EC. 2. 174.

[420] Lara A, Majó L, Fernández M et al. Comparativa clínica y sociodemográfica de la población atendida en el Hospital de Día infantil y juvenil de la xarxa asistencial Althaia de Manresa entre los años 2002-2003 y 2011-2012. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2013. EC. 2. 145.

[421] Cañas Vinader, L. Revisión sobre los programas de tratamieto en hospitalización parcial para trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2014. EC. 2. 149.

[422] Yamamoto S, Grau Touriño T, Solans Martinez S, Fernández Ramos S. Intervención precoz en el Trastorno Mental Grave en la Infancia y la Adolescencia. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2019. 36. 2. 12.

[423] Serrano-Troncoso E, Fàbrega-Ribera M Coll-Pla et al. Alternatives to inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa: Effectiveness and characteristics of a new intensive model of day patient treatment. Actas Esp Psiquiatr. 2020. 48(1). 19-27.

[424] Graell M, Goretti M, Camarneiro R et al. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. Eur Eat Disorders Rev. 2020. 28. 864–870.

[425] Baweja R, Verma S, Pathak M, Waxmonsky JG. Development of a Child and Adolescent Tele-Partial Hospitalization Program (tele-PHP) in Response to the COVID-19 Pandemic. Prim Care Companion CNS Disord. 2020. 10. 15, 22.

[426] Clasificación de trastornos mentales CIE-10. Criterios de la OMS. ISBN-10: 927531554X.

[427] Zelkowitz P, Paris J, Guzder J et al. A five-year follow-up of patients with borderline pathology of childhood. Journal of

Personality Disorders. 2007. 12. 21. 6. 664-674.

[428] Soriano Sala S. Convivir con los límites: el Hospital de Día como experiencia terapéutica para adolescentes con trastorno límite de la personalidad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. 2016. 61, 73-80. ISSN: 1575-5967.

[429] Krischer M, Ponton-Rodriguez T, Gooran GR, Bender S. [Transference Focused Psychotherapy for Borderline-Adolescents in a Day Clinic Treatment Program] Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 2017. 6. 445 – 463.

[430] Martín Jiménez JM. Perfil de pacientes que accede a un dispositivo de terver nivel en el programa infanto juvenil de Gran Canaria. 2014. EC. 2. 131-132.

[431] González Santana S, Muñoz Díaz E, Quesada Suárez I et al.. Adherencia al seguimiento tras el Alta de Hospital de Día. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2019. 36. 2. 132.

[432] Real Lopez M, Ramos Vidal C, Espinosa Mata M et al. Hospital de Día Infanto-Juvenil, un año funcionando en Castellón. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2011. EC. 2. 82-83.

[433] Lee EJ, Davis T, Mernick L et al. Psychopharmacological treatment in very young children with severe psychopathology: A descriptive study of use and adverse events. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018. 57. 10S. S159.

[434] Castro Fornieles J, Parellada M, González Pinto A. The Child and Adolescent First-Episode Psychosis Study (CAFEPS): Design and baseline results. Schizophrenia Research. 2007. 91(1-3). 226-37

[435] Bobadilla González I, Ribes Carreño V, Gori I et al. PENSA (Prevenció en Psicosi Adolescent): Implementación de un programa ambulatorio de prevención de psicosis en adolescentes con estado

mentales de alto riego y primeros episodios. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2019. 36. 2. 52.

[436] Sourander A, Piha J. Three-year follow-up of child psychiatric inpatient treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1998. 7(3). 153-62

[437] Parellada M, Castro Fornieles J, Gonzalez-Pinto A. Predictors of functional and clinical outcome in early-onset first-episode psychosis: the child and adolescent first episode of psychosis (CAFEPS) study. J Clin Psychiatry. 2015. 76(11). e1441-8

[438] Tasca GA, Balfour L, Bissada H. et al. Treatment completion and outcome in a partial hospitalization program: Interactions among patient variables. Psychother Res. 1999. 9. 232-247.

[439] Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. Prof Psychol. 1993. 24. 190-195.

[440] Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2001. 38(4). 357-361.

Se plantea que la intervención de programa en régimen de Hospital de Día para atención a trastorno mental grave en niños y adolescentes debería proporcionar una mejoría en los pacientes atendidos, no sólo a nivel clínico y psicopatológico sino también a nivel de desempeño psicosocial, tal y como se ha reflejado en la literatura existente, pudiendo ser aplicable también a un programa parcial en Hospital de Día.

Se pretende enfatizar la importancia de seguir implementando programas que incidan en la salud mental del niño y del adolescente por parte de las autoridades competentes.