

Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día¹

Por Hugo Federico Alazraqui²

Resumen

En el presente trabajo se realiza una síntesis de la historia del dispositivo de tratamiento denominado Hospital de día en marcándolo en la historia de la constitución del campo interdisciplinario de la salud mental. Se sigue a evolución del dispositivo desde los primeros Hospitales de día orientados al tratamiento de pacientes psicóticos adultos a la gran variedad tipos de encuadres terapéuticos actuales que comparten esta denominación.

Se dedica también un apartado a la cuestión de costos y eficacia dado el alto impacto de este tipo de problemáticas en los presupuestos en Salud.

Finalmente se realiza una reflexión acerca de la importancia de este dispositivo dentro de las prácticas en el campo de las ciencias de la salud.

Palabras clave

Historia de la psiquiatría; Hospital de día; Salud Mental; Psicoanálisis; Costos y eficacia

¹ Este trabajo fue presentado en el Congreso de Psicopatología en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) en el mes abril del año 2013.

² Doctor en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA); Doctorando en Filosofía por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa); Especialista en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad de Lanús; Médico de la UBA. Es docente en la Maestría en Psicopatología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) como titular de las materias de Teoría de las Psicosis, Historia de las ideas psiquiátricas, Clínica de adultos y Psicofarmacología. Es Coordinador General de la Comisión de Ética de la Investigación de la Universidad de Lanús donde igualmente es docente de la materia de Ética Profesional. Actualmente participa como investigador en proyectos de investigación en la Universidad Nacional de Lanús (Programa de incentivos a docentes investigadores del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología). Tiene categorización 4 en Investigación - Universidad de Buenos Aires – comisión de Categorización de la Secretaria de Ciencia y Técnica de la UBA. Correo de contacto: halazraqui@intramed.net

Abstract:

In the present work a synthesis of the history of the treatment device denominated Hospital of day is made in marking it in the history of the constitution of the interdisciplinary field of the mental health. It follows the evolution of the device from the first Day Hospitals oriented to the treatment of adult psychotic patients to the great variety of current therapeutic settings that share this denomination.

A section is also devoted to the issue of costs and effectiveness given the high impact of this type of problems on budgets in Public Health.

Finally, a reflection is made about the importance of this device within the practices in the field of health sciences.

Keywords

History of psychiatry; Day Hospital; Mental Health; Psychoanalysis; Costs and effectiveness.

Resumo

No presente trabalho faz-se uma síntese da história do dispositivo de tratamento denominado Hospital Dia no contexto da constituição do campo interdisciplinar da saúde mental. Segue-se a evolução do dispositivo desde os primeiros Hospitais Dia orientados para o tratamento de pacientes psicóticos adultos até a grande variedade de cenários terapêuticos atuais que compartilham essa denominação.

Uma seção também é dedicada à questão de custos e eficácia, dado o alto impacto deste tipo de problemas nos orçamentos em Saúde Pública.

Por fim, faz-se uma reflexão sobre a importância deste dispositivo dentro das práticas no campo das ciências da saúde.

Palavras-chave

História da psiquiatria; dia Hospital; Saúde Mental; Psicanálise; Custos e eficácia

Introducción

La importancia del dispositivo de tratamiento denominado Hospital de día es difícil de sobreestimar. Lamentablemente luego de una etapa de entusiasmo ese dispositivo no logró la difusión que merece. Posiblemente esto se deba por un lado a las dificultades de conceptualización que implica un abordaje multidisciplinario como este, además de la complejidad que representa la conformación de equipos multidisciplinarios que requiere este enfoque. Se realizará una síntesis de la historia del dispositivo, su origen y evolución enmarcándolo en el contexto general de la constitución del campo de la Salud Mental.

Contenido

Historia

Si nos remontamos a la Grecia antigua, con Celso y Coelius Aureliano (Llpba, 1984), podemos encontrar propuestas de modalidades de tratamiento que tenían en cuenta la variable social, el trato humanitario y el desarrollo de las potencialidades del paciente psiquiátrico.

El tratamiento que se le otorga al paciente psiquiátrico varía considerablemente según la sociedad, la cultura y la época en que éstos se producen.

En siglo XVII, de la mano del puritanismo y el liberalismo, surge la llamada “época del confinamiento”. Al identificarse el trabajo con la moralidad y el ocio con el pecado, el alienado es sometido a reclusión en asilos que compartían con criminales, desocupados y prostitutas.

A finales del siglo XVIII, V. Chiarugi en Florencia y luego W. Tuke en Inglaterra, encabezan propuestas de tratamiento para los enfermos psiquiátricos en las que se hallaban los fundamentos de sus derechos y protección.

En concordancia con el ideario de la Revolución Francesa, P. Pinel propone su “Tratamiento Moral”, de características más humanitarias, y valorando la importancia del trabajo y la actividad artística. En un contexto estructurado de tratamiento y bajo un régimen de disciplina, bajo la dirección del psiquiatra, el paciente controlado de ese modo llegaría a la cura.

Desde la clínica psiquiátrica de Pinel hasta la elaboración de la acabada nosología de Kraepelin, se transita el camino desde una clínica sincrónica hasta los cuadros psicopatológicos que incluían ahora la variable del tiempo (diacronía) como evolución diferenciada de las entidades clínicas.

Se discriminan así, mediante acabadas descripciones, la esquizofrenia de las paranoias y éstas, a su vez, de los trastornos maníaco–depresivos en base a la estabilidad del cuadro, la intermitencia de las agudizaciones, los períodos libres de síntomas y el curso –deteriorante o no.

La psiquiatría sufre luego cierto agotamiento, dada su perspectiva descriptiva y progresivamente más detallista. En la década del cincuenta retoma impulso al iniciarse la elaboración de psicofármacos y el contar con un arsenal terapéutico cada vez más variado.

La psiquiatría habría atravesado, según Rapaport, tres grandes períodos. El primero, del tratamiento humanitario y nacimiento de la psiquiatría como rama de la medicina (P. Pinel). El segundo, en el que vendrían a adquirir relevancia la interpretación y significación de los síntomas propugnada por los desarrollos del psicoanálisis, y el tercero, en el que se incluye la dimensión de lo social. De este último movimiento participa entonces el Hospital de Día.

El Hospital de Día se inicia como “experiencia de semi–internación” en la U.R.S.S. La experiencia, dirigida por Dzagharov en 1935, tiene como objetivo central evaluar la continencia

que podría brindarse en un dispositivo de atención parcial a pacientes psiquiátricos, evitándose así su internación.

Es así como la reducción de costos va de la mano de la suposición que el tratamiento bajo régimen de internación no sería cualitativamente superior al brindarse un marco de atención parcializado.

Dicha experiencia no llevaba el nombre de Hospital de Día. Este es acuñado posteriormente en Canadá, por Even Cameron, en el año 1947.

En 1948, J. Brier inaugura la primera unidad de hospital de día en Inglaterra. En Estados Unidos, los primeros Hospitales de Día se fundaron en la Yale University Clinic (1948) y en la Meninger Clinic (1949). Tanto en los EE.UU. como en el Reino Unido, luego de la promulgación de leyes de protección al enfermo psiquiátrico en la década de 1960, se dio gran impulso a la apertura de nuevos centros. Con ese incentivo, en esos países se pasó de 112 unidades en 1963 a 2000 en 1980.

En la década de 1960 se iniciaron experiencias de desmanicomialización como la de Trieste, dirigida por Franco Basaglia.

En Argentina, la sala de Internación en el Hospital Evita, de Lanús, fue la primera que tuvo un hospital general en América Latina. En Rio Negro, posteriormente, se implementa un programa de Salud Mental con atención exclusivamente ambulatoria y cierre de estructuras manicomiales.

En Francia, Manoni y Lefort crean un centro para la atención de niños y adolescentes psicóticos en Boneil.

En Canadá, el Centro 388, dirigido por W. Apollon, propone desde el Hospital de Día, una modalidad específica de tratamiento para la psicosis.

En América Latina, el primer hospital de día se funda en La Habana (Cuba). Luego, en Porto Alegre (Brasil) y en el Hospital Borda. Todos ellos en la década de 1960.

Los siguen, en la década de 1970, en Argentina, el Tobar Jarcia, el Moyano y el Hospital Italiano.

A partir de la reapertura democrática en 1983, el trabajo en los Hospitales de Día se relanza con la conformación de grupos de trabajo interhospitalarios, entre los que sobresalen los aportes que se registran en las Jornadas Municipales realizadas en forma bienal y los aportes del Lic. Rodolfo Iuorno, del Hospital de día del Hospital Alvear.

Actualmente, el Hospital de Día es una práctica reconocida dentro de la salud mental.

Desde sus inicios con la idea de reducción de costos, se han ido sumando aportes teóricos y la experiencia práctica de décadas de funcionamiento que permiten historiar la evolución del Hospital de Día en diferentes aspectos.

Desde el punto de vista de la difusión fue abarcando poblaciones cada vez más específicas, como gerontes, adictos, niños, especializándose en su atención y expandiéndose también progresivamente como práctica autorizada en el campo de la salud mental en Europa, América y África.

Al mismo tiempo, el Hospital de Día fue adoptando modalidades de atención dentro de cierto marco formal común, lo que conformó una idea básica del dispositivo con las siguientes características:

- Trabajo con grupos de pacientes.
- Interlocución de distintos discursos en un marco de trabajo interdisciplinario.
- Atención intensiva, varias horas al día, en jornada completa o media jornada.
- Programa individualizado de atención.

- Aspecto comunitario de convivencia a tener en cuenta.
- Atención en un marco ambulatorio de atención, evitando la desinserción social del paciente.
- Rol activo de paciente en el marco de los diferentes espacios de atención dirigidos a la producción individual y la creatividad.
- Talleres de orientación artística (plástica, literatura, teatro, música, etc.) y oficios (carpintería, jardinería, etc.).
- Trabajo en relación a la reinserción social del paciente.

La estructuración mencionada surge entonces como cierta consolidación progresiva de los aportes teóricos, fundamentalmente desde las ciencias sociales, la psiquiatría, el psicoanálisis y la antipsiquiatría, los enfoques comunitarios.

En la década de 1980 no se observa el crecimiento esperado en este tipo de prácticas Hoge, en un artículo de 1992, señala esta tendencia declinante. En base a una serie de recomendaciones de índole económica, propone orientar las investigaciones en relación a los Hospitales de Día para pacientes agudos como alternativa al tratamiento bajo régimen de internación.

La revisión de artículos publicados desde entonces sobre el tema no parece haber disminuido.

Modalidades de Hospital de Día

Schene y colaboradores, a partir de un estudio nacional realizado en Holanda, proponen 4 subtipos de hospitalización parcial (H.P.) en relación al papel desempeñado por esas unidades de tratamiento en el contexto general del sistema de salud en ese país.

- 1) Como alternativa a la internación para pacientes agudos que de otro modo serían internados.
- 2) Como continuación de la internación, acortando sus plazos.
- 3) Como extensión del tratamiento por Consultorios Externos al resultar este insuficiente para la contención del paciente.
- 4) Como dispositivo de rehabilitación para pacientes crónicos.

En el artículo mencionado, Hoge (1992) y colaboradores hacen referencia a tres modalidades diferentes de hospitalización parcial, según los tiempos promedios de estadía de los pacientes:

a) Cuidados diarios:

Para pacientes crónicos, con una baja relación profesional–paciente, y tiempos prolongados de estadía. En estos dispositivos se observaría un tratamiento poco intensivo y no dirigido a la rehabilitación, sino al mantenimiento del paciente con riesgo de cronificación del mismo y de sobredimensionamiento del rol de la medicación en el tratamiento. Habría una tendencia a derivar la atención de estos pacientes en instituciones y organismos de atención en la comunidad orientados en la práctica la orientación vocacional y rehabilitación social.

b) Tratamiento de día:

Modalidad de cuidados más intensiva, con tiempos de estadía que varían de tres a seis meses y con predominio de las “actividades verbales” (terapia individual, grupal etc.). Resume las críticas a esta modalidad de atención en que se trataría de plazos muy cortos para la rehabilitación, pero excesivamente prolongados para la resolución de los síntomas agudos.

c) Hospital de Día:

Reserva esta denominación para los dispositivos que funcionarían como una alternativa a la internación del paciente en los momentos agudos. Esta última modalidad estaría en crecimiento en el sector privado en razón de la menor erogación que representa en relación a la internación.

Existen otras propuestas de agrupamiento de las distintas modalidades de hospitalización parcial, como las de Edwards (1982) y la de Klar (1982), pero que no difieren en gran medida de las anteriores.

De todos modos, en la práctica, muchas unidades de Hospital de Día funcionan con diferentes grupos de atención según la patología presentada por el paciente, así como sus respectivas severidades, organizando en el mismo centro programas diferentes de atención.

Como ejemplo, puede citarse el Hospital de Día de la Universidad Federal de Río de Janeiro (Zusman, 1992), que propone:

- a) Un programa básico con actividades predominantemente no verbales (carpintería, huerta, actividad física).
- b) Un programa intermedio orientado hacia las actividades dramáticas (teatro, psicodrama).
- c) Un programa avanzado en que se desarrollan actividades tendientes a la expresión de la subjetividad del paciente (taller de música, escritura, grupo operativo y de reflexión y cerámica) y con orientación vocacional.

Las clasificaciones citadas adquieren relevancia en función de distinguir distintas modalidades de tratamiento para la evaluación de las mismas.

En los últimos años se observa una extensión de los hospitales de día para el tratamiento de casi todas las patologías psiquiátricas.

Los estudios recientes, en especial los de origen estadounidense, se desarrollan en relación a experiencias de tratamiento con pacientes psicóticos, fóbicos, obsesivos, adictos, border-line, demencias y retraso mental.

En relación a la franja etaria de la población que puede atenderse en este dispositivo (los adultos, niños y adolescentes ya clásicamente tratados), se han agregado últimamente los gerontes.

Incluso existen desarrollos, hace ya algunos años, de Hospitales de Día para el tratamiento de pacientes que padecen patologías clínicas: pacientes oncológicos, con daño neurológico, gestantes de alto riesgo, diabéticos etc.

En los trabajos de origen latinoamericano, se constata una preocupación por la descripción del dispositivo, un mayor énfasis en el trabajo multidisciplinario, la perspectiva teórica desde la cual se piensa el dispositivo y sus efectos y el enfoque grupal.

Este interés en la dinámica grupal y en el equipo tratante se demuestra relevante dado que diversos autores (Kaplan y Sadock, 1990) coinciden en que se trata de un área crítica en la cual suelen presentarse conflictivas entre miembros del equipo y dificultades de adaptación para la tarea que no surgen en ninguna otra instancia terapéutica con esa importancia.

Otro aspecto importante del dispositivo se revela en la posibilidad como ámbito de enseñanza para profesionales médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales que realizan sus primeras prácticas. Un número importante de estos dispositivos se organizó en universidades y unidades académicas.

En vista de la gran diversidad de modalidades y de poblaciones abordadas mediante este dispositivo, se han delineado una serie de definiciones.

La Asociación Americana de Hospitalización Parcial (AAPH) y la Asociación Nacional de Hospitales Psiquiátricos Privados (NAPPH) (1990) definen la hospitalización parcial como:

Un método de tratamiento para un grupo de enfermos psiquiátricos de todas las edades con abordaje ambulatorio que incluye la posibilidad de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, médico, psicosocial y prevocacional dentro de un programa amplio de tratamiento que no requiere más de 24 horas de participación, indicado para pacientes con serios trastornos mentales que requieren para su tratamiento coordinación, intensividad, amplitud y enfoque multidisciplinario que no puede ser obtenido a través del tratamiento ambulatorio clásico.

También destaca en su definición la posibilidad de evitar o acortar la duración de una internación favoreciendo, además, la resocialización del paciente, ofreciendo al paciente agudo

un plan de tratamiento, personalizado, confeccionado por especialistas cualificados que debe ser revisado periódicamente.

El dispositivo de tratamiento debe ofrecer al paciente:

- Diagnóstico.
- Trabajadores sociales y enfermeros entrenados para el trabajo con este tipo de pacientes.
- Terapias: individual, grupal y familiar.
- Actividades y terapia ocupacional.
- Actividades educativas.
- Tratamiento farmacológico.

El Congreso norteamericano, en 1987, incluye esta modalidad de tratamiento dentro de los servicios garantizados en su Acta de Seguridad Social (Medicare) definiéndolo de este modo: “un servicio de tratamiento ambulatorio intensivo, organizado y diferenciado, de menos de 24 horas de tratamiento diario, específicamente indicado para el tratamiento y diagnóstico activo de determinados pacientes en los que es razonable esperar una mejoría, o a fin de mantener el nivel de funcionamiento individual, prevenir recaídas o hospitalizaciones”.

Di Bella y colaboradores lo definen como un programa de 8 o más horas de atención semanal, diseñado para promover mejoras en un grupo de 6 o más pacientes, provisto por un equipo de tratamiento de 2 o más personas, con cuidadosa coordinación de terapias multimodales e interrelacionadas, dentro de un ambiente terapéutico con la asistencia del paciente de, por lo menos, dos veces por semana y un mínimo de tres horas en cada oportunidad (nunca de 24 horas).

Como se ve en las diferentes definiciones, la apuesta terapéutica a una mejora en las condiciones clínicas de los pacientes es un denominador común. Algunos autores critican la falta de una definición clara de la población de pacientes que más se beneficiarían con este tipo de tratamiento y consideran que esa es la causa de la sub-utilización del dispositivo.

La respuesta a este interrogante podría pensarse en relación al criterio clínico del equipo y un trabajo de admisión resultante tras el cual se arribara a un acuerdo terapéutico con el compromiso y acuerdo imprescindible por parte del paciente.

Como señalan Raimundo y colaboradores (1994) existen falencias metodológicas en los estudios del tema en relación a:

- Pequeño número de pacientes
- No randomizados
- Poco control de variables como:
 - a) Diagnóstico y criterios diagnósticos
 - b) Medicación utilizada
 - c) Tratamiento realizado entre el alta y la evaluación de seguimiento (follow-up)
 - d) Tipo de hospitalización parcial
 - e) Estandarización de resultados
 - f) Criterios de mejoría clínica

El mismo autor considera que los estudios comparativos con otras modalidades de tratamiento en general no toman en cuenta:

- El perfil sociodemográfico de la población
- La gravedad de la enfermedad
- Ventajas en cuanto al costo financiero del tratamiento (comparativamente)
- Carga familiar (comparativamente)
- Aislamiento (y costo) social (ídem).

Eficacia– Costos

Existe cierto acuerdo general en relación a la eficacia del dispositivo. De todos modos, las consideraciones apuntadas acerca de ciertas falencias en los estudios convierten ciertos datos en

controvertibles. En general, coinciden en que es un tipo de tratamiento más apto para la rehabilitación social del paciente.

Los resultados de los trabajos del grupo del “388”, encabezado por W. Appollon, avalan que el tratamiento de pacientes psicóticos en su dispositivo de tratamiento redundaba en una mejoría progresiva en cuanto a la reinserción laboral, menor grado de dependencia respecto del entorno, menor uso de medicación y disminución del número y duración total de las reinternaciones.

En este dispositivo que funciona en Quebec (Canadá) desde 1982, el eje de tratamiento es la toma de responsabilidad de su propia palabra por parte del paciente (llamado por ellos *usuario*) apuntando a mejorar su situación psíquica y disminuir la discapacidad social.

Más específicamente, se apunta a restituir una esfera de actividades psíquicas subjetivas a partir de las cuales puedan articularse con la vida social y reconquistar un control suficiente de su vida (Appollon, 1997).

En general, los estudios al respecto avalan que la hospitalización parcial respecto al régimen de internación resulta considerablemente menos costosa (Creed, 1989; Endicott, 1978; Herz, 1982; Parker, 1990; Washburn, 1976). Dicha reducción oscila entre el 50 y el 75%.

Sin embargo, la hospitalización parcial es considerada un recurso sub-utilizado en razón de varios factores. Si bien la causa de esa sub-utilización no se halla claramente dilucidada se cree intervendrían:

- Prejuicios por parte de profesionales y familiares.
- Falencia en la formación curricular de grado.
- Fallas en la definición y homogeneidad en los criterios de admisión
- No contar con este tipo de tratamiento como parte habitual del sistema de atención en Salud Mental.

Conclusiones

El Hospital de Día, en función de su diversificación respecto de la población a la que apunta, ha visto complejizado su espectro de acción e indicaciones.

Un factor común que subyace, a nuestro criterio, es que más allá de la cuestión de costos - aspecto por otro lado nada despreciable-, la institucionalización del paciente, en cualquier tratamiento del que se trate debe ser detenidamente evaluada, dados los potenciales efectos negativos que puede implicar.

La cronificación y el hospitalismo por sí mismos representan un factor negativo para la evolución clínica del paciente, más allá de las implicancias económicas que conllevan.

En la actualidad, los tratamientos en Salud Mental pueden y deben estructurarse a partir de objetivos más amplios que la pura función custodial.

La resocialización del paciente psiquiátrico es un concepto fundamental de la hospitalización parcial y no debe perderse de vista.

La complejidad y polideterminación del trastorno mental implican un abordaje terapéutico que considere estas características.

El trabajo multidisciplinario, polimodal y coordinado se hace necesario en las patologías graves como las psicosis.

El Hospital de Día, en los diferentes tipos ya descriptos, actúa en los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. Aborda al paciente en su momento agudo, trabaja en su rehabilitación y en contacto con su entorno social (familia, instituciones).

Distintas cuestiones aparecen sin resolver, entre ellas:

- 1) La cuestión del tipo de paciente que se vería más beneficiado con esta modalidad de tratamiento.
- 2) La concepción teórica que subyace a las prácticas implementadas que son abordadas descriptivamente.
- 3) La dificultad metodológica que implica dar cuenta en forma sistemática de los efectos del dispositivo de tratamiento.

Como expone Cuyler en el artículo citado, las estrategias del mercado tienen una rapidez mucho mayor que los avances en el conocimiento clínico para determinar los diferentes tipos de prestaciones que se brindan a los pacientes, por lo que resulta de capital importancia profundizar y sistematizar los avances hallados hasta el momento respecto a este tipo de prácticas y estimular la producción de nuevos desarrollos.

Referencias bibliográficas

- Apollon, W. (1997). *Tratar las Psicosis*, Buenos Aires: Editorial Polemos
- Creed, F. (1989). Day hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal. En *Br J. Psychiatry*, (154).
- Edwards, MS. (Septiembre de 1982). Psychiatric day programs: a descriptive analysis. En *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 20 (9), pp. 17-21
- Endicott, J. Y. (1978). Brief versus standard hospitalization: the differential costs. En *American Journal of Psychiatry*, (135).
- Herz, MI. (1982). Research overview in day treatment. En *International Journal of Partial Hospitalization*, (1).

Hoge, M. (abril de 1992). The promise of partial hospitalization: a reassessment, *Hospital and Community Psychiatry* (43).

Kaplan, H. y Sadock, B. (1990). *Psiquiatría Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Hispanoamericana

Klar H, Frances y Clarkin, J. F. (noviembre de 1982). Selection criteria for partial hospitalization. En *Hospital community Psychiatry*, (33).

Llpba, P. (1984). *La historia de Philippe Pinel: La esperanza de los insanos*. Río de Janeiro: autora

Parker, S. (1990). Partial hospitalization: an update. En *American Journal of psychiatry*, (147).

Raimundo, A. (abril de 1994). Hospital de Día en psiquiatría: revisión de los últimos años de literatura. En *Journal Brasileiro de Psiquiatría*, (43).

The National Association of private Psychiatric Hospitals and the American Association for Partial Hospitalization (Spring, 1990). Definition of Partial Hospitalization. En *Psychiatric Hospital*, (21).

Washburn, S. (1976). A controlled comparison of psychiatric day treatment an inpatient hospitalization. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Zusman, J. (1992). Hospital de día: una perspectiva histórico-crítica. En *Journal brasileiro de Psiquiatría*, (41).