

Hospital de día infanto-juvenil: organización y funcionamiento

MIGUEL ÁNGEL DÍA-SIBAJA¹, ROCÍO CARMONA², CARMEN AGUILAR³ Y CARMEN POZO⁴

RESUMEN

Este estudio teórico expone el concepto de hospital de día (HD), también llamado hospitalización parcial, y se hace una breve revisión acerca de su origen, ventajas y eficacia para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos graves en la infancia y adolescencia. Existe bastante literatura científica acerca de la eficacia de este tipo de tratamientos, pero muy poca que explique el funcionamiento o la estructura óptima de estos dispositivos. El principal objetivo del artículo es proporcionar información sobre el HD infanto-juvenil de Algeciras, incidiendo sobre todo en los aspectos relacionados con la praxis y su funcionamiento interno. PALABRAS CLAVE: hospital de día, organización, funcionamiento, infancia, adolescencia.

ABSTRACT

CHILD AND ADOLESCENT DAY HOSPITAL: ORGANIZATION AND FUNCTIONING. This theoretical paper examines the concept of the day hospital, also called partial hospitalisation, and reviews its origins, advantages and effectiveness in the treatment of child and adolescent serious psychopathological disorders. There is quite a lot of scientific literature concerned with the effectiveness of this type of treatments, but a very small part actually explains the functioning or optimal structure of these work unit. The main objective of this paper is to provide information on the internal running and functioning of the Child and Adolescent Day Hospital of Algeciras (Spain). KEY WORDS: day hospital, organisation, functioning, childhood, adolescence.

RESUM

HOSPITAL DE DIA INFANTIL I JUVENIL: ORGANITZACIÓ I FUNCIONAMENT. Aquest estudi teòric exposa el concepte d'hospital de dia (HD), també anomenat hospitalització parcial, i es fa una breu revisió al voltant de l'origen, avantatges i eficàcia per al tractament dels trastorns psicopatològics greus en la infància i adolescència. Existeix força literatura científica sobre l'eficàcia d'aquest tipus de tractaments, però molt poca que expliqui el funcionament o l'estructura òptima d'aquests dispositius. El principal objectiu de l'article és proporcionar informació sobre de l'HD infantil i juvenil d'Algesires, incidint sobretot en els aspectes relacionats amb la praxi i el funcionament intern. PARAULES CLAU: hospital de dia, organització, funcionament, infància, adolescència.

Los programas de hospital de día, también llamados de "hospitalización parcial", se han convertido en estos últimos años en una de las principales modalidades de intervención para niños y/o adolescentes con trastornos psicopatológicos graves (Sverd et al. 2003; Schimmelmann, Schulte-Markwort y Richter, 2001; Briggs et al. 1997). En el Plan Integral de Salud Mental

de Andalucía (Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2003) se define el HD como un dispositivo asistencial intermedio que forma parte de las unidades de salud mental infanto-juvenil y cuya finalidad es proporcionar un tratamiento *intensivo y global* de los trastornos mentales graves que aparecen en la infancia y en la adolescencia.

1. Especialista en Psicología Clínica de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de Algeciras

2. Terapeuta Ocupacional de la USMIJ de Algeciras.

3. Enfermera de la USMIJ de Algeciras.

4. Auxiliar de Enfermería de la USMIJ de Algeciras.

Correspondencia: diazsibaja@ono.com

Hospital de día infanto-juvenil: organización y funcionamiento

El término dispositivo asistencial hace referencia a un servicio que pertenece y está integrado, dentro de la red de prestaciones ofertadas por las instituciones sanitarias. Se considera intermedio porque es una modalidad de intervención que se encuentra a caballo entre el tratamiento en régimen ambulatorio y las unidades de hospitalización completa (Martín-Romera, García de Pablos y Díaz-Atienza, 2004). El tratamiento es intensivo y global porque, por un lado, la frecuencia de intervención es muy elevada, al menos 3 horas a la semana y, por otro, pretende abarcar los problemas desde una perspectiva biopsicosocial; es decir, teniendo en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales que pudieran estar determinando el cuadro psicopatológico que presenta el menor.

El desarrollo de los hospitales de día supone grandes ventajas con respecto a la hospitalización completa. En este sentido, la hospitalización parcial permite a los pacientes mantener el contacto con sus familiares y amigos, lo que favorece la integración o reintegración socio-familiar tras la intervención (Morandé, 2001; Grizenko, 1997; Kutash y Rivera, 1996). Asimismo, no genera una dependencia total del paciente con el servicio y facilita una mayor implicación de la familia y el colegio en el tratamiento (Díaz-Atienza, 2005; Milin, Coupland, Walker y Fisher-Bloom, 2000). Por último, aludiendo a razones económicas, la hospitalización parcial reduce considerablemente el coste sanitario ya que, por un lado, el menor vuelve a casa al finalizar el día (McDermott, McKelvey, Roberts y Davies, 2002; Kiser, Heston, Millsap y Pruitt, 1987) y, además, las intervenciones en régimen de HD resultan eficaces para prevenir ingresos posteriores en otros dispositivos, como por ejemplo, hospitales o centros de reforma o de acogida, que implican un mayor coste económico (Kutash y Rivera, 1996).

El incremento en la incidencia de cuadros psicopatológicos graves en la infancia y adolescencia, que producen un marcado deterioro en el funcionamiento académico y sociofamiliar del menor, así como la ausencia de dispositivos específicos de hospitalización, han precipitado el surgimiento de los hospitales de día. Son muchas las investigaciones que han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones en el tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes; de hecho, los programas de hospitalización parcial son hoy en día los tratamientos de primera elec-

ción para un gran grupo de trastornos psicopatológicos, como son: los trastornos de conducta (Webster-Stratton et al. 2004; Rigon et al. 2004; Barkley et al. 2000), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Jiménez, 2003; Weiss, Harris, Catron y Han, 2003), los trastornos de la conducta alimentaria (Morandé, 2006; Dancyger et al. 2003), los problemas de alcohol y otras adicciones (Weisner et al. 2000), cuadros psicopatológicos relacionados con negligencia por parte de los padres (Allin, Wathen, y MacMillan, 2005) y los trastornos generalizados del desarrollo (Romanczyk y Gillis, 2005).

Si bien es cierto que existe un acuerdo generalizado al considerar que los hospitales de día se muestran eficaces para el tratamiento de distintas patologías, existen muy pocas publicaciones que describan la estructura óptima de estos programas (Kotsopoulos et al. 1996). Por este motivo, el principal objetivo de este artículo es explicar el funcionamiento interno del HD de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras, así como la descripción de los aspectos teóricos que fundamentan dichas propuestas.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital de Día (USMIJ-HD)

Personal e infraestructura. El equipo de la USMIJ-HD de Algeciras se reparte en dos grupos de trabajo, aunque en realidad es un único dispositivo con 11 profesionales:

a) Grupo de consultas externas: 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 1 enfermera y 1 auxiliar.

b) Grupo de hospital de día: 1 psicólogo clínico, 1 enfermera, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajadora social, 1 profesora, 1 auxiliar de enfermería y 1 administrativa.

La unidad cuenta con una sala de espera, 5 despachos, 2 salas de terapia familiar, 1 sala ocupacional, 1 sala de estudio, 1 sala de terapia de grupo, 1 sala de reuniones y un espacio de administración y de archivo de historiales.

Derivación de otros servicios. Al ser un dispositivo de tercer nivel, la derivación a nuestro servicio se hace siguiendo el siguiente protocolo: pediatría al equipo de salud mental de distrito (ESMD) y, posteriormente, a la USMIJ-HD. No obstante, al ser una unidad que se coordina con otros servicios e instituciones, la derivación puede realizarse desde cualquiera de éstos, siempre y cuando existan criterios clínicos para ser aceptada.

El protocolo de derivación siguiendo el circuito sanitario supone una gran ventaja para la unidad, ya que los dispositivos intermedios actúan como un filtro asistencial, de tal forma que los pacientes que son derivados a la USMIJ-HD son los casos que realmente necesitan de la asistencia especializada y, de este modo, se evita que el servicio se colapse. Ahora bien, desde el punto de vista del paciente, dicho protocolo supone un gran inconveniente ya que genera una demora en el comienzo de la intervención, pues obliga al usuario a describir su dolencia en cada uno de los dispositivos, antes de que se le de una respuesta terapéutica por parte del especialista.

Teniendo en cuenta ambos argumentos, consideramos recomendable una postura intermedia; es decir, utilizar el protocolo de derivación pero con una cierta flexibilidad. En este sentido, si está clara la necesidad de intervención especializada, podría saltarse el protocolo establecido por el circuito sanitario y realizar una derivación directa.

Funcionamiento interno

Acogida. Una vez que el menor es derivado a nuestro servicio se realiza una primera entrevista de evaluación por parte de los facultativos, en la que se registran y analizan aspectos tales como, el motivo de consulta, los detalles del problema actual, antecedentes personales y familiares, desarrollo biopsicosocial del menor, adaptación escolar y curricular, relaciones sociales y familiares, circunstancias inusuales o traumáticas, intereses y habilidades especiales. Según las recomendaciones de Ezpeleta (2005), nuestro equipo dispone de un protocolo de entrevista semiestructurada, que sirve como guión de todos los aspectos que se deben tratar en esta primera entrevista.

Los objetivos principales que se pretenden conseguir en la primera entrevista (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997*), son: a) determinar la existencia de un trastorno y delimitar cuál puede ser; b) valorar si el problema requiere de tratamiento y, en el caso de necesitarlo, c) concretar cuál sería el más recomendable. En este sentido, el profesional de referencia valorará entre las distintas opciones de intervención, que son: atención ambulatoria, hospital de día u hospitalización completa. Esta decisión se hará en base a la gravedad y cronicidad del caso, al deterioro que el trastorno produce en el ambiente familiar y escolar del menor y a la

capacidad de contención de la familia y el colegio.

Ingreso en HD. Dependerá del resultado de la evaluación diagnóstica y de la gravedad estimada del caso, por lo que será el facultativo el encargado de proponer dicha posibilidad. No obstante, la decisión final le corresponde al equipo al completo que, en reunión multidisciplinar, valora la posibilidad de admitir al paciente en el HD.

Criterios de inclusión y exclusión. Como señala Díaz-Atienza (2005), es muy importante delimitar claramente el perfil de pacientes que pueden beneficiarse de la modalidad de tratamiento de HD. En este sentido, algunos de los criterios clínicos y psicosociales que habría que valorar para decidir sobre la idoneidad de admitir a un paciente en el HD serían (Díaz-Atienza, 2005; Pedreira, 2001): a) paciente con patología activa, que no responde al tratamiento ambulatorio y con riesgo de cronificación; b) un mínimo de capacidades cognitivas para poder atender, adaptarse e incluso colaborar en el proceso terapéutico; c) ausencia de conductas disruptivas graves que pudieran poner en peligro la integridad física del propio paciente o la de sus compañeros; d) ausencia de tentativas de suicidio o, en el caso de haberlas habido, no existencia de riesgo autolítico en el momento actual; e) grave disfunción familiar, que dificulte el cumplimiento de las pautas dadas en régimen ambulatorio; f) marcado deterioro del ambiente social, escolar y familiar del menor; g) pacientes que evolucionan favorablemente en régimen ambulatorio, pero que podrían beneficiarse de un determinado programa de HD y h) pacientes cuyo diagnóstico diferencial sea complicado, ya que el HD permite realizar una observación clínica más detallada y extendida en el tiempo.

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 (Díaz-Atienza, 2005; Pedreira, 2001; Jiménez, 2001; Grizenko, 1997). Los trastornos psicopatológicos que, a priori, se beneficiarían del tratamiento de HD serían: a) trastornos generalizados del desarrollo; b) trastornos psicóticos que no estén en fase aguda; c) trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; d) trastornos del comportamiento perturbador y e) trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos psiquiátricos que se excluirían serían: a) trastornos mentales de base orgánica; b) trastornos mentales secundarios al consumo de drogas; c) retraso

mental grave o profundo; d) trastornos del comportamiento graves que ponga en peligro la integridad física de terceras personas y e) trastornos del estado de ánimo con tentativa suicida que no puedan ser controlados cuando estén fuera del dispositivo.

Grupos de edad. Lo ideal, según el Plan General de Salud Mental de Andalucía (2003), sería diferenciar entre 3 grupos de edad: de 0 a 5 años, de 6 a 12 años y de 12 a 17 años. O, cuando menos, hacer una separación entre los menores de 12 años y los adolescentes.

El HD de Algeciras atiende a la población infanto-juvenil del Campo de Gibraltar menor de 18 años, estableciendo 3 grupos de tratamiento en base a la edad y a la gravedad del caso: a) menores de 12 años con patología grave y poco grado de autonomía; b) menores de 12 años con un nivel aceptable de autonomía y c) mayores de 12 años.

Evaluación, decisión del nivel de intervención y programa de tratamiento individual (PTI). Una vez que el equipo toma la decisión de ingresar al paciente en el HD, se cita a la familia para una "sesión de acogida o presentación de HD", que la realiza el especialista en psicología clínica. Está diseñada para: a) enseñar al menor y a su familia las instalaciones y presentarles a las personas que forman parte del equipo; b) informarles de los programas de intervención que se llevarán a cabo en la unidad, los cuales dependerán de la evaluación que haya realizado el facultativo de referencia y de la evaluación que se realice en el HD; c) motivar al menor y a la familia para que adopten una actitud positiva con respecto al tratamiento de HD; d) iniciar el protocolo de evaluación de HD; e) iniciar la coordinación con el Equipo de Orientación Escolar (EOE) y con el colegio del menor; f) firmar un contrato terapéutico con la familia, donde se recogen las normas de convivencia que se espera por parte del menor, así como los compromisos que se solicitan por parte de la familia y e) decidir, de forma provisional, el nivel de intervención del que formará parte el menor. A continuación se explican más detenidamente algunos de estos objetivos.

- Protocolo de evaluación de HD. Es un complemento más que se añade al proceso de evaluación llevado a cabo por el facultativo de referencia del HD y persigue tres objetivos: determinar el grado de desarrollo evolutivo, analizar el grado de autonomía y hacer un barrido acerca de la sintomatología que pudiera presentar el menor. Los cuestionarios elegidos para la consecución

de estos objetivos son:

- "Escala Observacional de Desarrollo" (Secadas, 1992). Son distintos cuestionarios que van desde los seis meses de edad hasta los 17 años. Cada cuestionario recoge un conjunto de conductas que, desde un punto de vista teórico, señalan la normalidad cronológica. Las respuestas afirmativas en cada una de las conductas son indicativas de normalidad en esa edad. La puntuación se refleja en porcentaje de desarrollo alcanzado en cada una de las 10 escalas, que son: reacciones afectivas, desarrollo somático, senso-percepción, reacción motriz, coordinación percepto-motriz, contacto y comunicación, conceptualización, normatividad, conducta ético-social y reflexión.

- "Protocolo de evaluación de HD". Este cuestionario ha sido elaborado por nuestro equipo a partir de adaptaciones realizadas a los cuestionarios *Child Behaviour Check-List*, *CBCL* (Achenbach y Edelbrock, 1983), *Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, Christan y Wootton, 1999) y "Entrevista a Padres" (Pelechano, 1980), y de la incorporación de preguntas referentes a actividades de la vida diaria, como, vestido, alimentación, sueño, etc. Consta de 154 preguntas (algunas de ellas abiertas), que son contestadas por los padres en función de la frecuencia de aparición de las conductas (no, a veces o mucho). La puntuación se refleja en 11 escalas, que son: agresividad, depresión, obsesiones, conductas disruptivas, grado de autonomía (comida, higiene personal, vestido y medicación), problemas somáticos, hiperactividad, patrón de sueño, tóxicos, relaciones familiares y relaciones sociales.

- Coordinación con el Equipo de Orientación Escolar y el colegio. En la sesión de acogida de HD, se acuerdan los días y las horas de asistencia del menor al programa de hospitalización parcial. Como la práctica totalidad del horario de HD se desarrolla durante la mañana, se produce una incompatibilidad de horarios, lo que se hace necesario comunicar y justificar a los equipos de orientación escolar y al colegio la falta de asistencia del menor durante los días y las horas acordadas. La trabajadora social es la encargada de establecer esta comunicación con las instituciones educativas, solicitando a su vez un informe de evaluación psicopedagógica del menor, en el caso de que estuviese realizada dicha evaluación.

- Contrato terapéutico. La utilización de los contratos terapéuticos ha demostrado ser muy útil para facilitar el

proceso terapéutico y para disminuir la ambigüedad de la relación terapéutica (Cormier y Cormier, 2000). El contrato terapéutico utilizado en nuestra unidad persigue los objetivos de dejar constancia por escrito de las normas básicas de convivencia que debe cumplir el menor, las consecuencias de su no cumplimiento y los requerimientos que se hacen a la familia para que tenga un papel activo en todo el proceso terapéutico.

- Niveles de intervención. Como ya se ha dicho, en nuestro HD se diferencia entre menores de 12 años con patología grave y poco grado de autonomía, menores de 12 años con un nivel aceptable de autonomía y adolescentes. Dentro de cada uno de estos grupos se hace una distinción entre tres niveles de intervención:

- El *Nivel I* de intervención suele estar destinado a aquellos pacientes que tienen poco grado de autonomía y necesitan de un tratamiento intensivo e individualizado en áreas básicas como, por ejemplo, lenguaje, control de esfínteres, control de conductas auto-agresivas o auto-estimulativas, habilidades básicas de interacción social, etc.

- El *Nivel II* de intervención está destinado a aquellos menores que han adquirido un grado de autonomía y de desarrollo evolutivo adecuado, pero que presentan problemas en su interacción con los otros, bien por exceso o bien por defecto. Nos referimos a pacientes con trastornos del comportamiento perturbador, trastornos del espectro autista con un nivel de funcionamiento aceptable, fobias sociales, etc. El tratamiento en este nivel se hace en pequeños grupos.

- El *Nivel III* de intervención hace referencia 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.

- Programa de tratamiento individual (PTI). Se realiza con todos los pacientes y depende de los resultados obtenidos en el protocolo de evaluación de HD. El PTI se definiría como el conjunto de objetivos terapéuticos cuya consecución permitirían al menor tener un nivel de funcionamiento individual y socio-familiar normalizado. En términos generales, los objetivos principales que persiguen los hospitales de día infanto-juveniles de salud mental son (Pedreira, 2001; Jiménez, 2001): disminución de la sintomatología psiquiátrica, dotar a los pacientes y a sus familiares de estrategias de afrontamiento que les permita resolver sus problemas actuales y prevenir y/o reducir problemas posteriores y promo-

ver un funcionamiento individual, familiar, escolar y social adaptativo.

Para la realización del PTI, nuestro servicio ha elaborado una guía basada en el Modelo de Competencias (Albee, 1980), en el que se tienen en cuenta las siguientes áreas de intervención: a) tratamiento individual de los síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales; b) desarrollo de un nivel de autonomía ajustado a la edad cronológica del menor, posibilitando la realización de actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, alimentación, control de esfínteres, etc.) o actividades más complejas (ocio y tiempo libre, desplazamientos, manejo del dinero, limpieza, etc.); c) tratamiento familiar con el fin de establecer una coherencia en las pautas educativas y mejorar las relaciones paterno-filiales; d) desarrollo de las habilidades sociales necesarias para que se establezca una adecuada relación social con los iguales y con el resto de familiares y adultos; y e) fomentar una adaptación normalizada a nivel escolar, favoreciendo el desarrollo de un adecuado hábito de estudio y la aceptación de las normas básicas que permita a los menores tener un buen rendimiento académico.

Coordinación con otros servicios. Si bien es cierto que el análisis y la intervención de los aspectos sociales y contextuales favorecen el proceso terapéutico de cualquier tipo de paciente, cuando hablamos de salud mental infanto-juvenil este requisito se convierte en imprescindible.

Algunas condiciones físicas y sociales como, por ejemplo, vivir en un barrio pobre (en el que la violencia, el consumo y la venta de drogas están a la orden del día), la asistencia a un centro escolar marginal (en el que el ambiente o las conductas de los alumnos resulten negativas) y un ambiente familiar caracterizado por déficit en habilidades de crianza, maltrato o consumo de tóxicos, dificultan de forma dramática la buena evolución del proceso terapéutico (Díaz-Sibaja, 2005). En este sentido, desde una perspectiva biopsicosocial, la intervención con el menor debe contemplar una estrecha coordinación con otros dispositivos asistenciales, no sólo en lo referente a derivaciones, sino también para el intercambio de información y para la planificación conjunta de estrategias terapéuticas.

La coordinación con otros servicios es función y responsabilidad de la trabajadora social de la unidad, con el apoyo de la profesora de pedagogía terapéutica y del

Hospital de día infanto-juvenil: organización y funcionamiento

especialista en psicología clínica. Nuestro centro se coordina con los siguientes servicios asistenciales: equipos de orientación escolar, equipo de salud mental del distrito, equipo de salud mental hospitalaria, pediatría, servicios sociales y Fiscalía de Menores.

Horario de actividades. A continuación describiremos brevemente, y de forma aproximada, el horario de actividades y el funcionamiento interno de HD:

Hora	Actividad
8,30 - 9,00	Reunión de equipo de HD: asignación de los pacientes a las distintas actividades, se comentan los casos más relevantes del día, se revisan los objetivos del PTI y se decide acerca de las estrategias específicas de intervención a seguir con cada uno de ellos en base a los objetivos propuestos.
9,00 - 9,30	El equipo al completo se reúne a desayunar. Aunque este es un momento de distensión, en la mayoría de las ocasiones es donde se decide acerca de la incorporación de un menor a HD.
9,30 - 11,00	Programas y talleres del Nivel I de intervención. Como se explicó más arriba, la intervención en este nivel es individualizada. Los pacientes pasan cada media hora, de forma alterna, por cada uno de los 3 talleres que están funcionando al mismo tiempo.
11,00 - 11,30	Despedida de los pacientes del Nivel I (explicando a la familia lo que se ha trabajado en cada uno de los talleres) y acogida de los pacientes de Nivel II.
11,30 - 13,00	Programas y talleres del Nivel II de intervención. La intervención en este nivel es en pequeños grupos. Al igual que en el Nivel I, los pequeños grupos van pasando cada media hora de una actividad a otra de forma alterna.
13,00 - 13,30	Despedida de los pacientes de Nivel II (explicando a la familia lo que se ha trabajado en cada uno de los talleres) y acogida de los pacientes que acuden al taller de comida (en los casos en los que se precisa, se hace el control de peso y de las constantes vitales).
13,30 - 15,00	Taller de comida.
15,00 - 16,00	Comida del personal de HD: sólo el martes, que es el día en el que hay actividades por la tarde.
16,00 - 18,00	Taller "Vive el teatro".
17,00 - 19,00	Escuela de padres.

En términos generales, los lunes, martes y jueves son los días que acuden los menores de 12 años, y los miércoles y los viernes están destinados a los adolescentes.

Alta del hospital de día. Consideramos necesario recordar que el tratamiento de HD es una intervención más de todo el proceso terapéutico diseñado para el menor, por lo que alcanzar los objetivos terapéuticos y decidir el alta de HD, no quiere decir que se consideren también concluidas las intervenciones farmacológicas, individuales o familiares que se estén llevando a cabo de forma paralela en la USMIJ-HD.

Conclusiones y perspectivas de futuro

Quisiéramos finalizar este apartado con una serie de consideraciones que pudieran resultar adecuadas con vistas a mejorar la práctica clínica y la realización de futuras investigaciones.

- Desde un punto de vista práctico, es importante remarcar que el diseño del PTI debe partir de un análisis detallado de los factores biológicos, psicológicos y sociales del caso, donde se contemplen las conductas problemáticas y los factores de riesgo y protectores que presenta el menor, la familia y el contexto social más próximo.

- Otro aspecto a tener en cuenta es la generalización y el mantenimiento de los logros alcanzados en terapia. En este sentido, consideramos muy importante la implicación de los padres y profesores en el proceso terapéutico, por lo que sería recomendable el desarrollo de programas de entrenamiento protocolizados que les permitieran resolver los problemas de conducta que manifiestan estos niños.

Si bien es cierto que los programas de tratamiento multicomponente en régimen de HD han demostrado su eficacia para producir una mejoría clínicamente significativa en un elevado número de trastornos infantiles (Morandé, 2006; Allin, Wathen, y MacMillan, 2005; Romanczyk y Gillis, 2005; Webster-Stratton y cols., 2004; Rigon y cols., 2004; Jiménez, 2003; Weiss, Harris, Catron, y Han, 2003; Dancyger et al. 2003; Barkley et al. 2000), sería pertinente, en términos de eficiencia, la realización de investigaciones futuras que determinaran la eficacia diferencial de los distintos componentes de la intervención, para así poder aplicar las estrategias de intervención que se adaptasen mejor a cada paciente en particular.

En términos generales, podemos concluir señalando que los talleres ocupacionales, los programas de control de contingencias, el entrenamiento a padres, las técnicas cognitivas y el tratamiento farmacológico son los abordajes terapéuticos que mejores resultados han obtenido por el momento en régimen de hospitalización parcial, sobre todo cuando el diseño de intervención es multidisciplinar y el tratamiento no se centra única y exclusivamente en el menor, sino que también se implica a la familia y a los profesores.

Bibliografía

ACHENBACH, T Y EDELBROCK, C (1983). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. University of Vermont. Burlington, Ed. Department of Psychiatry.

ALBEE, GW (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer y J.Sigal, *Community Psychology*. Nueva York, Gardner Press.

ALLIN H, WATHEN CN Y MACMILLAN H (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8): 497-504.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescent and adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 85-121.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text revised). Washinton, D.C.: APA. Traducción al español, Masson (2002).

BARKLEY RA, SHELTON TL, CROSSWATT C, MOOREHOUSE M, FLETCHER K, ET AL. (2000). Multi method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behaviour: preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3):319-32.

BRIGGS K (1997). Treating Teens: Evaluation of a Newly Developed Adolescent Day Hospital. *Clinical Review*,
www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Bulletin/1997/June/clinical.htm

CORMIER WH Y CORMIER LS (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao, Desclée de Brouwer.

DANCYGER I, FORNARI V, SCHNEIDER M, FISHER M,

Hospital de día infanto-juvenil: organización y funcionamiento

FRANK S, ET AL (2003). Adolescents and eating disorders: an examination of a day treatment program. *Eating and Weight Disorders*, 8(3):242-8.

DÍAZ-ATIENZA, J (2005). El hospital de día en el tratamiento de los trastornos alimentarios. www.paidopsiquiatria.com/asistencia/hd.pdf

DÍAZ-SIBAJA, MA (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En, Comeche, M.I y Vallejo, M.A. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid, Dykinson.

EZPELETA, L (2005). La evaluación de los trastornos infantiles. En, Comeche, M.I y Vallejo, M.A. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid, Dykinson.

FRICK PJ, CHRISTIAN RE Y WOITTON JM (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behaviour Modification*, 23(1), 106-128. <http://www.uno.edu/~pfrick/APQ.html>

GRIZENKO, N (1997). 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*, 36, 989-997.

JIMÉNEZ, A M (2001). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neropsiquiatria*, 77, 115-124.

JIMÉNEZ, A M (2003). Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2, 21-32.

KISER L J, HESTON J D, MILLSAP P A Y PRUITT D B (1987). A comparison of intensive psychiatric services for children and adolescents: cost of day treatment versus hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 4,17-27.

KOTSOPOULOS S, WALKER S, BEGGS K Y JONES B (1996). A clinical and academic outcome study of children attending a day treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(6):371-8.

KUTASH, K Y RIVERA, VR (1996). *What Works in children's mental health services: Uncovering answers to critical questions*. Baltimore, Paul H. Brookes.

MARTÍN-ROMERA A, GARCÍA DE PABLOS C Y DÍAZ-ATIENZA F (2004). Salud mental infantil y hospital de día. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (2): 114-126.

MCDERMOTT BM, MCKELVEY R, ROBERTS L Y

DAVIES L (2002). Severity of Children's Psychopathology and Impairment and Its Relationship to Treatment Setting. *Psychiatric Services*, 53: 57-62.

MILIN R, COUPLAND K, WALKER S Y FISHER-BLOOM E (2000). Outcome and follow-up study of an adolescent psychiatric day treatment school program. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3):320-8.

MORANDÉ, G (2001). Tratamiento en hospitales de día de los trastornos de la conducta alimentaria. En, García-Camba, E. (Coor.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona, Masson.

MORANDÉ, G (2006). Peculiaridades del hospital de día de adolescentes con trastornos alimentarios. *Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2006*.

PEDREIRA, J L (2001). 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*, 2(1): 68-92.

PELECHANO, V (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia, Alfaplús.

RIGON G, COSTA S, MANCARUSO A, POGGIOLI DG (2004). Trastornos de la conducta en la adolescencia: la experiencia del hospital de día. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 3: 21-28.

ROMANCZYK, RG Y GILLIS, JM (2005). 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.

SCHIMMELMANN BG, SCHULTE-MARKWORT M Y RICHTER R (2001). Day clinic treatment in child and adolescent psychiatry. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 29(3):178-88.

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (2003). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007)*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

SVERD J, DUBEY DR, SCHWEITZER R Y NINAN R (2003). Pervasive developmental disorders among children and adolescents attending psychiatric day treatment. *Psychiatric Services*, 54(11): 1519-1525.

WEBSTER-STRATTON C, REID MJ Y HAMMOND M (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1):105-24.

WEISNER C, MERTENS J, PARTHASARATHY S, MOORE C, HUNKELER EM, HU T Y SELBY JV (2000). The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. *Health Services Research*, 35(4):791-812.

WEISS B, HARRIS V, CATRON T Y HAN SS (2003). Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2):364-74.