

## CONTENIDO

1. Introducción.
2. Objetivos del Hospital de Día.
3. Requisitos para la acreditación.
4. Organización.
  - 4.1. Coordinación.
    - 4.1.1. Unidad de Hospitalización.
    - 4.1.2. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
    - 4.1.3. Centros de Salud Mental de Distrito.
    - 4.1.4. Servicios Sociales, Educación y Empresa.
    - 4.1.5. Asociaciones de Afectados.
  - 4.2. Infraestructura.
    - 4.2.1. Espacio.
    - 4.2.2. Material y Mobiliario.
  - 4.3. Funcionamiento Interno.
    - 4.3.1. Horario de Actividades.
    - 4.3.2. Cartera de Servicios Clínico-terapéuticos.
      - Actividades Psicoterapéuticas.
      - Prescripción Psicofarmacológica.
    - 4.3.3. Criterios de Admisión al Hospital de Día.
      - Indicaciones.
      - Criterios de Exclusión.
    - 4.3.4. Programa de Voluntariado.
    - 4.3.5. Protocolo de Recogida de Información Clínica.
    - 4.3.6. Programa de Investigación.
    - 4.3.7. Programa de Prevención.
    - 4.3.8. Programa de Formación Continuada.

**INTRODUCCIÓN**

Los **Hospitales de Día** para adolescentes y adultos con TA nacen más tardíamente que los dedicados a otras patologías psiquiátricas. Esto es debido, fundamentalmente, a tres razones: la primera, que inicialmente, los pacientes con TA eran tratados en régimen hospitalario (normalmente en los hospitales psiquiátricos) o ambulatorio; la segunda, que cuando necesitaban de esta modalidad de tratamiento, eran atendidos en Hospitales de Día polivalentes y, por último, que la morbilidad era lo suficientemente escasa como para no necesitar, de forma rentable ni posiblemente eficiente, esta modalidad de tratamiento.

La filosofía que subyace en la implementación y desarrollo de esta modalidad de tratamiento puede resumirse en los siguientes supuestos:

- El gran énfasis dado a la desinstitucionalización y a la toma en cargo multiprofesional,
- el interés creciente de que la familia asuma un rol importante en el programa terapéutico,
- posibilita la toma en cargo sin que exista una ruptura total con su medio de convivencia y actividades,
- posibilita una concentración de recursos terapéuticos imposibles de realizar en el ámbito ambulatorio,
- por último, parece que este procedimiento terapéutico conlleva un ahorro económico frente a la hospitalización tradicional.

Debido a estas circunstancias esta modalidad de tratamiento ha dado lugar a unas expectativas,

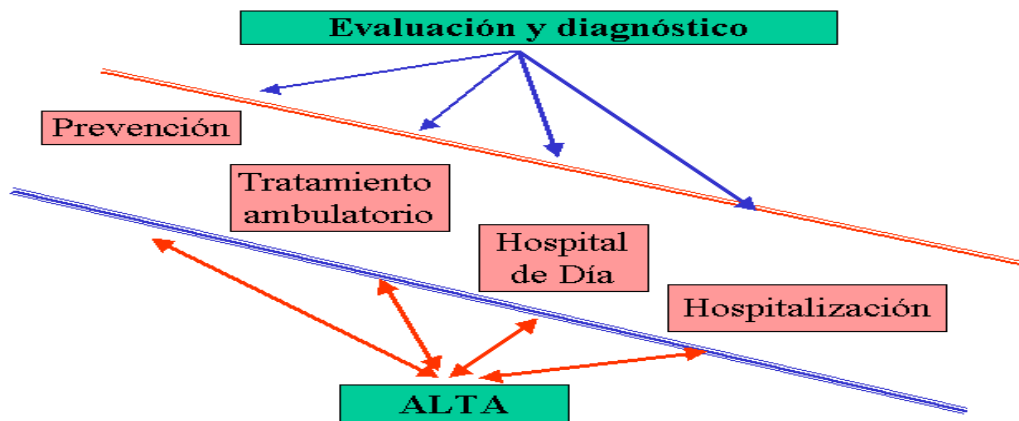
cada día más contrastadamente positivas, frente a la prevención de recaídas y de la cronificación de los TA.

Los **Hospitales de Día** se entienden como "una estructura asistencial que permite la puesta en marcha de forma simultánea de una gran variedad de recursos humanos y técnicas terapéuticas adaptadas a las necesidades del paciente y que contemplan, al mismo tiempo, a la familia, la sociedad y la aplicación del principio rector de la no-separación del paciente de su medio natural" (R. CAHN).

Los **Hospitales de Día** ocupan un lugar intermedio entre los centros y hospitalizaciones de larga estancia y la incorporación del paciente a su comunidad natural: la familia, su medio social, el instituto o empresa. Tal como se ha dicho con anterioridad, la idea directriz que subyace es la no-separación del paciente de su medio natural de convivencia proporcionando, al mismo tiempo, una disponibilidad de recursos terapéuticos difíciles de implementar en el contexto ambulatorio. Es por tanto, un tratamiento básicamente ecológico.

La experiencia en esta modalidad de tratamiento ha generado un modelo operativo acerca de los cuidados que el paciente debe recibir en todo momento dependiendo de las necesidades. Se denomina **Modelo Continuo de Cuidados** (Figura - 1). Comprende medidas gradiente-positivo que van desde la prevención comunitaria hasta la hospitalización.

Figura- 1. Modelo de Continuidad de Cuidados.



La hospitalización es considerada como el fracaso de todo el espectro de intervenciones posibles. Hoy debería ser prácticamente inexistente por razones de fracaso terapéutico si se disponen de los recursos comunitarios y administrativos suficientes.

Los **Hospitales de Día** han variado a lo largo de su historia, tanto en el tiempo dedicado a la asistencia como en las modalidades de intervención y variedad de pacientes que han atendido, **Tabla - 1**. Así, dependiendo del tiempo de estancia de los pacientes, se les han denominado hospitales de día, hospitales de tarde, de fines de semana, hospitales de noche etc. Según los modelos doctrinales en los que se han sustentado, se han llamado psicoanalíticos, hospitales de día de orientación conductual y psicopedagógicos. Según la patología, monovalentes o monográficos y polivalentes.

**Tabla - 1. Clasificación de los Hospitales de Día.**

| CLASIFICACIÓN:                    |
|-----------------------------------|
| <b>.SEGÚN TIEMPO DE ESTANCIA:</b> |
| •Hospital de Día                  |
| •Hospital de Tarde                |
| •Hospital de Fines de Semana      |
| •Hospital de Noche                |
| <b>.SEGÚN EL MODELO:</b>          |
| •Psicoanalíticos                  |
| •Conductuales                     |
| •Psicopedagógicos                 |
| <b>.SEGÚN LA PATOLOGÍA:</b>       |
| •Monovalentes                     |
| •Polivalentes                     |

En nuestro caso, proponemos la modalidad de Hospital de Día polivalente ya que atenderá no solo patología alimentaria, sino igualmente otras patologías psiquiátricas del adolescente para lo que dispone de protocolos y programas específicos. En lo que se refiere a los TA anorexia y bulimia nerviosas será de orientación conductual-cognitiva y sistémica. Igualmente, nos inclinamos por la opinión más aceptada, que abordaremos más adelante con precisión, de que no es recomendable la inclusión de pacientes con graves trastornos de la personalidad, siempre que estos dificulten la toma en cargo de otros pacientes.

**OBJETIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA EN CUANTO ESTRUCTURA ASISTENCIAL INTERMEDIA. ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.**

Si tenemos en cuenta el lugar que ocupa el Hos-

**pital de Día** en el organigrama asistencial del Área de Salud Mental, es fácil comprender cual es su **OBJETIVO FUNDAMENTAL respecto a la patología alimentaria**, consiste en posibilitar al paciente con anorexia o bulimia nerviosas unos cuidados terapéuticos suficientes sin apartarlo totalmente de su medio socio-familiar y, al mismo tiempo, imposible de realizar en el ámbito ambulatorio. De esta forma, se justifica la indicación de hospital de día como recurso terapéutico cuando el tratamiento ambulatorio es insuficiente para asegurar la toma en cargo integral, sea por escasez de recursos para dar respuesta a las necesidades del paciente, por incapacidad socio-familiar para asumirlo o por falta de adherencia al tratamiento ambulatorio, independientemente del estado nutricional y/o biomédico.

Si el objetivo fundamental es mantener los vínculos del paciente con su medio familiar y social, los **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** deben configurarse hacia este fin y contemplarse en cada una de las actuaciones. Estos objetivos se delimitarían sobre la base de las particularidades de cada paciente, por tanto en función de la psicopatología específica, así como con relación a los factores ambientales que los condicionen negativamente. Los objetivos específicos serían establecidos tras la primera semana de estancia en el Hospital de Día, teniendo en cuenta la información de los profesionales derivantes y una vez evaluadas jerarquizadamente las áreas sobre las que se deben intervenir, tanto individuales como socio-familiares, escolares o laborales.

En términos generales, el **TRATAMIENTO** a implementar en el **Hospital de Día** se encaminaría a la consecución de unos objetivos mínimos y que podemos resumir en:

- Mejorar los síntomas propios del trastorno alimentario con objeto de conseguir la optimización del funcionamiento autónomo diario del paciente en el ámbito personal, familiar, respecto a sus iguales, en la escuela o en el trabajo.
- Desarrollar una estrategia de intervención integral que facilite el establecimiento de conductas normalizadas respecto a la alimentación, que mejoren las cogniciones respecto a la imagen corporal, la autoestima y la seguridad en sí misma/o. Mejorar las habilidades sociales con objeto de que se pueda facilitar a los pacientes que creen sus propias redes de apoyo social.
- Se ha demostrado a través de estudios en este

sentido (KISER, 1995) que se optimizan los resultados de la intervención si somos capaces de generar vínculos positivos respecto a las medidas terapéuticas implementadas, tanto por parte del paciente como de la familia. En este sentido, debe trabajarse cuidadosamente el desánimo que tan frecuentemente suele aparecer en la familia durante el proceso terapéutico y que para nada facilitan los resultados positivos esperados. Esta labor debe trabajarse cuidadosamente en el Grupo de Padres.

Finalmente, quisiéramos enumerar, de forma resumida, cuales son los aspectos positivos y negativos detectados en las experiencias realizadas por otros profesionales, en los **Hospitales de Día** como alternativa a la hospitalización:

• **Aspectos positivos del Hospital de Día frente a la Hospitalización:**

- ❑ Se consigue la permanencia del paciente en su medio familiar y social impidiendo los efectos negativos de la ruptura que comporta la hospitalización.
- ❑ La familia se implica más en el tratamiento, ya que se posibilita un trabajo directo con ella.
- ❑ Proporciona un tratamiento interprofesional y continuado durante el día en un medio más humano que la hospitalización.
- ❑ En casos particulares, es un procedimiento idóneo para mantener la separación de la familia y/o entornos especialmente caóticos o problemáticos.
- ❑ Evita los posibles efectos yatrogénicos de la hospitalización, especialmente las condiciones de estancia menos humanizadas.
- ❑ Posibilita, en algunos casos, que el paciente no se aparte radicalmente de sus actividades diarias (trabajo, escuela, relaciones sociales).
- ❑ Posibilita diferentes niveles de toma en cargo, teniendo en cuenta las mayores posibilidades de flexibilización.
- ❑ Pueden ponerse en marcha una amplia gama de posibilidades terapéuticas que no son posibles ni recomendables realizar durante la hospitalización.

• **Aspectos negativos del Hospital de Día**

- ❑ No siempre es capaz de evitar la necesidad de hospitalización de los pacientes.
- ❑ Presenta algunas limitaciones en cuanto a la variedad de **Trastornos Alimentarios** que puede atender. Se ha demostrado que pacientes con graves deficiencias en el control de impulsos, conductas psicopáticas y toxicomanías, no es conveniente que sean atendidos en el hospital de día con programa de trastornos alimentarios.
- ❑ Los abandonos son más frecuentes que en la hospitalización, aunque menores que el tratamiento ambulatorio, teniendo en cuenta que se necesita un mínimo de voluntariedad por parte de los pacientes para la toma en cargo.
- ❑ A pesar de que si se compara respecto a la hospitalización, puede considerarse como positiva esta modalidad de tratamiento, frente al tratamiento ambulatorio es negativa, por el hecho de que siempre comporta un mayor o menor grado de interferencia de las actividades diarias del paciente (escuela, amigos, trabajo etc.).
- ❑ Suele ser más gravoso para los padres que la hospitalización en cuanto tienen que asumir un cierto compromiso y participación en el proceso terapéutico.

**REQUISITOS DE ACREDITACIÓN.**

Entendemos que un servicio sanitario cumple condiciones suficientes para ser acreditado cuando cumple las exigencias mínimas para desarrollar con eficacia y eficiencia los objetivos para el que ha sido creado. Debemos tener en cuenta que un Hospital de Día que atiende trastornos alimentarios, muchas veces asociados a otras patologías psiquiátricas, más o menos complejas, debe tener satisfechos un cierto número de necesidades en su totalidad.

Las exigencias mínimas que consideramos deben cubrirse en su totalidad son las siguientes:

- ❑ Que reúna los estándares sanitarios oficiales de acreditación. Sobre todo los referidos a espacio físico, infraestructura y personal.
- ❑ Plan detallado de objetivos, incluyendo criterios de inclusión y de exclusión de pacientes, así como técnicas de intervención.
- ❑ Dirección cualificada del centro.

- Plan detallado de coordinación con otros dispositivos sanitarios, o para- sanitarios, que tengan que ver con la óptima consecución de los objetivos terapéuticos.
- Capacidad para proporcionar unos cuidados continuados durante una jornada completa y, al menos, cinco días a la semana.
- Programa específico de prevención de recaídas, acting y tentativas de suicidio.
- Programa de actividades diarias basadas en un plan de tratamiento integral e individualizado. Este se desarrollaría por el "staff" en reuniones de síntesis al efecto y sería revisado a los 3, 10 y 30 días de su aplicación.
- Utilización de psicoterapias variadas: individual, grupal, familiar, actividades psicoeducativas y tratamiento ambiental, todas ellas basadas **en la evidencia científica**.
- Establecimiento de instrumentos, a ser posible estandarizados, de investigación y evaluación de la efectividad y eficiencia de los tratamientos, evaluación comparativa entre Hospital de Día, hospitalización y toma en cargo ambulatoria.

### ORGANIZACIÓN.

La organización del **Hospital de Día** debe orientarse a la consecución óptima de los fines para los que se ha creado: a saber, la recuperación de los pacientes que atiende. En la medida que los pacientes proceden de otros dispositivos asistenciales, que se intenta evitar la hospitalización cerrada, que puede servir de apoyo a ésta antes de la derivación definitiva a los equipos comunitarios y que se pretende conseguir la incorporación definitiva y autónoma al medio socio-familiar, la **organización** debe contemplar, al menos, los siguientes aspectos:

- **Coordinación:**
  - Con la Unidad de Hospitalización.
  - Con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
  - Con los Centros de Salud Mental de Distrito
  - Con los Servicios Sociales, Educación, Empresa.
  - Con las Asociaciones de Usuarios.
- **Infraestructura:**
  - Espacio

- Material y mobiliario
- **Funcionamiento interno:**
  - Horario.
  - Cartera de Servicios clínico-terapéuticos y otras actividades.
  - Criterios de inclusión y de exclusión de pacientes.
  - Programa de voluntariado.
  - Protocolo de recogida de información clínica.
  - Programa de investigación, formación permanente, docencia interna y externa.
- **Equipo ( recursos humanos):**

### COORDINACIÓN

Mantener unos criterios claros, operativos y calendarizados sobre actividades de coordinación con otros dispositivos de salud y para-sanitarios son fundamentales, no solo para optimizar el funcionamiento interno del **Hospital de Día**, sino, igualmente, para su propia supervivencia. Tal como venimos insistiendo, los **Hospitales de Día** se sitúan como puente entre la hospitalización cerrada, o a tiempo total, y la toma en cargo ambulatoria. Esta última debe quedar asegurada por la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y los Centros de Salud Mental de Distrito, tal como se desarrolló en el apartado correspondiente.

#### Con la Unidad de Hospitalización:

El **Hospital de Día** actúa como puente terapéutico hacia la toma en cargo ambulatoria. Esto se basa, tanto en aspectos terapéuticos como preventivos (recaídas) de rentabilidad y humanización del proceso terapéutico.

En este proyecto mantenemos que la hospitalización y el **Hospital de Día** deben estar íntimamente vinculados funcionalmente. El **Hospital de Día** puede servir, dentro del programa terapéutico como reforzador apetitivo (dentro de un programa de refuerzo positivo) a utilizar con los pacientes hospitalizados. El manejo de estancias a tiempo parcial y participación en actividades del hospital de día puede servir como motivadores al cambio, al mismo tiempo que humaniza la estancia del régimen hospitalario. Este **Programa de Incorporación Progresiva** puede fundamentarse en los siguientes supuestos:

- En aquellos/as pacientes que vayan cumpliendo los objetivos de la hospitalización pueden ir incorporándose progresivamente, y de

forma contingente al grado del cumplimiento, a las actividades del **Hospital de Día**.

- Estas medidas serán reversibles y siempre condicionadas a objetivos terapéuticos.
- El profesional de referencia para el/la paciente en el ámbito hospitalario, conjuntamente con el equipo, debe valorar los resultados de estas medidas.
- La incorporación será progresiva hasta el alta hospitalaria quedando en régimen de **Hospital de Día** hasta que pueda darse el alta por mejoría o por derivación a la modalidad de tratamiento ambulatorio.
- La derivación a la modalidad de toma en cargo ambulatoria se realizará sobre la base de las posibilidades de toma en cargo en su equipo de referencia (CSMD o USMI-J), así como de las dificultades de desplazamiento al **Hospital de Día**.

□ **Con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil**

Como se dijo anteriormente es con este dispositivo con el que deben establecerse unos canales de coordinación y de criterios para la gestión de la demanda, más estrechos. Esto se debe a varias razones.

- La edad de presentación de los trastornos alimentarios, aunque esta modificándose en los dos sentidos, cada vez es menor.
- Se necesita, como hemos afirmado con anterioridad, realizar un buen diagnóstico diferencial con otras patologías psiquiátricas de presentación en la pubertad y la adolescencia y que pueden iniciarse como si fuera un trastorno alimentario. En este sentido, las competencias de la USMI-J, debido a su nivel de especialización, son fundamentales.
- La mayor demanda, controlando por edad e inicio de presentación, se produce en la USMIJ.
- El hecho de que exista una responsabilidad compartida entre profesionales que trabajan simultáneamente en ambos dispositivos.
- No existirá documentación clínica de derivación específica con este dispositivo ya que poseen una historia clínica común para este tipo de patología: **Historia Clínica Integrada para los Trastornos Alimentarios**. (Véase más

**adelante**).

- El Hospital de Día es una estructura asistencial polivalente que servirá para el tratamiento de otras patologías psiquiátricas del/la adolescente, tanto en régimen de hospital de día, como tal, como para determinadas modalidades de tratamiento específicas (Grupos).
- Para ello existen protocolos específicos de derivación que no se desarrollarán en este documento.

□ **Con los Centros de Salud Mental de Distrito**.

Con los ESMD se establecerá coordinación exclusivamente con relación a la patología alimentaria. Si se contemplara la necesidad de que algún/a adolescente con otra patología pudiera servirse del Hospital de Día, la indicación se evaluará en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Cuando escribíamos acerca del tratamiento ambulatorio en los Equipos de Salud Mental de Distrito, avanzábamos algunos criterios clínicos y psicosociales que aconsejaban la derivación al **Hospital de Día**, así como algunos criterios que la excluían.

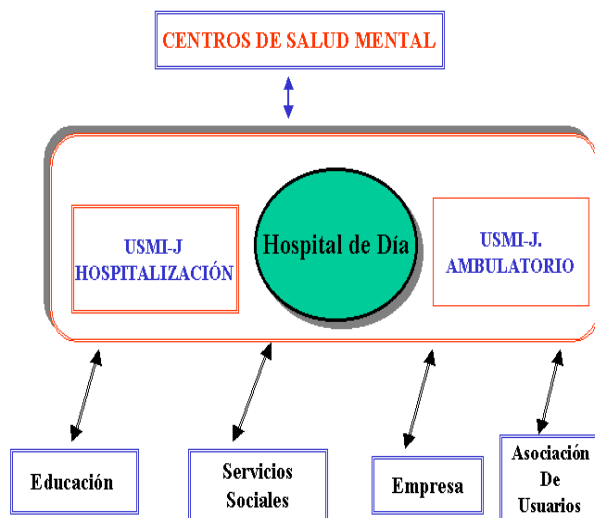
En este apartado queremos operativizar los mecanismos a seguir para cuando los profesionales de los ESMD consideren indicado el ingreso en el **Hospital de Día**:

- Una vez detectada la necesidad en el ESMD, se contactará con el facultativo responsable de ingresos del **Hospital de Día**, que valorará, conjuntamente con el responsable del tratamiento ambulatorio, la idoneidad de la demanda, así como la pertinencia del ingreso sobre la base del nivel de ocupación en ese momento y de la gravedad del trastorno.
- Para todo paciente que pase a la modalidad de tratamiento de hospital de día deberá cumplimentarse la **FICHA DE INGRESO**, siendo la misma que la utilizada para la petición de ingreso hospitalario (véase apéndices).
- Con objeto de que el **Hospital de Día** no sea un espacio ideal y contraterapéutico, hay que cuidar la permanencia del vínculo con el psicoterapeuta de referencia. Con este fin, se establecerá un calendario de contactos entre el/la paciente y el derivante. De esta forma se facilita la rederivación a su equipo de referencia una vez cumplidos los objetivos terapéuticos del **Hospital de Día**.



- ✎ Por parte de los profesionales del **Hospital de Día**, se realizará una intervención focalizada en objetivos claros y delimitada en el tiempo.
- ✎ Se pasará información de la evolución clínica a su terapeuta de origen con una periodicidad mínima de cada quince días.

**Figura -2. Niveles de Coordinación del Hospital de Día**



☐ **Con los Servicios Sociales, Educación y Empresa:**

Varios son los aspectos que nos obligan a tomar en consideración la necesidad de tener en cuenta a estos sectores en tareas de coordinación.

- ✎ Respecto a **Servicios Sociales**, existen casos, aunque escasos, de menores y/o adolescentes con trastornos alimentarios en donde el caos social y familiar adquieren un peso de primer orden, no solo en el mantenimiento de los problemas alimentarios, sino, igualmente, en la acumulación de factores de riesgo de marginalidad, prostitución y delincuencia. Por tanto, desde una perspectiva integral de tratamiento, se impone una estrecha coordinación con Servicios Sociales con objeto de que se puedan tomar medidas de protección convenientes.

La coordinación con los Servicios Sociales será función de la Trabajadora Social de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil que realizará una valoración objetiva de los aspectos psicosociales del paciente y su familia. El informe realizado, así como los resultados obtenidos de sus intervenciones, formarán parte de la Historia Clínica del paciente.

- ✎ El **Sector de Educación**, si tenemos en cuenta la edad media de los pacientes que suele ser los más beneficiarios de los centros de día, tiene una importante función en la toma en cargo de los/as pacientes.

La mayoría de los pacientes están en edad escolar, la estancia en un centro de día produce una interrupción de la escolaridad que implica tomar medidas en coordinación con los centros escolares para minimizar, en todo lo posible, las consecuencias negativas que pueden derivarse de ella.

En este sentido, es conveniente mantener contactos continuados y acuerdos respecto a qué hacer para que los pacientes se vean los menos afectados por la interrupción normal de sus estudios. Hay que llegar a acuerdos con las direcciones de los centros escolares, tanto en las formas de *evaluación* como en la posibilidad de que nos tengan informados del avance del desarrollo de los *contenidos* de las asignaturas. Por tanto, es fundamental *flexibilizar las condiciones de la escolaridad*. En esta tarea es crucial el apoyo de la Delegación de Educación.

Otra tarea, no menos importante, es la implicación directa de Educación en los *Programas de Prevención* en el medio escolar que se piensan deben surgir de la Unidad de Trastornos Alimentarios. Hay que decir, y en esto también es básica su colaboración, que prevención significa conocimiento del problema de salud, al menos en lo que se refiere a factores de riesgo. Por tanto, la consejería de educación está obligada a favorecer en los centros cualquier iniciativa de *investigación epidemiológica*, seria y respetuosa con la intimidad de los alumnos y sus familias, que nos sirva para dilucidar este grave problema de salud Pública que denominamos, genéricamente, trastornos alimentarios.

Los Programas de Coordinación con los respectivos centros, deben ser respetuosos con la autonomía de cada uno de ellos, sin crear por nuestra parte ninguna interferencia que no vaya en el sentido de ayudar a nuestros pacientes.

Igualmente, la responsable de coordinación será la Trabajadora Social de la USMI-J. con el apoyo de los terapeutas. Aunque no lo desarrollamos en este Programa, la coordinación con los centros escolares se realizará, igualmente, en relación a aquellos adolescentes que se benefician del Hospital de Día por padecer otras patologías psiquiátricas.

Si bien la mayoría de los pacientes están en edad escolar, cada vez es mayor el número de ellos que están desempeñando una actividad laboral y que pueden beneficiarse de una estancia terapéutica en un **Hospital de Día**. Por tanto, articular mecanismos de **Enlace con la Empresas** es muy importante. Creemos que deberían establecerse evaluaciones objetivas que nos ponderen hasta donde el empresario, aún conociendo y respetando sus intereses empresariales, debería ser flexible con las situaciones particulares de cada paciente, llegando a acuerdos positivos que, incluso, podrían contribuir a un mayor compromiso de nuestras pacientes a afrontar decididamente la resolución de su problema de salud.

**Con las Asociaciones de Afectados.**

Históricamente, la Asociaciones de Afectados, normalmente constituida por los padres de las/os pacientes, han tenido un importantísimo papel en el tema de los Trastornos Alimentarios y otras patologías mentales. Han contribuido, sobre todo, a la humanización de la asistencia psiquiátrica y a la permanente reivindicación del trato igualitario para el enfermo mental, indistintamente de la patología psiquiátrica subyacente. En el caso concreto de la Anorexia Nerviosa, siempre se han implicado a las familias como el crisol en donde, por sus malas artes educativas y/o comunicacionales, eran los absolutos responsables del trastorno anoréxico de sus hijas. Justamente, el asociacionismo y la evidencia científica de la que actualmente se dispone, en la actualidad, no solo no se les hace responsables en la inmensa mayoría de los casos, sino que, igualmente, se les considera imprescindibles para la recuperación de la paciente. En otras palabras, se ha venido confundiendo las causas con las consecuencias.

Hoy se asume, como fundamental, la colaboración entre las Asociaciones de Afectados y Familiares y los dispositivos asistenciales. Cualquier programa serio e integral de tratamiento contempla esta necesidad.

Nosotros dedicamos, expresamente, un plan de coordinación con las Asociaciones de Usuarios debido a dos razones básicas: primera, porque creemos en la necesidad de su colaboración y, segunda, porque asumimos las orientaciones dadas en el actual **Plan Estratégico del SAS** en este sentido.

En el Apéndice de este trabajo se recogen detalladamente cuales son los derechos y las obliga-

ciones a las que están sujetas las asociaciones, teniendo en cuenta los derechos de todo paciente y de su familia a la intimidad y al secreto profesional. El Programa se aplicará, tanto al **Hospital de Día** como a la **Unidad de Hospitalización y de Salud Mental Infanto-Juvenil**.

**INFRAESTRUCTURA**

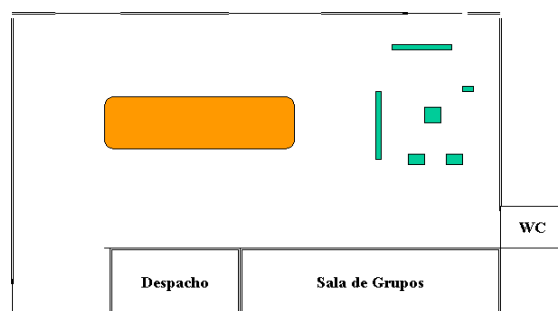
Es este apartado hacemos referencia al *espacio* y *los medios materiales* necesarios para realizar los objetivos terapéuticos. Hemos revisado bastante bibliografía al respecto, hemos visitado algunos centros y, finalmente, exponemos lo que se suponen las condiciones mínimas a cumplir para poder realizar esta tarea, cada vez mejor valorada.

**EL ESPACIO** dedicado al **Hospital de Día** debe estar en función del número de pacientes que albergue y será suficiente con tres espacios básicos, uno dedicado a convivencia entre pacientes, ocupacional, lectura, comedor etc. el segundo, para actividades grupales y, el tercero para tareas de despacho: psicoterapias individuales, recibir a familias etc.

En la Figura - 5 exponemos, aproximadamente, la distribución del espacio en nuestro Hospital de Día, así como el desarrollo de actividades en función del mismo: el espacio (1) correspondería a lo que hemos denominado como **Espacio de Convivencia** y que cumpliría las siguientes funciones:

**Figura-3. Hospital de Día**

☺ Actividades de convivencia entre los/as pa-



- ☺ Actividades psicoeducativas.
- ☺ Actividades de vídeo - confrontación.
- ☺ Actividades de lectura y estudio.
- ☺ Actividades terapia ocupacional o lúdica.
- ☺ Grupo de habilidades sociales.

Falta el espacio para **Terapias Grupales** más específicas. Para ello se aprovecha la proximi-



dad de la Biblioteca del Hospital y la sala de grupos del hospital de día, estableciendo un horario compatible con otros usos. Se realizará las siguientes actividades:

- ☺ Grupo de padres (Biblioteca).
- ☺ Terapia de Grupo para pacientes con bulimia (Sala de Grupos).
- ☺ Terapia de Grupo para pacientes con anorexia (Sala de Grupos).

Finalmente, el despacho clínico se utilizará para intervenciones psicoterapéuticas individuales y recepción de familias.

**EL MATERIAL Y EL MOBILIARIO** son fundamentales para realizar bien las tareas anteriormente mencionadas. Los medios mínimos que hemos considerado para nuestro Hospital de Día en base al número de paciente que atiende, son los siguientes:

- ☺ Tres mesas cuadradas para que puedan sentarse cómodamente cuatro personas. (12 pacientes). Servirían, igualmente, como mesas de comedor, estudio y terapia ocupacional o lúdica.
- ☺ Una mesa rectangular para que puedan sentarse, al menos cuatro personas, y realizar tareas separadas de estudio y/o lectura. Servirá como mesa de comedor para los/as pacientes que solo acudan a comida y reposo.
- ☺ Al menos 18 sillas.
- ☺ Un sofá y dos sillones de tamaño pequeño.
- ☺ Un armario biblioteca con llave.
- ☺ Un espejo de tamaño suficiente y colocado a una altura que pueda reflejar la imagen completa de, al menos, dos personas juntas.
- ☺ Un televisor y cámara de vídeo para las técnicas de vídeo - confrontación.
- ☺ Un fichero para guardar los historiales clínicos y material de evaluación clínica (cuestionarios etc.) y otro material de oficina.
- ☺ Despacho completo (una mesa cada uno con tres sillas y un pequeño armario biblioteca con llave).
- ☺ Sala de Grupos completa: una mesa amplia con al menos siete sillas. Este espacio se utilizaría, igualmente, para reuniones del staff.

- ☺ Un ordenador con suficiente capacidad para el archivo de historiales y utilización de los programas de tratamiento de textos y de estadística habituales bajo el entorno Windows

### ***FUNCIONAMIENTO INTERNO***

Está condicionado tanto a las funciones del **Hospital de Día** como a los objetivos que se plantean con el paciente. Este aspecto debe quedar lo suficientemente claro como para que no se vea dificultada la finalidad para la que se crea. A saber:

- ☐ El objetivo básico consiste en tratar pacientes para integrarlos en un Programa de Tratamiento Ambulatorio y no para crear un espacio social ideal que impida la autonomía del paciente y que favorezca la cronificación.
  - ☐ Como hemos insistido reiteradamente, es fundamental crear instrumentos de evaluación continuada que facilite tanto las intervenciones terapéuticas como la utilización óptima de los recursos disponibles.
  - ☐ Es necesario establecer prioridades y objetivos, tanto en el funcionamiento interno como con los pacientes, calendarizando todas las actuaciones.
  - ☐ Los roles de los diferentes miembros del equipo deben estar claros.
  - ☐ El tiempo debe estar distribuido en actividades terapéuticas, psicosociales, y recreativas para los pacientes, así como respecto a intervenciones familiares y reuniones de equipo (organizativas y clínicas).
  - ☐ Es importante programar el tiempo de estancia aproximado para cada paciente sobre la base de la valoración clínica y psicosocial inicial.
- A pesar de que puede estar influida por múltiples factores, la estrategia de intervención debe encaminarse a que ésta sea lo más breve posible. Por ello, hay que tener presente aquellas circunstancias que la pueden condicionar:
- ◆ La orientación doctrinal del equipo.
  - ◆ Características del paciente, severidad del trastorno, características demográficas e historia psiquiátrica previa o asociada.
  - ◆ Tipo de evolución: aguda o crónica.
  - ◆ Estudios previos sitúan la estancia media entre 2 y 3 meses con un rango que va de uno a cuatro

meses.

- ◆ El tipo de dinámica familiar.

### ☺ HORARIO DE ACTIVIDADES:

El horario de funcionamiento sería de LUNES A VIERNES y de 9 de la mañana a 21,00 de la tarde.

Aunque presentamos un horario de actividad, este no se presenta de forma absolutamente rígido. Puede variar en función del número de pacientes y de las necesidades clínicas de cada momento. A modo aproximado, proponemos el siguiente horario para actividades de la mañana que, como hemos expuesto anteriormente, se trata de pacientes con patologías psiquiátricas diferentes a los trastornos alimentarios:

#### HORARIO

#### ACTIVIDADES

- 9 - 10: Reunión del equipo: Organización de tareas y elaboración de estrategias a seguir. Sesiones Clínicas.
- 10 - 10,30: Tiempo dado para que lleguen los pacientes.
- 10,30 - 12: Actividades grupales.
- 12 -13,00: Actividades libres con los pacientes. Algunos días se dedicará a Escuela de Padres para niños con psicosis o Trastornos Generalizados de Desarrollo.
- 13,00 - 14,30: Comida y salida.

El horario del hospital de día para los pacientes será por la tarde con el objetivo de que puedan realizar la comida, la merienda y la cena. El horario, aproximado, de actividades será el siguiente:

|               |   |
|---------------|---|
| 13,00 - 14,30 | Comida  |
| 14,30 - 15,30 | Reposo relativo y vigi-<br>lado                         |
| 15,30 - 17,00 | Grupos de expresión artística,<br>ocupacional y estudio |
| 17,00 - 17,30 | Merienda  |
| 18,00 - 19,30 | Actividades grupales<br>(psicoterapia)                  |
| 20,00 - 21,00 | Cena y salida.  |

### ☺ CARTERA DE SERVICIOS CLÍNICO-TERAPÉUTICOS:

Pretendemos en este apartado exponer la prestación de servicios terapéuticos que debe esperarse en el **Hospital de Día**. La oferta que realizamos se fundamenta en las experiencias acumuladas por otros dispositivos con larga trayectoria en este tipo de tratamiento. Sin em-

brago, no se trata de una oferta rígida e incluso, como profesional, creo que no todas están igualmente evaluadas en cuanto a su eficacia. De aquí que nuestra labor consistirá en generar instrumentos y diseños que nos sirvan para evaluar nuestra propia experiencia terapéutica, buscando en todo momento la aplicación de aquellas técnicas que mejor muestren sus resultados terapéuticos.

Sorprende como se aplica de forma rutinaria y sin evidencia científica suficiente cualquier modalidad de tratamiento, muchas veces porque no se tiene claro qué hacer, o bien porque algo hay que hacer.

Otro aspecto que considero importante es el hecho de que puede resultar contraproducente, en una edad como la adolescencia, crear grupos exclusivos en lo que se refiere a la patología. Por ello, somos de la opinión de que determinados grupos de psicoterapia debieran ser mixtos: es decir, introducir adolescentes en un grupo de habilidades sociales, sin que padezcan un trastorno alimentario, puede contribuir a la movilización psicológica de una forma más sana y realista (ecológica), evitando la generación de un misticismo perverso con relación al trastorno alimentario que paraliza en bastantes ocasiones la motivación al cambio.

Por tanto, si bien este proyecto se refiere a la creación de UN PROGRAMA ESPECÍFICO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS, no debemos olvidar que lo importante es la consecución de sus objetivos. A saber, recuperar el estado de salud de los/as pacientes aplicando los procedimientos terapéuticos científicamente contrastados y evitando en todo lo posible el que puedan ser yatrogénicos Y SIN INTRODUCIR ASPECTO FUNCIONALES DE EXCLUSIVIDAD POR LA PATOLOGÍA QUE CONTRIBUYAN A LA CRONIFICACIÓN.

### □ Modalidades Psicoterapéuticas:

Las actividades que se piensan realizar, siempre que el número y tipo clínico de pacientes, lo permitan son los siguientes:

- ⇒ Terapia Grupal: Sobre la base teórica del Modelo conductual - cognitivo, en los adolescentes interesan introducir elementos analíticos del desarrollo.  
*El número de pacientes por grupo será de 6 - 7 y diferentes para los casos de anorexia nerviosa y de bulimia.*

Los responsables deberán el psiquiatra y/o el psicólogo, pudiendo actuar como psicoterapeuta algún profesional de enfermería.

Su frecuencia será de dos veces por semana.

⇒ **Grupos de Alimentación:** Contenidos relacionados con pautas de alimentación saludables. *El número puede ser de 12 que son el número total de pacientes previsto.*

Los responsables pueden ser el psiquiatra, cualquier otro facultativo médico o de enfermería.

Su frecuencia será de una vez por semana.

⇒ **Grupos Temáticos:** Aunque algunos autores se refieren a grupos en los que se abordan diferentes temas relacionados con la alimentación, nosotros, bajo esta denominación, nos referimos a grupos en los que se abordan temas variados y de interés para los pacientes. *El número de pacientes puede ser hasta de 12, igual que el de alimentación.*

Los responsables deben ser el psiquiatra y/o el psicólogo. Igualmente, puede participar enfermería como coterapeuta.

Su frecuencia será una vez por semana.

⇒ **Labor/ludoterapia:** No son grupos de terapia propiamente dicho. Sin embargo, son actividades libres en los que la comunicación entre los/as paciente suele ser beneficiosa. Se repartirán durante el día de forma regular y reglado. Pertenecen a esta modalidad, los de expresión artística, lectura de prensa, pintura etc.

⇒ **Grupos Centrados en la Imagen Corporal:** Hacen referencia a todas las actividades grupales cuyos contenidos temáticos están centrados en los problemas de imagen corporal. Pueden ser de *discusión dirigida, confrontación en espejo y confrontación en vídeo.*

Se realizarán dos veces por semana. El número de pacientes será de 6 aproximadamente.

Serán responsables el psiquiatra y/o el psicólogo. Enfermería puede actuar como coterapeuta.

⇒ **Terapia en Habilidades Sociales:** Se basarían en el paradigma conductual - cognitivo. Su frecuencia sería una vez por semana. Los pacientes incluidos en esta modalidad de tratamiento no necesariamente deben padecer, exclusivamente, trastornos alimentarios.

El número de pacientes debería estar entre 6 y 7. Se realizarían los grupos que fueran necesarios.

⇒ **Grupos Psicoeducativos:** Están

pensados fundamentalmente como indicación para la bulimia nerviosa, aunque a nuestro juicio pueden utilizarse, igualmente, en la anorexia nerviosa. Para GARNER Y GARFINKEL (1997) que fueron los artífices de este modelo de intervención, los temas que deben tratarse en los Grupos Psicoeducativos, son los siguientes:

- Información sobre la multicausalidad de los trastornos alimentarios.
- Aspectos socioculturales que influyen en su presentación y mantenimiento.
- Teoría del Self-point. Fisiología de la alimentación.
- La desnutrición. Consecuencias psico-físicas.
- Normalización de los hábitos alimentarios.
- Mecanismos insanos para la regulación del peso: consecuencias psíquicas y físicas.
- Un peso adecuado como objetivo personal.
- Mecanismos para la prevención de recaídas.

Son grupos amplios en los que pueden participar los pacientes integrantes del centro. Igualmente, son abiertos.

Los responsables pueden ser, indistintamente, el psiquiatra, el psicólogo, enfermería o cualquier otro facultativo con conocimientos sobre los temas referidos.

⇒ **Grupos de Padres:** Los Grupos de Padres se han evidenciado como una modalidad de apoyo al tratamiento fundamental. No se trata de grupos terapéuticos, sino de grupos informales en donde se trabaja la ansiedad y los miedos irracionales que suelen presentar los padres de las pacientes. Igualmente, se les dan consignas para armonizar el funcionamiento intrafamiliar y mejorar la comunicación y relación padres-pacientes.

No necesariamente deben de realizarse en el contexto del **Hospital de Día**, aunque también y conjuntamente con los padres que tengan pacientes hospitalizados.

Normalmente, la frecuencia es quincenal, aunque el apoyo a los padres, en casos concretos, puede ser con una frecuencia bastante menor, normalmente semanal.

En este proyecto, proponemos una relación estrecha entre los grupos de padres de la USMI-J. y los que se desarrollen en el hospital de día-hospitalización.

Los responsables de estos grupos deben ser el psiquiatra y/o psicólogo conjuntamente con enfermería y/o trabajador social.

⇒ **Seguimiento Terapias Individuales:** Las psicoterapias individuales se basan en el establecimiento de vínculos entre los terapeutas y los pacientes que favorecen el cambio hacia el

estado de salud. Normalmente, estos vínculos cuesta trabajo y tiempo eliminarlos. De aquí, la realización de psicoterapias individuales en el contexto del **Hospital de día y la Hospitalización**, deberían ser las menos posibles y, solamente, en aquellos caso en donde sea imposible realizarlas en el contexto ambulatorio.

□ **Prescripción Psicofarmacológica.**

**TODOS LOS GRUPOS SON ABIERTOS.**

Forma parte de los servicios terapéuticos. Los tratamientos psicofarmacológicos se prescribirán cuando estén indicados en función de la complejidad de los trastornos y siempre basados en la evidencia científica.

Los pacientes recibirán las informaciones oportunas sobre los beneficios que se esperan de la medicación, así como de los efectos secundarios relevantes.

Se realizará una evaluación continua de resultados terapéuticos y efectos indeseables, evaluando de forma continua el riesgo-beneficio.

☺ **CRITERIOS DE ADMISIÓN AL HOSPITAL DE DÍA:**

Es de vital importancia delimitar claramente las características clínicas y psicosociales de los pacientes que pueden beneficiarse de esta modalidad de tratamiento que, si bien se ha venido insistiendo a lo largo de todo el documento, será en este apartado en donde lo desarrollaremos más ampliamente.

□ **Indicaciones para ingreso en Hospital de Día.**

⇒ **Criterios Clínicos:**

- ◆ Todo paciente que tras una primera toma en cargo ambulatoria no responde al tratamiento ambulatorio con riesgo evidente de cronificación.
- ◆ Pacientes con un estado nutricional deficitario (Índice de Quetelet < 17,5) que la evolución durante el tratamiento ambulatorio comporten riesgos evidentes para la salud, debido a una respuesta pobre al tratamiento ambulatorio.
- ◆ Pacientes en las que primen las conductas purgativas, independientemente del estado de salud, y sea imposible controlar en el ámbito ambula-

torio.

- ◆ Pacientes con semiología psicopatológica asociada que dificulte la toma en cargo ambulatoria o que necesiten de una intervención más continuada e intensa.
- ◆ Pacientes que se hayan venido incorporando de forma progresiva a las actividades del hospital de día desde la hospitalización.
- ◆ Habrá pacientes que, puede indicársele desde el ámbito ambulatorio que solamente se incorporen al Hospital de Día para las comidas y reposo.

⇒ **Criterios Psicosociales:**

- ◆ Grave disfunción familiar que dificulte la toma en cargo ambulatoria.
- ◆ Grave deterioro de la vida socio-laboral de los pacientes y que se considere prioritaria su solución.

□ **Criterios de Exclusión:**

- ◆ Los trastornos alimentarios que no sean: anorexia típica y atípica y bulimia nerviosa típica y atípica a no ser que se considere beneficioso terapéuticamente. (Véase Tabla - 1, pag. 19).
- ◆ Patologías psiquiátricas que secundariamente presenten patología alimentaria. Este criterio de exclusión no es absoluto, debiéndose estudiar cada caso concreto.
- ◆ Trastornos graves de personalidad que distorcionen la dinámica general del hospital de día o interfieran significativamente en la toma en cargo de los pacientes. A modo orientativo podemos referirnos a pacientes que padezcan de:
  1. F60.0. Trastorno paranoide de la personalidad.
  2. F60.1. Trastorno esquizoide de la personalidad.
  3. F60.2. Trastorno disocial de la personalidad.
  4. F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
  5. Trastornos his téricos graves.
- ◆ Trastornos psiquiátricos asociados, esquizofrenia y otras psicosis, con sintomatología suficientemente activa como para dificultar la toma en cargo en el hospital de día.

- ◆ Pacientes con riesgo de suicidio.

La estancia media que se establece para nuestro hospital de día es de 3 meses.

El tratamiento es voluntario. En caso de riesgos importantes se pasaría a HOSPITALIZACIÓN, estudiando la posibilidad de ingreso involuntario.

En este sentido, se establecerá desde el ingreso con todas/os y cada una/o de los pacientes un CONTRATO TERAPÉUTICO en donde se recogen los compromisos que asumen.

#### ☺ PROGRAMA DE VOLUNTARIADO.

Aunque España se ha incorporado recientemente a la utilización del voluntariado tanto en servicios de salud como sociales, otros países presentan una larga experiencia en este sentido.

Hay que reconocer que pueden prestar interesantes servicios y, sobre todo, en el problema de los trastornos alimentarios si tenemos en cuenta que se trata de una patología médica eminentemente psicosocial y en donde, parte del tratamiento, pasa por la normalización de patrones de conducta social.

En las experiencias de otros centros y clínicas que hemos podido contrastar, el voluntariado se integra en actividades cuidadosamente seleccionadas como, por ejemplo, la vigilancia durante las comidas y las actividades que nosotros hemos denominado como **lúdicas y/ recreativas**. Por tanto, ¿Cuáles serían las actividades en las que pueden colaborar?. Nosotros proponemos las siguientes:

1. Grupos de expresión artística.
2. Grupos de lectura.
3. Apoyo en tareas académicas para pacientes estudiantes.
4. Grupos de relación libre.
5. Salidas programadas de pacientes.
6. Durante las comidas en el domicilio de las pacientes que lo requieran y en donde tal vigilancia por parte de la familia altere significativamente la relación.
7. Acompañamiento de pacientes hospitalizadas durante largos periodos de tiempo y que se considere positivo para la más rápida recuperación de los pacientes.

#### ☐ Elección del voluntariado.

1. Independientemente de que las Asociaciones de Afectados puedan proporcionar

su propio voluntariado, este debe ser admitido por el staff de la Unidad para poder realizar las tareas anteriormente mencionadas.

2. Los servicios de cualquier miembro del voluntariado pueden ser interrumpidos si el staff lo considera oportuno en base al tratamiento de los/as pacientes.
3. La misma Unidad puede seleccionar a su propio voluntariado, si se produjeran peticiones en este sentido.
4. Ningún miembro del voluntariado podrá tener parientes en régimen de hospital de día u hospitalización en el momento de su prestación de servicios.
5. Las **actividades del voluntariado** serán supervisadas por un responsable de la unidad (médico, psicólogo o de enfermería).

#### ☺ PROCOLO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN CLÍNICA.

No desarrollamos este aspecto debido a que se recoge ampliamente en los Apéndices. Simplemente, señalar que se trata de un protocolo común con la **Unidad de Hospitalización**, que será obligatorio cumplimentarlo y que sistemáticamente todos los datos de la valoración clínica (biomédica), psiquiátrica y psicológica serán archivados en una base de datos elaborada al efecto.

Los datos mínimos que se contemplan en este protocolo están basados en la Guía para la Práctica Clínica referida a los Trastornos Alimentarios elaborada por la *American Psychiatric Association*.

#### ☺ Programa de Investigación, Programa de Prevención, Formación Continua.

**Todos estos Programas son comunes con la Unidad de Hospitalización y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil**

#### ☐ Programa de Investigación.

El Equipo de la **Unidad de Trastornos Alimentarios** se propone poner en marcha un Programa de Investigación que en sus diferentes líneas dé prioridad al conocimiento científico del problema de salud para el que se crea. Es decir la patología de los trastornos alimentarios. Sobre todo, priorizará la investigación clínica y de ges-



ción de las actividades en curso.

En este sentido hemos solicitado una ayuda de 2.000.000 de pesetas al Plan De Investigación del SAS para la realización de un estudio epidemiológico de prevalencia en dos etapas en la provincia de Almería. Los objetivos de este proyecto están en la determinación de la prevalencia real de la anorexia y la bulimia en el ámbito comunitario, así como la validación en nuestra comunidad de varios instrumentos de diagnóstico clínico.

Igualmente, se pondrán en marcha otros proyectos sobre eficacia de los tratamientos en uso (Psicoterapéutico, farmacológico y dietético), así como un estudio de casos y controles sobre factores asociados a la presentación de los trastornos alimentarios en la población adolescente.

Respecto a la investigación en gestión, aunque estará, por un lado, íntimamente ligado al coste-efectividad de los tratamientos, ya mencionado anteriormente al hablar de la evaluación de la eficacia de los mismos, dedicaremos una línea de investigación en cuanto a rendimiento del equipo. La información estará basada en los siguientes **INDICADORES (para cada paciente):**

1. Edad del paciente.
2. Tiempo de Evolución de la Enfermedad.
3. Tiempo de Estancia.
4. Consumo de Servicios.
5. Ingreso (s) y
6. Alta (s).
7. Motivo de Alta (s).
8. Recaídas de pacientes atendidos.
9. Derivantes de los pacientes.
10. Intervenciones en crisis.
11. En colaboración con los gestores del centro hospitalario, se intentará establecer GDRs para cada diagnóstico y subdiagnóstico.

□ **Programa de Prevención:**

A parte de que formando parte de nuestro trabajo clínico diario debemos realizar una función preventiva secundaria: evitando la cronicidad y otras secuelas de la enfermedad, en este apartado hacemos referencia a la puesta en marcha mecanismos y actividades hacia lo que es la **PREVENCIÓN PRIMARIA**.

La mejor prevención primaria es la que se realiza sobre las bases de un conocimiento sólido sobre la etiopatogenia de la enfermedad. En la anorexia y la bulimia nerviosas, a pesar de los

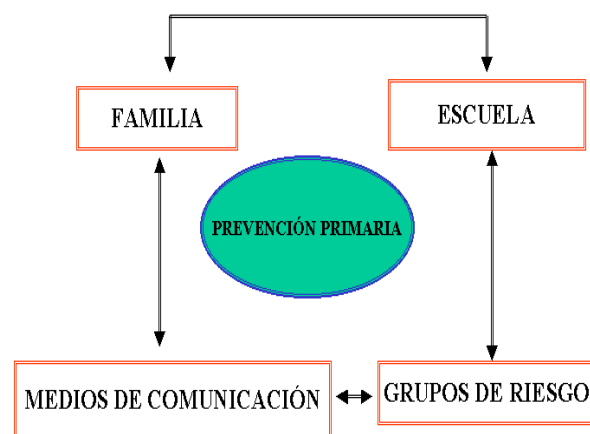
miles de trabajos y de su larga historia, no conocemos más que factores asociados a la presentación de las mismas. Los conocimientos que tenemos actualmente sobre su etiología están basados en estudios descriptivos y, a lo sumo en casos-contróles, los cuales solamente nos dan información sobre elementos relacionados y no sobre causalidad.

De otra parte, la implementación de medidas preventivas y su eficacia significa conocer la morbilidad del trastorno y su modificación en el tiempo sobre la base de los programas o medidas preventivas puestas en marcha en un momento determinado. De todo esto existe un desconcertante desconocimiento, a pesar de la magnitud del problema.

Sin embargo, conocemos lo suficiente para poder establecer medidas preventivas y nos falta la evaluación de ellas. De aquí la importancia dada a nuestro proyecto de investigación de prevalencia como instrumento de diagnóstico comunitario. Con los resultados que se desprenda del mismo, podremos en un futuro evaluar las actividades preventivas que proponemos en este apartado. Las actuaciones preventivas deberían realizarse en aquellos ámbitos en donde se han manifestado los factores de riesgo (Figura-3)

**Figura -3 : Ámbitos de actuación preventiva.**

Las actuaciones concretas en las que deben



basarse las actuaciones preventivas, serán:

⇒ **Información.** Aunque lo ideal sería que ella fuera dirigida a los sujetos en riesgo, tal vez la única información fiable a este respecto, es que se trataría de la pubertad y el inicio de la adolescencia los sujetos en mayor riesgo. Estas actividades deberían darse, por tanto, en el ámbito escolar, la universidad y en las familias



con hijos púberes y adolescentes.

⇒ **Modificación de conductas y hábitos de riesgo:** alimentación y ejercicio no controlado, a través de la Educación Sanitaria.

⇒ **Modificación de los estereotipos culturales** relacionados con el culto a un determinado tipo de figura. Aquí ocuparían una gran importancia los medios de comunicación.

Nosotros proponemos la creación de un **GRUPO INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN** que estaría constituido por un miembro de la Consejería de Educación, de la Consejería de Salud, otro en representación de la Asocia-ciones de Afectados, de la prensa, de la Unidad de Trastornos Alimentarios y de Servicios So-ciales.

Sus funciones serían elaborar políticas orienta-das a la prevención y, en línea con el Plan Es-tratégico del SAS, de participación y control de la calidad de los servicios sanitarios dados a los usuarios.

Este grupo intersectorial mantendría un calen-dario de reuniones periódicas con elaboración de orden del día previo y recogida sistemática en actas de los acuerdos.

#### □ **Programas de Formación Continua:**

La formación continuada, conjuntamente con la investigación, son aspectos fundamentales para el buen funcionamiento del equipo por varias razones: la primera, porque es una responsabili-dad ineludible de todo profesional actualizar los conocimientos con objeto de aplicar los mejores tratamientos y, segundo, porque sirve para moti-var a los miembros del mismo.

Nosotros proponemos varias tareas formativas a realizar por los miembros del equipo: facultati-vos y enfermería:

⇒ **Sesiones Clínicas:** Se re-alizarían con una periodicidad de cada quince días. Rotando enfermería, psicología, psiquiatría y dietética-medicina interna. Se presentarían casos de especial interés clínico.

⇒ **Reuniones de Síntesis:** Serían diarias y versarían sobre las evaluaciones de los pacientes en seguimiento. Deben participar to-dos los miembros de equipo que tengan relación con los pacientes evaluados.

⇒ **Revisiones Bibliográficas:** Se trataría de actualizaciones de artículos y libros relacionados con nuestra labor asistencial.

Serían de frecuencia quincenal, simultaneando con las sesiones clínicas.

⇒ **Programa de Formación PIR y MIR:** Se establecería un programa de formación para residentes que recogiera los contenidos teóricos mínimos, así como las intervenciones clínicas que deberían realizar.

⇒ **Universidad:** Se realizarán re-gociaciones con la Facultad de Psicología y el Departamento de Ciencias de la Salud de la Uni-versidad de Almería con objeto de establecer un Programa de colaboración.

