

Elena Rodríguez Seoane

(Directora-Coordinadora)

**ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN
DE LA ENFERMEDAD MENTAL SEVERA**

Cuidados, atención y aspectos jurídicos



© Elena Rodríguez Seoane (Directora-Coordinadora), 2015
Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos
Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>
E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9969-903-5
Depósito legal: M-36997-2014
Fotocomposición: P55 Servicios Culturales
Diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

Directora

Elena Rodríguez Seoane

Especialista en Enfermería de Salud Mental.

Autores

Rosa Adela Leonseguí Guillot

Profesora Titular de Derecho Civil. UNED.

Alfonso Serrano Gil

Abogado y Profesor de Derecho Civil. UNED.

Ainara Echevarría Abasolo

Especialista en Enfermería de Salud Mental.

Pablo Martín Fidalgo

Monitor de Rehabilitación.

Elena Rodríguez Seoane

Especialista en Enfermería de Salud Mental.

Colaboradores

M^a Asunción Gorroño Onaindía

Especialista en Enfermería de Salud Mental.

Lander Madaríá Marijuan

Especialista en Enfermería de Salud Mental.

Presentación

Este libro muestra entre varios aspectos, los distintos dispositivos existentes para la atención y rehabilitación de la enfermedad mental severa.

Enseña “qué es” y “cómo se hace”, en un intento de aportar seguridad al profesional que inicia su andadura en esta especialidad o tiene contacto en su labor cotidiana con personas que padecen alguno de estos trastornos.

Aporta los aspectos jurídicos de interés, que pudieran satisfacer las dudas que puedan surgir. Está basado en la experiencia asistencial de 30 años en un hospital psiquiátrico y de 5 en un hospital de día, además del paso por los demás servicios asistenciales de la salud mental.

Son estos, recursos que proceden de un estado de bienestar en la salud pública y que difícilmente conocerán las generaciones venideras por la crisis mundial que nos acoge. Recursos, que aunque aún hoy siguen en funcionamiento, quizá tienda alguno a desaparecer, no debiéndose olvidar en la memoria histórica para poder ser reclamados de nuevo en tiempos de bonanza.

LOS AUTORES

Índice

Presentación.....	XI
-------------------	----

PRIMERA PARTE **Atención y cuidados**

1. Introducción.....	3
2. Principales recursos actuales para el tratamiento de la enfermedad mental.....	13
3. Otros dispositivos y recursos de carácter social.....	39
4. La rehabilitación en salud mental	43

SEGUNDA PARTE **Aspectos Jurídicos**

5. El enfermo mental y el derecho de familia: crisis matrimoniales. Guarda, custodia y derecho de visitas de los hijos por el progenitor enfermo mental	129
6. La incapacidad laboral	141
7. La incapacitación.....	153

PRIMERA PARTE

Atención y cuidados

Introducción

E.M. Rodríguez Seoane; L. Madarfa Marijuan;
María Asunción Gorroño Onaindía

El enfermero especialista en salud mental y la cronicidad

Según informaba el BOE del 24 de mayo de 2012, la formación del enfermero especialista en salud mental “*se organiza en una estructura común denominada Unidad Docente Multiprofesional (agrupando las especialidades de tres profesionales de la salud mental: enfermeras de salud mental, psicólogos clínicos y psiquiatras*” (BOE, 2012)⁽¹⁾.

Es por ello que, cumpliendo con sus competencias, el enfermero especialista en Salud Mental (como parte integrante del equipo interdisciplinar de profesionales en salud mental junto a los psiquiatras y psicólogos) va a actuar simultáneamente con estos, en distintas dimensiones del problema psiquiátrico y adictivo de los enfermos.

Además de las disciplinas mencionadas, deben nombrarse otras como la de monitor psiquiátrico, trabajador social o terapeuta ocupacional; que si bien no dependen de una misma unidad docente ni precisan de una formación tan especializada en la salud mental, son imprescindibles a la hora de administrar una atención integral y de calidad al enfermo en rehabilitación.

Este nuevo marco, que nos permite abordar al enfermo con trastorno mental severo adaptándonos mejor a sus necesidades, es la consecuencia de los últimos cambios y desarrollo de la psiquiatría de rehabilitación: de esta manera, hace menos de medio siglo, los pacientes que sufrían de estas patologías graves permanecían institucionalizados de por vida y no se les permitía permanecer en sociedad.

Algo similar ha ocurrido con la enfermería de salud mental, que como el conjunto de la rehabilitación psicosocial, ha precisado de tiempo y experiencia para desarrollar las labores y competencias que actualmente la definen. Todavía está reciente la imagen de la enfermera ejecutora y dependiente en exclusiva de las órdenes médicas, con más arte que ciencia en los cuidados del día a día e infravalorada, tanto por la población general como por los distintos profesionales del equipo.

Hoy en día, es mayor la complejidad de esta figura, pues sin haberse desquitado de esa faceta ejecutora, ha sido reconocida oficialmente en las actividades que venía desempeñando durante casi medio siglo (como los grupos terapéuticos o la prescripción), y ha adquirido otras que perfectamente puede llevar a cabo, como son la intervención en la promoción y prevención en materias de Salud Mental, la de intervenir en actividades docentes, la de realizar proyectos, actividades de investigación e innovación y la de participar de manera activa en materias de gestión.

Además, la prestación de cuidados directos, que comprende desde la administración de medicación pautada hasta la intervención grupal, se ha expandido de tal manera que ha sido motivo del desarrollo en la formación de estos profesionales, integrándose así en la formación de Psiquiatras y Psicólogos clínicos.

Por esto y para esto, la enfermería dispone de una herramienta que registra y delimita las labores y competencias de la profesión, una taxonomía que reúne tanto los diagnósticos de enfermería o respuestas del ser humano que se pueden abordar desde la misma (NANDA) como los resultados que se esperan obtener (NOC) y las intervenciones que se van a realizar (NIC) para ello; regulando así, mediante la evidencia clínica, los quehaceres y metas y dando valor a los cuidados administrados de esta manera.

Y es con este cambio de paradigma que la enfermería se ha convertido en un elemento de cohesión dentro del equipo multidisciplinar, permaneciendo en estrecha relación con otras profesiones y cumpliendo labores que, bien por razones de personal o por costumbres institu-

cionales u otros intereses, previamente pertenecían a otras disciplinas. Por eso, aunque la posibilidad de controversia es algo intrínseco a un equipo de estas características, se debe plantear esta heterogeneidad como una posibilidad para adaptarse mejor a la población a tratar. De esta forma, cuando un profesional no es capaz de abarcar todo lo que quisiera, sabrá que otro, aun teniendo un desarrollo profesional diferente, completará la misma labor o la complementará enriqueciéndola aún más. Al fin y al cabo, estas son las facultades que dotan a un equipo de rehabilitación psicosocial de la flexibilidad y plasticidad que nuestra sociedad necesita.

Y es que no se debe olvidar, que si bien el trabajo en equipo facilita la labor del día a día, el objeto y objetivo de la enfermería, y por extensión del equipo multidisciplinar, es el propio enfermo, que, en su camino hacia la rehabilitación, irá buscando una mano amiga que le oriente, le eduque o le limite si es preciso. Para ello, son los/as enfermeros/as especializados en Salud Mental y su equipo auxiliar quienes permanecerán a su lado las 24 horas del día, cumpliendo estas labores y otras tantas propias de la atención holística.

La rehabilitación del enfermo mental severo

Como bien dice J.J. Uriarte “*El concepto de rehabilitación, tomado prestado de la medicina “física”, con sus conceptos simples de lesión, síntoma, secuela, se torna mucho más resbaladizo al ser aplicado a patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, en las que el nivel actual de conocimientos impide separar síntomas de secuelas, en que la cronicidad puede adoptar formas clínicas en extremo variopintas, y en las que se confunden y entremezclan las consecuencias sociales con la clínica de la enfermedad*”⁽²⁾.

Para poder comprender a las personas con enfermedades se ha de valorar su enfermedad, sus capacidades antes de la implantación del trastorno y el soporte familiar y social. Teniendo en cuenta todo ello, nos preguntaremos ¿podrán mejorar en sus capacidades perdidas, de su deterioro vital?

Analícemos, entonces, el mundo del enfermo crónico y su rehabilitación; el objetivo es conseguir que la persona vuelva a su medio en las mejores condiciones posibles de autonomía.

Para ello, se intentarán potenciar las capacidades sanas, rescatando los aspectos de las capacidades afectadas que se puedan rehabilitar y promoviendo capacidades nuevas, a través de diferentes recursos, actividades y programas. Todo ello, incrementando tanto su autoestima como su autonomía.

Son muchos los aspectos a trabajar y las variables a considerar para conseguir una buena rehabilitación. Para ello, se ha de considerar al ser humano como un todo, de una manera holística, sin parcelas. Observarle como la suma de las diferentes características que tiene, ya que cada uno es único e irrepetible. Además, otro aspecto a tener en cuenta es que cada persona es diferente dependiendo en qué etapa de la vida se encuentre, de las vivencias que haya tenido,...

Hay pacientes que conservan las formas sociales y son educados a pesar del deterioro provocado por su enfermedad; otros, menos afortunados por no haber tenido un ambiente familiar que cuide estos aspectos y tener mayor deterioro, fallan con frecuencia en su habilidad para relacionarse de forma adecuada; otros, en fin, procedentes de la marginalidad, carecen de maneras sociales, y hay que educarles en ellas como un elemento previo a la rehabilitación.

Pero lo general en un paciente mental crónico de larga data y debido a los múltiples brotes psicóticos es, que las formas y lo “políticamente correcto” se pierda olvidando hasta como se deben de asear.

Habrá que tener en cuenta los aspectos culturales y sociales; aspectos tan simples como el cuidado del cabello, la higiene, el vestido y la alimentación, entre muchos otros, cobran valores y significados diferentes. Y en consecuencia, requerirán tratamientos y pautas diferenciadas.

Cada paciente debe tener un “plan individualizado de rehabilitación” (PIR). Este, se elabora a partir de los datos obtenidos a partir de la historia clínica del paciente, de su estado durante los seis a doce días previos al ingreso (dependiendo de la gravedad y de si se dispone

de esa información), de la entrevista con él y con sus familiares y/o personas más cercanas, si los tuviera, incluyendo el uso de escalas que nos proporcionen datos sobre el perfil físico, psíquico y social del paciente (como la HoNos que se verá más adelante); informaciones todas ellas, que nos van a aportar los criterios operativos de trabajo (COT) adecuados para este enfermo durante el primer mes; esos criterios operativos serán revisados posteriormente, cada mes.

Con todo ello, podremos ser capaces de valorar las necesidades que tiene el usuario y, consecuentemente, los cuidados que se le han de brindar que van desde actividades básicas de la vida diaria a las instrumentalizadas.

Finalmente, hemos de ver la conveniencia de orientarle hacia un determinado grupo y de aplicarle un determinado programa o programas específicos

¿Qué son los grupos?⁽³⁾

Siguiendo a Villegas Besora, en todos los programas de rehabilitación se alterna lo grupal con lo individual, por las características y potencialidades que el grupo tiene para el aprendizaje y elaboración de estrategias que permitan afrontar la enfermedad.

El origen de las terapias de grupo existentes en la actualidad no es independiente de los modelos terapéuticos individuales, sino que surgen como transformaciones o adaptaciones de aquellos.

Todas las corrientes han consensuado que el núcleo terapéutico del trabajo clínico con grupos lo constituye la posibilidad que brinda a cada paciente de:

- Obtener experiencias que difícilmente encontrarían en otro lugar.
- Una expresión libre y auténtica de sus sentimientos y percepciones.
- La interacción con los otros compañeros del grupo y el terapeuta; en otros casos, el facilitador.

- El apoyo mutuo y la retroalimentación que se puede recibir de los demás.

Siguiendo al mismo autor, he aquí las tres modalidades que se distinguen en la terapia grupal:

1. *Terapia en grupo*: Donde el individuo constituye la figura y el grupo el fondo. El terapeuta actúa de conductor o director. La atención del grupo se centra en el problema que aporta el individuo (psicodrama, terapia de Gestalt, análisis transaccional).
2. *Terapia de grupo*: Donde el grupo es el paciente y el agente terapéutico; otorgándole al terapeuta un papel de analista grupal. La atención se centra en el tratamiento de la interacción entre los miembros del grupo (diversas modalidades de grupo análisis o “modelo analítico vincular”).
3. *Coterapia grupal*: Donde todos los participantes actúan *de terapeutas*, en un sentido o en otro (según la capacidad de liderazgo de algunos de sus miembros), variando la figura del profesional de más directiva a menos directiva; en algunas modalidades de grupos, el profesional se convierte en la figura de un facilitador; incluso puede llegar a ser inexistente, como en algunos grupos de ayuda mutua o psicoeducativos o grupos de ayuda emocional. (Kurt Lewin⁽⁴⁾ *Grupos transaccionales*, Carl Roger 1970⁽⁵⁾ *Grupos de encuentro*, terapias cognitivo conductuales, grupos de apoyo emocional, grupos de autocuidados, grupos de ayuda mutua y grupos psicoeducativos).

Vamos a distinguir con más precisión los últimos grupos, pues son los que la enfermería especializada en Salud Mental Rehabilitadora y Psicosocial trabaja habitualmente en rehabilitación.

- *Grupos de formación o psicoeducativos*: Tienen como principal objetivo informar y formar, para afrontar de forma positiva las situaciones de cambio. Se utilizan distintas técnicas:

desde las cognitivas conductuales hasta técnicas de los grupos de encuentro, por ejemplo, para que un enfermo recupere sus hábitos de higiene, o para informar/formar a las familias en relación con la enfermedad que padece su allegado cuando tengan que cuidarle y acompañarle.

- *Grupos de apoyo:* Entre familias o entre enfermos con un terapeuta o facilitador; objetivo, ofrecer un marco acogedor y seguro que permita la gestión de las capacidades mutuas de los participantes frente a una situación afectiva o amenazante. Según Martínez Taboada C y Paladin Lois M⁽⁶⁾ el grupo ofrece a paciente y familia recursos de afrontamiento; sensación de control; soporte emocional paliativo; aumento del estado de ánimo positivo; aumento de la autoestima; oportunidad de tener interacciones sociales regularizadas y una retroalimentación de los demás miembros del grupo y de un terapeuta que servirá de guía para identificar síntomas y poder actuar ante cualquier desajuste.
- *Grupos de autocuidados o de ayuda mutua:* Se forman entre familiares o cuidadores para apoyarse mutuamente en su difícil tarea; y entre pacientes estables, que precisan paliar su aislamiento, aumentando sus contactos sociales; que precisan mejorar sus habilidades sociales y son el germen de distintas iniciativas de talleres, centros ocupacionales, clubs para enfermos y organizaciones para reivindicar los derechos de este colectivo de familiares y enfermos, en especial desde la reforma pragmática de 1986.

Los profesionales sanitarios y sociales suelen actuar de iniciadores, facilitadores, formadores y consultores, asumiendo responsabilidades; según qué circunstancias, ayudan al grupo a ser independiente (Villalbi y Roca 1989)⁽⁷⁾.

Para formar parte de algunos programas de reinserción (por ejemplo, laboral), la persona ha de saber desenvolverse de manera satisfactoria en programas más básicos, y mostrar una adherencia al trata-

miento. Este es el objetivo ideal que se ha de plantear al paciente. No todos podrán alcanzar dicha meta, pero los cuidados estarán encaminados en dicho sentido. Cada uno llegará a un nivel de independencia o de inserción en su comunidad. Por ello, es importante tener en cuenta la situación, en todos sus aspectos, de dicho individuo.

Para acometer una buena rehabilitación, ha de haber un diálogo fluido entre la investigación médica y las instituciones sanitarias y sociales, porque continuamente hay novedades en la ciencia médica (con los avances bioquímicos), en las relaciones sociales, en las estructuras laborales, en los valores, en la estructura familiar, etc. Este diálogo debe estar orientado fundamentalmente a favorecer la continuidad de cuidados y protección del enfermo y sus familias, para evitar que las propias familias enfermen, para no malgastar energía de los recursos que el individuo tiene a su alrededor. Ya que habrá momentos en las que dichas relaciones se precise que estén al 100%, y si en el camino se les observa que están “pinchando”, de poco nos valdrán. Por ello, es de vital importancia cuidar al cuidador.

La enfermedad se puede manifestar de forma súbita (mediante un brote) o lentamente. En ambos casos sobre todo, en ciertas enfermedades crónicas, como las psicosis esquizofrénicas la persona queda en un estado deficitario, resultándole muy difícil organizar su vida tras sucesivos brotes y años de tratamiento; sin embargo no se debe generalizar, ya que el nivel deficitario varía de unos a otros.

Este estado deficitario se caracteriza por el deterioro de los aspectos más básicos de autocuidado y autonomía personal, pudiendo llegar a un estado de enlentecimiento, inhibición psicomotriz, aislamiento y marginación social. Existen recursos y programas para disminuir el deterioro y evitar el aislamiento, programas a los que se ha aludido anteriormente; programas que es necesario conocer.

En la rehabilitación, es fundamental un buen acompañamiento. Acompañar es estar junto a alguien; en el caso de la salud mental, es caminar junto a ese alguien (en algunos casos, solo podemos hacer esto) mientras dura su proceso rehabilitador; en muchos casos toda la vida, enseñándole, dirigiéndole, facilitando su camino o tutelándolo.

Bibliografía

1. BOE. (24 de mayo de 2012). Programa Oficial de la especialidad de Enfermería en Salud mental. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia.
2. Uriarte JJ. Rehabilitación y Psiquiatría: ¿Eterna Promesa o Pasada de Moda?" *Revista Norte de Salud Mental* 2005; 22: 6-10.
3. Villegas Besora M. Grupos en la clínica. En: González P. (ed.). *Psicología de los grupos. Teoría y aplicación*. Madrid. Ed. Síntesis 1999; pp: 229-269.
4. Lewin K. *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires. Paidós. 1978.
5. Roger C. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona. Paidós Ibérica. 1992.
6. Martínez Taboada C, Paladín Lois M. Grupos de bienestar psicosocial y calidad de vida. En: González P (ed.). *Psicología de los grupos. Teoría y aplicación*. Madrid. Síntesis. 1999;pp: 271-91.
7. Villalbi JR, Roca F. Un instrumento a desarrollar para la promoción de la salud entre nuestros pacientes y sus allegados: Los grupos de ayuda mutua. *Medicina Clínica* 1989; 93: 427-430.

Principales recursos actuales para el tratamiento de la enfermedad mental

E.M. Rodríguez Seoane

Hay distintos dispositivos para el tratamiento de los trastornos mentales.

En algunos casos será suficiente con la atención del médico de familia de la atención primaria; o la atención ambulatoria del Centro de Salud Mental (CSM). Por ejemplo, un trastorno por ansiedad, una fobia social, una depresión leve... Estos pacientes acuden una vez al mes a dichos centros y se les trata y brinda la asistencia que precisen.

En algunos casos, sobre todo en la atención privada, la persona acude a consulta de una a tres veces por semana, según la necesidad del paciente; cuando el paciente experimenta una mejoría (que puede llegar a su curación) se distancian las consultas paulatinamente hasta que se da de alta a la persona. La terapia en estos trastornos de menor gravedad (no por ello menos dolorosos para quien los sufre) la debe costear el propio enfermo, ya que no la cubre la Sanidad Pública.

Otras veces, la severidad de los síntomas del paciente requerirá un tratamiento más incisivo y largo, como ocurre en algunos psicóticos y en enfermos mentales de larga evolución. Estos pacientes son seguidos por el CSM cuando están compensados; pero si no lo están, serán tratados en una unidad psiquiátrica; siendo como posibles razones de

ingreso: la descompensación debida al abandono del tratamiento, el consumo severo de tóxicos o alcohol, las alteraciones de conducta o el intento de suicidio u otras causas graves.

Todos los recursos a utilizar con estos pacientes persiguen una mejoría clínica del paciente. En los trastornos más leves, su curación; y en los más graves, su compensación, rehabilitación e integración en la sociedad, en la medida de lo posible.

Centro de Salud Mental (CSM)

El Centro de Salud Mental es un recurso que está disponible entre la atención primaria y el hospital de día u hospital psiquiátrico. Es el núcleo de la red de salud mental y el responsable del proceso asistencial del sujeto, ya que es el dispositivo especializado que se encuentra más cerca del paciente y de su entorno, teniendo por ello mayor capacidad para conocer la realidad del usuario *in situ*.

Normalmente, el Centro de Salud Mental es quien realiza la primera evaluación y diagnóstico de la persona. Desde los más leves (siempre y cuando el tratamiento del médico de familia no haya conseguido el objetivo deseado) hasta los más severos. El Centro de Salud Mental hace el seguimiento del enfermo; aplica los tratamientos farmacológicos; realiza intervenciones psiquiátricas y sanitarias apropiadas a cada caso; proporciona los cuidados de enfermería; propone programas y acciones individuales de rehabilitación y reinserción social; en caso de necesidad, toma las medidas oportunas y deriva al enfermo a recursos más adecuados.

El CSM, además de atender a los trastornos anteriormente citados, interviene en:

- Educar al enfermo y a la familia.
- Informar al paciente sobre lo que puede esperar del equipo y de lo que el equipo espera de él.
- Garantizar la continuidad de cuidados en un grupo de pacientes con patología mental grave y crónica.

¿Qué ofrece el Centro de Salud Mental?

- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicoterapéutico.
- Puntualmente tratamiento psicológico, individual, grupal o familiar.
- Cuidados e intervenciones de enfermería.
- Programas terapéuticos.
- Intervenciones sociofamiliares.

El equipo terapéutico, usualmente, estará formado por psiquiatras, enfermeras especialistas, trabajadores sociales, algún auxiliar de enfermería y un auxiliar administrativo; a veces también un psicólogo.

El número de profesionales dependerá de la capacidad de pacientes que tenga, unido a las posibilidades y presupuestos de cada centro. Todos ellos se coordinan entre sí para la consecución de objetivos.

El Centro de Salud Mental tiene otros programas y recibe otras demandas:

- Infantojuvenil.
- Adultos.
- Coordinación con la atención primaria.
- Coordinación con los servicios sociales.
- Atención ambulatoria.

A estos programas acuden los pacientes que tienen algún trastorno mental y sus familias. A todos ellos se les informa en qué consiste la enfermedad y se les presta apoyo terapéutico, ayudándoles en su seguimiento y acompañamiento.

A estos servicios, normalmente, se llega derivado desde la atención primaria o desde urgencias del hospital general del servicio de psiquiatría, a donde acude la persona por propia voluntad o llevado por sus familiares. Cuando el usuario utiliza el sistema de la urgencia omite el paso del médico de familia. Acuden de manera voluntaria e involuntaria al Centro de Salud Mental pacientes dados de alta de una unidad hospitalaria, para su seguimiento y control.

Por esto mismo, el Centro de Salud Mental se coordina con los demás recursos psiquiátricos; entre otros, con el Hospital de Día, con las Unidades de Corta y de Media Estancia, con los talleres ocupacionales o con los pisos tutelados y con el equipo de atención primaria.

En el caso de la Unidad Infantojuvenil, además del tratamiento en la unidad correspondiente del CSM, se podrá optar si hubiera disponibilidad de plazas a Hospitales de Día infantojuveniles (el horario suele ser similar al horario escolar), a unidades de hospitalización breve y a servicios de psiquiatría infantil del hospital general.

Hospital de día

Este dispositivo atiende durante el día a personas con algún tipo de enfermedad mental severa.

Su finalidad es la rehabilitación psicosocial de los pacientes a través de la terapia ocupacional y programas específicos en los que también se incluyen actividades de ocio que potencien la convivencia. Realiza diagnósticos y tratamientos médicos, de enfermería y psicosociales.

La sanidad pública actual tiende a unificar las actividades del Centro de Día y Hospital de Día para un mejor aprovechamiento de los recursos existentes en la red y una más amplia y mejor respuesta de cara al usuario.

El Hospital de Día es un dispositivo intermedio y parcial, a medio camino entre el hospital psiquiátrico y el centro de salud mental. Puede estar integrado dentro del hospital.

Constituye un recurso para los enfermos mentales crónicos o severos de duración prolongada, principalmente psicosis, que no disponen de una buena cobertura familiar, para garantizar la adherencia al tratamiento farmacológico y/o apoyo social, presentando alguna incapacidad para vivir de forma independiente en la comunidad.

Los pacientes que se benefician de este dispositivo suelen ser remitidos por un facultativo de la red de salud mental perteneciente al hospital de referencia o de otros hospitales de día (que piden el cambio por una mayor proximidad al domicilio); o directamente desde el Centro de Salud Mental.