

Bernard Golse
Paula Laita de Roda
Yolanda Carballeira Rifón
Beatriz Sanz Herrero
Daniel Cruz Martínez
Manuel Armas Castro
Laura G. Armas Barbazán
Ramón Area Carracedo
Ana Elúa Samaniego
Laura Carballeira Carrera
Diana Cobo Alonso
Celia Valdivieso Burón
Carmen María Deza García
Teodoro Uría Rivera
Carlos Justo Martínez
Eduardo Barriocanal Gil
Sara García Al Achbili
Sara González de Pablos
Ricardo Fandiño Pascual
Vanessa Rodríguez Pousada
Federico Cardelle-Pérez
M^a Dolores Domínguez-Santos
Francisco Villar Cabeza
M^a Cecilia Navarro Marfisis
Ariadna Amores Colom
Mar Vila Grifoll
Antonio Galán Rodríguez
Carmen Andrés Viloria
Paula Díez-Andrés
Rocío Villameriel Carrión
Araceli García López de Arenosa
Natalia Albiac Mañé
Teresa Rius Santamaría

Nº 73
2º semestre

2023

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

*Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente*

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

N.º 73 - Segundo semestre 2023

Edita: SEPYPNA – Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

[@] publicaciones@sepypna.com

[W] <https://www.sepypna.com>

Junta directiva de SEPYPNA

Presidente: Roque Prego Dorca

Vicepresidenta: Paula Laita de Roda

Secretario: Daniel Cruz Martínez

Tesorerera: Sara Terán Sedano

Vicesecretario: Antonio Galán Rodríguez

Responsable web: Saioa Zarrasquin Arizaga

Vocales: Eva Rivas Cambroneró, Inmaculada Romera, Carolina Liaño Sedano, Luna Gómez Ceballos

Directora de publicaciones

Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Comité editorial

Daniel Cruz Martínez (Barcelona), Antonio Galán Rodríguez (Badajoz), Luna Gómez Ceballos (Sevilla), Paula Laita de Roda (Madrid), Carolina Liaño Sedano (San Sebastián), Roque Prego Dorca (Santander), Eva Rivas Cambroneró (Madrid), Inmaculada Romera (Málaga) Sara Terán Sedano (Madrid), Saioa Zarrasquin Arizaga (San Sebastián).

Comité asesor

Aurelio J. Álvarez Fernández (Asturias) Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida) Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París) Alain Braconnier Centro Alfred Binet (París), Mª Luisa Castillo APM (Madrid) †, Miguel Cherro Aguerre U. del Desarrollo (Montevideo), Ana Estévez Universidad de Deusto (Bilbao), Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova), Marian Fernández Galindo (Madrid), Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires), Pablo García Túnez (Granada), Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París), Carmen González Noguera (Las Palmas), Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao), Leticia Escario Rodríguez (Barcelona), Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia), Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires), Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ (Alcázar de San Juan), Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †, Otto Kernberg University Cornell (Nueva York), Cristina Molins Garrido (Madrid), Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza), Alberto Las Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao), Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona), Roger Misés (París) †, Marie Rose Moro Universidad Paris Descartes (París), Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza), Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona), María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires), Alicia Sánchez Suárez (Madrid), Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires), Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia), Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián), Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona), Jorge Tizón García (Barcelona), Ángeles Torner Hernández (Madrid), Eulàlia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona), Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao), Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid), Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura), Juan Manzano Garrido (Ginebra) †.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <https://latindex.org/latindex/>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psicodoc.org/>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <https://dulcinea.opensciencespain.org/>

Suscripción anual 25€

Periodicidad: semestral

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias y comunicaciones presentadas en los congresos anuales de SEPYPNA
- Conferencias y aportaciones libres.

Envío de artículos: publicaciones@sepypna.com

ÍNDICE /INDEX

HABLANDO DE BEBÉS A LOS ADOLESCENTES. UNA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA *TALKING ABOUT BABIES TO TEENS. A PREVENTION OF VIOLENCE*

Bernard Golse 5

PSICOPATOLOGÍA Y ADOLESCENCIA: AFRONTAR LA CRISIS INDIVIDUAL EN TIEMPOS DE CRISIS GLOBAL *PSYCHOPATHOLOGY AND ADOLESCENCE: DEALING WITH THE INDIVIDUAL CRISIS IN TIMES OF GLOBAL CRISIS*

Paula Laita de Roda 13

CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD, NUEVOS CONTEXTOS, ACOMPAÑAMIENTO Y *ELABORACIÓN EN UN ESPACIO TERAPEUTICO COMPARTIDO*

Yolanda Carballera Rifón 23

LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO. ASPECTOS TERAPEUTICOS DEL TRABAJO EN GRUPO DE PADRES *ILLNESS IN THE CHILD. THERAPEUTIC ASPECTS OF PARENT GROUP WORK*

Beatriz Sanz Herrero 29

EL MALESTAR SOCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA *SOCIAL UNREST AND THE CONSTRUCTION OF IDENTITY IN ADOLESCENCE*

Daniel Cruz Martínez 41

LA ESCUELA DEL BIENESTAR COMUN *THE SCHOOL OF COMMON WELFARE*

Manuel Armas Castro, Laura G. Armas Barbazán y Ramón Area Carracedo 53

SER MADRE EN TIEMPOS FEMINISTAS *MOTHERHOOD IN FEMINIST TIMES*

Ana Elía Samaniego, Laura Carballera Carrera, Diana Cobo Alonso, Celia Valdivieso Burón, Carmen María Deza García 67

EL GRUPO BALINT EN EL PROYECTO SIRIO. INSTRUMENTO DE CUIDADO, SUPERVISION Y FORMACION PARA EDUCADORES TERAPEUTICOS QUE TRABAJAN DESDE EL VINCULO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN MEDIO RESIDENCIAL *BALINT GROUP IN "PROYECTO SIRIO". CARING, SURVEILLANCE AND TRAINING VEHICLE FOR THERAPEUTIC EDUCATORS (TE) WHO WORK FROM THE ATTACHMENT WITH CHILDREN AND TEENAGERS, SUFFERING FROM SERIOUS MENTAL DISORDER, IN RESIDENTIAL CARE CENTRES*

Teodoro Uría Rivera, Carlos Justo Martínez, Eduardo Barriocanal Gil, Sara García Al Achbili, Sara González de Pablos 73

ADOLESCENTES Y ADOLESCENCIAS. ¿TRANSICIÓN O DESTINO?
ADOLESCENTS AND ADOLESCENCE: TRANSITION OR DESTINY?

Ricardo Fandiño Pascual y Vanessa Rodríguez Pousada..... 87

UNA PERSPECTIVA SOBRE LOS PROGRAMAS DE HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
A PERSPECTIVE ON MENTAL HEALTH DAY HOSPITAL PROGRAMS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Federico Cardelle-Pérez y María Dolores Domínguez-Santos..... 97

CONDUCTA SUICIDA, PANDEMIA Y MALESTAR EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA. NUEVOS RETOS Y RETOS DE SIEMPRE
SUICIDAL BEHAVIOR, PANDEMIC AND EMOTIONAL DISTRESS IN ADOLESCENCE. NEW CHALLENGES AND OLD CHALLENGES

Villar Cabeza, F., Navarro Marfís, M. C., Amores Colom, A. y Vila Grifoll, M. 109

PSICOTERAPIA KLEINEANA PARA FORANEOS, O POR QUE UNA INTERESANTE TEORIA NOS LOS PONE TAN DIFÍCIL
KLEINIAN PSYCHOTHERAPY FOR OUTSIDERS, OR WHY AN INTERESTING THEORY MAKES IT SO DIFFICULT FOR US.

Antonio Galán Rodríguez..... 129

SI TU ESTUVIERAS EN MI LUGAR, QUE MAL LO IBAS A PASAR. EL CASO DE MIGUEL: UN NIÑO VINCULADO AL SÍNDROME DE ASPERGER
IF YOU WERE IN MY PLACE, YOU WOULD HAVE A REALLY HARD TIME. THE CASE OF MIGUEL: A CHILD LINKED TO ASPERGER'S SYNDROME

Carmen Andrés Vilorio y Paula Díez Andrés..... 139

UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN LA CAPACIDAD REFLEXIVA Y LAS CAPACIDADES PARENTALES
A PROPOSAL FOR A PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION BASED ON REFLECTIVE CAPACITY AND PARENTAL CAPABILITIES

Rocío Villameriel Carrión y Araceli García López de Arenosa..... 153

SOSPECHA DE DIAGNÓSTICO DE AUTISMO EN NIÑOS: EL GRUPO COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN
AUTISM DIAGNOSTIC SUSPECT IN CHILDREN: THE GROUP AS AN EVALUATION TOOL

Natàlia Albiac Mañé, Teresa Rius Santamaria..... 159

UNA PERSPECTIVA SOBRE LOS PROGRAMAS DE HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

A PERSPECTIVE ON MENTAL HEALTH DAY HOSPITAL PROGRAMS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Federico Cardelle-Pérez⁴⁰ y María Dolores Domínguez-Santos⁴¹

RESUMEN

La puesta en marcha de un programa de Hospital de Día de Salud Mental para niños y adolescentes puede ser una tarea compleja. Se intenta describir las diferentes modalidades de programas existentes centrándose en la estructura, los recursos humanos, la organización, las intervenciones terapéuticas y los indicadores de calidad. Existe evidencia suficiente para continuar la implementación de programas de Hospital de Día de salud mental para niños y adolescentes. Sigue siendo preciso el desarrollo de directrices clínicas específicas y nuevos estudios para evaluar la efectividad siguiendo estándares similares.

Palabras clave: Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Hospital de Día, Evaluación, Efectividad, Hospitalización Parcial

ABSTRACT

Starting-up a mental health Day Hospital program for children and adolescents remains a complex task. We attempt to describe the existing programs focusing on structure, human resources, organization, therapeutic interventions, and quality-of-care. There is sufficient evidence to continue the implementation of mental health Day Hospital programs for children and adolescents. Developing specific clinical guidelines and designing new studies to evaluate effectiveness following similar standards could be some of the right steps to provide the best treatment possible.

Keywords: Child and Adolescent Psychiatry, Day Hospital, Evaluation, Effectiveness, Partial Hospitalization

INTRODUCCIÓN

Existe un acuerdo general sobre los Hospitales de Día como programa de tratamiento eficaz para diferentes patologías psiquiátricas en niños y adolescentes (Tumuluru, 2020). Los estudios de efectividad frente a los estudios de eficacia tienen la ventaja de poder reconocer situaciones de la práctica clínica real, la terapia no es siempre de una duración fija, puede ser ecléctica, muchas veces se consideran agrupaciones sindrómicas en lugar de diagnósticos puros y el enfoque de la psicoterapia intenta en muchas ocasiones mejorar el funcionamiento global antes que buscar la desaparición de un síntoma específico (Granello et al., 2000). De ahí la importancia de realizar estudios que tengan una aplicación a la práctica real, de tal forma que incluyan información relevante sobre aspectos estructurales y organizativos, algo que a su vez podría ser útil para el diseño de nuevos programas de tratamiento.

⁴⁰ Psiquiatra. Servicio Murciano de Salud. CSMIJ Cartagena, Cartagena. España. federico.cardele@carm.es

⁴¹ Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidade de Santiago de Compostela. España. mado.dominguez@usc.es

Cuando un clínico se encuentra con la tarea de poner en marcha un Hospital de Día para niños y adolescentes, se encuentra con una falta de guías, datos dispersos y escasa precisión sobre el modelo a seguir en la práctica real, dada la diversidad existente. Esto no invalida el hecho de que la diversidad de enfoques terapéuticos puede considerarse un valor en sí mismo, pero la realidad que se encuentra el profesional es que el diseño y la implementación de estos programas aún no están estandarizados y sitúan al profesional en una zona de incertidumbre (Tumuluru & Sorter, 2020). Esperamos que estas líneas a modo de panorámica puedan ayudar en este sentido a nivel clínico.

ESTRUCTURA

Las recomendaciones incluyen aulas, sala de terapia grupal, sala de reuniones comunitarias, sala de descanso, sala de espera, consultas para terapia individual, consultas para personal educativo, sala de medicamentos, baños, área de cocina-comida, instalaciones recreativas, uso flexible del espacio y la necesidad de vehículos para el transporte de pacientes y padres, como pueden ser una o más furgonetas para actividades recreativas en la comunidad y acceso a hogares (Ghuman & Sarles, 1998), una sala común grande y polivalente, sala adjunta para la contención emocional, taller, sala de logopedia. (Villero Luque et al., 2016). Un conjunto con un espacio suficientemente grande, que se ha estimado en aproximadamente 100 metros (Jiménez Pascual, 2001). La distribución podría tener la forma de un teatro, herradura o semicírculo como adecuado para compartir experiencias, ejercicios de juego de roles y realizar exposiciones, ya que favorecen el intercambio de opiniones y la adopción de acuerdos en un contexto grupal y mantienen la opción de que se puedan hacer reflexiones independientes. El entorno es menos distante que con otras opciones, manteniendo una distancia física corta con un contacto visual más directo, se trata esta de una adaptación técnica al diseño del aula propuesto en los manuales propuesta desde un modelo de tratamiento ambulatorio intensivo (Delgado, 2009). En cuanto a los recursos materiales, debe haber material de diagnóstico clínico y médico, pruebas y otro material psicológico, para enfermería y terapia ocupacional, así como los necesarios para las actividades de interacción social y administración (INSALUD, 2000), manteniendo material suficiente para el juego, así como de carácter psicopedagógico (Jiménez Pascual, 2001).

RECURSOS HUMANOS

Una amplia variedad de profesionales que deben estar representados en los Hospitales de Día, como son psiquiatras de niños y adolescentes, trabajadores sociales, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares y psicoterapeutas (Masters et al., 2002). Se ha considerado a nivel de necesidades de personal a los programas de hospitalización parcial como equiparables a las unidades de hospitalización, excepto que no hay necesidad de turnos de enfermería de 24 horas, con una estimación de paciente-personal de tres a uno, y no más de seis pacientes asignados al mismo miembro del equipo. Los intentos de trabajar con muy poco personal pueden ser una fuente de estrés, agotamiento y deterioro institucional.

Desde Estados Unidos se planteaba que el personal necesario para trabajar con veinte niños más veinte adolescentes a tiempo completo y estancia media de cuatro semanas sería de un psicólogo clínico / administrador de programas con capacitación y experiencia en servicios de salud mental para niños y adolescentes, cuatro clínicos (trabajadores sociales y / o psicólogos, cada uno como administrador de casos y terapeuta primario para una agenda asignada de diez pacientes), un psiquiatra de niños y adolescentes, dos maestros de educación especial, dos enfermeras, seis asistentes / auxiliares de salud mental (*counselors* que interactúan diariamente con los pacientes), más medio auxiliar de abuso de sustancias; comentaban que otro personal podría ser compartido, como terapeutas ocupacionales que generalmente proporcionaban una o dos horas por semana. (Ghuman & Sarles, 1998). En España, los asistentes de Hospital de Día de la adolescencia suelen ser educadores sociales o terapeutas ocupacionales. Un programa con estancias medias más cortas requeriría más personal y tiempo adicional para realizar evaluaciones y el trabajo asociado con las admisiones y las altas.

Todo el equipo debería tener la formación necesaria para reconocer las reacciones transferenciales y así ser capaz de responder a ellas adecuadamente (Graell et al., 2010). Se ha escrito sobre el impacto emocional que puede sufrir cualquier profesional en contacto con pacientes en psiquiatría (Hinshelwood, 2004), y se ha descrito específicamente que el contacto directo y permanente con niños y adolescentes con trastorno mental grave puede llegar a ser muy exigente a nivel personal, por lo que se recomienda un cuidado especial del personal de servicio tanto en sus aspectos formativos como en su posible *burnout* (Morandé, 1998).

ORGANIZACIÓN

Durante las primeras consultas una opción razonable es priorizar el apego con el nuevo entorno y su personal, no iniciando dinámicas de grupo que puedan causar angustia excesiva y puedan provocar abandono (Villero Luque et al., 2016). En un entorno donde muchos profesionales trabajan con pocos pacientes se ha recomendado un trabajo jerárquico, coordinado, bien estructurado y dirigido, ya que muchos pacientes tienen dificultades en su propia estructuración personal y el recurso debe ser capaz de ayudarles (Morandé, 1998). A su vez, el equipo terapéutico debería ser flexible al escuchar las demandas de los pacientes y las familias. Algunos ejemplos al respecto son la experiencia de crear un taller de una manera imaginativa como respuesta a un conflicto institucional (Solana Azurmendi, 2010), así como ante el incumplimiento de la misma regla -uso de un reproductor de música- la actitud del equipo no sería necesariamente la misma según las circunstancias -comportamiento provocativo versus respuesta a un repunte en distorsiones perceptivas- (Chamorro Salvat et al., 2011).

Para el caso de niños y adolescentes en edad escolar el tiempo de permanencia diaria depende de si la integración educativa es posible o no (Jiménez Pascual, 2001). Los niños integrados en sus escuelas correspondientes asisten a tiempo parcial, en los casos de tratamiento integrado con educación permanecen durante el horario escolar en el Hospital de Día. Se considera que los Hospitales de Día para niños suelen contar con profesores especializados en su equipo, que también son aconsejables para Hospitales de Día para adolescentes de larga duración (Morandé, 1998).

Presentamos a continuación ejemplos reales tomados de la práctica clínica. Un Hospital de Día tenía una hora y media dedicada diariamente a la educación especial y tres horas a actividades psicoterapéuticas (Grizenko et al., 1993). Otro programa ofrecía cinco días a la semana durante seis horas al día, tratamiento intensivo de veinte días, manteniendo tres horas de intervención grupal, dos horas y media de trabajo escolar y al menos una hora a la semana de psicoterapia individual (Granello et al., 2000), aunque también mencionaban que algunos pacientes asistían menos horas. Un tratamiento multimodal estructurado ofrecía cinco horas y media al día, cuatro días a la semana, incluidas dos horas que se dedicaban al apoyo académico con una reducción gradual al final del programa de esos cuatro días a la semana para la transición a la escuela (Thatte et al., 2013). Otro programa día incluía días laborales de diez a dos de la tarde incluyendo almuerzo (Alcamí Pertejo, 2005). Algunos de ellos sólo interrumpen el tratamiento grupal quince días en verano, manteniendo los enfoques individuales y familiares (Laita de Roda, 2016). Otros siguen un modelo francés, conceptualizado como Hospital de Día a tiempo parcial a través de módulos de tratamiento grupal que permiten mantener la integración con el entorno escolar y optimizar la capacidad y los recursos asistenciales del Hospital de Día, con un horario entre las 11:30 y las 14 horas (Villero Luque et al., 2016). Otros son constituidos en grupos de acuerdo con rangos de edad y atendiendo a cada uno de ellos un día a la semana (Barrera Piñero & Gómez García, 2016), en ocasiones el personal realiza tanto asistencia ambulatoria como en Hospital de Día. El número de pacientes varía habitualmente entre 10 y 40 plazas.

Se ha señalado la importancia de ofrecer a los pacientes suficiente espacio y tiempo para permitir un vínculo psicoterapéutico (Cruz Martínez et al., 2019). Cuando el Hospital de Día se especializa en trastornos emocionales graves en la infancia o en adolescentes con rasgos desadaptativos de la personalidad altamente deteriorados, dados los objetivos de reestructuración y socialización, teóricamente podrían ser necesarios uno o dos años de terapia intensiva (Morandé, 1998). La duración de tratamiento real varía entre programas, desde los veinte días para un programa de tratamiento intensivo (Granello et al., 2000), a una estancia media de entre 12 y 14 semanas (Thatte et al., 2013), hasta una duración de la intervención estimada en 115 días (Kiser et al., 1996).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

El programa debe incluir actividades de acuerdo con los déficits existentes en el momento de la admisión, con un orden de prioridades individualizada para cada paciente. Los criterios de alta son el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa terapéutico, el incumplimiento de las expectativas a alcanzar o cuando se estima que otros dispositivos pueden aportar una solución más adecuada a un caso concreto (Pedreira Massa, 2001), siempre es necesario realizar una labor de alta con el paciente y la familia. Un programa que permita un tratamiento intensivo debe facilitar el establecimiento y consolidación de una mejor alianza terapéutica. El enfoque basado en un programa terapéutico individualizado (PTI) puede resultar útil para organizar el tratamiento en casos complejos evitando la deriva terapéutica, mediante una evaluación y seguimiento completo con pacientes y familias. Los objetivos deben ser comprensibles -como las propias palabras del niño/adolescente-, posibles, medibles y diferentes de las hipótesis del personal. El PTI se realiza de forma multidisciplinar en el momento de la admisión y es revisado semanalmente por todo el equipo comprobando el cumplimiento de los objetivos y realizando propuestas de mejora (Jiménez Pascual, 2001). Sería pues un proceso dinámico, interactivo e integral en el cuidado del menor (Puntí Vidal, 2010). Cada paciente debe tener un PTI con un eje de trabajo transversal con las tareas diferenciadas de los profesionales en busca de un objetivo común. Algunos modelos de PTI están publicados y por ello pueden servir de referencia (Villero Luque et al., 2016) (Díaz-Sibaja et al., 2007). Para la intervención terapéutica dentro de un equipo multidisciplinar se cuenta con las múltiples posibilidades de identificación en el Hospital de Día en la adolescencia (Chamorro Salvat et al., 2011).

La terapia grupal en adolescentes podría ayudar a reducir la autoexigencia percibida y trabaja en la comprensión de los conflictos activos, facilitar la introspección y compartir experiencias con la sensación de seguridad y aceptación por parte del grupo (Sánchez del Hoy et al., 2006). La fuerza de la intervención se basa en las intensas identificaciones presentes, la cultura de ayuda mutua, los sentimientos de pertenencia, complicidad, comprensión y la posibilidad de compartir experiencias difíciles en un contexto distinto (Delgado, 2009). Implican menores costes tanto en tiempo como en profesionales, un aspecto clave en contextos como el de salud pública donde hay presión sobre los recursos (Sánchez del Hoy et al., 2006). Las psicoterapias grupales de niños y adolescentes suelen constituirse en torno a problemas específicos, su etapa de desarrollo permite compartir objetivos y las técnicas de forma que puedan ser aplicables a todo el grupo (Cheng & Myers, 2011).

Hay evidencia de varias modalidades de psicoterapia grupal durante muchos años. Un metaanálisis clásico sobre la intervención de terapia grupal encontró que el tratamiento grupal fue significativamente más efectivo que los grupos en lista de espera o placebo, con resultados como los de adultos (Hoag & Burlingame, 1997), donde pacientes con diversos diagnósticos se beneficiaron de la intervención. Algunas de las intervenciones psicoterapéuticas específicas en los niños son la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia de apoyo, la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y las intervenciones sistémicas familiares. La eficacia de los grupos terapéuticos en un contexto clínico es relevante ya que los sujetos incluidos suelen presentar mayor patología frente a muestras subclínicas.

El uso de la terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes con trastornos de tipo externalizante, como el programa de afrontamiento que incluye conciencia emocional, toma de distancia, manejo de la ira, resolución de problemas sociales y demarcación de objetivos, ha sido objeto de estudios de efectividad (Lochman et al., 2011). La integración de estrategias cognitivas y conductuales en un programa basado en terapia grupal y familiar se ha utilizado durante años, observando técnicas cognitivas específicas en combinación con intervenciones conductuales útiles para problemas de conducta en el entorno del Hospital de Día (Cole & Kelly, 1991).

La implicación de los padres en el tratamiento se ha definido clásicamente como la variable más importante como predictor de buen pronóstico (Grizenko, 1997), mientras que el funcionamiento familiar antes del ingreso ha demostrado ser un predictor de mejoría durante el tratamiento. Un trabajo destacó tres estudios sobre el grado de implicación familiar con la evolución de los trastornos mentales en adolescentes encontrando dicha correlación en todos los casos (Weir & Bidwell, 2000). Dos estudios adicionales encontraron que las alianzas con el niño y con los padres eran independientes entre sí, y primero fue un predictor fundamental de mejora en la salud durante el

ingreso (Green et al., 2001) (Green et al., 2007). Un análisis de reingresos hospitalarios en el norte de California evaluó el impacto de incluir la terapia familiar en el marco de los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo informo que para que dicha intervención sea favorable debe ser consistente, oportuna y efectiva para reducir las recaídas (Sampathi et al., 2020) La importancia de trabajar con las familias queda fuera de toda duda.

La terapia institucional se ha propuesto como un tratamiento integrado con el uso de diversas técnicas psicoterapéuticas para establecer el vínculo y la comprensión de la dinámica emocional con miras a mejorar sus capacidades y mejorar su organización psíquica. Como principios están el abordaje integral del niño y del entorno, la formación psicoterapéutica integrativa, la multidisciplinariedad y la participación, el diseño de un plan de trabajo individualizado, y el trabajo con grupos heterogéneos con respecto al diagnóstico (Villero Luque et al., 2016). La teoría de Bion y Foulkes del grupo como-un-todo (*group-as-a-whole*) supone que el grupo en su conjunto es mayor que la suma de sus partes, de forma que para alcanzar la mayor expresión terapéutica tanto las interpretaciones del comportamiento como las intervenciones deben dirigirse al nivel grupal (Martín et al., 2017). También se han propuesto modelos específicos en Hospital de Día para grupos de pacientes que comparten diagnóstico, como por ejemplo el Programa Social-TEA para adolescentes basado en *Social Cognition and Interaction Training for Autism* (SCIT-A). Se trata de un grupo semanal que está manualizado, constituido por ocho pacientes que realizan un psicólogo clínico y un terapeuta ocupacional durante un plazo de seis meses (Alcamí Pertejo et al., 2022).

Dentro de la terapia conductual aplicada al Hospital de Día para niños y adolescentes, el tratamiento contextual buscará aumentar la capacidad del paciente para tolerar la frustración, ajustarse a normas y reglas, aprender a organizarse, desarrollar la motivación a través de la consecución de objetivos, aprender nuevas formas de interactuar como sea posible y valorarlas positivamente. El tratamiento conductual buscará como prioridad provocar un cambio en la forma en que la persona funciona y generalizar las mejoras aprendidas a los otros contextos significativos de la vida del paciente (Font & Vidal, 2010). Las técnicas de manejo conductual, la imposición de límites, el tiempo de espera en una habitación silenciosa y la restricción si es necesario, ayudan a proporcionar una estructura y seguridad óptimas para el entorno (Ghuman & Sarles, 1998). Las diferentes fases para el manejo del comportamiento en el contexto de un grupo son secuencialmente: la intervención de líderes, un cambio estructural o de procedimiento, interpretación verbal, límite verbal y, en ocasiones poco frecuentes y "sólo si todo lo anterior falla", el límite físico (Martín et al., 2017), con la necesidad por parte del personal de disponer de los recursos humanos, la formación y el conocimiento para realizar dichas técnicas con seguridad.

Considerada terapia cognitivo-conductual de tercera generación, el enfoque teórico de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se basa en tres pilares: ciencias del comportamiento, filosofía dialéctica y práctica Zen. Concepto original de Linehan y luego revisado para la población adolescente de América del Norte por Miller, la DBT fue desarrollado originalmente para pacientes con trastornos bipolares y desregulación emocional. Los estudios con adultos han indicado que se asocia con una mejora en los comportamientos problemáticos, incluida la ideación y el comportamiento suicida, la autolesión no suicida, el agotamiento y la hospitalización. Los intentos de aplicar este modelo a la población adolescente consideraron que puede ser beneficioso para pacientes con una amplia gama de dificultades de regulación emocional, particularmente para aquellos con desregulación emocional que conduce a excesos de comportamiento, y los resultados de estudios abiertos y experimentales con adolescentes se han considerado buenos (MacPherson et al., 2013). Teniendo en cuenta el predominio de la impulsividad en sus pacientes, se propuso un programa ambulatorio intensivo como alternativa al programa de Hospital de Día a tiempo completo como un programa manual para adolescentes con inestabilidad emocional severa (Delgado, 2009). Esta adaptación de la DBT incluye recomendaciones sobre asistencia, mantenimiento de terapia individual, ausencia de intoxicantes, respeto a la privacidad, solicitud de ayuda, confidencialidad, puntualidad y relaciones fuera del grupo, incluido el tema de las redes sociales y considera el abandono cuatro ausencias injustificadas. Recomiendan simplificar el idioma y adaptar el contenido y los símbolos a la edad y la cultura del grupo y del país (cambio de nombre de los módulos, hoja de habilidades, uso de acrónimos). La DBT aplicada a los trastornos alimentarios en el Hospital de Día mostró mejoría (Brown et al., 2020) especialmente para la Bulimia Nerviosa, con la limitación de que se trataba de pacientes de edad adulta. Un ensayo clínico aleatorizado (ECA) sobre el uso de DBT en adolescentes con comportamiento suicida y autolesión repetitiva mostró que esta podría ser una

intervención efectiva para reducir la autolesión, la ideación suicida y la depresión en adolescentes con comportamiento repetitivo autolesivo (Mehlum et al., 2014), el seguimiento de un año informó resultados positivos (Mehlum et al., 2016).. La DBT tuvo una mayor reducción en los síntomas de internalización y externalización en comparación con el tratamiento habitual y la terapia conductual cognitiva (TCC) grupal tanto en la hospitalización parcial como en los regímenes de tiempo completo, lo que indica que estos tratamientos basados en la evidencia podrían adaptarse para tratar a niños y adolescentes a corto plazo en entornos terapéuticos agudos (Hatziergati et al., 2016). Se publicó otro ECA sobre DBT para preadolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, aplicando como en la terapia individual de adultos, habilidades sociales, llamadas telefónicas, trabajo en equipo y adicionalmente entrenamiento de padres (32 sesiones semanales de 90 minutos de duración), mostrando resultados eficacia a nivel preliminar en varios dominios (Perepletchikova et al., 2017). Los resultados de una revisión retrospectiva de pacientes en edad adolescente tratados con TDC en hospitalización a tiempo completo versus un tratamiento histórico del grupo control como habitual con 801 adolescentes apoyaron el uso de DBT en este perfil (Tebbett-Mock et al., 2020).

Dentro de la orientación dinámica orientada hacia el Hospital de Día para niños y adolescentes, García Badaracco propuso una comunidad terapéutica basada en conceptos psicoanalíticos, mientras que Yalom había realizado un análisis de las interacciones interpersonales que tienen lugar dentro del grupo terapéutico interpretándolas como una proyección de aquéllos fuera del grupo, abriendo así la posibilidad de un cambio (Chamorro Salvat et al., 2011). Bateman y Fonagy propusieron la terapia basada en la mentalización (MBT) para pacientes con síntomas de trastorno límite de la personalidad (Bateman & Fonagy, 1999) (Bateman & Fonagy, 2001), siendo su aplicabilidad y eficacia evaluadas en un entorno de hospitalización parcial. Se realizó un ECA sobre MBT versus tratamiento habitual para adolescentes con respecto a las conductas autolesivas -programa manual de un año de duración-, indicando que podría ser una intervención efectiva para reducir dichas conductas (Rossouw & Fonagy, 2012). Su aplicación en grupos de adolescentes y sus familias en Hospital de Día se basa en que la comunidad terapéutica proporciona un ambiente de vinculación seguro propicio para la mentalización y el desarrollo de la confianza epistémica (Laita de Roda, 2016). Se realizó una evaluación a través de ECA sobre un programa para tratar de reducir los intentos de suicidio en adolescentes basado en las intervenciones con el mayor grado de evidencia para reducir los comportamientos autolesivos: psicoterapia en forma de DBT y MBT. Se refieren a Mehlum y Rossouw-Fonagy dentro del término más amplio de "comportamientos autolesivos", y el ECA de Esposito-Smythers con TCC integrada para conductas suicidas juveniles y abuso de sustancias que muestra evidencia de reducción de los intentos de suicidio. Su programa DBT centrado en la familia (SAFETY) informó sobre la eficacia en la reducción de los intentos de suicidio entre los jóvenes que presentan episodios de intentos de suicidio o conductas autolesivas (Asarnow et al., 2017). Otros enfoques han sido la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT) de Otto Kernberg y adaptada a la población adolescente por Paulina Kernberg, y el modelo de psicoterapia breve de Cramer y Palacio sobre la conexión temática entre los conflictos de la infancia de la madre, el conflicto actual y la interacción con el niño (Alcamí Pertejo, 2005).

También se ha propuesto un grupo plurifamiliar dentro de las instalaciones del Hospital de Día (Sempere Pérez, 2005), siendo definidos su funcionamiento y aplicabilidad a la población joven (Ochs et al., 2016). El grupo multifamiliar basado en Badaracco en el Hospital de Día se ha descrito también para niños (Uría Rivera et al., 2016). Dentro del ámbito del Hospital de Día, se han propuesto clásicamente grupos psicoeducativos como el de Falloon o grupos operativos/grupos de resolución de problemas (Pedreira Massa, 2001). Otros autores describen un comedor familiar terapéutico (Barrera Piñero & Gómez García, 2016). Al trabajar semanalmente con las familias de niños muy pequeños, compartir el grupo entre los padres ayudó a reducir las experiencias persecutorias y favoreció el cambio en el marco de un grupo abierto que comenzó hablando de cada niño en particular (Alcamí Pertejo, 2005). Los grupos multifamiliares pueden incluir a un adolescente y a sus padres, algunas situaciones que se pueden dar son la participación excesiva de adultos, que el adolescente vea su intimidad expuesta, y experimentar el estar juntos como una forma de dependencia o regresión. Una alternativa es un grupo separado de adolescentes y padres, o simplemente enseñar las habilidades a los adolescentes (Delgado, 2009).

INDICADORES DE CALIDAD

Los sistemas de control de calidad ofrecerían la posibilidad de dar una respuesta útil a cada unidad, con una estimación de la efectividad de estos tratamientos para luego poder incluirlos en los planes de salud mental. Estos sistemas aplicados al Hospital de Día ofrecen una retroalimentación útil, haciendo una estimación realista de la potencia de estos tratamientos y elaborando planes de salud mental que los incluyan (Kallert et al., 2004). Desde el Hospital Clinic de Barcelona se comunicó el programa de indicadores de calidad en atención ambulatoria y hospitalización parcial iniciado en 2009 como un proceso de *benchmarking*, dirigido a promover la mejora basada en comparaciones externas de desempeño, respecto a los indicadores de calidad del Hospital de Día según la estructura del recurso, el proceso y los resultados obtenidos y agrupados en dimensiones que incluyen el cuidado de la persona y la familia, los aspectos relacionales y éticos del cuidado, la coordinación y la continuidad de cuidados (Calvo & Lázaro García, 2018). Además del tipo cuantitativo, también se han considerado otros indicadores de calidad, como la elaboración de una guía operativa interna con un esquema estructural y la definición de objetivos terapéuticos, la inclusión en los sistemas de registro de al menos un médico de referencia, el diagnóstico multiaxial, la preparación de planes de tratamiento individuales y pruebas complementarias, los criterios de funcionamiento del dispositivo (al menos un cuestionario de satisfacción del usuario y la familia), actividades de educación sanitaria e indicadores de evolución clínica (Villero Luque et al., 2016).

En 2016 se publica en Serbia un estudio naturalístico en un Hospital de Día para adolescentes y adultos jóvenes, con un equipo multidisciplinar y terapia estructurada tipo *milieu*, de orientación dinámica basada en Yalom y Leszcz, en una muestra con predominio de trastornos depresivos. Utilizaron para evaluar la satisfacción con el tratamiento un SATISPSY modificado (*Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire-22*), para comprender 18 preguntas (alfa Cronbach 0,844), obteniendo un valor promedio en el percentil 89.5. La satisfacción no estuvo asociada con el sexo o la edad (18.9 ± 2.5), mientras que entre las variables clínicas sí estuvo inversamente asociada con el *Cuestionario de Salud del Paciente* (PHQ-9), esto es, con la disminución de los síntomas depresivos al final de la intervención. Sus autores afirmaron que era primer estudio de adolescentes que utilizaba el autoinforme SATISPSY-22 adaptado para jóvenes y en el entorno propio del Hospital de Día (Brdic et al., 2016).

Un estudio original sobre el cuestionario multiperspectiva de 18 ítems sobre la calidad de la relación padre-hijo (*Zusammenfassung Die Eltern-Kind-Beziehung*) en el Hospital de Día de Münster para preescolares lo definió como un instrumento válido, confiable y fácil de administrar desde diferentes perspectivas en entornos clínicos (Müller & Achtergarde, 2018).

La escala HoNOSCA (*Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*) (Gowers et al., 1999), disponible en castellano y catalán, evalúa 13 dimensiones desde el punto de vista del paciente, la familia y el clínico. Los evaluadores encontraron mayores diferencias entre las tres puntuaciones al ingreso, siendo más homogéneas al alta, indican que esta escala permite medir las variables de resultado de salud mental de niños y adolescentes en Hospital de Día y creen que también podría ser útil para medir la gravedad y la mejoría de pacientes con diferentes diagnósticos y toma de decisiones basadas en entornos de Hospital de Día (Ballesteros-Urpí et al., 2020). Tres años antes ya se había referido a la utilidad de esta escala en su estudio del impacto de los determinantes sociales en psicopatología en adolescentes en Hospitales de Día (Ollé Llopis et al., 2017).

Y para finalizar, más ampliamente, se ha considerado que cualquier evaluación de resultados clínicos puede ser útil para avanzar en la dirección de la calidad asistencial en un programa de hospitalización parcial (Tumuluru, 2018).

CONCLUSIONES

La alta especificidad de los Hospitales de Día para niños y adolescentes afecta a las revisiones, necesariamente limitante en términos de evidencia científica. El grado de desarrollo de los recursos de hospitalización parcial es desigual en diferentes países e incluso a lo largo del estado español. Esto, además de las consideraciones asistenciales, implica un número relativamente bajo de publicaciones a lo largo de los años. Los programas de tipo Hospital de Día se definen necesariamente en su abordaje terapéutico por un número limitado de plazas, dificultades para obtener un grupo control aleatorizado por cuestiones éticas, y heterogeneidad en cuanto a número de horas, tipo de intervención, perfil de pacientes incluidos... La calidad de los estudios publicados es baja: carencia de metaanálisis y escasez de ECA, principalmente se trata de estudios no multicéntricos, prospectivos, retrospectivos o descriptivos disponibles. De todos modos, hay evidencia suficiente para continuar la implementación de los programas de Hospital de Día para niños y adolescentes.

Debemos destacar la importancia de desarrollar guías clínicas específicas sobre el Hospital de Día para niños y adolescentes. Las medidas normalizadas ofrecerían la opción de cuantificar con mayor precisión las intervenciones propuestas. La dificultad para realizar estudios experimentales no debe impedir una evaluación adicional de las diferentes opciones de tratamiento, como el espectro de programas ambulatorios intensivos, programas a tiempo parcial o completo. Se necesitan nuevos estudios para evaluar la efectividad de los Hospitales de Día para niños y adolescentes que sigan estándares similares, lo que resulta en que los pacientes reciban el mejor tratamiento posible. Esperamos haber contribuido de alguna manera al clínico que se enfrenta a la compleja tarea de poner en marcha un nuevo programa de Hospital de Día.

REFERENCIAS

- Alcamí Pertejo, M. (2005). El tratamiento de la psicosis en hospitales de día. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 39/40, 5–30.
- Alcamí Pertejo, M., Fernández Gómez, N., González Viéitez, G., Sastre Gonzalo, R., Martínez Maraña, Y., Rodríguez Peláez, C., & Broco Barredo, M. (2022). Intervención en pacientes con Trastorno del Espectro del Autismo en dispositivos intermedios. In D. Cruz & MD. Gómez García (Eds.), *Grupo de Hospitales de Día y Recursos Intermedios. Temas a debate N°1*. (SEYPNA, Vol. 1, pp. 31–56).
- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
- Ballesteros-Urpí, A., Torralbas-Ortega, J., Muro, P., & Pardo-Hernandez, H. (2020). Measure of clinical improvement in children and adolescents with psychiatric disorders: an evaluation of multiple perspectives with HoNOSCA. *Medwave*, 20(01), e7762–e7762. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.01.7762>
- Barrera Piñero, J., & Gómez García, M. D. (2016). Intervenciones psicoterapéuticas con familias. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Adolescente*, 61, 65–72.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42.

<https://doi.org/10.1176/appi.aip.158.1.36>

- Bradic, Z., Kosutic, Z., Mitkovic Voncina, M., Jahovic, S., Todorovic, D., Mandic Maravic, V., Peulic, A., Rakovic Dobroslavic, I., Milosavljevic, M., Aleksic, M., & Lecic Tosevski, D. (2016). Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A Case of Good Practice. *Psychiatric Services*, 67(9), 943–945. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600089>
- Brown, T. A., Cusack, A., Berner, L. A., Anderson, L. K., Nakamura, T., Gomez, L., Trim, J., Chen, J. Y., & Kaye, W. H. (2020). Emotion Regulation Difficulties During and After Partial Hospitalization Treatment Across Eating Disorders. *Behavior Therapy*, 51(3), 401–412. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.002>
- Calvo, R., & Lázaro García, L. (2018). Indicadores de calidad asistencial en atención ambulatoria y hospitalización parcial. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2(EC), 90–90.
- Chamorro Salvat, A., Murgui Mañes, E., Subirà Granados, C., & March, L. (2011). Elementos de ayuda a la mentalización y focalización psicoterapéutica en dispositivos de Hospitalización Parcial para adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 51/52, 147–156.
- Cheng, K., & Myers, K. M. (2011). *Child and adolescent psychiatry. The Essentials*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Cole, D. E., & Kelly, M. M. (1991). Integration of cognitive and behavioral treatment strategies in a group family-oriented partial hospitalization program for adolescents, children, and their families. *International Journal of Partial Hospitalization*, 7(2), 119–128.
- Cruz Martínez, D., Trafach Ricart, G., & Claret Rovira, J. (2019). Incidencia de los factores sociofamiliares en la psicopatología de adolescentes atendidos en Hospital de Día. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 66, 73–86.
- Delgado, C. (2009). *ATRAPA. Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia. Adaptación de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento ambulatorio intensivo de la inestabilidad emocional grave y el trastorno de la personalidad límite en la adolescencia*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Fundación Alicia Kolowitz. AEPNYA. Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
- Díaz-Sibaja, M. A., Trujillo, A., & Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de Día infanto-juvenil: Programas de Tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 7(1), 80–99.
- Font, E., & Vidal, A. (2010). Implementación de estrategias conductuales (tratamiento contextual) en un Hospital de Día de Niños y Adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil*, 2(EC).
- Ghuman, H., & Sarles, R. (1998). *Handbook of Child and adolescent outpatient, day treatment and community psychiatry* (ISBN 0-87630-874-4). Brunner / Mazel. Taylor & Francis Group.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J., & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. *British Journal of Psychiatry*, 174(5), 413–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.413>
- Graell, M., Villaseñor, A., & Morandé Lavín, G. (2010). Hospital de Día para niños/as de 6-13 años. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2(EC).
- Granello, D. H., Granello, P. F., & Lee, F. (2000). Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial

-
- hospitalization program. *Administration and Policy in Mental Health*, 27(6), 409–422. <https://doi.org/10.1023/a:1021342309585>
- Green, J., Jacobs, B., Beecham, J., Dunn, G., Kroll, L., Tobias, C., & Briskman, J. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry--a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(12), 1259–1267. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01802.x>
- Green, J., Kroll, L., Imrie, D., Frances, F. M., Begum, K., Harrison, L., & Anson, R. (2001). Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 325–332. <https://doi.org/10.1097/00004583-200103000-00012>
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: a five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 989–997. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00022>
- Grizenko, N., Papineau, D., & Sayegh, L. (1993). Effectiveness of a multimodal day treatment program for children with disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 127–134. <https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00019>
- Hatziergati, D., Spaniard, A., Crumby, A., Fristad, M. A., Landa, Y., Pelcovitz, M., & Perepletchikova, F. (2016). Adaptations of evidence-based psychological treatments in inpatient, partial hospitalization, and residential settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10S), S205–S206.
- Hinshelwood, R. D. (2004). *Suffering Insanity: psychoanalytic essays on psychosis*. Routledge.
- Hoag, M. J., & Burlingame, G. M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 234–246. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2603_2
- INSALUD. (2000). *Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico*. Coordinación general: Moral Iglesias, L. Subdirectora General de Atención Especializada. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INSALUD).
- Jiménez Pascual, A. (2001). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Jiménez Pascual AM. Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Grupo de trabajo de la AEN.. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77, 115–124.
- Kallert, T. W., Glöckner, M., Priebe, S., Briscoe, J., Rymaszewska, J., Adamowski, T., Nawka, P., Reguliova, H., Raboch, J., Howardova, A., & Schützwohl, M. (2004). A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 777–788. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0813-x>
- Kiser, L. J., Millsap, P. A., Hickerson, S., Heston, J. D., Nunn, W., Pruitt, D. B., & Rohr, M. (1996). Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00016>
- Laita de Roda, P. (2016). Técnicas terapéuticas basadas en la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día . *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Adolescente*, 61, 35–42.
- Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., & Jimenez-Camargo, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2),

305–318. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.005>

- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59–80. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
- Martin, A., Bloch, M. H., & Volkmar, F. R. (2017). *Lewis Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook* (5th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Masters, K. J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R. S., Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D., Shaw, J. A., Stock, S., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2002). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2 Suppl), 4S-25S. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202001-00002>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Morandé, G. (1998). Las unidades de día en Psiquiatría Infantil. In J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente: Vol. II* (2nd ed., pp. 1525–1534). Servicio Publicaciones Universidad de Sevilla.
- Müller, J. M., & Achtergarde, S. (2018). Der Multiperspektivische Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung (MEK). *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 67(5), 481–498. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.5.481>
- Ochs, M., Hermans, B. E., & Lingnau-Carduck, A. (2016). [Multi-Family-Groups in Youth Welfare]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 65(5), 354–370. <https://doi.org/10.13109/prkk.2016.65.5.354>
- Ollé Llopis, I., Dote Vaca, M., Tejedor-García, M., & Cruz-Martínez, D. (2017). Impacto de los determinantes sociales en la psicopatología de adolescentes ingresados en Hospital de Día comunitario. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 2, 125–129.
- Pedreira Massa, 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.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebata, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., & Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832–840. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789>
- Puntí Vidal, J. (2010). Intervención Multidisciplinar en un Hospital de Día de Adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil*, 2(EC).
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized

- controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Sampathi, B., Harris, B. H., & Rana, M. (2020). Causes for repeated psychiatric hospitalizations in youth: an extended quality improvement analysis for factors reducing recidivism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10), S193–S193.
- Sánchez del Hoy, P., Sanz Rodríguez, L. J., Baro Santamarta, C., & García de la Pedrosa, M. G. (2006). Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 17(98), 217–229.
- Sempere Pérez, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental Del Niño y Del Adolescente*, 5, 93–101.
- Solana Azurmendi, B. (2010). Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 50, 181–196.
- Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P., & Venuti, M. (2020). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.020>
- Thatte, S., Makinen, J. A., Nguyen, H. N. T., Hill, E. M., & Flament, M. F. (2013). Partial Hospitalization for Youth With Psychiatric Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(5), 429–434. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e1141>
- Tumuluru, R. (2018). Outcome measures driving delivery of care in an acute partial hospital program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 10S(S80), 57–57.
- Tumuluru, R. (2020). What is a partial hospital program? Results of a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(S10), S27–S27.
- Tumuluru, R., & Sorter, M. T. (2020). Creating a unicorn: Developing a perfect partial hospitalization program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59, 10S, S26. , 59(10S), S25–S25.
- Uría Rivera, T., Ahijado Guzmán, Z., Serrano Coello de Portugal, A., Mira Pérez, J., & Rubio Plana, A. (2016). El grupo multifamiliar en el Hospital de Día de niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 62, 109–115.
- Villero Luque, S., Fuertes Beneítez, P., León Allué, L., Rodríguez Pérez, E., Sánchez-Carpintero Abad, A., & Jiménez Pascual, A. (2016). Evaluación del Hospital de Día Infanto-Juvenil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Adolescente*, 61, 17–33.
- Weir, R. P., & Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 264–270. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00722.x>