

# UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA A DOMICILIO INFANTO-JUVENIL: UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA

Fernández Encinas, C.T. (1); Morón Nozaleda M.G. (2); Yañez López S. (3); Camarneiro Silva R. (2)  
1. MIR 4 Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz; 2. FEA Psiquiatría en Hospital Infantil  
Universitario Niño Jesús; 3. Psicóloga Clínica en Hospital Universitario Infantil Niño Jesús

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En la Comunidad de Madrid ingresan unos 700 niños al año con trastornos mentales graves en unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. En los últimos años asistimos a un continuo incremento de la demanda de hospitalización, empeorado en los últimos meses por las consecuencias de la pandemia (agravamiento y precipitación de nuevos trastornos mentales). Además, la hospitalización psiquiátrica puede producir un intenso y prolongado impacto en la vida de los niños y sus familias y un elevado uso de recursos. Existe evidencia del desarrollo en las últimas décadas servicios comunitarios intensivos como **alternativa a la hospitalización tradicional**.

La hospitalización psiquiátrica a domicilio supone un **abordaje personalizado** del paciente en su entorno familiar y puede **mejorar la gestión** de recursos de la red de Salud Mental.

## 2. OBJETIVOS

- Describir el programa de UHPaD del HIU Niño Jesús de Madrid (funcionamiento, criterios de inclusión/exclusión).
- Describir las características clínicas de los niños/adolescentes atendidos desde el inicio del funcionamiento de la unidad.

## 3. METODOLOGÍA

Los pacientes son derivados desde las salas de hospitalización, urgencias psiquiátricas y desde consultas externas. Tras recibir la solicitud, miembros del equipo UHPaD realizan la valoración de ingreso en el programa según criterios de inclusión/exclusión. Todos los padres de los pacientes que cumplen criterios de ingreso firman los consentimientos informados y se les entrega documentación. Se recogen variables clínicas de pacientes incluidos en el programa desde julio 2021 (N=23).

**Tabla 1. Criterios de Inclusión y Exclusión**

C. Inclusión
• Primeros episodios, reactivaciones de trastornos mentales (TCA, Tr. fóbicos/ansiedad, afectivos, psicosis, TOC, TEPT, reacciones de estrés agudo...).
• Pacientes con trastornos mentales en crisis (TEA, otros Tr. neurodesarrollo, Tr. de conducta).
• Otras situaciones de diversa etiología con criterios de ingreso (absentismo escolar prolongado, autolesiones no suicidas...)
• Familias disponibles y cuidadores fiables con posibilidad del cuidado del niño 24 horas y de comunicación continua con el equipo.
• El domicilio reúne las condiciones higiénico-sanitarias.
• Distancia en coche Domicilio-Hospital < 30' (relativo).
C. Exclusión
• Comorbilidad orgánica grave que requiera control hospitalario.
• Trastornos de conducta grave. Riesgo de agitación psicomotriz grave.
• Riesgo autolítico o heterolítico grave.
• Ausencia de soporte familiar adecuado y/o problema social que haga conveniente realizar el ingreso en el hospital.

## 4. DESARROLLO

La **HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA A DOMICILIO... Unas "pinceladas:"**

**Ofrece** cuidados psiquiátricos, psicológicos y de enfermería de **rango hospitalario en el domicilio** de los niños/adolescentes, con la participación activa de la familia, cuando no precisan la infraestructura hospitalaria pero necesitan asistencia muy intensiva y compleja. Está formada por **una psiquiatra, una psicóloga clínica, y equipo de enfermería 24/7 con apoyo** siempre que sea preciso por **equipo de pediatría UHAD**.

Se realizan **intervenciones psicoterapéuticas** basadas en programa de modificación de conducta, TCC, técnicas narrativas, psicoeducación e intervenciones familiares sistémicas y según el modelo Maudsley. Además se hacen **grupos semanales** de padres y de pacientes durante la hospitalización.

Se pasará a modalidad hospitalaria siempre que se considere que el tratamiento no está evolucionando adecuadamente o dejen de cumplirse los criterios de inclusión.

## 5. RESULTADOS

**Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas (N=23)**

	Media (DT)
Edad	14,83 (1,9)
Días estancia previa Hospital	15,4 (10,8)
Días estancia UHPaD	26 (15,5)
Días de estancia total	37,4 (17,1)
IMC Ingreso Hospital*	15,7 (1,7)
IMC Ingreso UHPaD*	16,1 (1,4)
IMC al alta*	17,6(1)

\***IMC Ingreso Hospital**: cálculo del IMC promedio y DT de pacientes que precisan ingreso previo hospitalario y cuyo motivo de ingreso fue pérdida de peso/peso bajo.

\***IMC Ingreso UHPaD**: cálculo del IMC promedio y DT de pacientes que cumplieron criterios de ingreso domiciliario, al inicio de éste y cuyo motivo de ingreso principal fue pérdida de peso/peso bajo.

\***IMC al alta**: cálculo del IMC promedio y DT de pacientes que cumplieron criterios de ingreso domiciliario, al alta de éste y cuyo motivo de ingreso principal fue pérdida de peso/peso bajo.

**Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables categóricas (N=23)**

	N	%
<b>Sexo (mujer)</b>	23	100
<b>Ingresos previos</b>		
No	14	60,9
Sí	9	39,1
<b>Autolesiones</b>		
No	15	65,2
Sí	8	34,8
<b>Motivo de consulta</b>		
Peso bajo/Pérdida de peso	12	52,2
Peso bajo + TOC	1	4,3
Alteraciones de conducta + TCA	2	8,7
Alteraciones de conducta	1	4,3
Conducta autolesiva/autolítica	4	17,4
Vómitos	3	13
<b>Estancia previa en hospitalización</b>		
No	6	26,1
Sí	17	73,9
<b>Hospital de Día</b>		
No	22	95,7
Sí	1	4,3
<b>Visita a urgencias post-alta</b>		
No	18	78,3
Sí	5	21,7
<b>Visita a urgencias durante ingreso UHPaD</b>		
Reingreso	1	4,3
No	19	82,6
Por fracaso terapéutico	3	13
De contención y soporte al ingreso UHPaD (48 h)	1	4,3

## 6. CONCLUSIONES

1. Puede mejorar la **gestión de los recursos, reducir reingresos y potenciar la cooperación entre servicios** hospitalarios y comunitarios.
2. Recurso de **rango hospitalario**, tanto en intensidad como en objetivos.
3. La familia es parte del equipo terapéutico, potenciando su **capacitación**.
4. Fomenta el **empoderamiento del paciente y su familia**.
5. Facilita el **tratamiento en el medio natural** del paciente consiguiendo que los cambios sean más ecológicos, firmes y estables. Además, no se modifican tan dramáticamente las rutinas personales, familiares, sociales y/o académicas. **El menor puede seguir recibiendo sus clases y realizar sus actividades habituales**, en la medida que su estado clínico lo permita, evitando su dependencia del hospital y sentirse estigmatizado.
6. La mayor parte de los pacientes incluidos hasta el momento en el programa estaban afectados de un Tr. Conducta alimentaria. Se objetiva una **mejoría mantenida, con adecuada evolución y satisfactoria con el programa**.

### REFERENCIAS:

1. Hay, P. J. et al. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. The Cochrane database of systematic reviews, 1(1), CD010827.
2. Kwok, K.H.R., Yuan, S.N.V. and Ougrin, D. (2016). Review: Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. Child Adolesc Ment Health, 21: 3-10.
3. Shepperd S, et al. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD006410.
4. Schmidt MH, Lay B, Göpel C, Naab S, Blanz B. Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006 Aug;15(5):265-76..
5. Boege I, Schepker R, Herpertz-Dahlmann B, Vloet TD. Hometreatment -Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? [Hometreatment- an effective alternative to inpatient treatment in child and adolescent psychiatry?]. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2015 Nov;43(6):411-21; quiz 422-3. German.
6. Herpertz-Dahlmann B, et al. 'Therapists in action'—Hometreatment in adolescent anorexia nervosa: Astepped care approach to shorten inpatienttreatment.Eur Eat Disorders Rev. 2021;29:427-442.

**Correo electrónico de contacto:**  
consueloteresa.fernandez@salud.madrid.org