

X. Gastaminza

La hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes

Unidad de Psiquiatría
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron
Barcelona

Psychiatric hospitalization of child and adolescent

Correspondencia:

X. Gastaminza
Unidad de Psiquiatría
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona

La práctica clínica diaria plantea, cada día más frecuentemente, el problema de la hospitalización del paciente paidopsiquiátrico, especialmente en el caso de los adolescentes. Unas veces es la clínica, otras es la propia demanda (ya del paciente, ya la familia, ya de otros colegas) la que obliga al propio profesional a este planteamiento.

Esta situación ha sido motivo en los Estados Unidos de una fuerte controversia exacerbada por las estadísticas (con las consecuentes implicaciones médicas, sociales y económicas). En efecto, las cifras revelan un rápido crecimiento del número de adolescentes ingresados, especialmente en hospitales privados: entre 1970 y 1980 se doblaron el número de ingresos en servicios de Psiquiatría (para menores de 18 años), las admisiones en hospitales privados psiquiátricos de pacientes entre los 10 y 14 años de edad se triplicaron y entre los 15 y 17 años se doblaron⁽¹⁾. De 17.000 adolescentes ingresados en 1980, por trastornos psiquiátricos, pasaron a ser 38.000 en 1986 en los EEUU⁽²⁾. Controversia en torno a temas como si previamente se había seguido el adecuado proceso asistencial o si existía un gran número de hospitalizaciones no necesarias. Controversia que justifica trabajos como el reciente de Strauss y cols.⁽³⁾ titulado: ¿Pueden estar de acuerdo los especialistas sobre cuándo hospitalizar los adolescentes?, que, por cierto, concluye afirmando que claramente los especialistas pueden estar de acuerdo en cuándo

está indicada la hospitalización de adolescentes con trastorno de conducta o abuso de tóxicos.

De aquí que hallamos retomado el tema, tema que ya fue objeto de la XXXII Reunión de la AEPIJ organizada por el Prof. Agüero de Valencia (1993). Todo desde nuestro marco: un hospital materno-infantil universitario (Universitat Autònoma de Barcelona), público (de la seguridad social), hospital de referencia para los pacientes menores de 18 años con trastornos mentales y así con hospitalización paidopsiquiátrica desde 1990.

¿HAY INDICACIONES PARA LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES?

Sí, sin duda. Los estudios epidemiológicos revelan que aproximadamente el 15% de los niños y adolescentes tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticable y que un 1-2% tienen un trastorno grave tributario de hospitalización⁽⁴⁾.

INDICACIONES DEL INGRESO

En nuestro país, Ballesteros y cols.⁽⁵⁾, en su trabajo sobre 88 casos, encuentra que los tres motivos predominantes de

210 ingreso son: *intentos de suicidio* (44%), *crisis de agitación con agresividad* (24%) y *peligro vital con graves trastornos alimentarios* (36%). Si bien también señalan otros motivos: como *observación* (diagnóstica o terapéutica), o *trastornos de conducta*. Los criterios de ingreso, de corta estancia, recomendados por la Academia Americana de Psiquiatría de niños y adolescentes, en 1989, siguiendo la adaptación Harper y Cotton⁽²⁾, son los siguientes:

- Trastorno que altera el funcionamiento diario en por lo menos dos áreas de la vida del niño (escolar, familiar, social).
- El tratamiento propuesto es pertinente para esos trastornos y probablemente útil.
- No es posible el abordaje ambulatorio, se valora como improbablemente útil, o ha sido intentado infructuosamente.

TIPOS DE HOSPITALIZACIÓN PAIDOPSIQUIÁTRICA

Básicamente son dos: el de *larga estancia* y el de *corta estancia*. Hasta hace unos años el tratamiento hospitalario paidopsiquiátrico significaba un tratamiento de larga estancia, meses o años, respondiendo a un plan de tratamiento a largo plazo⁽⁶⁾. Este modelo de tratamiento, basado en la psicoterapia psicoanalítica, está dirigido al niño.

En los últimos años, a finales de los 80 con Nurcomer⁽⁷⁾, Harper⁽⁸⁾ y Woolston⁽⁹⁾, ha sido introducida la hospitalización de corta estancia: entre 20 y 40 días: este tipo de hospitalización responde a una crisis aguda (o reagudización), interviene en el niño y la familia y dispone al niño para un tratamiento no hospitalario.

OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización de larga estancia tiene como objetivo la reestructuración de la personalidad del niño o del adolescente, de aquí que está dirigido al niño. En el caso de la corta estancia, la finalidad es producir los cambios mínimos necesarios para su retorno a la comunidad. Así, el ingreso de corta estancia busca uno o más de los siguientes objetivos⁽²⁾:

- Pausa/Protección
- Estudio/Diagnóstico
- Estabilización aguda.
- Inicio de cambio.

DÓNDE HA DE HACERSE LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización debería hacerse en unidades específicas de psiquiatría infanto-juvenil dentro del sistema sanitario ordinario, lejos por tanto de la antigua marginalización de la asistencia psiquiátrica general. Considerando así su marco ideal, el hospital pediátrico o el Servicio de Pediatría. Enlazando con la tendencia actual en la pediatría de la consideración de los 18 años como edad límite, con incluso algún autor que habla de los 23 años. Todo ello tanto más considerando las características diferenciales y específicas de los trastornos mentales de los niños y adolescentes.

CÓMO SE HA DE PLANTEAR EL INGRESO HOSPITALARIO

Se ha de realizar estableciéndose sus objetivos, y con la participación de los padres.

Los *objetivos* de la hospitalización deben establecerse explícitamente, ya que determinan las intervenciones empleadas, los recursos y la duración del ingreso.

La intervención terapéutica requiere el trabajo tanto con los niños como con la familia. Por ello es básico el establecimiento de una relación de colaboración con los padres que se inicia mostrando una actitud de colaboración: «el equipo asistencial trabaja para los padres». Tratando y acordando, abierta y claramente, con los padres: el problema a tratar, su papel en el proceso, aspectos administrativos (régimen de visitas...).

QUÉ FACTORES SE ASOCIAN MÁS FRECUENTEMENTE CON EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Recientemente se ha publicado un trabajo que estudia este aspecto *versus* el tratamiento ambulatorio. En efecto, Pottick y cols.⁽¹⁰⁾ encuentran que, sobre una muestra representativa nacional norteamericana de 1986 (de 6 a 18 años: 2.160 casos), los factores que pronostican una hospitalización frente a una atención ambulatoria son:

- La cobertura por un seguro público o privado *versus* no seguro.
- Hospitalización previa.

- El diagnóstico psiquiátrico de trastorno psicótico o afectivo *versus* trastornos de conducta, trastornos adaptativos, abuso de alcohol o de drogas y otros trastornos.
- Edad: es más probablemente la hospitalización de los adolescentes (fueron hospitalizados el 30% de los adolescentes) que de los niños (de 6 a 12 sólo el 5% es hospitalizado).

QUÉ ESPECIALES DILEMAS PLANTEA LA HOSPITALIZACIÓN, Y EN CONCRETO LA DE CORTA ESTANCIA

Son varios los dilemas que plantea la hospitalización. En primer lugar recordaremos el general sentimiento, mezcla de temor y ansiedad, que genera el trastorno mental. Sentimiento base de las actitudes de rechazo (u hostilidad) hacia ellos, con la racionalización secundaria del prejuicio de peligrosidad y la necesidad de internamiento (o aislamiento). Ello *versus* a la más correcta y más neutra visión de enfermedad. Todo ello puede reavivarse en las situaciones de hospitalización.

En cuanto a la familia: los padres, con un hijo ingresado, se ha de recordar que a menudo se sienten agotados, desesperados, desmoralizados. Sentimientos que a veces esconden, manifestando enfado o ira, abiertamente o no, desaparece a los pocos días de ingreso. De no ser así se ha de replantear la situación considerando: una posible no correcta orientación del caso, la búsqueda del consenso, o la posible existencia de un problema no descubierto. La familia puede esperar, con la hospitalización,

una solución mágica y total («me lo devolverán arreglado») y en otras ocasiones puede esperar una certificación de un «daño» bueno y exculpatorio.

En cuanto al equipo asistencial:

- Requiere una formación y experiencia específica.
- Los profesionales, con más frecuencia que con los enfermos adultos, pueden dejar emerger las fantasías en los objetivos (expectativas) y caer en la «fantasía de la salvación» («lo convertiremos en todo mejor»).
- El establecimiento de una dinámica de enfrentamiento, *versus* la cooperativa, con la familia, en ocasiones por unas favorecedoras actitudes y conductas parentales al enfrentamiento.
- La hospitalización de corta estancia rompe el deseo del clínico de hacer todo el tratamiento (tratamiento integral) del caso. El clínico ha de aceptar los límites asistenciales en base a los recursos disponibles.
- La hospitalización puede plantearse en unas condiciones de vida dramáticas (maltrato, abandono...) que pueden facilitar una hipervaloración de la situación ambiental a expensas de una hipovaloración psicopatológica del caso.
- La hospitalización se hace en el hospital, no en una residencia, para atenderlo, no para «adoptarlo».

En fin, la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes es el resultado de la interacción del niño (con específica patología), familia, medioambiente y factores de tratamiento, sus respectivas necesidades y posibilidades. Hospitalización que también ha de estar basada en la consideración de las ventajas e inconvenientes potenciales, siendo así en el extremo el criterio clínico el decisivo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Thompson JW, Rosenstein MJ, Milazzo-Svre IJ, MacAskill RL. Psychiatric services to adolescents. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37:584-590.
- 2 Harper GP, Cotton NS. Child and adolescent treatments. En: Sederer LI, ed. *Inpatient psychiatry. Diagnosis and treatment*, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991:320-337.
- 3 Straus G, Chassin M, Lock J. Can experts agree when to hospitalize adolescents? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:418-424.
- 4 Offer D y cols. Epidemiology of mental health and mental illness among adolescents. En: Call J y cols., eds. *Basic handbook of child psychiatry*, vol 5. New York: Basic Books, 1987.
- 5 Ballesteros MC, Franco MA, Pérez MC, Royuela A, Ruiz A. Ingresos psiquiátricos infanto-juveniles. Estudio descriptivo. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil* 1994;4:227-241.
- 6 Dalton R, Forman MA. *Psychiatric hospitalization of school-age children*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- 7 Nurcome B. Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:26-30.
- 8 Harper G. Focal inpatient treatment planning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:31-37.
- 9 Woolston JL. Transactional risk model for short and intermediate term psychiatric inpatient treatment of children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:38-41.
- 10 Pottick K, Hansell S, Gutterman E, White HR. Factors associated with inpatient and outpatient treatment for children and adolescent with serious mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:425-433.