



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

de la Barra M., Flora; García S., Ricardo
Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 47, núm. 3, septiembre, 2009, pp. 228-237
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527717008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura

Inpatient psychiatric treatment in children and adolescents. Literature revision

Flora de la Barra M.¹ y Ricardo García S.¹

The main findings on the literature about inpatient psychiatric treatment of children and adolescents is reported. The trend towards shorter lengths of stay and more intensive treatment has produced several changes and encouraged research on more effective treatments for severe cases undergoing decompensations in their illness. Brief hospitalization is seen as part of a continuum of specialized care. New models of treatment and outcome studies are reviewed, as well as treatment guidelines and recommendations.

Key words: *Inpatient psychiatric treatment, children and adolescents psychiatric treatment, psychiatric intensive care.*

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (3): 228-237

Introducción

Actualmente se enfatiza el manejo de episodios agudos con tratamientos intensivos, en la misma medida que disminuyen las internaciones en hospitales psiquiátricos. Como consecuencia de lo anterior, se implementan nuevos modelos de atención intrahospitalaria. En el contexto del financiamiento de la salud, se busca reducir los tiempos de estadía y se pone énfasis en la estabilización de los síntomas y el cambio mínimo necesario para reintegrar al paciente a su familia. El ingreso al hospital se concibe como un episodio breve como parte de un continuo de atención en la trayectoria evolutiva del niño.

Los episodios de tratamiento intensivo deben ser considerados en el contexto del ambiente familiar, local y el conocimiento longitudinal de la historia natural de la enfermedad¹.

Metodología

Se efectuó una búsqueda bibliográfica en PUBMED del tema: inpatient psychiatric treatment of children and adolescents de los últimos 10 años. Después se buscaron los artículos relevantes de fechas anteriores que aparecían en las referencias de los artículos más recientes. Se resumen y sistematizan los hallazgos más importantes.

Recibido: 6 de agosto de 2009

Aceptado: 7 de septiembre de 2009

¹ Departamento de Psiquiatría. Unidad de Niños y Adolescentes. Clínica las Condes. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Los motivos de ingreso

El ingreso al hospital puede significar tanto alejar al paciente de las dificultades externas, como someterlo a un tratamiento activo. En EE.UU., Costello², señala las siguientes razones para el ingreso:

- Necesidad de evaluación detallada en casos complejos.
- Dificultades familiares que hacen imposible el tratamiento ambulatorio.
- Intensificación de la sintomatología.
- Aumento de la agresividad.
- Necesidad de cuidado y observación de enfermería las 24 horas.
- Efectuar un ensayo controlado de alguna intervención específica.

En el Reino Unido, se encontró que el tipo de diagnóstico psiquiátrico es el factor clave en la mayoría de los ingresos³. Sin embargo, un estudio norteamericano señaló que la influencia más poderosa para determinar la admisión fue la cobertura del seguro de salud. La disminución de cobertura coincidió con una caída en las hospitalizaciones^{4,5}.

Se ha considerado que la proximidad a un centro especializado aumenta las referencias en países desarrollados. En Alemania, el funcionamiento de unidades psiquiátricas locales más pequeñas logró reducir los días de estada⁶.

El momento de la admisión

La evaluación preadmisión es crucial, ya que muchos predictores de la evolución post alta se encuentran en la capacidad de adaptación previa del niño/adolescente y su familia. Una buena negociación de los objetivos preadmisión y un trabajo mantenido con la familia pueden contrarrestar los efectos disruptivos de la hospitalización en la dinámica familiar. Es necesario contar con un consentimiento informado, explícito, específico para el tratamiento, y que involucre al

niño. Billick⁷, estudió la habilidad de los niños para entender sus derechos y concluyó que está asociada a la adquisición de un nivel de lectura equivalente a 5º o 6º grado. La alianza terapéutica con el niño/adolescente y la cooperación de los padres constituyen predictores poderosos independientes de mejoría de salud mental durante la hospitalización^{8,9}. En los casos de admisión forzada, se utiliza la legislación respecto de los niños y de la salud mental adulta de la forma más adecuada para la circunstancia particular.

Es importante que el servicio tenga la capacidad de asignar prioridad a las hospitalizaciones de urgencia, y así evitar que la enfermedad se agrave y que el niño no sea atendido transitoriamente en ambientes inadecuados. Street encontró que en el Reino Unido transcurrían 3 días entre la referencia de urgencia y el ingreso a un servicio especializado¹⁰.

Los efectos del ambiente terapéutico del servicio de hospitalización

Al ingresar, es frecuente que se haya quebrado la adaptación social del niño/adolescente, tanto en el ámbito escolar como familiar y comunitario¹¹. En un estudio de 58 niños ingresados consecutivamente en Australia, Paterson encontró dificultades amplias sociales, y problemas moderados de lenguaje en el 40% de los casos¹². En USA, Luthar reportó impedimento severo en la escala de Vineland de adaptación social y problemas de lectura en 126 pacientes que ingresaron por T conductuales y emocionales¹³. Es importante considerar que los pacientes con impedimentos sociales no pueden beneficiarse de un ambiente terapéutico que enfatice las actividades de grupo, relaciones de pares y contacto intensivo con el personal.

Muchos pacientes han tenido fracaso escolar, necesitan contar con un componente educacional en el servicio de hospitalización que ha demostrado ser eficiente en hospitalizaciones prolongadas¹⁴. Después del alta, se observó una disminución rápida y persistente de las conductas

disruptivas que, puntuadas por los profesores, se pudo comparar con las anteriores al ingreso⁸.

Las revisiones sistemáticas de los ambientes terapéuticos efectivos pudieron identificar una combinación de factores favorables o desfavorables: ambiente físico adecuado, buen diseño del espacio, dotación suficiente de staff multiprofesional, cultura terapéutica y liderazgo.

Recientemente se lograron identificar algunos componentes más específicos como: valores compartidos y posiciones terapéuticas complementarias dentro del equipo multiprofesional, espíritu del staff, consistencia, buena comunicación y autoconfianza. Una de las premisas es que un servicio debe permanecer funcionalmente inalterado frente al recambio de personal, a la disrupción, a los conflictos y a los desafíos de los pacientes, ya sea en forma individual o como grupo. La agresividad transmitida por algún paciente ha demostrado tener un efecto negativo en la atmósfera y en la longitud de las estadías.

Evaluación y tratamiento durante la estadía en el hospital

Un servicio de hospitalización debe tener acceso expedito a un amplio rango de investigaciones biológicas y evaluaciones del desarrollo. Durante la evaluación se pueden dilucidar causas encubiertas de las dificultades conductuales. Se obtiene información importante de las observaciones efectuadas por el personal durante las actividades de la sala. Las múltiples evaluaciones deben ser integradas.

Para lograr un buen uso de la oportunidad de hospitalización, se requiere una buena planificación e integración del trabajo multidisciplinario. Una buena solución es el desarrollo de protocolos estructurados para la evaluación y tratamiento de problemas específicos.

Se requiere tener políticas de servicio para el manejo de la agresividad, fugas y matonaje. La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente¹⁵ y el Departamento de Salud Mental de Maryland¹⁶ entregan protocolos detalla-

dos para el manejo de la agresividad en las salas de hospitalización psiquiátrica. De esta manera, los miembros del staff utilizarán tanto las destrezas de sus profesiones de base como las habilidades desarrolladas dentro del equipo para cumplir estas tareas.

La supervisión adecuada del staff es vital. Idealmente, son necesarios programas de destrezas sociales, de manejo de la rabia y de uso de técnicas de intervención en crisis. Un estudio de los incidentes relacionados con la contención mecánica en Estados Unidos demostró que la mayoría se debía a fallas de la planificación, a las políticas de la Unidad o a situaciones no detectadas por el staff.

Los hechos previos al uso de la contención mecánica estaban constituidos por una escalada de conflictos que tenían su origen en la conducta del staff más que en la del niño, como la creación de expectativas no realistas para la adherencia al tratamiento del paciente¹⁷.

Por lo tanto, se recomienda una evaluación funcional amplia, una planificación proactiva del tratamiento, y el uso de cortos períodos de “tiempo fuera”, cuya duración es controlada por el niño. Cuando la prevención falla, las técnicas de intervención varían desde estrategias para disminuir la violencia, el aislamiento y períodos breves de contención física muy bien preparadas. Las técnicas tradicionales de contención física están contraindicadas en niños que tienen antecedentes de trauma previo por confinamiento¹⁵.

En el Congreso AACAP de 2006, Hassuk informó de los nuevos valores de la cultura intrahospitalaria: “ambiente nutritivo”, que expresa la experiencia de enseñanza/aprendizaje, “sensible al trauma”, que se preocupa de no cohercionar ni usar aislamiento o contención¹⁸. Por su parte, Barzman puntualizó sobre las conductas agresivas hacia el personal, que serían más prevalentes entre los profesionales que trabajan con niños y adolescentes que en aquellos que tratan adultos¹⁹. Venter expuso la vulnerabilidad adicional de los niños y adolescentes hospitalizados que tienen antecedentes de maltrato o abuso²⁰.

Reducción de los días de estada en hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes.

Desde fines de 1989, las exigencias de la medicina financiada por seguros en USA, tuvieron como consecuencia una reducción progresiva de los días de estada en los servicios de hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes. Los equipos debieron efectuar diversos cambios. Las metas fueron reformuladas y se definieron sobre la base de: completar la evaluación diagnóstica, manejar las crisis y lograr la estabilización. Se decidió confiar en que los servicios ambulatorios y los padres completarían el proceso. Un ejemplo de ello fue el Programa STAT para adolescentes, que redujo los días de estada desde 4-5 semanas a 2-3 semanas²¹.

Nurcombe conceptualizó una nueva filosofía basada en el concepto de estabilización, en vez del enfoque de la antigua hospitalización orientada a la terapia. Según este autor se recorren 12 pasos en el trabajo:

1. Formular un diagnóstico biopsicosocial.
2. Extraer de esta formulación los problemas fundamentales potenciales.
3. Reformularlos como metas de estabilización
4. Seleccionar las terapias apropiadas para cada meta.
5. Designar una fecha para cumplir las metas.
6. Para cada meta, estipular objetivos específicos.
7. Seleccionar métodos de evaluación basados en los objetivos, para monitorear el plan.
8. Diseño de un plan de alta del paciente.
9. Negociación del plan con la familia.
10. Implementar y monitorear el plan.
11. Revisar el plan si el progreso del paciente se detiene, surgen complicaciones o el paciente se deteriora.
12. Terminar el tratamiento cuando se han cumplido las metas y los objetivos²².

Entre varios estudios de predictores no tradicionales del largo de la estadía, Christ encontró que la duración de la hospitalización era dictada

por restricciones financieras y por la filosofía del equipo²³. En un servicio de hospitalización de niños, las largas estadías se asociaban a mayor impedimento global, síntomas post traumáticos, antecedentes de maltrato y abuso, diagnóstico de estrés post traumático, asistencia a educación especial y a que el niño viviera fuera de su hogar. El diagnóstico de Reacción Adaptativa se relacionó con estadías cortas²⁴.

En cuanto al tratamiento individual, la tendencia hacia estadías cortas favorece el uso de tratamientos focalizados como la terapia conductual cognitiva. Las evaluaciones detalladas derivadas de la psicoterapia individual siguen siendo valiosas, pero su adaptación al medio hospitalario moderno con estadías cortas es todo un desafío^{25,26}. De la misma manera, la adaptación de la terapia familiar en el contexto de una unidad de hospitalización muy ocupada presenta dificultades.

Shaw, resumió el concepto de planificación de metas terapéuticas, distinguiendo 3 conceptos:

1. Metas de tratamiento: comprensibles y formuladas en las palabras propias del niño.
2. Hipótesis del staff: una formulación profesional del caso.
3. Plan de tratamiento de acuerdo a esa hipótesis²⁷.

Una auditoría de las metas de tratamiento en 4 servicios de adolescentes encontró que la mayoría incluía metas de maduración y relacionales además de cambio sintomático, y que se observó mejorías en todas ellas durante el tratamiento. Las metas deben ser flexibles, de tal manera que puedan evolucionar en direcciones inesperadas cuando sea necesario²⁸.

Recomendaciones respecto al equipo profesional

Mientras más sofisticados sean los tratamientos, más complejas son las tareas del staff. Las enfermeras con formación pediátrica o psiquiátrica forman la base del equipo, pero se requiere una variedad de otros profesionales. Los inten-

tos de trabajar con staff demasiado pequeño son una receta para sufrir estrés, burnout y deterioro institucional. La cantidad de staff se mide como número de staff por turno, o en sesiones a efectuar. Las pautas de la Asociación Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes y el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido señalan la amplia gama de profesionales que deben estar representados:

- 1 psiquiatra consultor, 1 psiquiatra infanto-juvenil y 1 psicólogo de tiempo completo por 10-12 camas.
- Sesiones de trabajador social, terapeuta de lenguaje y habla, terapeuta ocupacional, y psicoterapeutas.
- 1 enfermera staff por cada 2 pacientes para tratamiento intensivo y por cada 3 para tratamiento de baja intensidad.

Se han determinado los indicadores para una mayor *cantidad de personal* por turno:

- Mayor número de pacientes, pacientes de distintas edades, grados de discapacidad funcional y diagnósticos.
- Gravedad de los casos: suicidalidad, agresividad, sexualización.
- Escaso apoyo de la familia y de redes extra-hospitalarias.
- Alianza terapéutica pobre
- Recambio frecuente de staff
- Estadías cortas (admisiones agudas e imposibilidad de establecer rutinas y relaciones).

Los modelos de funcionamiento de los equipos son variados. Uno muy popular es el “manejo de matriz” que combina diferentes disciplinas con múltiples tareas en una jerarquía plana como mini equipos focalizados en tareas²⁹.

Estudios de eficacia de la modalidad de tratamiento hospitalizado en niños y adolescentes

Pottick⁴, reportó que el 5% de los niños en tratamiento de salud mental fueron hospitalizados en USA en 1986, lo que aumentó a un 21,8%

en un nuevo reporte de este autor en 2002. A pesar de la reducción en la cobertura del financiamiento, representa un 142,7% de aumento. Maskey²⁹, informó que en el Reino Unido, 1% de los niños en tratamiento de salud mental fueron hospitalizados en 1998. En los EE.UU. se observó un aumento de 55,9% de egresos entre 1996 y 2004. Case, por otra parte, reporta que la media de días de estada bajó de 12,2 días en 1990 a 4,5 días en 2000¹.

Se ha documentado la eficacia del tratamiento hospitalizado en variados estudios, utilizando múltiples medidas de evolución. Sin embargo, se señalan limitaciones metodológicas importantes en dichas investigaciones: falta de medidas estandarizadas, ausencia de grupo control para comparar la eficacia de la hospitalización con otros tratamientos y tamaño de muestras insuficientes¹.

Los meta análisis de predictores de evolución, basados en diseños de cohorte pre-post^{4,30}, mostraron los siguientes resultados:

Estaban asociados a mala evolución: Un alto grado de conductas agresivas antisociales y la organicidad de los síntomas.

Los predictores de buena evolución fueron: diagnósticos de trastornos emocionales, tratamiento bien organizado, alianza positiva, buen tratamiento posterior y buen desempeño funcional. El funcionamiento familiar pre-tratamiento predecía buena evolución específica para algunos trastornos. *Carecieron de valor predictivo* el género y la edad del paciente, así como la admisión electiva vs. urgencia.

Posteriormente, se desarrollaron métodos de “triangulación” para medir la evolución desde varias perspectivas³¹. Un estudio prospectivo de pacientes de dos unidades de hospitalización de niños y adolescentes en Inglaterra ingresados entre 1995-97 y seguidos hasta 1998, cuya evolución fue medida desde la perspectiva de la familia, el profesor, el clínico y un investigador independiente, mostró mejoría mantenida en salud mental. No hubo mejoría de síntomas en el grupo control de lista de espera. Se encontró que la mejoría era predicha independientemente por la

alianza terapéutica temprana del niño y los padres y por el funcionamiento familiar preadmisión. Los problemas externalizados evolucionaron bien si se lograba una buena alianza⁸.

Otro estudio prospectivo de efectividad y costos en 8 Unidades del Reino Unido, seguidos durante un año, midió impedimento (con escala CGAS), necesidades de salud según los profesores y sintomatología según los padres y profesores antes, durante y post hospitalización. El promedio de estadía fue de 16,6 semanas. Se encontró mejoría mantenida en todas las medidas, cruzando todos los diagnósticos, tanto en niños como adolescentes. Estadías más largas, alianza terapéutica positiva, y mejor funcionamiento familiar previo predijeron independientemente una mejor evolución. El costo promedio fue 24.000 libras esterlinas. Esta evolución se demostró para un set de intervenciones intensivas coordinadas multimodales en trastornos complejos, durante un período definido de tiempo. En los jóvenes, los trastornos psiquiátricos son la causa del 33% de todos los días de hospitalización y representa el 50% de los costos anuales en salud mental en EE.UU.¹.

Liptzin, analiza la tendencia a la disminución del número de servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales de EE.UU. desde el año 2000 hasta la actualidad, después de haber aumentado entre 1979 y 1998, destacando que a pesar de esto, el número de pacientes dados de alta ha aumentado. Señala que estos servicios se han vuelto vulnerables a ser reducidos de tamaño, cerrados o sacados fuera del hospital. El financiamiento inadecuado ha llevado a producir márgenes operativos escasos o negativos. Un estudio en Massachussets en 2002 mostró que los servicios psiquiátricos eran financiados en un 39% menos que sus costos. Los servicios de hospitalización recién han sido incluidos en el sistema Medicare. Señala que persiste ignorancia del hecho que las enfermedades psiquiátricas frecuentemente coexisten con las enfermedades médicas y son igualmente discapacitantes. A pesar de estas dificultades, el autor insiste en que los servicios psiquiátricos en hospitales son necesarios porque:

- Algunos pacientes psiquiátricos necesitan mucha atención médica.
- Muchos de ellos son recibidos en los servicios de urgencia y deben ser hospitalizados en forma oportuna.
- Evita el estrés del personal al verse obligado a atender pacientes psiquiátricos en salas médico-quirúrgicas, sin tener la capacitación necesaria.
- Fomenta la interacción entre becados médicos y psiquiátricos.
- La investigación en los Departamentos de Psiquiatría se realiza mejor en hospitales generales y Universidades, ya que debe incluir genética molecular, neuroimágenes, e investigación de servicios de salud. Para mejorar la situación, propone que se negocie un mejor reembolso de costos con los seguros de salud y buscar otras fuentes de financiamiento, incluyendo entidades filantrópicas. Dice que los servicios de emergencia psiquiátrica y ambulatorios no deben depender del margen de utilidades del servicio de hospitalización y deben focalizar su acción en los pacientes con comorbilidad médica, asegurando una red de atención local para aquellos con T psiquiátricos graves y persistentes. Deben asociarse con otras instituciones para reducir el estigma³².

Estudios de eficacia para Trastornos específicos¹

1. T de Alimentación: Aún existe debate y reportes de resultados contradictorios de la eficacia del tratamiento hospitalizado. Se han demostrado recuperación del 68% a los 5 años del alta, con un 14% de persistencia en un estudio y 58% de recuperación a los 9 años de seguimiento en otro trabajo. Dos estudios compararon el tratamiento ambulatorio y hospitalizado, sin encontrar un beneficio adicional de este último.

2. Depresión y suicidalidad: La política de hospitalización posterior a actos suicidas es muy variable en distintos países. Un estudio amplio mos-

tró que en EE.UU. se hospitalizaba el 39% de los casos vs 12% en Europa. No existen estudios comparando distintos tratamientos post atención de la sobredosis, pero algunos autores no recomiendan la hospitalización psiquiátrica como primera medida. Una serie de estudios evalúan el riesgo suicida post hospitalización en Depresión. Se ha encontrado entre un 20% de persistencia de suicidalidad al alta, 25 % 2 y 5 años después. Los predictores de persistencia fueron: intentos previos a la hospitalización, alto nivel de síntomas depresivos, y disfunción familiar¹.

3. Psicosis: No hay estudios comparativos de tratamiento ambulatorio vs hospitalizado del primer brote en adolescentes. Un estudio mostró que el 78% seguían con la enfermedad después de 2 años del alta¹.

4. T conducta: La presencia de conductas agresivas o disruptivas es un predictor consistente de mala evolución para hospitalización y otros tratamientos. Constituyó el 25% de los ingresos en el Reino Unido y 15% en Finlandia¹. Las indicaciones actuales de hospitalización para ese diagnóstico son: evaluación de posible comorbilidad a tratar y ensayos terapéuticos en ambiente controlado.

5.- Abuso de drogas: diversos estudios muestran mala evolución con tratamiento hospitalizado y varios muestran mejores resultado en tratamiento ambulatorio¹.

El tratamiento posterior debe ser planificado antes del alta para mantener los avances, para lo cual los especialistas deben efectuar enlaces con una amplia variedad de servicios. Pfeiffer, 90 demostró el rol crucial de las atenciones posteriores para la mantención de los logros terapéuticos durante la hospitalización. Hoagwood encontró que un período corto de tratamiento hospitalizado favorecía el uso efectivo de otros servicios posteriores. La entrega de servicios posteriores es vital, ya que la mayoría de las indicaciones al alta no se cumplían⁹.

Efectos indeseados potenciales de la hospitalización

1. Pérdida de apoyo del ambiente local del niño: Para evitar este problema, la evaluación de ingreso debe focalizarse en las fortalezas tanto como en los problemas e identificar áreas de resiliencia individual. Se debe mantener una buena comunicación con los equipos que efectuaron la referencia y los equipos locales.

2. Presencia de efectos adversos dentro del servicio de hospitalización: Los padres pueden preocuparse que su hijo se contamine con los problemas de los otros niños. Además existe el estigma de la hospitalización psiquiátrica. El servicio debe estar atento a la posibilidad de un efecto negativo de los pares o de abuso. En algunos casos, es necesario coordinarse con las agencias locales de protección de los derechos de los niños, y en algunos países se designa un “coordinador de protección”³³. El monitoreo y supervisión intensivos ayudan a prevenir casos aislados de abuso intrahospitalario.

3. Efectos en la vida familiar: Por ejemplo reforzamiento de la situación de chivo expiatorio, que los padres se sientan sin destrezas al ver la relación que el niño establece con el personal. Se puede evitar con una buena negociación pre ingreso y un trabajo familiar continuo.

Se necesitan estudios sistemáticos de efectos indeseado, junto con estándares de buena práctica, procedimientos sistemáticos de anticipación, prevención, reconocimiento y reparación.

En 2006 se creó la Red de niños y adolescentes hospitalizados (US-CAIN), cuyos objetivos fueron:

- Recopilar información sobre profesionales, instituciones, políticas de los servicios, práctica clínica y proyectos de investigación anteriores y actuales.
- Describir los enfoques actuales para evaluar y medir los resultados de los tratamientos.
- Construir una biblioteca de referencias de

prácticas basadas en evidencia, desarrollar y publicar pautas para evaluación y tratamiento.

- Iniciar proyectos de investigación multisitio.
- Construir una base de datos norteamericana de servicios de hospitalización de niños y adolescentes.
- Fomentar un continuo de atención mejorando las asociaciones con los servicios ambulatorios y comunitarios³⁴.

Proyecciones y desarrollos futuros

La tendencia actual hacia estadías hospitalarias más cortas y al desarrollo de alternativas in-

tensivas de tratamiento probablemente continuará. Se espera que ocurra un énfasis en el valor de tratamiento hospitalizado intensivo para condiciones seleccionadas. La demanda de atención de emergencias en adolescentes continuará como consecuencia de la baja en la edad de presentación de la psicopatología grave. Es probable que las unidades de hospitalización se especialicen en patologías específicas tales como T. de Alimentación, y Psiquiatría Forense. Se piensa que las referencias a servicios de tratamiento intensivo siguen una curva bimodal: alta cuando hay pocos servicios ambulatorios, más baja cuando estos se desarrollan y nuevamente más alta a medida que mejoran los servicios ambulatorios y detectan patologías más complejas³⁵.

Resumen

Se revisan los principales hallazgos de la literatura sobre el tratamiento psiquiátrico hospitalizado de niños y adolescentes. La tendencia hacia estadías más cortas y tratamientos más intensivos, ha producido varios cambios y estimulado la investigación acerca de tratamientos más eficaces para casos graves que están sufriendo descompensaciones de su enfermedad. La hospitalización breve se inserta en un continuo de atención especializada. Se revisaron los nuevos modelos de tratamiento y estudios de evolución, además de las pautas y recomendaciones de tratamiento.

Palabras clave: Hospitalización psiquiátrica de niños, tratamiento psiquiátrico de niños y adolescentes, cuidados psiquiátricos intensivos.

Referencias

1. Green J, Worrall-Davies. Provision of intensive treatment: inpatient units, day units and intensive outreach. In Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E & Thapar A. Editors. Rutter's Child & Adolescent Psychiatry. Fifth Edition. Blackwell Publishing. 2008.
2. Costello A J, Dulcan M K, Kalas R. A checklist of hospitalization criteria for use with children. Hospital and Community Psychiatry 1991; 42, 823-8.
3. Wrate R M, Rothery D J, Mc Cabe R J, Aspin J. A prospective multi-centre study of admissions to adolescent inpatient units. Journal of Adolescence 1994; 17: 221-37.
4. Pottick K, Hansell S, Gaboda D, *et al.* Child and adolescent outcomes of inpatient psychiatric services: a research agenda. Children and Youth Service Review 1993; 15: 371-84.
5. Patrick C, Padgett D K, Burns B J, *et al.* Use of inpatient services by a national population: Do benefits make a difference? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 144-52.
6. Gutterman E N, Markovitz J S, Lo Conte J S, *et al.*

- Determinants for hospitalization from an emergency mental health service. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 114-22.
7. Billick S B, Edwards J L, Burget W, *et al.* A clinical study of competence in child psychiatry inpatients. *J American Academy of Psychiatry & the Law* 1998; 26: 587-94.
 8. Green J, Kroll L, Imrie D, *et al.* Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child & adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (3) 325-32.
 9. Green J, Jacobs B, Beecham J, *et al.* Inpatient treatment in child & adolescent psychiatry-a prospective study of health gains and costs. *J Child Psychol Psychiatr* 2007; 48 (12): 1259-67.
 10. Street C. Whose crisis? Responding to children and young people in an emergency. *Young Mind Magazine* 2000; 9: 14-6.
 11. García R, de la Barra F. Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev Med Clin Condes* 2005; 16 (4): 236-41.
 12. Paterson R, Bauer P, Mc Donald C A, *et al.* A profile of children and adolescents in a psychiatric unit: Multidomain impairment and research implications. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31: 682-90.
 13. Luthar S S, Woolston J L, Sparrow S S, *et al.* Adaptive behaviors among psychiatrically hospitalized children. The role of intelligence and related attributes. *Journal of Clinical Child Psychology* 1995; 24: 98-108.
 14. French W, Tate A. Emotional management. In J.M. Green & B.W. Jacobs (Eds.). *Inpatient child psychiatry: modern practice research and the future*. London: Routledge 1998; pp. 143-55.
 15. AACAP. Practice parameters. Prevention and management of aggressive behavior with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (2 Suppl): 4-25S.
 16. dosReis S, Barnett S, Love R, *et al.* A guide for managing acute aggressive behavior of youths in residential and inpatient treatment facilities. *Psychiatric Service* 2003; 54: 10; 1357-63.
 17. Luisielli J K, Bastien J S, Putnam R F. Behavioral assessment and analysis of mechanical restraint utilization on a child and adolescent inpatient psychiatric service. *Behavioural Interventions* 1998; 13: 147-55.
 18. Hassuk B. Culture changes in inpatient child psychiatry. Conferencia presentada en el Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría de niños y Adolescentes en Toronto, Canadá. 2006.
 19. Barzman D, Ghele M. Inpatient pediatric aggression. Conferencia presentada en el Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría de niños y Adolescentes en Toronto, Canadá. 2006.
 20. Venter J. Pharmacological treatment of aggression on an inpatient unit. Conferencia presentada en el Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría de niños y Adolescentes en Toronto, Canadá. 2006.
 21. Gold I, Heller C, Ritorto B. A short term psychiatric inpatient program for adolescents. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43 (1): 58-61.
 22. Nurcombe B. Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 26-30.
 23. Christ A, Tsernberis S, Andrew H. Fiscal implications of a childhood disorder. DRG. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 729-33.
 24. Gold J, Shera D, Clarkson B. Private psychiatric hospitalization of children: Predictors of Length of Stay. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32 (1): 135-43.
 25. Leibenluft E, Tasman A, Green S A. *Less time to do more: psychotherapy in the short term inpatient unit*. Washington DC: American Psychiatric Press. 1993.
 26. Magnana J. Psychodynamic Psychotherapy. En *Inpatient child psychiatry: modern practice research and the future*. London: Routledge. 1998; pp 124-43.
 27. Shaw M. Childhood mental health and the law. In J M Green & B W Jacobs (Eds.). *Inpatient child psychiatry: modern practice research and the future*. London: Routledge. 1998; pp 349-62.
 28. Rothery D, Wrate R, Mc Cabe R, *et al.* Treatment goal planning: outcome findings of a British prospective multicentre study of adolescent inpatient units. *European Child & Adolescent Psychiatry* 1995; 4: 209-20.

29. Maskey S. The process of admission. In J M Green & B W Jacobs (Eds.). *Inpatient child psychiatry: modern practice research and the future*. London: Routledge. 1998; pp 39-50.
30. Pfeiffer S I, Strelecki S C. Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 847-853.
31. Jensen P S, Hoagwood K, Petti T. Outcomes of mental health care for children and adolescents. 2. Literature review and application of a comprehensive model. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1064-77.
32. Lipztin B, Gottlieb G, Summergrad P. The future of psychiatric services in general hospitals. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (10): 1468-72.
33. Newbold C, Jones D. Child maltreatment and inpatient unit. In J M Green & B W Jacobs (Eds.). *Inpatient child psychiatry: modern practice research and the future*. London: Routledge. 1998; 201-11.
34. Lofthouse N, Wasburn J, Adler R B A. The US Child and Adolescent Inpatient Network (US-CAIN): Inaugural Year Progress. Conferencia presentada en el Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes en San Diego, CA. 2007.
35. Kurtz Z. *Treating children well*. London. Mental Health Foundation. 1994.

Correspondencia:
 Flora de la Barra M.
 E-mail: torbarra@gmail.com