





Amanda Cercós Lopez 1 \*   
Oaia Iriondo Blanco 1   
Sandra Gómez Vallejo 1   
Laura Atarés Betrán 1  
Celeste Galceran Chaves 1  
Amagoia Jimenez Zubizarreta 1  
Astrid Morer Liñan 1 

1. Hospital Clínic. Barcelona, España

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Amanda Cercós Lopez  
Correo: [acercos@clinic.cat](mailto:acercos@clinic.cat)

*La hospitalización aguda domiciliaria  
como alternativa al ingreso hospitalario  
en niños y adolescentes con patología  
psiquiátrica aguda*

*Acute home treatment as an alternative to  
inpatient care for children and adolescents with  
mental health crisis*

## RESUMEN

**Introducción:** Tras la pandemia de COVID-19 se incrementa la patología psiquiátrica en la población infantil y juvenil, con la consiguiente saturación de las urgencias y de las unidades de hospitalización convencionales. En el Hospital Clínic de Barcelona se implementó la Hospitalización Domiciliaria Psiquiátrica Infanto Juvenil (HDOM PIJ), un modelo terapéutico enfocado en el menor en su entorno, minimizando la ruptura ambiental y el carácter restrictivo. HDOM PIJ dispone de tiempos de espera cortos, permitiendo intervenir al inicio de la fase aguda. **Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo que evalúa los veintiún primeros meses de funcionamiento d HDOM PIJ (junio 2021 - marzo 2023). Se incluyen los pacientes ingresados en este período. **Resultados:** Se han incluido 116 pacientes (edad media 14,72 años; 69,8% mujeres). La estancia media fue de 19,67 días y el principal motivo de derivación fue la ideación suicida. Los trastornos depresivos son los diagnósticos más prevalentes, seguidos de los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del neurodesarrollo y trastornos psicóticos. El 37,1% de los pacientes fueron derivados desde hospitalización convencional, seguido de Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) (32,7%) y urgencias (26,7%). Al alta de HDOM PIJ, el 92,2 % fue derivado a un recurso asistencial de menor intensidad terapéutica. **Conclusión:** La hospitalización domiciliaria supone una alternativa efectiva a la hospitalización convencional. Alivia la saturación hospitalaria y favorece un abordaje

## ABSTRACT

**Background:** Following the COVID-19 pandemic, there has been a surge in psychiatric disorders among children and adolescents, leading to overcrowding in emergency services and conventional inpatient units. In response, Hospital Clínic in Barcelona has implemented a Child and Adolescent Acute Home Hospitalisation (HDOM PIJ) programme, a therapeutic model centred on the child within their own environment, minimising environmental disruption and restrictive measures. With short waiting times, the HDOM PIJ programme facilitates intervention at the onset of the acute phase. **Methods:** A retrospective analytical observational study evaluating the first twenty-one months of the HDOM PIJ programme (June 2021–March 2023). All patients admitted during this period were included. **Results:** A total of 116 patients were included (mean age 14.72 years; 69.8% female). The average length of stay was 19.67 days, and the main reason for referral was suicidal ideation. Depressive disorders were the most prevalent, followed by eating disorders, neurodevelopmental disorders and psychotic disorders. 37.1% of patients were referred from conventional hospitals, followed by the Child and Adolescent Mental Health Centre (CSMIJ, 32.7%) and emergency services (26.7%). Upon discharge from the HDOM PIJ programme, 92.2% were referred to a lower-intensity care resource. **Conclusion:** Home treatment represents an effective

5

integral en el entorno natural del paciente. Ofrece menores tiempos de espera y resultados sostenidos, y equiparables a la hospitalización convencional, y menor uso de recursos al alta.

**Palabras clave:** cuidado intensivo, tratamiento domiciliario agudo, patología psiquiátrica aguda, atención hospitalaria, niños y adolescentes.

## INTRODUCCIÓN

Las estimaciones de la prevalencia global de trastornos mentales en niños y adolescentes varían entre un 10-20 % (1), siendo de un 15,5% en Europa según un reciente metaanálisis (2). La intervención temprana resulta fundamental para reducir las consecuencias derivadas y el riesgo de cronicidad, dado que hasta el 50% de los casos persisten durante los 2- 5 años siguientes (3).

La pandemia por COVID-19 y el confinamiento han tenido un alto impacto en la salud mental de esta población, evidenciado por un aumento en las tasas de hospitalización, en la demanda de los servicios de urgencias y una elevada dificultad de abordaje regular a nivel ambulatorio (4,5). En el estudio retrospectivo de Marin D. et al se reporta un incremento en los ingresos hospitalarios convencionales de hasta un 116,7%.

Característicamente, se observa una edad de inicio más temprana, mayor gravedad de síntomas, menor número de antecedentes psiquiátricos previos (52,3% frente al 80%) y predominio en mujeres. Además, aquellos pacientes con patología previa presentaban agravamiento de síntomas y mayores tasas de recaída (6).

Por otro lado, los datos europeos muestran un incremento significativo de los trastornos alimentarios, conducta suicida, depresión, ansiedad y consumo de sustancias en los primeros 12 meses del inicio de la pandemia (6). También se evidencia un incremento de las tasas de re-hospitalización, siendo la tasa de recaída en pacientes con conductas suicidas del 30-43% (7). Además, la exposición a factores de riesgo (aislamiento social, aumento del

alternative to conventional hospitalisation. It reduces hospital overcrowding and provides a comprehensive approach in the patient's natural environment. It offers shorter waiting times, sustained outcomes comparable to conventional hospitalisation and reduced resource use at discharge

**Keywords:** intensive care, acute home treatment, mental health crisis, inpatient care, children and adolescents.

uso de redes sociales, violencia doméstica o maltrato/ abuso infantil) y la ausencia de factores protectores, han incrementado la vulnerabilidad a la aparición de trastornos mentales (5,6). En respuesta al incremento de la demanda y saturación de los servicios disponibles, se potencia desde políticas sanitarias estatales y recomendaciones europeas el desarrollo de nuevas políticas y dispositivos comunitarios orientados a la atención y recuperación en el entorno habitual del menor (8,9).

Diversos estudios han evidenciado que estos nuevos recursos comunitarios han demostrado presentar la misma eficacia que la hospitalización convencional, además de contribuir a la reducción de síntomas, evitar la ruptura con el entorno, favorecer la integración en la comunidad, lograr una mayor estabilidad, reduciendo así el uso y dependencia de recursos hospitalarios, y por tanto también de los costes sanitarios derivados (3, 10, 11, 12).

Esta dimensión adquiere particular relevancia si se considera que los menores con patología psiquiátrica generan un coste de al menos dos veces superior con respecto a menores con otras patologías médicas o sin diagnóstico asociado (3,13).

Entre los diversos modelos de intervención comunitaria, la hospitalización domiciliaria aguda emerge como una alternativa prometedora a la hospitalización tradicional, manteniéndose esta última en aquellos casos en los que exista peligro para uno mismo, terceros, o sea necesario preservar la integridad del menor fuera del entorno familiar. Esta intervención se diferencia del resto en que no es una intervención a medio-largo plazo, sino aguda, con una duración media de 2-3 semanas. Este

tiempo de intervención es el máximo impuesto en algunos centros. De esta manera, se evita una mayor descompensación de la patología de base y se ayuda a reducir el riesgo de ingreso hospitalario convencional. Este tipo de recurso adquiere particular relevancia en el contexto postpandémico, situándose como una pieza clave ante el empeoramiento de la salud mental infantil y juvenil, las dificultades de seguimiento ambulatorio, el déficit de camas disponibles y el aumento generalizado de urgencias psiquiátricas e ingresos hospitalarios, relacionados en mayor medida con trastornos depresivos, de la conducta alimentaria y conductas suicidas (14, 15). Además, permite centrar la atención en el domicilio, intervenir de manera rápida ante situaciones de crisis y proteger a los menores del riesgo de contagios durante la pandemia. Los modelos de intervención aguda domiciliaria han mostrado resultados alentadores en términos de reducción de costes, efectividad del tratamiento, menor estigmatización, y ofrecen una intervención personalizada e intensiva, con la participación activa de la familia y la preservación al entorno social y educativo del menor (1, 9, 16).

En consonancia con lo descrito, en julio de 2021 se puso en marcha en el Hospital Clínic de Barcelona el recurso de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría Infanto Juvenil (HDOM PIJ), basado en un modelo terapéutico centrado en el menor dentro de su entorno habitual. Esta modalidad permite minimizar la ruptura ambiental y reducir el carácter restrictivo del ingreso convencional.

HDOM PIJ dispone de tiempos de espera cortos, por lo que habitualmente se puede iniciar al inicio de la fase aguda. Los principales objetivos son: (1) Disminuir la presión y saturación de la hospitalización y los servicios de urgencias, ofreciendo una alternativa a la hospitalización convencional. (2) Acortar el tiempo de espera de atención en situaciones de crisis. (3) Reducir los costes asociados a los ingresos hospitalarios. (4) Ofrecer una atención comparable en intensidad y seguridad a la hospitalización convencional. (5) Favorecer la transición al entorno natural del menor, especialmente en aquellos casos en los que el objetivo es reducir la estancia hospitalaria.

En este artículo se presenta un estudio observacional analítico retrospectivo de los primeros veintiún meses de funcionamiento de HDOM PIJ.

La hipótesis principal del estudio consiste en demostrar que, en la población infantil y juvenil, el recurso de HDOM PIJ es efectivo en condiciones clínicas reales como alternativa a la hospitalización convencional en situación de crisis aguda.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Participantes

Se incluyen los individuos ingresados en el dispositivo de HDOM PIJ del Hospital Clínic de Barcelona entre junio 2021 y marzo 2023. El Hospital Clínic de Barcelona es un centro sanitario de tercer nivel que ofrece atención especializada a la población infanto-juvenil de la mayor parte del área metropolitana, con excepción de tres distritos. La zona atendida cuenta con una población estimada de 172887 niños y adolescentes.

El equipo de HDOM PIJ está supervisado por una coordinadora médica y cuenta con una psiquiatra a jornada completa los días laborables, así como dos enfermeras que cubren el recurso todos los días del año, incluyendo fines de semana y festivos. También cuenta con el soporte de una trabajadora social.

El proceso de derivación desde la red comunitaria se realiza a través de la cumplimentación de un formulario de derivación. El caso es analizado y se emite una respuesta en un plazo no mayor a 24 horas laborables. Si la derivación procede del servicio de urgencias o del de hospitalización, se realiza una interconsulta a HDOM PIJ, quien realizará una rápida valoración del caso y proporcionará una respuesta previa al alta del recurso que deriva.

Si el individuo se considera candidato, cumple los criterios de inclusión y puede ser atendido con seguridad en el domicilio, se procede al ingreso.

Los criterios de inclusión incluyen: necesidad de ingreso psiquiátrico agudo independientemente del diagnóstico, edad comprendida entre 5 y < 18 años, residir en los distritos geográficos vinculados al Hospital Clínic de Barcelona, acompañamiento por cuidador adulto en el domicilio y aceptación voluntaria del ingreso en el domicilio.

Quedarían excluidos aquellos casos en los que no hay disponibilidad del cuidador, alteraciones graves de conducta (heteroagresividad, fugas recurrentes),

7

riesgo suicida activo (riesgo suicida moderado o grave sin adecuado soporte y supervisión), patología somática grave que requiera atención hospitalaria y casos en los que esté comprometida la seguridad del menor en entorno familiar.

El proceso de ingreso comienza con una visita domiciliaria inicial, durante la cual se firma el consentimiento informado y se detalla el procedimiento de admisión. A partir de este momento, se desarrolla un plan de atención individualizado e intensivo.

El recurso de HDOM PIJ se basa en un protocolo estandarizado de atención intensiva todos los días del año, incluyendo fines de semana y festivos, y combina intervenciones psiquiátricas, psicológicas, enfermeras y sociales. Durante el ingreso, se realiza un seguimiento diario, presencial o telefónico según la evolución clínica, siendo las visitas domiciliarias programadas al menos 3–5 veces por semana en los casos de mayor agudeza. Además, ofrece la posibilidad de contacto telefónico directo con el servicio de urgencias en caso de crisis fuera del horario laboral del equipo.

Las intervenciones incluyen: evaluación psiquiátrica continua; seguimiento por enfermería centrado en monitorización de sintomatología, adherencia al tratamiento y soporte psicoeducativo; intervención psicoeducativa focalizada en manejo de crisis, regulación emocional y fortalecimiento de competencias familiares; y valoración social orientada a la detección de factores de vulnerabilidad y coordinación con redes comunitarias cuando procede. También se realizarán las coordinaciones pertinentes los diferentes referentes del caso (familia, red comunitaria y, cuando es preciso, el centro educativo).

Para garantizar la homogeneidad del abordaje, el equipo utiliza un plan terapéutico individualizado revisado en reuniones clínicas semanales, junto con un registro sistemático de visitas, intervenciones y eventos críticos. Este procedimiento permite monitorizar la evolución clínica, ajustar el nivel de intensidad de la intervención y reevaluar los objetivos terapéuticos, garantizando un abordaje flexible y estandarizado acorde con las necesidades del caso.

## Variables analizadas

El presente estudio es observacional, analítico y retrospectivo con el objetivo de definir las características de la muestra incluida y valorar los resultados clínicos obtenidos. El estudio de las variables analizadas se basa en los datos obtenidos de los seis meses previos y posteriores al ingreso en HDOM PIJ. Se incluyen las siguientes variables: edad en el momento del ingreso, género, estancia media del ingreso en hospitalización domiciliaria aguda, diagnóstico principal al alta, número total de ingresos hospitalarios totales previos y en los 6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ, número de visitas a los servicios de urgencias en los 6 meses previos y 6 meses posteriores al ingreso, número de reingresos, recursos que derivan, recursos al alta, tratamiento psicofarmacológico previo al ingreso y al alta y días en lista de espera de ingreso en HDOM PIJ. Los diagnósticos se realizaron siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (17), a partir de la evaluación clínica realizada por el equipo clínico. El presente estudio cuenta con la aceptación por parte del Comité de Ética de Investigación Médica del Hospital Clínico de Barcelona (Reg. HCB/2023/0877). Los datos se han obtenido mediante la revisión de las historias clínicas.

## Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables, incluyendo medias, desviación estándar y frecuencias.

Para evaluar el impacto del ingreso en HDOM PIJ, se llevó a cabo un análisis mediante un Modelo Lineal General (GLM) con medidas repetidas, comparando el número de hospitalizaciones en unidades de agudos de cada individuo y su estancia media, así como las visitas a urgencias, durante los seis meses previos y los seis meses posteriores al tratamiento en HDOM PIJ.

El tiempo (Pre vs. Post) se incluyó como factor intra-sujetos, mientras que el diagnóstico al alta se incluyó como factor inter-sujetos para evaluar si el cambio observado en las variables clínicas dependía

del diagnóstico principal del paciente. Además, los análisis se ajustaron por género y edad, que fueron incluidos como covariables.

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando SPSS versión 28.0. El nivel de significancia estadística se estableció en  $p < 0,05$  (bilateral) para todas las pruebas.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos se recogen en las tablas que se muestran a continuación.

La muestra de estudio incluye un total de 116 individuos que ingresaron en el dispositivo de HDOM PIJ entre junio 2021 y marzo 2023 (21 meses). La edad media de los participantes es de 14,72 años (desviación estándar [d.e.] = 1,85), con un 69,8% mujeres (n: 81). La [tabla 1](#) recoge las características demográficas.

Del total de la muestra de estudio, el 48,3 % convive con ambos progenitores en el momento del ingreso, un 44% con uno de ellos, y menos del 10% residen con otro cuidador o en un centro residencial.

Por otro lado, a pesar de que el 75 % no ha realizado seguimiento previo con Servicios Sociales, durante el ingreso en el recurso de HDOM PIJ fue preciso la intervención de la figura social en un 65,5 % de los casos. Se activaron los Servicios Sociales en un 2,6 %, el Equipo de Atención a la Infancia y a la adolescencia (EAIA) en un 1,7 % y el equipo de urgencias sociales en un caso.

La [tabla 2](#) y [3](#) describen las variables clínicas recogidas. La estancia media en el dispositivo es de 19,67 días (d.e. 10,69). Los principales dispositivos de derivación son la sala de hospitalización (37,1%), CSMIJ (32,7%) y el servicio de urgencias (26,7%), siendo el tiempo de espera de ingreso desde este último dispositivo menor a un día.

En promedio, los pacientes habían utilizado al menos dos recursos de atención médica previo al ingreso en HDOM PIJ ( $2,26 \pm$  d.e. 1,22), incluyendo consultas externas, hospitalizaciones y hospital de día.

En el momento del alta de HDOM PIJ, el 92,2 % de los casos es derivado a un recurso asistencial de menor intensidad terapéutica.

De los 116 individuos totales incluidos en la muestra, el 37,1 % ingresó por ideación suicida o intento suicida como principal motivo y los diagnósticos predominantes fueron: trastornos depresivos (30,17%), trastornos de la conducta alimentaria (17,24%), trastornos del neurodesarrollo (12,07%), trastornos relacionados con trauma y factores de estrés (9,48%), Trastornos psicóticos (8,62%). Los Trastornos por uso de sustancias representaron un 0,9% de la muestra total.

Al analizar las diferencias por género, los varones que ingresaron en HDOM PIJ mostraron mayor frecuencia de patrones externalizantes, como problemas de conducta (3,4% del total), consumo de sustancias (0,9%), trastornos psicóticos (4,3%) y trastornos del neurodesarrollo (5,2%). Sin embargo, también presentaron una prevalencia elevada de trastornos depresivos (11,2%), frente al 18,9% en mujeres (OR: 1,85; IC 95%: 0,88–3,89), y representaron el 9,3% de los casos de ideación o intento suicida.

En la [tabla 4](#), se muestran las variables relacionadas con respecto al uso de recursos asistenciales en los 6 meses previos y 6 meses posteriores a la intervención.

Se observa una disminución significativa en el número de ingresos en sala de agudos o estancia media en los 6 meses posteriores al ingreso HDOM PIJ, comparado con los 6 meses previos [ $F(1, 115) = 7,445$ ,  $p = 0,007$ ]. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre hospitalizaciones antes y después del ingreso en HDOM PIJ y diagnóstico ( $F(14, 101) = 0,687$ ,  $p = 0,782$ ), lo que sugiere que el cambio en hospitalizaciones fue similar en todos los grupos de diagnóstico.

Se registró una disminución significativa en las visitas al servicio de urgencias durante los 6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ, en comparación con los 6 meses previos [ $F(1, 115) = 26,655$ ,  $p < 0,001$ ].

Tampoco se encontró una asociación significativa entre visitas a urgencias y diagnóstico ( $F(14, 101) = 0,756$ ,  $p = 0,713$ ), lo que sugiere que la disminución en visitas a urgencias fue homogénea en todos los grupos de diagnóstico.

Finalmente, la tasa de reingreso en el dispositivo de HDOM PIJ ha sido muy baja, con una media de 0,02 de reingresos en los primeros 6 meses tras el alta.

**Tabla 1.** Variables demográficas

Género, n (%)	Femenino	81 (69,8)
	Masculino	33 (28,4)
	No binario	2 (1,7)
Edad, media (d.e.)		14,67 (1,85)
Convivencia, n (%)	Ambos progenitores	56 (48,3)
	Uno de los progenitores	51 (44)
	Centro Residencial	7 (6)
	Otros familiares	2 (1,7)
Seguimiento previo por Servicios Sociales, n (%)	No	No 87 (75%)
	Servicios Sociales	Servicios Sociales
	EAIA	EAIA 9 (7,8)
	DGAIA 1 (0,9)	DGAIA 1 (0,9)
Intervención Trabajadora Social durante ingreso, n (%)	No	76 (65,5)
	Sí	40 (34,5)
Activación durante ingreso, n (%)	No	110 (94,8)
	Servicios Sociales	Servicios Sociales 3 (2,6)
	EAIA	EAIA 2 (1,7)
	Equipo urgencia	Equipo urgencia 1 (0,9)

\* n: número de participantes; d.e.: desviación estándar; EAIA (Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia); DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia).

\*\* Se presentan las características sociodemográficas de la muestra total de pacientes ingresados en el programa de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría Infanto Juvenil (HDOM PIJ) entre junio de 2021 y marzo de 2023.

**Tabla 2.** Variables clínicas

Estancia media, media (d.e.)	19,67 (10,69)	
Días de espera de ingreso desde urgencias	0,07 días	
Número de recursos previos, media (d.e.)	2,26 (1,22)	
Derivante, n (%)	Sala de hospitalización	43 (37,1)
	CSMIJ	38 (32,7)
	Urgencias	31 (26,7)
	HD	4 (3,4)
Destino al alta, n (%)	CSMIJ	67 (57,7)
	HD	38 (32,8)
	Sala hospitalización	9 (7,8)
	Recursos red privada	2 (1,7)

\* n: número de participantes; d.e.: desviación estándar; CSMIJ (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil); HD (Hospital de Día).

\*\* Se describen variables clínicas relacionadas con el ingreso en HDOM PIJ, incluyendo duración media de la estancia, tiempo de espera desde urgencias, número promedio de recursos asistenciales utilizados antes del ingreso en HDOM PIJ, dispositivos derivantes y destino terapéutico al alta.

**Tabla 3.** Diagnóstico principal al alta según criterios DSM5, n (%)

Trastornos depresivos	35 (30,17)
Trastornos de ansiedad	9 (7,76)
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	10 (8,62)
Trastornos del neurodesarrollo	14 (12,07)
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	1 (0,86)
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	1 (0,86)
Trastornos de la conducta alimentaria	20 (17,24)
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	7 (6,03)
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	11 (9,48)
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	1 (0,86)
Otros	7 (6,03)
Ideación / intento de suicidio	43 (37,1)

\* n: número de participantes; %: proporción respecto al total de la muestra.

\*\* Clasificación diagnóstica principal según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5). Se incluye el diagnóstico principal y la presencia o no de ideación o intento suicida.

## DISCUSIÓN

El presente estudio aporta evidencia preliminar sobre los beneficios de HDA IJ sobre las variables evaluadas, como posible alternativa a la hospitalización convencional. Estos resultados deben entenderse dentro de las características del diseño y del periodo de observación disponibles. Los hallazgos muestran una reducción significativa tanto en los ingresos hospitalarios convencionales como en las visitas a urgencias en los seis meses posteriores al tratamiento en el dispositivo de HDOM PIJ.

Esta mejora podría estar asociada a la intervención temprana y la intensificación del seguimiento en el entorno familiar y comunitario, factores descritos que promueven mayor estabilización clínica y continuidad asistencial (1, 18).

No se encontraron asociaciones significativas entre la evolución clínica y el diagnóstico principal, lo que sugiere utilidad transversal del modelo. Tampoco se identificaron cambios relevantes en el tratamiento farmacológico, lo que apunta al papel central de la intervención psicoterapéutica y psicosocial.

**Tabla 4.** Variables relacionadas con el uso de recursos asistenciales

	Totales previos al ingreso	0,89 (1,30; 0-8)
	6 meses previos al ingreso en HDOM PIJ	0,52 (0,70; 0-3)
Ingresos en sala de hospitalización (media, d.e., mínimo - máximo)	6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ	
	Total (alta-6m)	0,32 (0,58; 0-3)
	<1m	0,07 (0-1)
	1-6m	0,19 (0-3)
	>6m	0,20 (0-2)
Reingresos en HDOM PIJ (media ± d.e.)	<1m	0,03 (0-1)
	1-6m	0,02 (0-1)
	>6m	0,03 (0-1)
Visitas a urgencias (media ± d.e.)	6 meses previos al ingreso en HDOM PIJ	1,45 (0-7)
	Durante el ingreso en HDOM PIJ	0,12 (0-2)
	6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ	0,72 (0-6)

\* Comparativa del uso de recursos asistenciales (hospitalización en unidades de agudos, visitas a urgencias y reingresos) en los seis meses previos y posteriores al ingreso en HDOM PIJ.

Los resultados obtenidos se alinean con estudios previos que muestran que los modelos comunitarios intensivos, como HDOM PIJ, reducen la necesidad de hospitalización convencional y acortan la estancia media en pacientes ya ingresados. Además, se relacionan con un menor impacto emocional asociado y facilitan la transición al entorno habitual, una transferencia adecuada de las estrategias terapéuticas adquiridas y una mayor continuidad terapéutica (11,18,19).

Así, el 92,2% de los casos atendidos en HDOM PIJ fueron derivados al alta a un recurso asistencial de menor intensidad terapéutica. Los estudios que han evaluado programas comunitarios similares en diseño e intensidad a HDOM PIJ —como los modelos de *Home Treatment* o *Intensive Home-Based Crisis Care*— muestran resultados comparables a la hospitalización tradicional en términos de estabilización clínica y reducción del uso de recursos hospitalarios (11,18,19,20).

Vázquez-Bourgon et al. (19) y Muskens et al. (18) reportan disminución significativa de ingresos y estancias hospitalarias tras la intervención comunitaria intensiva, mientras que Ougrin et al. (11) evidencia equivalencia clínica respecto al ingreso convencional en un ensayo controlado. La revisión de Kwok et al. (20) subraya que estos modelos

son especialmente efectivos cuando combinan intervención multidisciplinar, alta intensidad de intervención y participación activa de la familia, elementos clave también presentes en HDOM PIJ.

De forma complementaria, estudios como los de Boege et al. (1,3), Muskens et al. (18) y Graf et al. (15), centrados en programas intensivos de tratamiento domiciliario comparables a HDOM PIJ por diseño, nivel de intensidad y población atendida, confirman resultados clínicos equiparables a la hospitalización convencional, incluyendo reducciones significativas en reingresos, utilización de urgencias y días de ingreso, así como una evolución clínica favorable a medio plazo. En conjunto, esta evidencia respalda que los modelos comunitarios intensivos presentan resultados equivalentes o superiores a la hospitalización convencional, especialmente en términos de continuidad asistencial y sostenibilidad del tratamiento en el entorno natural del menor.

La inclusión y participación activa de la familia constituye un componente central del modelo. Facilita la identificación de factores desencadenantes, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y la exploración de factores psicosociales y familiares asociados a la crisis, aspecto especialmente relevante en el contexto postpandémico, aunque no se evaluó de manera directa en este estudio. También se ha

descrito como predictor de mejor pronóstico, mayor estabilidad al alta y menor riesgo de recaídas, al dotarse a los referentes de estrategias de detección y manejo de situaciones de riesgo (15, 18-20). Por tanto, la participación de los cuidadores y el abordaje de factores psicosociales —incluyendo dinámica familiar, estrés parental y soporte comunitario— son determinantes para la sostenibilidad del tratamiento, la adherencia y la continuidad asistencial en dispositivos comunitarios intensivos (11, 15, 20).

Durante y después de la COVID-19, se produjo un aumento de la vulnerabilidad psicosocial en niños y adolescentes, derivado del aislamiento prolongado, ruptura de rutinas, pérdida de espacios escolares y comunitarios, sobreexposición digital y dificultades en la identificación temprana de situaciones de riesgo en el hogar (4, 5, 7, 21). Esta combinación de estresores, junto con limitaciones en el seguimiento y el incremento de altas hospitalarias precoces, se asociaría con una mayor incidencia de crisis en entornos con menor disponibilidad de factores protectores (4, 7).

El Trabajo Social sanitario desempeña un papel esencial en esta modalidad de ingreso. Su abordaje permite identificar y tratar factores clave del bienestar del menor —como las condiciones socioeconómicas, la organización familiar o la red de apoyo disponible— que influyen directamente en la evolución clínica y en la capacidad de la familia para sostener el proceso terapéutico. Además, facilita la coordinación con servicios sociales y educativos, garantiza la continuidad integrada de cuidados y contribuye a prevenir riesgos sociales que pueden pasar inadvertidos en otros niveles asistenciales (21).

De forma coherente con estos hallazgos, en este estudio se activó Trabajo Social en el 65,5 % de los casos, pese a que la mayoría de las familias no contaban con apoyo previo, lo que pone de relieve el valor del modelo domiciliario para detectar factores de riesgo social habitualmente invisibilizados.

Los motivos de ingreso más frecuentes estuvieron relacionados con cuadros afectivos y conductas suicidas, con una elevada presencia de trastornos depresivos y del comportamiento alimentario, reflejando un perfil clínicamente complejo, que exige intervenciones de alta intensidad y una monitorización

constante. Este patrón es coherente con la literatura reciente, que documenta un incremento de los episodios depresivos, las autolesiones y los trastornos alimentarios en población infantojuvenil, sobre todo en el período post-pandémico (5,6), junto con la conducta suicida (14,20). En los datos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, se observa un pico entre julio y septiembre de 2021, coincidiendo con el aumento descrito en ese mismo período en la literatura (6).

La evidencia señala que la evolución clínica de estos episodios está fuertemente influenciada por la rapidez de la intervención y por la capacidad para identificar los factores precipitantes en el entorno donde se originan. La elevada presencia de sintomatología suicida refuerza la importancia de intervenciones tempranas y de alta intensidad en el domicilio, especialmente en modelos que integran participación familiar y monitorización continua (3, 11, 15). En este caso, ingresos precedentes del servicio de urgencias contaban con tiempos de demora prácticamente nulos, evidenciando una rápida capacidad de atención. La combinación de intervención precoz, intensiva y contextualizada se asocia con mejores trayectorias clínicas, menor riesgo de recaída y reducción del uso de recursos hospitalarios en jóvenes con depresión e ideación suicida, actuando como un mecanismo de protección adicional (11,15,20).

El hecho de que el 92,2 % de los pacientes pudiera continuar tras el alta en recursos de menor intensidad podría indicar una asociación entre la intervención en el entorno natural y una evolución clínica más estable, en un contexto que evita la ruptura con el vínculo familiar, social y educativo. Este patrón es consistente con lo descrito por Noguero *et al.* (9) y Ougrin *et al.* (11), quienes señalan que la intervención intensiva en domicilio reduce el estigma asociado a la hospitalización y favorece una reintegración funcional más rápida.

Del 37,1 % de los pacientes que provienen de hospitalización tradicional, el 97,8 % ha ingresado en algún momento de su vida en un recurso de este tipo, y el 93,3 % lo había hecho en los seis meses previos al ingreso en HDOM PIJ. Esta cifra se redujo a un 37,8 % en los seis meses tras el alta de HDOM

PIJ. Esta reducción podría reflejar una evolución favorable; aunque interpretándose con cautela, ya que el diseño del estudio — de naturaleza observacional y no aleatorizada— no permite establecer relaciones causales ni extraer conclusiones firmes sobre una posible estabilización clínica.

La baja necesidad de reingresos observada en la muestra se alinea con modelos comunitarios menos restrictivos y coherentes con los principios *QualityRights* de la OMS (8), orientados a preservar la autonomía y a promover intervenciones centradas en la persona. La literatura señala que estos enfoques, especialmente cuando se aplican mediante dispositivos comunitarios intensivos, pueden asociarse a una mayor continuidad asistencial y a una evolución clínica más favorable (3,15).

La mínima tasa de reingreso durante el período evaluado es coherente con estudios que muestran bajas tasas de reingreso en modelos intensivos domiciliarios bien estructurados; sin embargo, no permiten asumir directamente que la ausencia de reingreso implique ausencia de recaídas clínicas. (22).

En conjunto, la distribución diagnóstica observada confirma que HDOMPIJ se está utilizando para atender casos clínicamente complejos, pero apropiados para un abordaje temprano e intensivo en el entorno natural del menor, posicionándose como una alternativa viable a la hospitalización tradicional en línea con la literatura (4,10,15,22).

Además, se observó un predominio de pacientes de mujeres (69,8 %) y una edad media cercana a los 15 años. Este patrón responde al perfil epidemiológico descrito en la literatura reciente, que señala una mayor incidencia de trastornos afectivos, conductas suicidas y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres, especialmente en el periodo post-pandémico (5,6).

Los resultados descritos son coherentes con los estudios actuales, resaltando una intervención más temprana, una reducción de las tasas de ingresos hospitalarios, una reducción de las listas de espera y una reducción de la sobrecarga de recursos asistenciales (18,20).

## Implicaciones clínicas

Los resultados preliminares de este estudio sugieren que el recurso de HDOM PIJ podría consolidarse como una alternativa viable e intensiva para la atención de urgencias psiquiátricas en adolescentes, ofreciendo beneficios terapéuticos, familiares y organizativos (3, 11, 20).

Desde el punto de vista clínico, los tiempos de espera desde urgencias fueron casi nulos, por lo que HDOM PIJ podría reflejar una elevada capacidad de respuesta en situaciones de crisis y permitir la atención de pacientes con perfiles complejos directamente en su entorno habitual.

Este abordaje en domicilio se caracteriza por evitar elementos propios del ingreso convencional, como el aislamiento del menor, el estigma asociado, la interrupción de rutinas sociales y educativas o la exposición a entornos hospitalarios prolongados (15,18).

La intervención intensiva y personalizada incorpora componentes que, según estudios previos, se relacionan con una mayor continuidad terapéutica y con trayectorias clínicas más estables (15,18).

Más del 80% de los pacientes fueron derivados al alta a recursos de menor intensidad terapéutica y se observó una reducción significativa en el número de ingresos y visitas a urgencias en los seis meses posteriores.

Estos datos podrían estar relacionados con el nivel de estabilización alcanzado durante el ingreso, si bien no permiten establecer relaciones causales y deben interpretarse dentro del marco de diseño de este estudio.

En el plano familiar, la literatura sugiere que la implicación activa de los cuidadores y el trabajo terapéutico en el domicilio pueden fortalecer las competencias parentales, mejorar la comunicación y el funcionamiento del menor y de la familia, y facilitar la detección temprana de vulnerabilidades sociales que suelen permanecer invisibles en entornos hospitalarios. Aunque estos aspectos no fueron evaluados directamente en el presente estudio, constituyen una ventaja reconocida de los recursos de hospitalización domiciliaria intensiva, reduciendo la

13

claudicación familiar, y favoreciendo un entorno más protector y a la prevención de recaídas futuras (19).

Desde la perspectiva organizativa, HDOM PIJ podría representar un recurso estratégico para optimizar la gestión sanitaria. Podría contribuir a reducir la presión sobre los servicios de urgencias y las camas hospitalarias, acorta los tiempos de espera y ofrece una atención intensiva sin comprometer la seguridad del paciente. Esta modalidad permitiría atender un mayor número de pacientes de manera eficiente, manteniendo la calidad de la atención y fomentando la continuidad terapéutica.

No obstante, el modelo también presenta desafíos. Su implementación requiere la disponibilidad y capacidad de los cuidadores, lo que puede limitar la elegibilidad de algunos casos. La exclusión de determinados perfiles clínicos acota su alcance y puede afectar a la homogeneidad y a la generalización de los resultados.

En conjunto, HDOM PIJ no solo podría mejorar los resultados clínicos y familiares inmediatos, sino que también podría aportar valor en términos de eficiencia del sistema de salud, prevención de recaídas y sostenibilidad a largo plazo. Aun así, para determinar en qué condiciones pueden mantenerse estas mejoras, se requieren estudios controlados, análisis de coste-efectividad y seguimientos amplios. Su implementación va en la línea de que los recursos comunitarios intensivos pueden ser una alternativa potente y estratégica a la hospitalización convencional, con un impacto positivo sobre el bienestar de los menores, sus familias y el sistema sanitario en su conjunto (10, 14, 15).

### Limitaciones del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones. El seguimiento clínico se limitó a los seis meses posteriores al alta, lo que puede no ser suficiente para valorar la evolución a largo plazo o el riesgo de recaídas. No se utilizaron instrumentos estandarizados para evaluar el estado clínico o funcional en los pacientes, y la muestra no es representativa de todos los perfiles clínicos, ya que se excluyeron casos con mayor gravedad (heteroagresividad o riesgo suicida activo) o baja disponibilidad familiar. Además, el diseño observacional y la ausencia de grupo

control limitan la capacidad de atribuir causalidad a los efectos observados.

### Futuras líneas de investigación

Se recomienda el desarrollo de estudios controlados, de tipo longitudinal y con períodos de seguimiento extendidos, que incluyan análisis coste-efectividad y permitan evaluar la sostenibilidad del modelo a largo plazo. Sería útil incorporar medidas estandarizadas de calidad de vida y evolución psicopatológica, funcionamiento psicosocial y satisfacción del paciente. También sería relevante estudiar la aplicabilidad del modelo en otros contextos sanitarios, con diferentes estructuras organizativas o menos disponibilidad de recursos.

### CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Las autoras han colaborado en igual medida en la redacción y revisión del caso presentado.

### FINANCIACIÓN

El estudio ha sido realizado sin financiación.

### CONFLICTOS DE INTERÉS

No existe conflictos de interés.

### REFERENCIAS

1. Boege I, Corpus N, Weichard M, Schepker R, Young P, Fegert JM. Long-term outcome of intensive home treatment for children and adolescents with mental health problems – 4 years after a randomized controlled clinical trial. *Child Adolesc Ment Health*. 2021;26(4):310-9. <https://doi.org/10.1111/camh.12500>
2. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. Systematic review on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(12): 2877-94. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>

3. Boege I, Corpus N, Schepker R, Kilian R, Fegert JM. Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *Eur Psychiatry*. 2015;30(5): 583-9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.009>
4. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzón-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, et al. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(5): 479-80. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>
5. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, et al. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2022;27(2): 173-89. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
6. Marin D, Di Gennaro G, Baracetti M, Zanetti R, Balestrieri M, Cogo P, et al. Confirmation of increased and more severe adolescent mental health-related in-patient admissions in the COVID-19 pandemic aftermath: A 2-year follow-up study. *Psychiatry Res Commun*. 2023;3(2): 100119. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2023.100119>
7. Foremnik K, Sroczynski G, Stratil J, Neumann A, Buchberger B. Efficacy of home-based and inpatient treatment for children and adolescents in psychiatric crisis: A systematic review protocol. *PLoS One*. 2025;20(3): e0318792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318792>
8. Organización Mundial de la Salud. Quality rights. Instrumentos de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. 2012
9. Noguero Alegre A, Peregalli Politi S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Rev Bioet Derecho*. 2021;(53): 37-55. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.53.34726>
10. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, et al. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. 2022;21(2): 220-36. <https://doi.org/10.1002/wps.20962>
11. Ougrin D, Corrigan R, Poole J, Zundel T, Sarhane M, Slater V, et al. Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(6): 477-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30129-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30129-9)
12. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review: Crisis resolution and home treatment. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(10): 881-92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>
13. Beecham J. Annual Research Review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(6): 714-32. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12216>
14. Lamb CE. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(4): 345-50. <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e32832c9082>
15. Graf D. Treatment outcome of an intensive psychiatric home treatment for children and adolescents: a non-randomized controlled pilot evaluation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(4): 685-95. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01919-y>
16. Mötteli S, Jäger M, Hepp U, Wyder L, Vetter S, Seifritz E, et al. Home treatment for acute mental healthcare: Who benefits most? *Community Ment Health J*. 2021;57(5): 828-35. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00618-3>
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed., Text Revision). 2013. Washington, DC. APA.
18. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, van Deurzen PAM, Buitelaar JK, Staal WG. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1): 412. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x>
19. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6): 323-32.

- 15
20. Kwok KHR, Yuan SNV, Ougrin D. Review: Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(1): 3-10. <https://doi.org/10.1111/camh.12123>
  21. Colom Masfret M. Trabajo social sanitario: fundamentos y práctica profesional. Barcelona: Editorial Síntesis; 2020.
  22. Khalfan N, Coventry C, Cawthorpe D. A new acute-at-Home child and adolescent clinical service: Evaluation of impact. *Psychiatry Investig*. 2022;19(1): 29-36. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0158>