

Ricardo Camarneiro Silva¹ * 

1. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio (UHPaD), Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y el Adolescente, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Ricardo Camarneiro Silva

Correo: ricardoantonio.camarneiro@salud.madrid.org

Hospitalización a domicilio: hacia un nuevo marco asistencial

En las últimas décadas se ha asistido a un incremento sostenido de las hospitalizaciones psiquiátricas en la población infanto-juvenil (1), así como a un descenso de la edad media de ingreso y una proporción significativa de reingreso en el primer año tras alta. Por otra parte, de acuerdo con la *Carta Europea de los Niños Hospitalizados* (2), la hospitalización de niños debe considerarse una medida excepcional y limitada al tiempo estrictamente necesario y sólo cuando los cuidados no puedan proporcionarse en el ámbito domiciliario o ambulatorio.

En este contexto se han desarrollado en Europa servicios comunitarios intensivos como alternativa a la hospitalización tradicional, principalmente en adultos, habitualmente clasificadas como “*Home treatment and crisis resolution teams*” o como “*Assertive Community Treatment*”. Aunque la evidencia en población infanto-juvenil es aún limitada, han demostrado ser una modalidades eficaces, seguras y coste-eficientes, con impacto positivo en el funcionamiento familiar y la integración socioeducativa (3,4).

En España, un número creciente de unidades de tratamiento domiciliario en salud mental infanto-juvenil avalan este modelo. Estos programas, orientados a reducir ingresos convencionales, se alinean con el enfoque comunitario en salud mental. Su progresiva expansión en distintas comunidades autónomas, en diferentes fases de desarrollo e implantación, confirma la transición hacia modelos más flexibles e integrados en el medio natural del menor.

MODELO ASISTENCIAL Y FUNDAMENTOS

La Hospitalización a Domicilio se configura como una alternativa a la hospitalización convencional, ofreciendo tratamiento intensivo en el entorno del paciente, con disponibilidad asistencial continuada. Este modelo amplía el concepto de equipo terapéutico, integrando no solo a los profesionales sanitarios, sino también a la familia y a la comunidad del menor. Se fundamenta en un enfoque de recuperación que reconoce a pacientes y familias como agentes activos, promoviendo intervenciones en el entorno comunitario, con mínima restricción y interrupción.

Las intervenciones realizadas trascienden la asistencia clínica de los niños y sus familias y se proyectan en la comunidad; el énfasis en la integración comunitaria implica un enfoque más amplio que los resultados del tratamiento, incluyendo la integración académica y sus redes sociales, con el fin de modificar los factores que perpetúan y predisponen su sintomatología y mejorar su calidad de vida, contribuyendo también a reducir el estigma.

Las unidades de hospitalización a domicilio buscan mantener la eficacia clínica de la hospitalización convencional, reduciendo ingresos y costes. Además, como modalidad innovadora, pueden contribuir a una mayor estabilidad terapéutica a largo plazo y facilitar la transición a los servicios comunitarios de salud mental.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

La hospitalización por TCA implica estancias hospitalarias prolongadas y alto consumo de recursos, pudiendo generar un impacto emocional significativo y una elevada carga familiar, además de un alto riesgo de reingreso en el primer año tras el ingreso hospitalario (5). La evidencia científica en hospitalización domiciliaria en TCA en niños y adolescentes es escasa pero los modelos descritos sugieren beneficios clínicos, menor uso de camas hospitalarias y mejor adherencia al tratamiento, con resultados prometedores en la consolidación de la recuperación a largo plazo (6,7).

En el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, hemos implementado un protocolo de hospitalización a domicilio para TCA (8) que ha demostrado ser viable (accesible, con fácil reclutamiento, con escasos abandonos de tratamiento y evitando muchos días de ingreso en hospital) y también buena aceptabilidad por parte de los padres y familiares al cuidado, con una alta satisfacción global (4.9/5). Los datos apoyan la hospitalización a domicilio para la población infanto-juvenil en TCA como un alternativa viable y segura y la expansión de unidades de hospitalización psiquiátrica a domicilio en población infanto-juvenil debe de centrar su atención en este grupo de pacientes, por su prevalencia, sus largas estancias hospitalarias y por el valor añadido de la hospitalización a domicilio: el trabajo activo con la familia.

RETOS EN LA CONSOLIDACIÓN DEL MODELO

Aunque las unidades de hospitalización a domicilio en salud mental infanto-juvenil han aumentado, su disponibilidad sigue siendo limitada y heterogénea, comprometiendo la equidad en el acceso. La insuficiente dotación de recursos restringe la cobertura y genera desigualdades en la indicación clínica, por lo que es prioritario impulsar la creación y consolidación de nuevas unidades que garanticen el acceso universal a este tratamiento.

Las unidades actualmente operativas presentan una cartera de servicios heterogénea, con variabilidad en la definición del modelo asistencial, la composición de los equipos multidisciplinares y los criterios de inclusión y exclusión de pacientes. Asimismo, en la actualidad no existe una estandarización de los indicadores de calidad ni de los parámetros asistenciales específicos para esta modalidad terapéutica. Ante esta situación, se ha constituido recientemente un grupo de trabajo integrado por diversas unidades de hospitalización a domicilio infanto-juvenil, con el objetivo de desarrollar una estrategia conjunta de “*benchmarking*”, compartir protocolos clínicos y avanzar hacia la definición consensuada de modelos de atención domiciliaria.

La consolidación y expansión de la hospitalización a domicilio en salud mental infanto-juvenil exige el fortalecimiento estructural de las unidades existentes, mediante el desarrollo de programas estandarizados y específicos por diagnóstico. Resulta prioritario ampliar la cartera de servicios más allá de los episodios agudos, incorporando itinerarios terapéuticos diferenciados según perfil clínico y nivel de gravedad. Asimismo, la integración sistemática de herramientas digitales puede optimizar la continuidad asistencial, la adherencia y la supervisión terapéutica. Finalmente, es imprescindible consolidar mecanismos de coordinación con el ámbito educativo, los servicios sociales y los recursos comunitarios, garantizando un modelo de atención integral, centrado en el entorno natural del menor.

Por último, aunque los datos preliminares sugieren que la hospitalización a domicilio en psiquiatría infanto-juvenil es una alternativa viable al ingreso convencional, la evidencia disponible sigue siendo limitada y heterogénea. Se requieren estudios rigurosos que evalúen su efectividad, seguridad y sostenibilidad, y que permitan delimitar con precisión sus componentes esenciales y sus indicaciones clínicas.

REFERENCIAS

1. Soriano V, Ramos JM, López-Ibor MI, Chiclana-Actis C, Faraco M, González-Cabrera J, et al. Hospital admissions in adolescents with mental disorders in Spain over the last two decades:

- 4 A mental health crisis? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;34: 1125-34. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02543-2>
2. Parlamento Europeo. Carta Europea de los Niños Hospitalizados (Resolución A2-25/86, de 13 de mayo de 1986). Estrasburgo: Parlamento Europeo; 1986.
 3. Graf D, Sigrist C, Boege I, Cavelti M, Koenig J, Kaess M. Effectiveness of home treatment in children and adolescents with psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2024;22(1):241. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03448-2>
 4. Slagle B, Sanders SC, Nguyen CN, Yarbrough L, Fisher C, Mikkilineni S, Filipek J, Cantu RM. Eating disorder length of stay and readmission rate differences depending on payor source. *Hosp Pediatr*. 2025;15(11): 960-67. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2025-008388>
 5. Zeiler M, Philipp J, Truttmann S, Wittek T, Franta C, Imgart H. A German version of the Caregiver Skills Scale for caregivers of patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(2): 257-68. <https://doi.org/10.1002/erv.2817>
 6. Pauli D, Dempfle A, Koenig J, von Gontard A, Herpertz-Dahlmann B. Home treatment added to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study. *Eur Eat Disord Rev*. 2022;30(2): 224-35. <https://doi.org/10.1002/erv.2887>
 7. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Konrad K, Klasen F, Ravens-Sieberer U, Koenig J. Home treatment in anorexia nervosa: A pilot study of a new treatment setting. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(1): 7-20. <https://doi.org/10.1002/erv.2803>
 8. Morón-Nozaleda MG, Yáñez S, Camarneiro RA, Gutiérrez-Priego S, Muñoz-Domenjó A, García-López C, et al. Feasibility and acceptability of a hospital-at-home program for adolescents with eating disorders: Making progress in community/family-based treatments. *Int J Eat Disord*. 2023;56(6): 1134-43. <https://doi.org/10.1002/eat.23907>