

## ORIGINAL

# Hospitalización en Salud Mental infantil y adolescente en Baleares: características clínicas

*Hospitalization in Child and Adolescent Mental Health in the Balearic Islands: clinical characteristics*

**Teresa Jimeno-Beltrán<sup>1</sup>, Esther Garreta-Canillas<sup>2</sup>, Pilar González Gil<sup>3</sup>**

1. *Psiquiatra adjunta. Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca* 2. *Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca* 3. *Psiquiatra adjunta. Hospital Universitario Son Llàtzer*

**Corresponding author**

Esther Garreta Canillas

E-mail: esther.garreta@ibsalut.es

**Received:** 4 - I - 2024**Accepted:** 31 - I - 2024**doi:** 10.3306/AJHS.2024.39.02.109**Resumen**

Entre los principales motivos de ingreso en población infanto-juvenil estaría la protección ante un riesgo de la integridad física, valorar de manera intensiva la patología y necesidad de descartar cuadro orgánico. El objetivo de este estudio es conocer el perfil clínico de los menores que ingresan en nuestra unidad de hospitalización.

Se realiza estudio de 225 pacientes, ingresados durante los años 2017-2018 a través de la revisión sistematizada de informes de alta.

El perfil obtenido es el de una mujer entre 15-17 años de edad, con diagnóstico de trastorno relacionado con trauma y factores de estrés o por trastorno destructivo del control de los impulsos y de la conducta. Casi un 70% de los ingresos son motivados por ideas y/o conductas autolíticas y alteraciones conductuales, de este subgrupo solo 12,1% padecía un trastorno mental grave. De los resultados obtenemos como principales factores precipitantes de ingresos: baja tolerancia a la frustración, falta de estrategias de afrontamiento, desregulación emocional, fracaso de los modelos educativos, y desbordamiento de la capacidad de contención del entorno (sociofamiliar y educativo). Por lo que planteamos si dichos factores se están abordando desde los recursos adecuados o es necesario una mayor optimización de los recursos existentes o la promoción de otros alternativos con la implantación de programas específicos e intensivos a nivel comunitario y otros a nivel secundario como prevención del suicidio, que permitan dar una respuesta íntegra y evitar el ingreso por el estigma o consecuencias.

**Palabras clave:** Hospitalización, salud mental infanto-juvenil.

**Abstract**

Among the main reasons for admission to the child and adolescent population would be protection against a risk to physical integrity, intensive assessment of the pathology and the need to rule out an organic condition. The objective of this study is to know the clinical profile of minors admitted to our hospitalization unit.

A study was carried out on 225 patients, admitted during the years 2017-2018 through the systematized review of discharge reports. The profile obtained is that of a woman between 15-17 years of age, with a diagnosis of a disorder related to trauma and stress factors or a destructive disorder of impulse control and behavior. Almost 70% of admissions are motivated by self-harming ideas and/or behaviors and behavioral alterations; of this subgroup, only 12,1% suffered from a serious mental disorder. From the results we obtain the main factors precipitating income: low tolerance for frustration, lack of coping strategies, emotional dysregulation, failure of educational models, and overflow of the containment capacity of the environment (socio-familial and educational). Therefore, we propose whether these factors are being addressed with adequate resources or whether greater optimization of existing resources or the promotion of other alternatives is necessary with the implementation of specific and intensive programs at the community level and others at the secondary level such as suicide prevention, which allow for a comprehensive response and avoid admission due to stigma or consequences.

**Key words:** Hospitalization, child and adolescent mental health.

**Cite as:** Jimeno-Beltrán T, Garreta-Canillas E, González Gil P. Hospitalización en Salud Mental infantil y adolescente en Baleares: características clínicas. *Academic Journal of Health Sciences* 2024; 39 (3):109-113 doi: 10.3306/AJHS.2024.39.03.109

## Introducción

Alrededor del 10-20% de los niños y adolescentes padece, según datos de la OMS, algún trastorno mental<sup>1,2</sup>.

En un medio similar al nuestro, como es Reino Unido, según el informe emitido por el National Health Service (NHS) sobre la población de entre 5 a 19 años en el año 2017, uno de cada ocho (12,8%) individuos evaluados presentaba criterios para al menos un trastorno mental, y un 5% presentaba criterios diagnósticos para dos trastornos o más. Las tasas de trastorno mental aumentaban progresivamente con la edad, siendo el grupo de mujeres de entre 17-19 años el más vulnerable<sup>3</sup>.

En la práctica asistencial, ante la detección o sospecha de un trastorno mental, son varios los factores clínicos, pero también del entorno, que pueden llevar a recurrir a un ingreso hospitalario. Las guías clínicas recomiendan minimizar el uso de las hospitalizaciones en esta población, unidades específicas cuando sea posible, y reservar este recurso para situaciones que se valoren individualmente<sup>4,5</sup>. La Convención sobre los derechos del Niño de 1989, proclamada por la Asamblea General de la ONU, cuyo cumplimiento está garantizado por la Constitución Española de 1978 (en sus artículos 39 y 49), recoge este derecho a una protección y atención adecuadas (incluyendo los medios) a la salud física, psíquica y social de los menores. La valoración de la pertinencia del ingreso de los menores por motivos psiquiátricos queda también regulada según la ley (LEC 1/2000 del 7 de enero), que en España establece el requerimiento de autorización judicial<sup>6</sup>.

Entre las principales situaciones recomendables la hospitalización, están las en las que hay riesgo para la seguridad (del paciente o terceros), sobre todo para la integridad física, ante un sistema de soporte que no puede realizar la contención o el manejo apropiados. La seguridad del paciente y/o su entorno pueden verse especialmente comprometidas ante cuadros de agitación, en presencia de agresividad o ideación suicida, trastornos de la conducta alimentaria con compromiso físico grave, o en aquellos casos en los que el menor es víctima de su entorno (malos tratos, abusos, negligencias, Münchaussen por poderes...). Pero la presencia de alguno de estos elementos no debe motivar una hospitalización, si el ambiente en que se produjo puede modificarse adecuadamente para la contención<sup>4,5</sup>.

La posibilidad de acometer un ingreso hospitalario se puede plantear cuando se requiere observar de manera intensiva la patología para su diagnóstico y abordaje, y en los casos en que haya que descartar organicidad del cuadro clínico<sup>4,5</sup>.

Por otro lado, un ingreso de un menor en una unidad de hospitalización psiquiátrica puede tener distintos efectos negativos como un mayor estigma, posible

efecto contagio, ganancias secundarias que refuercen la problemática del menor, por ello se deben realizar una evaluación clínica pormenorizada, con un balance adecuado riesgo/beneficio que justifique la decisión del ingreso en unidad de hospitalización.

En nuestra práctica clínica habitual en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría infanto-juvenil, hemos observado en últimos 5 años un aumento progresivo de la demanda de este recurso. La apreciación en los últimos tiempos es que el requerimiento de este recurso se ha incrementado en parte ante las limitaciones de la contención estructural/ambiental de alteraciones conductuales y emocionales, ante cuyo manejo la red actual de dispositivos, tanto de salud mental como socio-comunitarios, se ve desbordada.

Como unidad de hospitalización de salud mental infanto-juvenil de referencia para la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, nos interesa conocer cuál es el perfil de los menores ingresados, con el objetivo de que ello permita diseñar estrategias de intervención intensivas a nivel comunitario que disminuyan el número de ingresos, reingresos y/o la estancia media, minimizando el impacto que puede tener un ingreso psiquiátrico en esta población más vulnerable.

## Métodología

### Participantes

La muestra para el estudio estuvo constituida por un total de 225 pacientes, ingresados por uno o varios periodos de tiempo en la Unidad de Hospitalización del Instituto Balear de Salud Mental Infantil y Adolescente (IBSMIA) durante los años 2017 y 2018.

Dicho dispositivo constituye la única Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-juvenil disponible en el momento actual en las Islas Baleares, y da cobertura a todos los menores de la Comunidad Autónoma (según el INE, la población de Baleares en 2018 de 0-19 años era de 228.082 habitantes, no disponiéndose de datos para la franja específica de 0-18 años).

Todos los sujetos estudiados eran menores de edad cuando ingresaron en la Unidad.

### Materiales

A partir de los informes de alta de hospitalización de los sujetos, se constituyó un registro de variables para el estudio de las características sociodemográficas (edad, sexo, absentismo escolar) y clínicas (motivo de ingreso; consumo de tóxicos, consumo de cannabis; seguimiento previo por IBSMIA; antecedentes familiares en Salud Mental; diagnóstico principal al alta; presencia de ideación, conducta y/o comunicación suicida), así como las herramientas terapéuticas (tratamiento psicofarmacológico al alta, reingresos) y otros recursos

empleados (implicación de Servicios Sociales, notificación al Servicio de Protección del Menor, notificación a la Fiscalía de Menores). Los informes aludidos contienen, de manera sistemática, las variables objeto de estudio.

Para los pacientes que habían requerido más de un ingreso hospitalario en el periodo, se tomaron los datos de alta tras su primera hospitalización (empleándose los informes posteriores, solo, para la descripción de las variables asociadas al reingreso –número de reingresos e intervalo de tiempo transcurrido hasta el siguiente– y la estancia media total).

Los diagnósticos fueron realizados según criterios del Manual DSM-5, y agrupados según las categorías diagnósticas recogidas en dicho manual.

### Procedimiento

Este estudio se realizó mediante revisión sistematizada de los informes de alta por facultativos de la Unidad de Hospitalización (psiquiatra y psicólogo clínico), confeccionándose una base de datos anónima, en la que se recogieron las variables mencionadas.

A partir de la información obtenida por este procedimiento, se elaboró un estudio descriptivo centrado en las variables de sexo, edad y absentismo escolar y los aspectos clínicos de la población descrita, y los recursos terapéuticos y sociales empleados.

### Análisis de los datos

Los estadísticos descriptivos de este estudio fueron calculados mediante el uso de Excel

## Resultados

Los 225 sujetos de la muestra generaron en total 328 hospitalizaciones durante el periodo de estudio. El 75% (168) de los pacientes requirieron un único ingreso en el periodo; sin embargo, el 25% (57) tuvieron más de un ingreso en la unidad y dieron lugar, en total, a casi el mismo número de ingresos (160).

La población estudiada tenía una edad superior a los 12 años, el 96% (216), solo el 4% (9) eran menores de esa edad. El grupo de edad con mayor número de ingresos correspondió al constituido por los pacientes entre 15-17 años, el 67,6% (152). (**Figura 1**). En cuanto al sexo, la razón mujeres: hombres fue de 2,31:1.

La estancia media de los ingresos fue de 11,05 días. Los motivos de ingreso más habituales fueron la ideación o comportamientos suicidas el 49,8% (112), seguidos por las alteraciones conductuales en segundo lugar el 19,5% (44) y las restricciones alimentarias/descompensaciones bulímicas en tercer lugar, el 16% (36).

De los sujetos ingresados, casi la mitad un 49,3%

(111) refirió ideación suicida, con comunicación de esta por parte de un 36% (81). Un 42,7% (97) realizaron conductas autolíticas, de ellos sin finalidad suicida en un 25,8% (58), con finalidad suicida en un 8% (18) y no determinada en un 8,9% (20). (**Figura 2**).

Al alta, los diagnósticos principales registrados más frecuentemente fueron: los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés un 17,3% (39), seguidos por los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta 16,4% (37), los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos un 16% (37), los trastornos de la personalidad/rasgos de personalidad disfuncional el 13,8% (31) y los trastornos del neurodesarrollo 12% (27). Con menor frecuencia se detectaron otras patologías como los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 8% (18), los trastornos depresivos 5,3% (12), los trastornos de ansiedad 1,8% (4), los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos 1,8% (4), el trastorno bipolar y trastornos relacionados 1,3% (3), el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados 0,4% (1), los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados 0,4% (1), y otros pacientes sin cumplir criterios diagnósticos de trastorno mental 5,3% (12). Un 41,3% de los pacientes presentaba algún diagnóstico comórbido, además del diagnóstico principal. (**Figura 3**).

Más de la mitad de los pacientes fueron dados de alta con tratamiento psicofarmacológico, con al menos un fármaco 34,7% (78) o más 24,4% (55). En torno a una cuarta parte de los pacientes, el 25% (57) requirió al menos un reingreso en el periodo de estudio (2017-2018). El 61,4% (35) de esos 57 pacientes requirieron sólo un reingreso en la unidad; el 16% (9) necesitaron 3 ingresos durante un año, el 10,5% (6) precisaron 4 ingresos, el 5% (3) requirieron 5, y el 7% (4) precisaron más de 5 ingresos durante ese periodo.

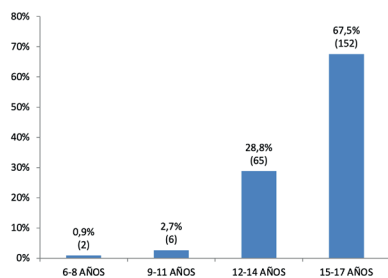
Aproximadamente la cuarta parte de la muestra estudiada consumía algún tóxico de forma habitual 24,9% (56) siendo, en particular, el consumo de cannabis casi igual de prevalente 21,8% (49). La presencia de antecedentes familiares psiquiátricos se detectó en un 60% (135) de los pacientes.

La mayoría de los pacientes estudiados 65,8 % (148) habían realizado seguimiento ambulatorio en el IBSMIA.

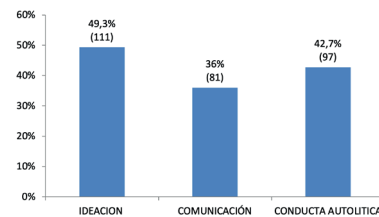
Se registró el absentismo escolar en un 16% (36) de los pacientes, mientras que un 76,4% (172) mantuvieron la actividad académica. No se dispone de información recogida sobre el restante 7,6% (17).

En cuanto a la implicación de los servicios sociales, esta se dio en un 26,7% (60) de los pacientes. En varios de los casos, se procedió a la notificación a otras entidades como el Servicio de Protección del Menor el 30,2% (68) o la Fiscalía de Menores un 22,2% (50).

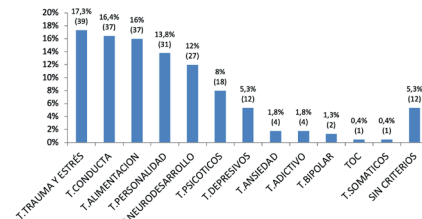
**Figura 1:** Distribución de la muestra de pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil IBSMIA, entre 2017-2018, según grupos de edad.



**Figura 2:** Presencia de ideación, comunicación y conductas autolíticas, entre los pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil IBSMIA, en 2017-2018.



**Figura 3:** Diagnósticos según DSM V entre los pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil IBSMIA, en 2017-2018.



De los resultados mostrados previamente, se ha extraído que un 69,3% (156) de los ingresos de los dos años de estudio son motivados por ideas y/o conductas autolíticas y alteraciones conductuales. Del análisis de este grupo mayoritario de pacientes (en función de sus diagnósticos al alta), se concluyó que sólo un 12,2% (19) de los 156 pacientes de ellos padecía un trastorno mental grave (trastorno psicótico, trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor). Un 70,51% (110) recibieron alguno de los siguientes diagnósticos al alta: trastornos de la conducta, trastornos relacionados con el estrés, trastornos de personalidad, trastorno relacionado con el consumo de sustancias o sin criterios diagnósticos para trastorno mental. En este otro grupo de pacientes, destaca la presencia en un 61,8% (68) de antecedentes familiares psiquiátricos.

Por lo que el perfil que obtenemos en nuestra unidad es el de una mujer con edad comprendida entre los 15-17 años, que ingresa principalmente por ideación o comportamiento suicida, con diagnóstico al alta de trastorno relacionado con trauma y factores de estrés o por trastorno destructivo del control de los impulsos y de la conducta. La mayoría tiene antecedentes familiares de salud mental y han tenido algún tipo de contacto previo con la red de salud mental infanto-juvenil con anterioridad.

## Discusión

En conclusión, la mayor parte de los pacientes requirieron al menos un ingreso hospitalario a consecuencia del riesgo suicida o por alteraciones de conducta, sin padecer, en la mayor parte de los casos, un trastorno mental grave. Esta tendencia es concordante con los resultados de otros estudios<sup>7,8</sup>. Los diagnósticos mayoritarios de estos pacientes nos orientan hacia otra serie de conflictos o dificultades como las principales generadoras de hospitalizaciones: las problemáticas intrafamiliares y sociales, la baja tolerancia a la frustración, la desregulación emocional, la falta de estrategias de afrontamiento y los comportamientos disruptivos (especialmente en la etapa adolescente), el fracaso

de los modelos educativos, el desbordamiento de la capacidad de contención del entorno (sociofamiliar y educativo), etc.

Estos resultados invitan también a la reflexión acerca de la utilización de los recursos de Salud Mental, y en particular a la de las hospitalizaciones psiquiátricas, en los menores. Al recomendar el uso limitado de los ingresos en esta población, destaca el uso requerido de estos dispositivos para abordar problemas conductuales y emocionales en ausencia de trastorno mental grave, transfiriendo la incapacidad del entorno para realizar una contención adecuada.

La cuestión sobre la adecuación de los recursos podría concretarse aún más. Se plantea si algunos problemas, como las alteraciones de conducta o los trastornos relacionados con estrés, que germinan o se perpetúan y repercuten en el entorno del paciente, se abordan con los medios adecuados: si existen y se emplean recursos eficaces en el ámbito comunitario, si la hospitalización es el recurso adecuado para generar los cambios necesarios, o si este recurso puede tener efectos negativos sobre la evolución de la situación atendida, son cuestiones que surgen de la observación realizada. El número de ingresos requeridos por algunos pacientes en ausencia de trastorno mental grave, podría ser un signo de la insuficiencia o inadecuación de los recursos o dispositivos sanitarios, sociales y educativos, implicados en la actuación sobre este perfil de menores. Como se mencionaba, el ingreso puede tener efectos negativos, que han de ser tomados en cuenta y confrontados a los beneficios verdaderamente esperables. En este sentido, la hospitalización puede constituir una experiencia ansiógena o traumática en algunas ocasiones<sup>4,5,9</sup>. En otros casos, puede resultar contraproducente debido al efecto contagio<sup>10</sup>, aunque los estudios disponibles al respecto son escasos y no permiten establecer una conclusión clara acerca de la magnitud de este efecto<sup>11,12</sup>. También se ha apreciado, en algunos pacientes con múltiples hospitalizaciones, la aparición de ganancia secundaria que perpetúa la problemática y la dependencia del recurso<sup>10</sup>.

En otra línea, se propone una mayor optimización de los recursos existentes o la promoción de otros alternativos que pudieran favorecer una atención más concreta y holística. Dentro de la red de salud mental, una de estas estrategias podría ser la potenciación de los hospitales de día para aquellos pacientes con necesidades clínicas y terapéuticas complejas. Otra medida podría ser la implantación de programas específicos e intensivos de prevención secundaria, como los dirigidos a la prevención del suicidio, que permitan dar una cobertura íntegra y proporcional a problemas determinados.

No obstante, la multitud de factores que influyen sobre las principales demandas de atención (problemáticas intrafamiliares, fallos de los modelos educativos, abusos sexuales, maltrato en sus diferentes formas y entornos, consumo de tóxicos, ...), sugieren también la necesidad de una amplia intervención comunitaria. En este sentido, se trataría de auspiciar estrategias de prevención primaria y secundaria a través de la implicación de las familias, los centros de enseñanza, Servicios Sociales, y otras instituciones de carácter público. En esta línea, existen múltiples programas de intervención a todos los niveles que han demostrado resultados positivos (académicos, intervenciones familiares en domicilio, programas intensivos para mejorar el comportamiento y la relación de los menores con sus padres o cuidadores, programas de prevención de maltrato...) <sup>10</sup>, y que podrían mejorar el manejo de algunas problemáticas que implican en su génesis a otros sistemas y que, en el momento actual, se están abordando mayoritariamente desde la red de salud mental.

Con respecto a las limitaciones de este estudio, cabe señalar que, aunque se revisó el cumplimiento de los

criterios diagnósticos según el manual DSM-5 para cada caso, no se emplearon escalas específicas para medir síntomas. Además, existe un posible sesgo asociado a la percepción de los examinadores. Por otro lado, al ser un estudio descriptivo, las variables analizadas pueden tener un impacto sobre los resultados obtenidos, que no se contrasta con un test de hipótesis. Queda por tanto la posibilidad de plantear un futuro estudio con carácter analítico.

## Conclusiones

La mayoría de los ingresos acometidos en los últimos dos años en la Unidad de Hospitalización infanto-juvenil en la que se ha realizado el estudio, no están motivados por la presencia de patología mental grave (i.e., trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor...). Tras la demanda aparentemente subyace, con mayor frecuencia, la insuficiencia de la contención estructural y/o ambiental de alteraciones conductuales y emocionales.

A tenor de los resultados, desde nuestro punto de vista, sería aconsejable la optimización de los recursos disponibles, en la medida en que estos sean suficientes y den cobertura a la demanda concreta en el medio adecuado, implicando no sólo a los servicios sanitarios sino también a familiares, Servicios Sociales, centros académicos y otras instituciones públicas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Child and adolescent mental health [Internet]. World Health Organization. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/child\\_adolescent/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/) 17 November 2021.
2. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions. [Internet]. Who.int. 2003. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf)
3. Mental Health of Children and Young People in England, 2017 [PAS] - NHS Digital [Internet]. NHS Digital. 2018. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2017/2017>. 22 November 2018
3. Burton N. Psychiatry. 2<sup>nd</sup> ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2010.
4. Manual de Urgencias en Psiquiatría. WAA Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas (SEDUP).
5. Chinchilla A, Correas J, Quintero F, Vega M. Manual de Urgencias psiquiátricas. 2<sup>nd</sup> ed. Barcelona; Elsevier Masson; 2009.
6. 11. Fundación Alicia Koplowitz. Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente. [Madrid]: Fundación Alicia Koplowitz; 2014.
7. Apter A, Bleich A, Plutchik R, Mendelsohn S, Tyano S. Suicidal Behavior, Depression, and Conduct Disorder in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988;27(6):696-9.
8. Brent D, Kalas R, Edelbrock C, Costello A, Dulcan M, Conover N. Psychopathology and Its Relationship to Suicidal Ideation in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1986; 25(5):666-73.
9. Rokach A. Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*. 2016; 2(4).
10. Annual Report of the Chief Medical Officer 2012, Our Children Deserve Better: Prevention payschapter 10. Mental health problems in children and young people. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/252660/33571\\_2901304\\_CMO\\_Chapter\\_10.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252660/33571_2901304_CMO_Chapter_10.pdf) 2012
11. King CA, Franzese R, Gargan S, McGovern L, Ghaziuddin N, Naylor MW. Suicide contagion among adolescents during acute psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*. 1995;46(9):915-8.
12. Cawthorpe D, Somers D, Wilkes T, Phil M. Behavioral contagion reconsidered: self-harm among adolescent psychiatric inpatients: a five-year study. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 2003;12(4):103-6.