

# HOSPITALIZACIÓN ESPECÍFICA EN LOS TEA: PERFIL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TEA EN UNA UNIDAD SUPRASECTORIAL TERAPÉUTICA HOSPITALARIA DE ALTA ESPECIALIZACIÓN

**Autores:** Bodas S; Rueda I; Salgado M; Cancino M; Carulla M; Cercos A; Parera M; Lloveras M; Rodó M; Marin E; Hervás A.  
Psiquiatría Infantil y juvenil; Hospital Universitari Mutua de Terrassa

## Introducción

Los TEA, son trastornos del neurodesarrollo con una gran diversidad fenotípica, cuya gravedad y pronóstico depende tanto de las características clínicas de la persona como de las ayudas y soportes ambientales que recibe. Uno de los factores que puede generar más limitación funcional es la comorbilidad, que está presente en más de un 70% de personas con TEA a lo largo de su vida, pudiendo presentar tanto trastornos médicos como psiquiátricos asociados. En muchos de los casos existen comorbilidades múltiples que añaden complejidad al proceso diagnóstico y al tratamiento, causando problemas graves de conducta, empeorando la adaptación y el pronóstico, además de ser la principal responsable de la hospitalización de estos pacientes y de la necesidad de recibir tratamiento farmacológico. Ya sea por presencia de comorbilidad o por agudización de sus síntomas nucleares, es frecuente la demanda de ingreso en pacientes con TEA en los que la sintomatología provoca interferencia funcional a nivel familiar, social y escolar, teniendo que hospitalizarse habitualmente en Unidades de psiquiatría general que no disponen de un acondicionamiento adecuado para ellos ni de equipos específicos que puedan ofrecerles una intervención especializada.

## Método

El Hospital Universitario Mutua de Terrassa tiene en funcionamiento una Unidad terapéutica de hospitalización completa (UHTEA), suprasectorial, creada con el objetivo de proporcionar una intervención especializada a aquellos niños y adolescentes con diagnóstico de TEA que no hayan respondido a tratamientos o ingresos hospitalarios previos. Se ofrece el ingreso del niño/adolescente con TEA y de sus padres, con el objetivo de llevar a cabo una intervención terapéutica individual y familiar. Después de completar la valoración inicial y del análisis funcional de las conductas problema, se elabora un plan terapéutico individualizado y, cuidando especialmente la creación de un entorno terapéutico continuado para el niño/adolescente, se implementan programas de intervención específicos con un equipo multidisciplinar, trabajando a su vez con los agentes implicados en los distintos entornos del paciente (familia, escuela, actividades de ocio...), para generalizar los cambios al entorno natural y facilitar el retorno al domicilio.

## Resultados

De Diciembre 2017 al 30 Septiembre 2019, en la UHTEA se han atendido 24 ingresos con una edad media de 12,8 (6 – 17) años. El 66,7% de género masculino y el 33,3 % femenino (1 con disforia de género). Procedentes de diversas áreas de Cataluña (un caso de otra comunidad autónoma). Los motivos de ingreso hospitalario eran principalmente por dificultades en el manejo de la conducta por agresividad y desbordamiento familiar-distocia familiar. Otros motivos de consulta fueron ansiedad, depresión, aislamiento severo con fobia social, autolesiones, rituales motores, problemas alimentación, conductas sexuales inapropiadas, uso inadecuado de nuevas tecnologías, pensamientos intrusivos y alteraciones sensorio-perceptivas. La estancia media ha sido 76,9 (16-164) días. Todos los pacientes presentaban comorbilidad psiquiátrica asociada (47,83% con 3 o más comorbilidades) [Fig.1]. Todos los pacientes presentaban conductas agresivas, destacando un 79,1% con episodios de agresividad física hacia las personas [Fig.2] y un 16,7% con conductas autolesivas [Fig.3]. El 54,2% tenían discapacidad intelectual asociada. Un 62,5% habían estado ingresados previamente en unidades hospitalarias de salud mental, destacando un 20,8% con antecedentes de 5 o más ingresos [Fig.4]. A nivel socio-familiar, el 50% presentaban problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, con un 29,8% en que había intervención de equipos de atención a la infancia (EAIA). 3 casos tenían residencias definitivas solicitada por imposibilidad de contención en domicilio. A nivel educativo, sólo un 8,3% no estaban vinculados a ningún centro escolar y el resto estaban matriculados en centros educativos con diferentes grados de soporte y adaptación [Fig.5], presentando importantes tasas de absentismo antes de ingreso, que mejoraron después del alta [fig. 6 y 7]. De forma retrospectiva, tras recibir el alta, se ha valorado la respuesta a la intervención mediante un cuestionario de calidad de vida contestado por las familias, con indicadores cualitativos preliminares que apuntan a una mejora de la sintomatología clínica y adaptación funcional.

## Conclusiones

Este modelo ha mostrado indicadores cualitativos de efectividad en la mejora del diagnóstico y sus comorbilidades, ajuste farmacológico, estabilización de la sintomatología clínica y mantenimiento de los cambios obtenidos. Así mismo, la mejora en la comprensión del diagnóstico y las habilidades adquiridas en el manejo conductual por parte de los cuidadores principales, han mostrado una repercusión positiva en la adaptación funcional así como en la satisfacción y carga emocional de las familias. No obstante, es necesario continuar definiendo programas de intervención específicos (orientados a cambiar conductas o controlar síntomas concretos) que puedan ser evaluados empíricamente y permitan obtener datos más precisos sobre su eficacia a corto y largo plazo.

