

# PLAN DE SALUD MENTAL INFANTO- JUVENIL

*“Los niños son nuestro futuro. Por medio de una buena política y planificación, los gobiernos pueden promover la salud mental de los niños, para el beneficio del niño, la familia, la comunidad y la sociedad en general”*

(OMS, 2005)

*“La salud mental está muy determinada por los primeros años de la vida, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro”*

(Libro Verde para la Salud Mental en Europa, 2005)

# INDICE

	Página
1.- Introducción	3
1.1. Breve reseña histórica	3
1.2. Situación actual	4
2.- Características del servicio	7
3.- Misión	7
4.- Visión	8
5.- Valores y líneas estratégicas	8
6.- Modelo de gestión	12
7.- Descripción del equipo	13
8.- Organigrama del equipo	13
9.- Delimitación del nivel de actividad	14
10.- Descripción de la cartera de servicios	15
11.- Descripción de servicios	16
12.- Implantación	22
<b>ANEXOS:</b>	
ANEXO 1. RECURSOS HUMANOS	23
ANEXO 2. PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	27
ANEXO 3. COORDINACIÓN	30
BIBLIOGRAFÍA	57

## **1.- INTRODUCCIÓN**

### **1.1.- BREVE RESEÑA HISTÓRICA**

Desde el principio de la elaboración e implantación del Plan de Salud Mental en 1.986 ha habido iniciativas más o menos formales sobre organización y planificación así como implementación de recursos en el área de la salud mental Infanto Juvenil.

La atención en Salud Mental Infanto-Juvenil es un área de especial interés, tanto por la importancia que tiene en si misma como por el impacto del sufrimiento emocional de niños y jóvenes en su familia, y porque la detección y el inicio precoz del tratamiento en edades tempranas es de gran interés para la prevención de trastornos en el adulto y la promoción de la Salud Mental en la sociedad.

Una de las constantes desde el principio ha sido la tensión entre lo generalista y la especialización, entre la sectorización con su accesibilidad y lo suprasectorial y monográfico. De alguna manera este nuevo proyecto retoma estas tensiones para intentar llevarlas a buen puerto. En un breve repaso histórico habría que mencionar los siguientes hitos:

- Plan de Salud Mental de Navarra, aprobado por el Gobierno el 9 de Mayo de 1986.
- La apertura de la Unidad Infanto Juvenil se produce en Mayo de 1.993.
- Creación del Comité de Expertos en Salud Mental Infanto Juvenil. Elaboración de un documento con sus propuestas. 1.996
- La Subdirección de Salud Mental -Dirección de Atención Primaria y Salud Mental- elaboró un Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil, aprobado por la Junta Técnico Asistencial de Salud Mental el 18 de Junio de 1997. Este Programa contemplaba la constitución de un grupo de trabajo mixto integrado por profesionales de Pediatría de Atención Primaria y de la Red de Salud Mental, para delimitar, basándose en el modelo propuesto por el Programa -de Wallace- los niveles de atención y los perfiles de usuarios de los servicios de Pediatría de Atención Primaria y de la Red de Salud Mental. Esta Guía se elabora y difunde en el año 2.000.
- En 1998 se crea el Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ) mediante el Decreto Foral (247/1998). El HDIJ fue concebido como un recurso terciario dentro de la red de salud mental y con carácter jerárquico de apoyo a los CSM. Entre sus funciones principales estaba la de tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial del segmento de población infantil con patologías más graves.

- Comisión Asesora Técnica de Salud Mental Infanto-Juvenil, constituida por representantes del Departamento de Salud, de Bienestar Social y de Educación, que comenzó sus trabajos en Junio de 1999
- Creación del Comité de Mejora de la Coordinación en Salud Mental Infanto Juvenil, en 2.002, y que continúa en la actualidad.

## 1.2. SITUACIÓN ACTUAL

En Navarra existe una Red de Salud Mental integrada en el Servicio Navarro de Salud. Esta red está estructurada en niveles. El primer nivel lo constituyen los Centros de Salud Mental que atienden todas las franjas de edad y todas las patologías (incluidas infanto-juvenil y drogodependencias).

El acceso a los Centros de Salud Mental se produce a través de los Equipos de Atención Primaria. El resto de la Red de Salud Mental puede entenderse como Red de apoyo a los Centros de Salud Mental en determinados tramos de edad, patología y/o momento del proceso de la enfermedad (Hospital de Día Infanto-Juvenil, Clínica de Rehabilitación, Centros de día y Comunidades Terapéuticas en drogodependencias, Hospitales de día, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica...).

Es decir, estos últimos centros tendrían carácter de especialización respecto a los Centros de Salud Mental y recibirían pacientes derivados por estos.

En cuanto a la salud mental infanto- juvenil, los servicios están estructurados en niveles en el que el más básico, Pediatría de Atención Primaria, es clave en la detección del trastorno y facilita atención sanitaria a los casos menos graves y más frecuentes.

El primer nivel de atención especializada en Salud Mental a la infancia y adolescencia se realiza en los propios Centros de Salud Mental en los que está definido un Programa Infanto-Juvenil, aunque poco estructurado. El responsable funcional, habitualmente un psicólogo clínico, dependiendo de los centros alterna su intervención en el programa infanto-juvenil con el resto de programas del centro, o se dedica exclusivamente al infanto-juvenil.

En 1998 se regula por primera vez la asistencia en salud mental infanto-juvenil mediante el Decreto Foral (247/1998) por el cual se crea el Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ) El HDIJ fue concebido como un recurso terciario dentro de la red de salud mental y con carácter jerárquico de apoyo a los CSM. Entre sus funciones principales estaba la de tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial del segmento de población infantil con patologías más graves.

Recientemente se ha abierto una Unidad de Hospitalización **Infanto- Juvenil**. Esta Unidad forma parte de la Sección de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino, teniendo un carácter suprasectorial, ya que es la única Unidad para

hospitalización infantil en Salud Mental de toda la Comunidad Foral. Es una Unidad cerrada, ubicada contiguamente a la Unidad de Psiquiatría de adultos, y dispone de 4 camas en dos habitaciones dobles.

Hasta ahora los ingresos de menores con enfermedades mentales se venían realizando, bien en la Planta de Pediatría cuando el tipo de patología mental lo permitía, o en casos muy graves en la propia Unidad de Psiquiatría.

En este sistema los niveles más básicos son también los más decisivos puesto que constituyen los cimientos del edificio. Para que el Hospital de Día Infanto-Juvenil pueda tratar intensivamente casos muy graves es necesario que los Centros de Salud Mental sean capaces de atender eficazmente un buen número de trastornos de salud mental infanto-juvenil. Por su parte, los Pediatras de Atención Primaria han de saber dar respuesta a los problemas de salud que, sin revestir gravedad, originan sufrimiento y obstáculos reales para el desarrollo del menor y la vida en familia.

El funcionamiento del conjunto del sistema viene regulado por la "Guía de actuación en atención Primaria y Red de Salud Mental. Salud Mental Infanto-Juvenil." publicada en el año 2000. Este documento establece el perfil de usuario (diagnóstico, comorbilidad, impacto socio-familiar...) susceptible de ser atendido en Pediatría de Atención Primaria, Centros de Salud Mental y Hospital de Día Infanto-Juvenil, haciendo hincapié en la distribución de tareas por niveles, canales de comunicación y coordinación, mecanismos de detección y apoyo y asesoría mutuos.

Desde un punto de vista de coordinación interdepartamental, existe una Comisión Asesora Técnica de Salud Mental Infanto-Juvenil con representantes de Sanidad (Salud Mental y Pediatría) Bienestar Social y Educación. Ha trabajado en aspectos de coordinación e información interdepartamental y ha elaborado propuestas de intervención, como el "*Protocolo de Intervención Interdepartamental en la detección de patología mental severa o grave riesgo psicosocial en la primera infancia*". Anteriormente elaboró una Guía de consenso para niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Siendo este el contexto general de la atención en Salud Mental a la población infanto-juvenil, se puede afirmar que la ausencia de desarrollo de programas de hospitalización parcial, junto con el hecho de que la especificidad del trabajo con esta población en los CSM y el HDIJ se ha diluido por diferentes motivos, han supuesto que el funcionamiento de este Hospital no haya sido muy diferente al de los CSM. Paralelamente, la asistencia en los distintos CSM ha recaído en términos generales en los profesionales de la psicología clínica, en detrimento del carácter multidisciplinar de la asistencia.

Esta situación ha conducido a una marcada fragmentación en los recursos y a una falta de especialización en la atención. Este hecho, junto con la ausencia de programas de tratamiento específicos de carácter protocolizado, estructurado y especializado, dirigidos a las patologías más relevantes tanto por su gravedad como por su prevalencia, justifica la reorganización de la asistencia a niños/as y

adolescentes que actualmente se lleva a cabo en el HDIJ y los distintos CSM en un único centro de carácter integral y específico. Ver Anexo 1.

Con ese objetivo, y mediante resolución del Director General de Salud (244/207 de 20 de Febrero) se estableció un Grupo Técnico de Trabajo de Salud Mental Infanto-Juvenil compuesto por los siguientes miembros:

- Iñaki Arrizabalaga Echegoena, Director del Centro de Salud Mental de Burlada
- José Domingo Cabrera Ortega, Subdirector de Salud Mental
- Adriana Goñi Sarriés, Directora del Centro de Salud Mental de Estella
- M<sup>a</sup> Angeles Goñi Herranz, Subdirectora de Asistencia Especializada
- Víctor Peralta Martín, Jefe de la Sección de Psiquiatría del HVC
- Javier Royo Moya, Director del Hospital de Día Infanto-Juvenil

## **2.- CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO**

Es un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) que prestará asistencia especializada en materia de salud mental a niños/as y a adolescentes de toda Navarra, sito en Pamplona. El modelo actual, por la dispersión de la atención que dispensa, genera una importante dificultad en la especialización, a la cual este proyecto da prioridad. No obstante, y en las localidades de mayor población, se establecerán equipos con profesionales que trabajarán en estrecha coordinación con el equipo del este centro.

Será un servicio específico que se organizará en función y teniendo en cuenta los aspectos evolutivos de la población infanto-juvenil.

Será un servicio especializado que estará integrado en el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea y formará parte como servicio específico de la Red de Salud Mental de Navarra.

El modelo conceptual en el que se sustentará la intervención será el Comunitario, el niño será considerado como una unidad bio-psico-social y la atención será integral, teniendo en cuenta sus necesidades globales, esto es, considerando todos los ámbitos de la vida del niño y contemplándolo en su contexto familiar.

El servicio funcionará en coordinación con los diferentes recursos de la red socio-sanitaria, con el fin de asegurar la atención global del paciente.

Estará constituido por un equipo multidisciplinar de profesionales con una formación específica y con un conocimiento contrastado en Salud Mental Infanto-Juvenil, que desempeñará un trabajo en equipo en función de una serie de objetivos clínicos y de gestión que se consensuarán con la Subdirección de Salud Mental.

El Centro estará estructurado en diferentes servicios: El servicio de evaluación, el de tratamiento, el de tratamiento intensivo y el de hospitalización parcial. Cada uno de estos servicios dispondrá de una serie de profesionales responsables y de procedimientos y protocolos de actuación basadas en la evidencia y que serán evaluados periódicamente en función de los indicadores que se definan.

## **3.- MISIÓN**

La misión del CSMIJ es la provisión de Servicios sanitarios ambulatorios y de hospitalización parcial especializados, para prestar una atención integral, de calidad, coordinada con los diferentes niveles asistenciales y comunitarios, equitativa y a la vez facilitando el acceso a la población infanto-juvenil de Navarra que presente trastornos mentales.

El servicio estará basado en una atención personalizada y de trato humano por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales especializados, honestos y comprometidos con la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, en continua formación.

Se primará el posicionamiento docente, el desarrollo profesional, la investigación y la capacidad de trabajar coordinadamente con otros servicios asistenciales y comunitarios.

Se tratará de un servicio que orienta todos sus recursos humanos, materiales y económicos hacia el logro eficiente de los fines que establece la Subdirección de Salud Mental.

Este servicio se llevará a cabo con la colaboración y en coordinación con la familia, las instituciones educativas, sociales, sanitarias y judiciales; dentro de un marco comunitario que permita la integración social del paciente en su entorno.

#### **4.- VISIÓN**

El CSMIJ pretende ser una organización con capacidad autónoma, referente en el área de Salud Mental Infanto-Juvenil y conocido por la comunidad por su capacidad de trabajar en coordinación con otros servicios asistenciales y comunitarios ofreciendo un servicio eficiente, adaptado a la realidad personal, multidisciplinar y de calidad, así como su compromiso con el/la usuario/a y su actividad en investigación y docencia.

#### **5.- VALORES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

- El trabajo en equipo.
- La confidencialidad.
- La equidad en el acceso a los servicios.
- La mejora continua de la calidad.
- El respeto y defensa de los derechos del menor\*
- La visión integral bio-psico-social del paciente.
- Desarrollo de procedimientos y protocolos de evaluación y tratamiento basados en la evidencia científica.
- La formación continua de los profesionales.
- Desarrollo de la docencia y la investigación.

---

\* LO 1/96 de Protección jurídica del menor  
L41/2002 de la Autonomía del paciente  
L15/2005 de Promoción, atención y protección a la infancia y adolescencia en Navarra.

▪ **El trabajo en equipo**

El equipo estará constituido por profesionales individuales y a la vez tendrá una importante entidad propia. Sus características como conjunto no serán la simple suma de sus partes, sino que incluirán el marco clínico, el estilo de liderazgo y el grado de coordinación con otros profesionales.

Por lo tanto se necesitará de la intervención de personas de distintas profesiones provenientes de las ramas sanitarias, de trabajo social y de la administración. Será fundamental el trabajo en equipo y por ello se desarrollarán las estrategias básicas necesarias para asegurar dicha forma de trabajar, que no se va a basar en una suma de saberes ni un conglomerado de actuaciones en grupo; sino que se tratará de una comunicación entre los distintos campos teniendo en cuenta de un modo claro los límites del saber de cada una de las disciplinas respetando los campo de conocimiento de los demás basándose obviamente en un modelo comprensivo biopsicosocial de la salud mental.

Se aplicará una metodología grupal destinada a facilitar el trabajo en equipo:

- Reuniones de equipo diarias donde se trabajen aspectos clínicos.
- Reuniones quincenales de equipo donde se abordarán aspectos organizativos, relacionados con el desarrollo de los diversos planes, objetivos, y será asimismo un espacio para la resolución de situaciones de conflicto grupal.
- Desarrollo de una parte de la formación continuada en común.

▪ **La confidencialidad**

Las intervenciones terapéuticas con los menores están sujetas a un marco legal diferenciado de la del adulto. El menor está en una situación en la que se requiere que las decisiones respecto a él sean tomadas por aquellos que ejercen la patria potestad.

Por otro lado en los desarrollos actuales en materia infanto-juvenil nos encontramos con el concepto de menor maduro, y esto nos llevará a tener en cuenta su competencia en el caso de los mayores de 14 años a la hora de diseñar la práctica clínica y en la transmisión de la información relevante con el paciente y con sus responsables legales.

Uno de los aspectos que se tendrá en cuenta será el hecho de que en muchas ocasiones no es el menor el que realiza la demanda de atención, ya que es traído a consulta por sus familiares o personas responsables. Se tomarán medidas destinadas a informar tanto al menor como a los familiares sobre el marco conceptual en el que se desarrollará la intervención.

Antes de iniciar el proceso de intervención se definirá y se llegará a acuerdos entre el menor y los adultos responsables, de como se gestionará la información que surja en el proceso terapéutico, con el fin de evitar situaciones de conflicto.

Se desarrollarán intervenciones específicas y protocolizadas en el caso de que existan sospechas de maltrato y abusos sobre el menor.

Se definirá un procedimiento específico en lo referente a la elaboración y al uso de informes clínicos.

Se trabajará con la Historia Clínica Informatizada y se seguirán las recomendaciones que establezca el Servicio Navarro de Salud para su uso adecuado.

A la hora de gestionar la información clínica siempre se tendrá en cuenta al menor y se le transmitirá la información que se considere relevante mediante un lenguaje adecuado a su capacidad de comprensión.

Se utilizarán consentimientos informados a la hora de realizar determinadas intervenciones.

#### ▪ **La equidad en el acceso a los servicios**

Teniendo en cuenta que será pediatría y atención primaria la puerta de entrada al Servicio de la población diana, se trabajará de un modo regular con los equipos de Atención Primaria con el fin de determinar la cartera de Servicios, la detección de patologías y los consensos acerca de los criterios de derivación, con el fin de optimizar el acceso al recurso manteniendo su especificidad. Se definirán criterios de actuación diferentes y prioridades ante patología que puedan ser consideradas como más relevantes con el fin de facilitar el acceso y la adhesión al Servicio.

Dado que la población a la que sirve el CSMIJ se encuentra dispersa y repartida en una amplia zona geográfica, se van a desarrollar estrategias que faciliten el acceso de las personas que viven en zonas menos accesibles.

Se pondrán los medios para facilitar la accesibilidad de los usuarios que puedan tener dificultades por cuestiones relacionados con:

- Aspectos culturales, teniendo en cuenta el aumento progresivo de la población inmigrante.
- La patología del niño y del contexto familiar.
- Cuestiones lingüísticas.

#### ▪ **La mejora continua de la calidad**

Se trabajará en función de procesos estratégicos prioritarios que se definirán teniendo en cuenta como punto de referencia al usuario como clientes prioritario y en relación con los objetivos que se plantean en la subdirección de salud mental.

Se definirán objetivos anuales e indicadores de evaluación que serán valoradas periódicamente y se establecerán medidas correctoras y nuevas áreas de mejora en el funcionamiento del Servicio en función del cumplimiento o no de los indicadores establecidos.

Los indicadores de evaluación los definirá la Subdirección de Salud Mental y estarán relacionados con tasas de prevalencia, incidencia, frecuentación, número de consultas año, distribución de las patologías, listas de espera de primeras consultas y consultas sucesivas, número de consultas por perfil profesional, número de altas terapéuticas, abandonos.

- **El respeto y defensa de los derechos del menor**

Todo tipo de intervención que se realice en el CSMIJ se basará y tendrá en cuenta los derechos de los niños que están plasmados en la Convención de los derechos de los niños.

- **La visión integral bio-psico-social del paciente**

El modelo conceptual en el que se sustentará la intervención será el Comunitario, el niño será considerado como una unidad bio-psico-social y la atención será integral, teniendo en cuenta sus necesidades globales, esto es considerando todos los ámbitos de la vida del niño.

Con el fin de salvaguardar la intervención integral con el menor, el Servicio desarrollará estrategias eficientes para asegurar la multidisciplinariedad y el trabajo en red, en coordinación con los diferentes recursos de la red sociosanitaria.

- **El desarrollo de procedimientos de evaluación y tratamiento basados en la evidencia científica**

La planificación de las intervenciones que se realizarán en el Servicio se llevará a cabo de un modo personalizado adaptado a las necesidades de cada uno de los usuarios, si bien dichas intervenciones se basarán en protocolos clínicos de actuación predefinidos para las diferentes patologías principales.

El CSMIJ dispondrá de documentación complementaria con la descripción de los protocolos clínicos, de las patologías principales. Estos protocolos se basarán en guías publicadas y difundidas en la comunidad científica.

▪ **La formación continua de los profesionales**

El CSMIJ mantiene un compromiso con la actualización del conocimiento permanente de sus profesionales, facilitando la asistencia a cursos y congresos de interés científico-formativo y promoviendo el desarrollo de cursos y jornadas que sean de interés para la formación de los profesionales.

▪ **El desarrollo de la docencia e investigación**

El CSMIJ se responsabilizará de la formación postgrado de profesionales de diferentes especialidades (psiquiatría, psicología clínica y pediatría) siguiendo las directrices de la Subdirección de Salud Mental y de la Comisión de Docencia.

Respecto a la investigación se apoyarán aquellas líneas de investigación de interés clínico y epidemiológico para la población tratada.

## **6.- MODELO DE GESTIÓN**

La estructura organizativa del CSMIJ estará basada en la autonomía de gestión por lo que los profesionales sanitarios que forman parte del Servicio serán responsables tanto de los aspectos técnicos como de los de gestión directa, teniendo en cuenta las directrices que le vienen marcadas desde el Servicio Navarro de Salud y más concretamente de la Subdirección de Salud Mental. Por lo tanto desarrollarán responsabilidades en temas como la efectividad clínica, la utilización de recursos asistenciales, el análisis de costes.

El Servicio desarrollará las estrategias organizativas más adecuadas destinadas a lograr los objetivos que se deriven de su misión, teniendo en cuenta sobre todo las necesidades del usuario y la eficiencia de las intervenciones (multidisciplinariedad, trabajo en equipo, intervenciones basadas en la evidencia, intervención por procesos)

El CSMIJ se organizará internamente en torno a una Dirección de Servicio que se responsabilizará del Servicio y tendrá las funciones de coordinación del Centro, de controlar la actividad del Servicio, de la gestión de los medios humanos y materiales de la planificación estratégica y de las relaciones institucionales.

La Dirección del CSMIJ nombrará de entre los profesionales del Equipo responsables de determinadas áreas específicas que tendrán la función de apoyo a la dirección:

- Un responsable técnico que apoyará a la dirección en la elaboración, actualización y seguimiento de los protocolos clínicos, de los indicadores de funcionamiento y de las acciones de mejora.

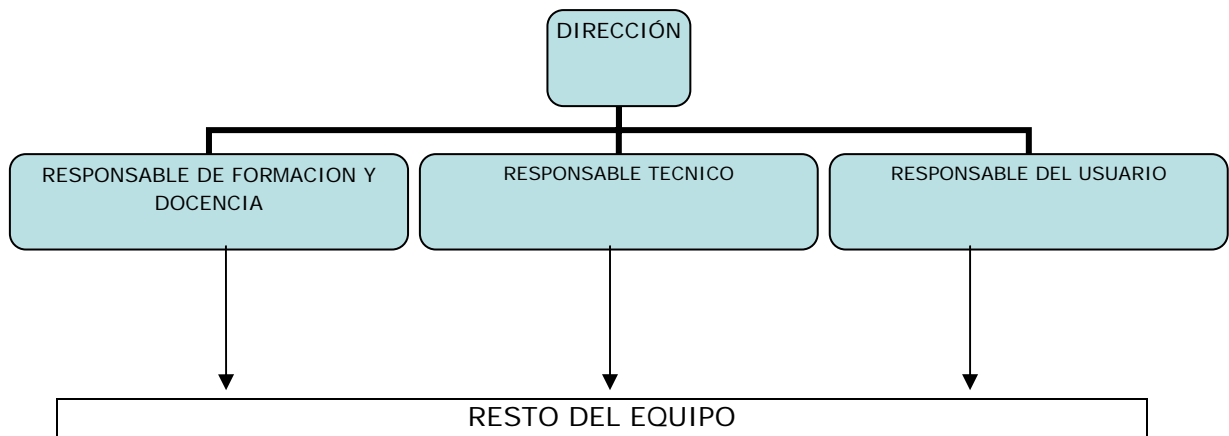
- Un responsable del usuario que apoyará a la dirección en el seguimiento de los indicadores que están relacionados con la atención al paciente, en la tramitación de sugerencias y reclamaciones del paciente y en todas aquellas actividades relacionadas con aspectos éticos.
- Un responsable de formación, docencia e investigación.

## 7.- DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO

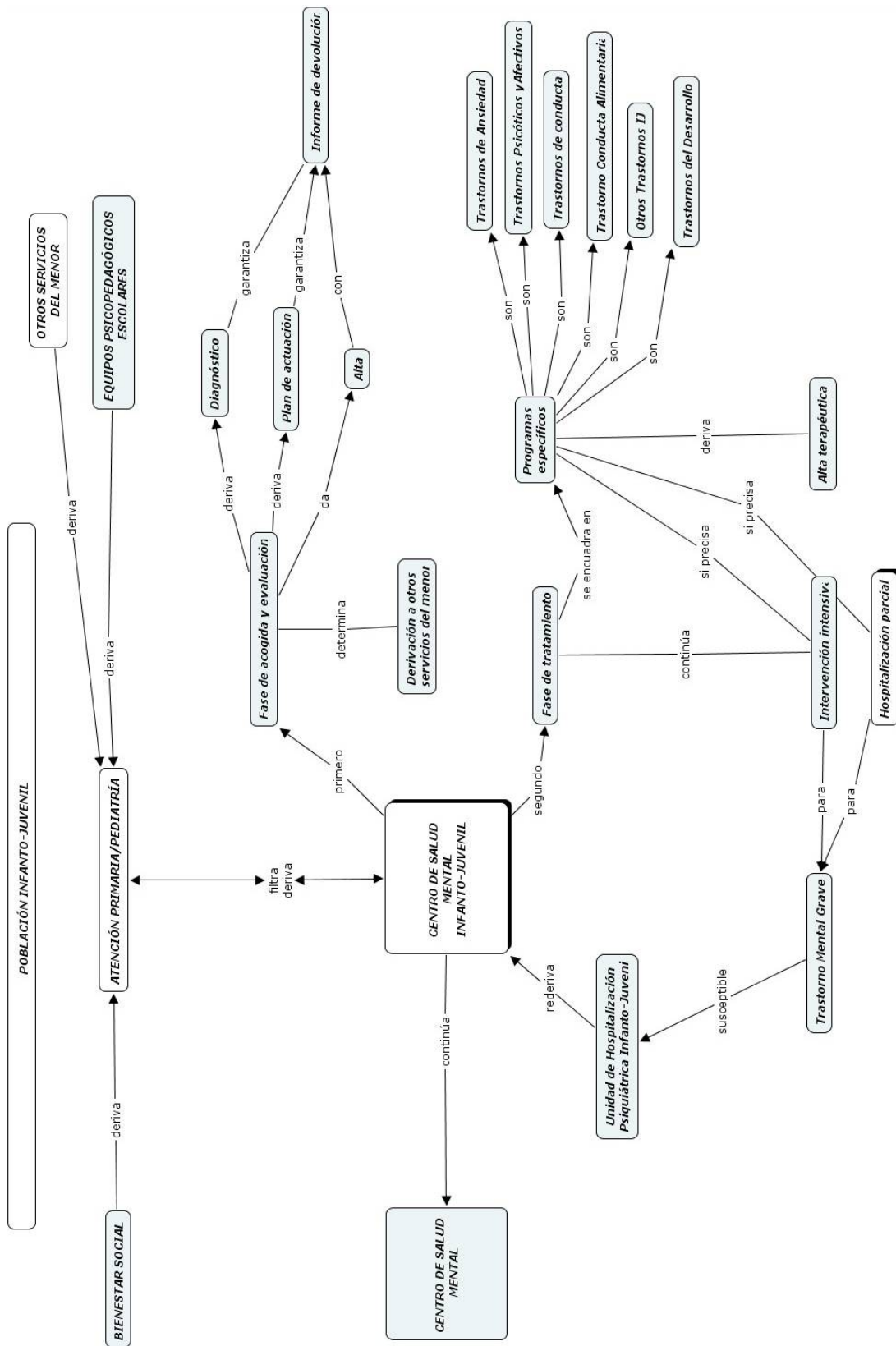
Equipo multidisciplinar constituido en su Centro de Pamplona por los siguientes profesionales:

- Médico psiquiatra: 5
- Psicólogo Clínico: 8
- DUE: 2
- Trabajador social: 2
- Terapeuta ocupacional: 1
- Educador social: 1
- Auxiliar administrativo: .2
- Auxiliar de clínica: 1

## 8.- ORGANIGRAMA DEL EQUIPO



## 9.- DELIMITACIÓN DEL NIVEL DE ACTIVIDAD



## 10.- DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Tendrá acceso al CSMIJ y más concretamente al Servicio de evaluación y diagnóstico, todo aquel niño o adolescente valorado y derivado por su pediatra o médico de atención primaria, ante la sospecha de que pueda presentar un trastorno mental.

El Servicio de evaluación y diagnóstico, compuesto por profesionales de la psiquiatría y la psicología clínica con una formación específica en evaluación psicológico-psiquiátrica, definirá las necesidades de intervención psiquiátrica psicológica de los usuarios y derivará al recurso o programa que se considere adecuado en función de la patología o del problema que presente el menor.

Señalamos a continuación las patologías que serán atendidas en el CSMIJ distribuidas por bloques diagnósticos.

### I. Trastornos por conductas disruptivas:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) resistentes o refractarios a la intervención de pediatría.
- Trastorno disocial
- Trastorno negativista desafiante.
- Trastornos de control de impulsos.

II. Trastornos específicos del desarrollo que generen patología psiquiátrica comórbida.

### III. Trastornos generalizados del desarrollo

- Autismo y Trastornos del espectro autista

### IV. Trastornos psicóticos y afectivos

- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno Bipolar.

### V. Trastornos afectivos y de ansiedad, sueño y somatizaciones.

- Trastornos ansiosos de inicio en la infancia y adolescencia
- Trastorno de ansiedad de separación.
- Mutismo selectivo
- Trastorno reactivo de la vinculación,
- Trastornos que puedan aparecer en cualquier momento de la vida: ansiedad generalizada, pánico, fobias específicas, adaptativos, crisis vivenciales, depresión, estrés postraumático, abusos, duelo, insomnio primario, etc.

VI. Trastornos de la conducta alimentaria.

VII. Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes con desprotección social.

VIII. Otros Trastornos

## 11.- DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

- Servicio de acogida, atención, información al usuario
- Servicio de evaluación y diagnóstico
- Servicio de tratamiento
- Servicio de coordinación
- Servicio de docencia e investigación

- **Servicio de acogida, atención, información al usuario.**

El Servicio de acogida tendrá las funciones de facilitar información al usuario y de la recogida y actualización de datos administrativos.

Se informará sobre el funcionamiento del Servicio, así como de la gestión de las primeras consultas, y consultas sucesivas, los horarios y la cartera de servicios del CSMIJ.

Se responsabilizará asimismo de la actualización de los datos administrativos, de la gestión de las sugerencias y de las reclamaciones.

- **Servicio de evaluación y diagnóstico.**

El Servicio de evaluación estará constituido por dos profesionales facultativos un psiquiatra y un psicólogo clínico con una formación específica en psicología y psiquiatría infantil y mas concretamente en diagnóstico clínico. Las funciones que va a desarrollar este equipo serán las siguientes:

- Realización de todas las primeras consultas, consultas de evaluación, que se realicen en el CSMIJ, de niños y adolescentes derivados por pediatría o atención primaria.
- Establecimiento de un primer diagnóstico clínico, e indicación de la intervención a realizar en función del problema o patología que presente el menor y en relación con los protocolos y procedimientos de evaluación y diagnóstico estandarizados.
- Se responsabilizarán de discriminar entre lo que es un problema, que podrá ser tratado por los recursos de la red socio-sanitaria que le corresponda, de lo que es un trastorno mental, que será derivado al Servicio de tratamiento del CSMIJ.
- El diagnóstico y la indicación de intervención se realizará en la mayoría de los casos en la primera consulta, salvo excepciones que

serán citados para una segunda consulta de evaluación, cuando se precise.

- o Realizarán el seguimiento de la lista de espera con el fin de valorar la evolución de la misma, (el tiempo de espera de las consultas normales y preferentes)
- o Tareas de coordinación con pediatría y atención primaria en temas relacionados con las derivaciones y cartera de servicios.
- o Gestionarán la Historia Clínica Informatizada siguiendo las directrices que determine la Subdirección de Salud Mental y El Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.
- o Elaboraran informes de primera consulta y de alta en el caso de que el usuario sea dado de alta en la Unidad y derivado de nuevo a pediatría o atención primaria.

El plazo de espera para la primera consulta vendrá determinado por el carácter de la misma. Cuando la consulta solicitada sea de carácter preferente, será atendida en un plazo máximo de quince días. Cuando sea solicitada con carácter normal el plazo de atención dependerá de la lista de espera que haya en ese momento, que se pretenderá no supere el mes de espera.

Los instrumentos que se utilizarán en esta primera consulta serán la Historia Clínica Informatizada más aquellos procedimientos que determine el Servicio de evaluación.

El tiempo dedicado a la primera entrevista, que será con padres y/o responsables y con el propio menor, será de una hora y media.

## **1. Servicio de tratamiento.**

### **1.1. Medios humanos:**

El servicio de tratamiento estará constituido por 13 profesionales facultativos (5 psiquiatras y 8 psicólogos clínicos con una formación específica en psicología y psiquiatría infantil) y 7 profesionales no facultativos (2 enfermeras especialistas en SM, 1 Auxiliar de Clínica, 2 Trabajadores Sociales, 1 Educador social 1 Terapeuta ocupacional).

### **1.2. Funciones:**

- Intervención ambulatoria de todos aquellos casos remitidos por:
  - o El equipo de evaluación y diagnóstico del CSMIJ

- Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil del HVC
  - Urgencias de Psiquiatría del HVC: Serán previamente valorados por el servicio de evaluación y diagnóstico del CSMIJ, que decidirá su incorporación a este servicio de tratamiento o bien la remisión a Pediatría.
- Garantizará la continuidad en el tratamiento llevada a cabo por un equipo multidisciplinar.
  - Establecerá coordinación y cooperación con otros dispositivos sanitarios, educativos, sociales y jurídicos del menor.
    - Se coordinará, sobre todo, con pediatría y el centro escolar de cara a la intervención y seguimiento del caso.

### **1.3. Programas**

- Se hará en base a programas de intervención específicos y protocolizados al máximo según evidencia científica disponible, teniendo en cuenta que la planificación de la intervención se hará de forma personalizada adaptada a las necesidades de cada usuario, asegurando siempre la calidad de la asistencia prestada.
- Los programas de máxima prioridad serán los trastornos mentales graves, y más específicamente los siguientes:
  - Trastornos psicóticos y afectivos
  - Trastornos de la conducta alimentaria
  - Trastornos de ansiedad
  - Trastornos de conductas disruptivas.
  - Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes con desprotección social.
  - Otros trastornos.

### **1.4. Metodología de trabajo**

- Para cada programa se definirá una evaluación psicodiagnóstica en base a escalas, entrevistas semi-estructuradas a los padres y al niño, autoinformes, tests clínicos y observación directa siempre dependiendo de la edad del menor y del problema que presente. Dicha evaluación, junto con la información complementaria aportada, servirán para el establecimiento de los objetivos terapéuticos.
- En cada programa se trabajará con tratamientos específicos y de base clínica, individual y/o grupal, publicados y consensuados. Serán de referencia las guías de práctica clínica desarrolladas por la comunidad científica.

- El tratamiento (eficacia, efectividad, eficiencia) se evaluará con una periodicidad máxima de 6 meses.
- Elaborará informe de alta cuando el usuario sea dado de alta en el CSMIJ y derivado de nuevo a pediatría, con indicaciones terapéuticas si precisa.

## 1.5. Formatos

### 1.5.1 Tratamiento ambulatorio

Este tratamiento será flexible y con una frecuencia de visitas acorde a las necesidades del paciente.

- Desarrollará programas de orientación a padres con fines psicoeducativos.
- Psicoterapias basadas en la evidencia:
  - Individuales
  - Familiares
  - Grupales (por programas)
- Tratamiento psicofarmacológico para los casos que lo precisen.

Este tratamiento se podrá dispensar en régimen de **frecuencia normal**, y en régimen de **tratamiento intensivo**. Este último se aplicará a aquellos casos que por su gravedad o complejidad requieran de una observación o tratamiento más intensivos que las consultas frecuentes y menos intensivos que la hospitalización parcial. En este formato son de aplicación las mismas técnicas terapéuticas que en el formato ambulatorio, pero con mayor intensidad/frecuentación. Por su propia naturaleza debe estar limitado en el tiempo (máximo 1 ó 2 semanas), tras el cual se evaluará su indicación.

### 1.5.2. Hospitalización Parcial

El programa de hospitalización parcial supone una modalidad de tratamiento específica que permite ofrecer un régimen de tratamiento más intensivo que el que tendría lugar en un formato ambulatorio.

Los Programas de Hospitalización Parcial (PHP) proporcionan un régimen de tratamiento altamente estructurado; para ello, utilizan una gran variedad de recursos: terapia individual, grupal, familiar, actividad educativa, de ocio, etc. Este tipo de tratamiento multimodal se basa en la interdisciplinariedad de los diferentes profesionales que intervienen en el PHP.

Conceptualmente podríamos definir el PHP como un formato de tratamiento psiquiátrico, de carácter ambulatorio, que ofrece un tratamiento intensivo (varias horas al día y varios días a la semana), coordinado y de carácter multimodal. Ver anexo 2

## **2.-Servicio de coordinación.**

El CSMIJ desarrollará un servicio específico de coordinación con otros dispositivos directamente implicados en la atención al menor (Pediatria, Bienestar Social, Educación y Fiscalía del menor). Ver anexo 3

## **3.-Servicio de docencia e investigación.**

### **3.1.DOCENCIA**

- **Objetivos generales**
  - Formar a los MIR, PIR, y EIR del Servicio Navarro de Salud.
  
- **Objetivos específicos**
  - Establecer una rotación específica y común para cada tipo de Residente conforme a lo establecido en sus respectivos programas de formación.
  
- **Actividades formativas específicas**
  - Evaluación diagnóstica (entrevista clínica, instrumentos clínicos estandarizados, psicometría)
  - Psicofarmacología (MIR)
  - Manejo psicoterapéutico básico (individual, grupal, familiar)
  - Técnicas psicoterapéuticas específicas (PIR)
  - Sesiones clínicas periódicas
  - Sesiones bibliográficas periódicas
  - Participación activa en el funcionamiento global del CSMIJ y en la coordinación con otros dispositivos
  
- **Rotaciones**
  - Programa de evaluación
  - Programas específicos de tratamiento (ambulatorio, tratamiento intensivo, hospitalización parcial)
  - Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto.juvenil
  
- **Capacidad docente**

Dado el volumen de pacientes y recursos humanos, el CSMIJ tendría capacidad para la realización de las rotaciones establecidas en los respectivos programas de docencia para el siguiente número de residentes:

MIR (nº=3, duración= 4 meses)

PIR (nº=3, duración= 3 meses)

EIR (nº=1, duración= 2 meses)

### 3.2.ÁREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA (ACE)

Dirigida a MIR y PIR (En el Programa de formación de los psicólogos internos residentes todavía no se contempla esta ACE).

La rotación durará un año, el último de la residencia, a la que se añadirán rotaciones específicas de enlace, urgencias y gestión/koordinación con otros dispositivos. Se establece 250 horas de enseñanza estructurada.

1 o 2 plazas por año, incluidos residentes externos al Servicio Navarro de Salud.

Participación en proyectos de investigación en curso y desarrollo de un proyecto específico.

Con el objetivo de mejorar la coordinación con pediatría se considerará la posibilidad de que los MIR de Pediatría roten en nuestro centro, tanto en el servicio de evaluación como en el de tratamiento, fundamentalmente en aquellos programas considerados prioritarios, bien por su frecuencia o por su gravedad.

### 3.3.INVESTIGACIÓN

El CSMIJ deberá establecer las áreas prioritarias de investigación en base a la prevalencia, repercusión y gravedad de los trastornos mentales infantiles en la Comunidad Foral.

- **Líneas estratégicas**

- Desarrollo de un sistema de registro clínico estandarizado para su aplicación a nuevos casos.
- Estudio epidemiológico de la prevalencia de los TM en la Comunidad Foral.
- Estudio de la prevalencia de TM y de necesidades en grupos de alto riesgo.
- Estudio naturalístico-evolutivo de los TM de inicio en la infancia en la población adulta.

- **Líneas específicas**

- En función de las líneas de investigación ya existentes.
- Trastornos mentales graves.
- Colaboración con otros centros.
- En función de su factor de impacto.

## **12.- IMPLANTACION**

Una vez finalizada la elaboración del documento, el equipo técnico responsable de la elaboración de dicho documento y los responsables técnicos de la Subdirección de salud mental y del Servicio Navarro de Salud establecerán el cronograma de implantación del proyecto.

A la hora de ejecutar dicho proyecto se considerará fundamental la fidelidad con los elementos básicos señalados en este documento.

## ANEXO 1

### RECURSOS HUMANOS

#### SERVICIO DE EVALUACIÓN

El número de pacientes que fueron evaluados en 1ª consulta en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil fue:

<b>AÑO</b>	<b>CSM</b>	<b>HDIJ</b>	<b>TOTAL</b>
2002	853	133	986
2003	826	98	924
2004	853	101	954
2005	1008	102	1110
2006	915	113	1028

Considerando una cifra global de 1100 pacientes a valorar en 1ª consulta y suponiendo que los facultativos que evalúen tendrían 225 días hábiles de trabajo aproximadamente, deberían realizar 4-5 valoraciones de pacientes/día.

Calculando un tiempo medio de consulta de valoración de 90 minutos, más el tiempo de realización de informe, y el tiempo necesario para coordinación con los pediatras, dos facultativos podrían bastarse para integrar el servicio de evaluación. Sería preferible que se tratara de un psiquiatra y un psicólogo clínico para absorber el diferente perfil de demanda.

**PROGRAMA DE TDAH-TRASTORNOS DE CONDUCTA** (F90 Trastornos hiperactivos, F91 Trastornos disociales y F92 Trastornos disociales y de las emociones mixto, F81 trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar).

El número de pacientes que estaban siendo atendidos en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil con este diagnóstico fue:

<b>AÑO</b>	<b>CSM</b>	<b>HDIJ</b>	<b>TOTAL</b>
2002	299	125	424
2003	303	97	400
2004	343	99	442
2005	433	129	562
2006	475	145	620

Para este programa al menos se necesitaría 1 psiquiatra y 2 psicólogos clínicos, suponiendo además que pudieran ayudar el MIR y el PIR que estuviesen rotando en el centro.

**TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION** (F50 Trastornos de la Conducta Alimentaria)

El número de pacientes que estaban siendo atendidos en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil con este diagnóstico fue:

<b>AÑO</b>	<b>CSM</b>	<b>HDIJ</b>	<b>TOTAL</b>
2002	64	20	84
2003	57	20	77
2004	55	16	71
2005	57	20	77
2006	46	11	57

Esta patología representa casi la mitad de los pacientes que ingresan en la UHP-Infanto-Juvenil del HVC (7 pacientes/año), por lo que supondrá un porcentaje importante de pacientes que se integren en el programa de hospitalización parcial. Como la otra fuente importante de pacientes susceptibles del programa de hospitalización parcial la constituirán pacientes del programa de trastornos psicóticos y afectivos, sería aconsejable que el mismo psiquiatra estuviera en los 3 programas (Programa de Hospitalización Parcial, Programa de Trastornos psicóticos y afectivos y Programa de trastornos de la alimentación). Podría recibir ayuda, si lo necesitara del psiquiatra adscrito al Programa de trastornos por ansiedad. Se necesitaría asimismo 1 psicólogo clínico que asumiría también el programa de trastornos de la alimentación y apoyaría en los otros dos programas.

**PROGRAMA DE TRASTORNOS PSICOTICOS Y AFECTIVOS** (F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y otros trastornos psicóticos, F30-F39 Trastornos Afectivos)

El número de pacientes que estaban siendo atendidos en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil con este diagnóstico fue:

<b>AÑO</b>	<b>CSM</b>	<b>HDIJ</b>	<b>TOTAL</b>
2002	58	16	74
2003	32	15	57
2004	56	9	65
2005	42	18	60
2006	39	20	59

Existen dudas sobre la fiabilidad de los datos referentes al diagnóstico de trastornos psicóticos.

Como ya se ha explicado en el apartado anterior, el psiquiatra de este programa intervendría además en el Programa de Hospitalización Parcial y en el de Trastornos de la alimentación. Además para el Programa de Trastornos Psicóticos y afectivos está previsto que pueda utilizarse asimismo el régimen de tratamiento semiintensivo, por lo que a lo mejor sería precisa la colaboración de otro psiquiatra (el adscrito al Programa de Trastornos de Ansiedad).

**PROGRAMA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD** (F40 Trastorno de ansiedad fóbica, F41 Otros trastornos de ansiedad, F42 trastorno obsesivo-compulsivo, F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, F44 Trastornos disociativos, F45 Trastornos somatomorfos, F48 Otros trastornos neuróticos, F93 Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia, F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, F 95 trastorno de tics)

El número de pacientes que estaban siendo atendidos en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil con este diagnóstico fue:

<b>AÑO</b>	<b>CSM</b>	<b>HDIJ</b>	<b>TOTAL</b>
2002	369	69	438
2003	347	53	400
2004	330	57	387
2005	356	59	415
2006	380	57	437

Se necesitarían al menos 2 psicólogos clínicos junto con un psiquiatra (¿podría compartirse éste con el del siguiente programa?) para este programa.

**OTROS TRASTORNOS** (F84 Trastornos Generalizados del Desarrollo, F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, F70-F79 Retraso Mental, V Factores y Otros)

El número de pacientes que estaban siendo atendidos en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil con este diagnóstico fue:

<b>AÑO</b>	<b>CSM</b>	<b>HDIJ</b>	<b>TOTAL</b>
2002	723	167	890
2003	767	194	961
2004	814	207	1021
2005	941	216	1157
2006	930	187	1117

Hay que tener en cuenta que en este programa, casi el 90 % de los pacientes se encuadran en dos apartados:

- el apartado "otros", de difícil filiación diagnóstica. Posiblemente un esfuerzo del Servicio de Evaluación disminuiría la carga de este apartado al derivarse a los otros programas, con lo que las cifras disminuirían.
- El apartado "V factores", que también podría ser reconducido en un porcentaje importante hacia Pediatría con las correspondientes pautas.

En cualquier caso probablemente necesitaríamos 1 psiquiatra y 1 ó 2 psicólogos clínicos.

Así pues la dotación de recursos humanos en el capítulo de facultativos supondría 4-5 psiquiatras y 7-8 psicólogos clínicos.

Por otra parte podemos calcular de una forma burda cuantos psicólogos estarían actualmente trabajando a tiempo total en atención infanto-juvenil. Si tomamos como referencia un año al azar, por ejemplo 2005, y analizamos el tiempo que dedican los psiquiatras y los psicólogos clínicos de los CSM a la asistencia en salud mental infanto-juvenil, los datos son los siguientes:

- De acuerdo con los datos recogidos, de la totalidad de la asistencia en los diferentes programas de un CSM:
  - los psiquiatras dedican a infanto-juvenil un 2,6% de sus consultas. Con este dato, y si tenemos en cuenta que existen 22 psiquiatras trabajando en los CSM, podríamos inferir que actualmente está trabajando en atención infanto-juvenil a tiempo total  $\frac{1}{2}$  psiquiatra.
  - Los psicólogos clínicos dedican un 38,3% de sus consultas. Con este dato, y si tenemos en cuenta que existen 15 psicólogos clínicos en los CSM, podríamos inferir que actualmente están trabajando en atención infanto-juvenil a tiempo total casi 6 psicólogos clínicos (5,7). Si además sumamos los 2 que ya trabajan a tiempo total en HDIJ, tendríamos en el momento actual a 8 psicólogos clínicos.
  - Así pues, si el futuro centro contara con 8 psicólogos clínicos no supondría más recursos que los dedicados actualmente en el capítulo de psicólogos clínicos.
- De la totalidad de las consultas dedicadas a atención infanto-juvenil de un CSM, el 8,7% lo son de psiquiatras y el 87,4% de psicólogos clínicos.

## ANEXO 2

### PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

#### ANTECEDENTES

El recorrido histórico de los programas de hospitalización parcial es breve. Los primeros programas fueron desarrollados para adultos en Rusia (1930), Canadá (1940) e Inglaterra (1950). En la década de los 60 comenzaron los primeros programas de estas características dirigidos a niños y adolescentes. Sin embargo, durante las décadas de los 70 y 80, estos servicios fueron escasamente utilizados y funcionaban por debajo del 75% de su capacidad (AAHP, 1994a).

La infrautilización ha sido una de las mayores dificultades para la supervivencia de este tipo de programas. Tres factores influyen en esta menor utilización de este tipo de recursos:

- la dificultad para atender a niños y adolescentes con trastornos graves en un entorno menos estructurado y restrictivo que una unidad de hospitalización psiquiátrica.
- Las dificultades que pueden surgir en los familiares al asumir una parte mucho más activa en el tratamiento (tiempo, transporte, etc.).
- Los problemas que pueden acontecer en los profesionales que derivan a estos niños y adolescentes a este tipo de recursos, y que tienen que ver, por una parte, con el desconocimiento del funcionamiento y objetivos de este tipo de programas de hospitalización parcial y, por otra, con una mayor experiencia en la derivación a unidades de hospitalización psiquiátrica.

En la década de los 90 se produjo un resurgimiento de los PHP al enfatizarse los aspectos positivos de este tipo de programas: primar la no separación del niño de su familia, participación más activa por parte de la familia en el tratamiento, buena relación coste-efectividad, etc. En la actualidad este tipo de programas ha crecido de un modo importante, pasando de ser una alternativa a la hospitalización psiquiátrica de carácter cerrado (unidad de hospitalización psiquiátrica) a constituir en la mayoría de los casos de trastornos psiquiátricos de carácter grave el formato terapéutico de elección.

#### CRITERIOS

- **Horarios:**
  - El horario del programa de hospitalización parcial se caracteriza por su flexibilidad y adaptación a las diferentes necesidades.
- **Número de usuarios del PHP:**
  - El número máximo de usuarios estaría entre 8 y 10, aunque podrá ser corregida en dependencia de los requerimientos. Sería posible establecer grupos diferenciados con respecto a la edad.

- **Tiempo de permanencia:**
  - Es difícil calcular un tiempo de permanencia, aunque dadas las características de inclusión en el PHP, es previsible una estancia media cercana entre uno y tres meses.
  
- **Actividades:**
  - El plan de tratamiento del paciente, es decir las actividades que desarrollará durante su estancia, será un plan individualizado y planificado por el equipo terapéutico. Este plan terapéutico estará basado en las actividades clínicas que tienen lugar en el PHP.
    - Terapia individual: Al igual que en otros formatos psiquiátricos, la psicoterapia individual proporciona al paciente la oportunidad de desarrollar una estrecha y cercana relación interpersonal con el adulto, y poder abordar dentro de este marco los diferentes conflictos psíquicos.
    - Revisión farmacológica: Dada la gravedad de la patología psiquiátrica subsidiaria de abordaje en este PHP, la intervención farmacológica es una herramienta de uso habitual. Al estar el paciente conviviendo en el hospital de día durante varias horas al día podemos contar con información de su comportamiento en diferentes actividades, por lo que es más fácil verificar tanto los efectos positivos como los efectos secundarios de la medicación.
    - Terapia grupal: La psicoterapia grupal juega un importante papel en los programas de hospitalización parcial al permitir a los pacientes desarrollar la capacidad para abordar sus conflictos a través de la verbalización de sus sentimientos o experiencias dentro de un marco seguro y acogedor.
    - Terapia familiar: La implicación de los padres en los PHP es mucho más elevada que en otro tipo de recursos, por lo que se considera prioritaria este tipo de intervención; ésta puede desarrollarse en diferentes formatos: grupos de padres, grupos psicoeducativos, etc.
      - Programas de modificación de conducta
      - Educación
      - Actividades de ocio y otras actividades
  
- **Procedimiento de incorporación al PHP:**
  - El terapeuta habitual del paciente del servicio de tratamiento contactará con el equipo terapéutico del PHP solicitando la inclusión del paciente. Tras una entrevista de contacto con su terapeuta, se procederá a la admisión del paciente en el PHP, una vez confirmado el cumplimiento de los criterios de inclusión y los objetivos del ingreso.

- En la mayoría de los ocasiones el paciente provendrá del servicio de tratamiento (tratamiento ambulatorio o semiintensivo); en un menor número de ocasiones, procederá de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantil del Hospital Virgen del Camino.
- **Procedimiento de alta del PHP:**
  - Cuando el equipo terapéutico considere que el paciente puede ser dado de alta, se contactará con el terapeuta que ha derivado al paciente, solicitando la consiguiente cita de revisión.
- **Patologías susceptibles de abordaje en PHP:**
  - Esquizofrenia y T. esquizotípico
  - Trastorno Bipolar
  - Trastorno Depresivo, refractario al tratamiento ambulatorio
  - Ideación suicida persistente
  - Fobias escolares graves
  - Trastornos de personalidad graves
  - Trastornos Generalizados del Desarrollo
  - Trastornos de la Conducta Alimentaria
- **Criterios de exclusión:**
  - Trastorno de conducta con características disociales
  - Consumo de tóxicos como diagnóstico prínceps
  - Cualquier patología susceptible de ser abordada por el servicio de tratamiento (tratamiento ambulatorio o semihospitalización)
  - Cualquier patología que por la intensidad de sus síntomas haga poco posible su abordaje desde este dispositivo, requiriéndose un formato de hospitalización total (Unidad de Hospitalización psiquiátrica infantil y adolescente del Hospital Virgen del Camino)

