

**PLAN DE SALUD MENTAL  
DE LA REGIÓN DE MURCIA  
1999 - 2001**

salud mental



**GUIA DE ATENCIÓN  
AMBULATORIA INFANTO-JUVENIL**

**GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y  
EVALUACIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL  
ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL**

**PLAN DE SALUD MENTAL**

**1999-2001**

**Impresión y Fotocomposición:**  
INTEGRAF MAGENTA, S.L.  
Tif. 968 20 05 23 - MURCIA

**Depósito Legal:** MU-2.125-1999

**I.S.B.N.:** 84 - 95393 - 03 - 4

# COMISIÓN DE ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO TÉCNICO: SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

## AUTORES

### COORDINADOR DE LA COMISIÓN DE ACTUALIZACIÓN

CARLOS GIRIBET MUÑOZ  
Psiquiatra, Jefe de Departamento de Salud Mental del S.M.S.

### COMPONENTES DE LA COMISIÓN DE ACTUALIZACIÓN

ISABEL CUELLAR MIRASOL  
Psicóloga, S.M. Infanto-Juvenil, C.S.M.I "La Seda".

A. GOMARIZ ROSIQUE  
Psicóloga, S.M. Infanto-Juvenil, C.S.M. Cartagena.

M<sup>ª</sup> CONCEPCIÓN GÓMEZ-FERRER GÓRRIZ  
Psiquiatra, Jefe de Servicio Infanto-Juvenil, C.S.M. "San Andrés".

M<sup>ª</sup> DOLORES JUAREZ SALVADOR  
Psiquiatra, S.M. Infanto-Juvenil, C.S.M. Cartagena.

ANTONIA LÓPEZ SÁNCHEZ  
Psicóloga, C.S.M. Cartagena.

M<sup>ª</sup> JOSÉ LOZANO SEMITIEL  
Psicóloga, S.M. Infanto Juvenil, C.S.M. Lorca.

FERNANDO NAVARRO MATEU  
Psiquiatra, C.S.M. Altiplano.

LUIS ORTE GONZÁLEZ DE VILLAUMBROSÍA  
Psiquiatra, S.M. Infanto-Juvenil, C.S.M.I "La Seda".

M<sup>ª</sup> CARMEN PALMA GONZÁLEZ  
Psiquiatra, S.M. Infanto-Juvenil C.S.M.I "La Seda".

M<sup>ª</sup> JOSEFA PEDREÑO YEPES  
Trabajadora Social, S.M. Infanto-Juvenil, C.S.M.I "La Seda".

MERCEDES SUANCES CAMAÑO  
Enfermera, S.M. Infanto-Juvenil, C.S.M. Cartagena.



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Consumo

## **COMISIÓN PRIMER PLAN DE SALUD MENTAL. PROGRAMA INFANTO-JUVENIL (1995)**

### **COORDINADOR:**

MARÍA TEJERINA ARREAL  
Psicóloga-Epidemióloga. Salud Mental Infanto-Juvenil, C.S.M.I "La Seda".

### **COMPONENTES:**

M <sup>ª</sup> CONCEPCIÓN GÓMEZ-FERRER GÓRRIZ	Psiquiatra, Jefe de Servicio Infanto-Juvenil, C.S.M. "San Andrés".
M <sup>ª</sup> DOLORES JUÁREZ SALVADOR	Psiquiatra, Salud Mental Infanto-Juvenil, C.S.M. Cartagena.
ANTONIA LÓPEZ SÁNCHEZ	Psicóloga Clínica, C.S.M. Cartagena.
M <sup>ª</sup> JOSÉ LOZANO SEMITIEL	Psicóloga Clínica, Salud Mental Infanto Juvenil, C.S.M. Lorca.
M <sup>ª</sup> JOSEFA MARTÍNEZ MARTÍNEZ	Psicóloga Clínica, Salud Mental Infanto-Juvenil C.S.M. I, "La Seda".
ADRIANA MASSOTTI LEÓN	Psicóloga Clínica, C.A.D. Cieza.
M <sup>ª</sup> CARMEN MONDEJAR FERNÁNDEZ DE QUINCOSES	Enfermera, Salud Mental Infanto-Juvenil, C.S.M. "La Seda".
M <sup>ª</sup> CARMEN PALMA GONZÁLEZ	Psiquiatra, Salud Mental Infanto-Juvenil C.S.M. I "La Seda".
JUAN RUIZ PÉREZ	Psicólogo Clínico, Centro de Salud Mental de Lorca.
MERCEDES SUANCES CAMAÑO	Enfermera, Salud Mental Infanto-Juvenil, C.S.M. Cartagena.
M <sup>ª</sup> DOLORES TORNERO GARCÍA	Médico, diplomada en Psiquiatría, C.A.D. Cieza.

### **COLABORADORES:**

ISABEL CUELLAR MIRASOL	Psicóloga Clínica, Salud Mental Infanto-Juvenil, C.S.M.I "La Seda".
LUIS ORTE GONZÁLEZ DE VILLAUMBROSÍA	Psiquiatra, Salud Mental Infanto-Juvenil, C.S.M.I "La Seda".
M <sup>ª</sup> JOSEFA PEDREÑO YEPES	Trabajadora Social, Salud Mental Infanto-Juvenil, C.S.M.I "La Seda".

## ÍNDICE

<b>NOTA INICIAL</b> .....	9
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3. MARCO TEÓRICO DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL</b> .....	19
3.1. Marco teórico y breve exposición de los principios básicos .....	21
3.2. Evolución del modelo asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil .....	21
3.3. Previsiones del modelo para un futuro próximo .....	23
<b>4. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL</b> .....	25
4.1. Particularidades .....	27
4.2. Objetivos .....	28
<b>5. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL</b> .....	29
5.1. Composición y nº de profesionales .....	31
5.2. Funciones del equipo infanto-juvenil .....	32
5.3. Funciones de los profesionales .....	34
<b>6. FUNCIONAMIENTO</b> .....	37
6.1. Vías de entrada .....	39
6.2. Recepción y 1ª Consulta .....	41
<b>7. ORGANIZACIÓN</b> .....	45
7.1. En el sistema sanitario. ....	47
7.2. En su administración y gestión interna .....	47
7.3. Funciones del coordinador .....	48
<b>8. LA ATENCIÓN AMBULATORIA/OFFERTA DE SERVICIOS</b> .....	49
8.1. Criterios de actuación .....	51
8.2. Necesidades y recursos: .....	52
Instrumentación exploratoria y terapéutica .....	53
8.3. Intervención Médico-Psiquiátrica .....	54
8.4. Intervención Psicológica .....	56
8.5. Intervención de Enfermería. ....	58
8.6. Intervención de Trabajo Social .....	58
8.7. Intervenciones terapéuticas programadas. Programas terapéuticos .....	60
<b>9. EVALUACIÓN ASISTENCIAL</b> .....	63
9.1. Indicadores cuantitativos .....	66
9.2. Indicadores cualitativos .....	70
<b>10. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b> .....	71
<b>11. COORDINACIÓN</b> .....	75
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	79

### **NOTA INICIAL**

*La presente Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de Centros de Salud Mental en su Programa de Atención a Población Infanto-Juvenil, que forma parte del Plan de Salud Mental, está basada en la realizada para su inclusión en el anterior Plan de Salud Mental, dado que tanto los miembros de la comisión de actualización que han sido convocados para realizarlo, como los propios Servicios Centrales de Salud Mental, no han creído conveniente hacer grandes modificaciones.*

*No obstante, si presenta algunos cambios e inclusiones en el texto, imprescindibles para su actualización y encuadre en la actividad que se realiza, pero que no modifican el sentido general de su organización, funcionamiento y evaluación.*

## **1. INTRODUCCIÓN**



### 1. INTRODUCCIÓN

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (abril 1985) reconoce la atención a la Salud Mental Infanto Juvenil como un programa especial de carácter permanente y responsabiliza a las comunidades autónomas para que diseñen y formulen este tipo de atención de acuerdo a sus características.

Por otra parte en la Ley General de Sanidad, 1986, cap. III, art. 20 en el apartado I se señala que la Salud Mental en la Infancia es de especial relevancia y precisa de una atención específica y continua.

Consideramos que la especificidad en la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, viene dada por las características de la población, con unas necesidades físicas, psíquicas y sociales diferentes a las de la población adulta. Ello significa que en consecuencia el curso de la psicopatología, la aplicación de criterios diagnósticos y el abordaje terapéutico sean diferentes.

La importancia que tiene la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil viene dada no solo por su carácter asistencial de prestar cobertura a esta población, sino también por su carácter preventivo sobre la psicopatología adulta. Este aspecto viene apoyado por datos epidemiológicos, a través de los cuales conocemos como muchos de los trastornos infanto-juveniles son predictores de psicopatología más tarde en la edad adulta. Este reconocimiento ha hecho que la OMS señale el papel de extrema importancia que tiene la Atención a la Salud Mental en la infancia en el concepto de salud futura, destacando los aspectos psicosociales y relacionales (OMS, "Salud para todos en el año 2000").

En este contexto, esta Comisión se reúne porque considera que el modelo de intervención y funcionamiento en la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil precisa de unos criterios de actuación y de unas necesidades básicas que basadas en la experiencia de los profesionales que lo integran, deben explicitarse y ser sometidos a una reflexión para garantizar unos criterios compartidos y facilitar el conocimiento de los problemas, en la búsqueda de una mejor prestación de cuidados.

## **2. OBJETIVOS**

## OBJETIVOS

---

### 2. OBJETIVOS

1. Definir el marco teórico del que parte la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil y las particularidades que conlleva su desarrollo.
2. Definir las necesidades y criterios básicos que configuran el equipo y el programa específico de infanto-juvenil en su funcionamiento, composición y organización.
3. Definir la oferta de servicios mínimos que debe tener la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.
4. Crear o modificar determinados instrumentos de trabajo (historia clínica, historia de acogida, protocolos...) que se consideren necesarios a partir de haber sometido a discusión los objetivos anteriores.

### **3. MARCO TEÓRICO**

### 3. MARCO TEÓRICO DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Se define el marco teórico del que parte la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil y se describe el proceso evolutivo del modelo asistencial a lo largo de estos últimos años. Así mismo, se señalan las prescripciones de como deben distribuirse la dotación de recursos asistenciales para llevar a cabo la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en un futuro próximo.

#### 3.1. Marco teórico y breve exposición de los principios básicos

La asistencia a la Salud Mental Infanto-Juvenil en los últimos 10 años ha estado enmarcada al igual que la asistencia a adultos en los centros de salud mental comunitaria siguiendo las Recomendaciones recogidas en la Ley de la Reforma Psiquiátrica. En este marco los principios básicos que configuran la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil son los siguientes:

1. Base comunitaria con un territorio determinado de referencia.
2. Prestar una atención integral (prevención, promoción, asistencia, seguimiento, tratamiento en todas sus modalidades y rehabilitación) por un mismo equipo.
3. El programa se lleva a cabo por equipos multiprofesionales.
4. Coordinación con instituciones de atención a la infancia en la canalización de la demanda y en la intervención.
5. Evitar duplicidades o solapamientos en las prestaciones de cuidados.
6. Integración de recursos del área en base a intervenciones programadas.
7. Formación continuada.

#### 3.2. Evolución del modelo asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil

AÑO	INSTITUCIONES	DISPOSITIVOS ASISTENCIALES
68-85	PNAP AISNA	Centro de Diagnóstico y orientación terapéutica
79- actualidad	C.S. Virgen de la Arrixaca	Unidad de Psicología Clínica (Orientación e interconsultas) <sup>1</sup>
81-86	Hospital Psiquiátrico	Unidad infanto-juvenil (Cobertura a nivel regional, consultas externas)

<sup>1</sup>Llevado a cabo por profesores de psicología y estudiantes en prácticas.

# PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL / INFANTO-JUVENIL

## MARCO TEÓRICO

AÑO	INSTITUCIONES	DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	
		EXTRAHOSPITALARIOS	HOSPITALARIO
1993- actualidad	Consejería de Sanidad	1 U.I.J. C.S.M. "La Seda" Murcia 1 U.I.J. C.S.M. "San Andrés" Murcia <sup>2</sup> 1 U.I.J. C.S.M. Cartagena C.S.M. Lorca <sup>3</sup> C.S.M. Altiplano (3) C.S.M. Caravaca (3)	Hospital General (a partir de 14 años) <sup>4</sup>
	INSALUD	U.S.M. Alcantarilla (3) U.S.M. Molina (3) U.S.M. Cieza (3)	C.S. Virgen de la Arrixaca (Medicina Interna, Neurología edad pediátrica) (4)

U.I.J. C.S.M "La Seda" Murcia, compuesta por: 2 Psiquiatras, 2 Psicólogos, 2 ATS, 1 Trabajador Social, 1 Auxillar Administrativo.

U.I.J. C.S.M. "San Andrés" Murcia, compuesta por: 2 Psiquiatras, 1 Auxillar Administrativo.

U.I.J. C.S.M. Cartagena, compuesta por: 1 Psiquiatra, 2 Psicólogos, 1 ATS.

<sup>2</sup> Existe profesional específico encargado exclusivamente de la población Infanto-Juvenil.

<sup>3</sup> No hay un profesional específico responsable de la Salud Mental Infanto-Juvenil.

<sup>4</sup> No existe un acuerdo concertado de camas en un marco legal.

### 3.3. Previsiones del modelo para un futuro próximo.

AÑO	ENTIDAD	AREA	RECURSOS	
			Ambulatorios	Hospitalarios
1998-2001	S.M.S. INSALUD	1	1 U.I.J. Murcia	
		2	1 U.I.J. C.S.M. Cartagena	Disponer de camas
		3	1 U.I.J. Lorca	mediante
		4	Profesional específico I-J. Caravaca	acuerdos en los Hospitales Generales
		5	Profesional específico I-J. Altiplano	del Area
		6	1 U.I.J. Cieza-Molina de Segura	

## **4. LA ATENCIÓN A LA SALUD...**



### 4. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

En este apartado se definen los criterios y necesidades básicas que caracterizan el programa específico de Salud Mental Infanto-Juvenil, así como los objetivos generales por los que se guía.

#### 4.1. Particularidades

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil se organiza y actúa en relación a la población comprendida entre los 0 y 15 años. Y aunque el rango de edad (0-15 años) debe ser la norma, los equipos o profesionales que trabajen en este programa, tendrán la suficiente flexibilidad como para tratar algunos casos de edades entre los 16 y 18 años en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, en función de las características psicopatológicas del adolescente y de los acuerdos de colaboración que se establezcan con otros programas asistenciales (adultos, toxicomanías...) de la red de salud mental.

Por otra parte, la atención a la población infanto-juvenil precisa que los profesionales encargados del mismo, hayan recibido una formación específica para saber manejar los problemas de salud mental que se presenten en la infancia y en la adolescencia.

De esta manera, consideramos que las características de la población infanto-juvenil apoyan la necesidad de unos servicios diferenciados (que no significa aislados), provistos de profesionales con formación específica en infancia y adolescencia por las siguientes razones:

1. La atención a la salud mental de la población infanto-juvenil no se refiere a la atención de una patología específica como pueda ser el caso de las toxicomanías, ni explícitamente a un nivel de cronicidad tan relacionado con otros programas como por ejemplo el de rehabilitación.
2. Las manifestaciones de la psicopatología, su curso y la clínica en la infancia y adolescencia son diferentes a las de la edad adulta. Debiendo además tener en cuenta, que la interpretación de los síntomas depende del desarrollo evolutivo.
3. Los pacientes (niños y adolescentes) y el contexto donde se desarrollan tienen características diferentes en relación con otras etapas de la vida.
4. La intervención terapéutica en la infancia y en la adolescencia no es una mera adaptación de la terapéutica aplicada a adultos. No solo requiere el empleo de técnicas específicas, sino de una intervención extensiva dado el grado de dependencia del niño con otros contextos (fundamentalmente familia y escuela). Ello implica una múltiple actuación, al paciente, a la madre, al padre, abuelos, escuelas, cuidadores institucionales, etc.

En conclusión, compartimos con otros profesionales que trabajan en la infancia y en la adolescencia que estas razones justifican el respetar unas necesidades de atención y de intervención terapéutica especializada.

### 4.2. Objetivos

Además de seguir los objetivos que se marquen para los equipos de salud mental comunitaria en su área, la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil tiene como objetivos propios, fundamentalmente los siguientes:

1. Prestar atención integral a la salud mental de los niños y adolescentes.
2. Establecer las intervenciones oportunas que incidan sobre el entorno habitual del niño y el adolescente (familia, escuela, servicios sociales, tutelas, etc.) durante el proceso asistencial.
3. Proporcionar orientación y apoyo a los distintos profesionales que trabajan con niños y adolescentes.
4. Coordinar sus actuaciones a nivel institucional con los dispositivos educativos, sociales, jurídicos y sanitarios.

## **5. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL**

### 5. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

#### 5.1. Composición y nº de profesionales

En la actualidad la composición del equipo infanto-juvenil depende de las desigualdades de las áreas en cuanto a su tamaño. No obstante, se prescribe que en un futuro se siga el criterio de equidad mediante la dotación o distribución de los profesionales y recursos proporcionalmente a la demanda existente en las áreas y el criterio de adaptabilidad de los recursos a las necesidades concretas del sector de población que corresponda.

El equipo profesional que se encarga del programa infanto-juvenil deberá estar formado o tener experiencia suficiente en este tipo de patología, y estará básicamente formado por:

- Psiquiatra.
- Psicólogo.
- Enfermería.
- Trabajador social.
- Auxiliar administrativo.

Estas profesiones estarán presentes en los programas según las necesidades de cada área. De la misma manera debe nombrarse un responsable o coordinador por cada área de referencia de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

De forma orientativa, la tasa de empleo porcentual de los recursos humanos utilizados en otras comunidades es el siguiente: 25%, 25%, 25% y 25% que corresponderían a las profesiones de psiquiatra, psicólogo, enfermería y trabajador social respectivamente que en comparación con otros programas resultaría de la siguiente manera:

	Psiq. General y Psicogeriat.	Programa esp. Drogo dependenc.	Programa esp. Infantil
Psiquiatras	50%	25%	25%
Psicólogos	50%	25%	25%
D.E. Salud Mental	50%	25%	25%
T.S.	50%	25%	25%

No obstante, este es simplemente un dato aproximativo y como tal debe considerarse, ya que determinadas poblaciones y con independencia de su tamaño, por sus características sociodemográficas pueden presentar una mayor demanda que otras (v.g.: población industrial versus población rural). Por tanto también debemos atender a los datos sobre utilización de los servicios para establecer una ratio de empleo.

### 5.2. Funciones del equipo infanto-juvenil

Las funciones a desarrollar por el equipo o profesionales que trabajan en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil son las siguientes:

1. Asistenciales y reeducativas o rehabilitadoras.
2. Promoción y prevención.
3. Formación, investigación y docencia.
4. Coordinación.

1. En relación con las funciones asistenciales y rehabilitadoras o reeducativas, destacamos las siguientes:

- 1.1. Atención especializada a los pacientes remitidos por los canales de derivación.
- 1.2. Atención a consultas y derivaciones preferentes, intervención en crisis y visitas domiciliarias.
- 1.3. Participar en los programas de tratamientos intensivos.
- 1.4. Interconsultas hospitalarias y extrahospitalarias.

2. Respecto a las actividades de prevención y promoción, destacamos:

2.1. Apoyar a los equipos de atención primaria incluyendo actividades de formación, asesoría, supervisión, e interconsulta. Los objetivos serán los siguientes:

- Difusión de los servicios para poder llegar a los pacientes potenciales.
- Aumentar el conocimiento de los problemas de salud mental que la población infanto-juvenil puede presentar en atención primaria e integrar esta atención en salud mental en los programas generales de atención a la salud del niño.
- Que atención primaria pueda atender con asesoramiento y supervisión por parte del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil aquellos casos que no requieran una intervención especializada.
- Derivación y filtraje de los usuarios que superen sus competencias a los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil, colaborando en su resolución.

En los casos en que proceda la Prevención y Promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil debe realizarse desde los *"programas del niño sano"*.

2.2. Apoyar a las unidades de hospitalización de pediatría en casos de niños somáticamente graves o de intervenciones quirúrgicas incluyendo información, asesoramiento e intervención.

#### Objetivos:

1. Informar y orientar a los padres acerca del estado psicossomático del niño y de sus necesidades prioritarias

## EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

2. Crear un espacio de elaboración y ajuste de estos contenidos informativos a las condiciones concretas de los familiares, a través de grupos de padres, etc...
  3. Reducir la ansiedad en la familia y proporcionar una colaboración apropiada en el proceso terapéutico del niño.
- 2.3. Apoyo a instituciones educativas con especial atención a los casos de fracaso escolar y dificultades de lenguaje. En tanto que muchos de ellos conllevan dificultades emocionales y afectivas.

### Objetivos:

1. Informar a la Institución Educativa acerca de los problemas emocionales de adaptación que se solapan con problemas de aprendizaje.
  2. Favorecer el cribaje de aquellos niños que requieran una atención especializada.
  3. Abordaje de determinados casos en colaboración con psicólogos escolares o equipos psicopedagógicos.
3. En relación con la formación, investigación y docencia:

La formación continuada que reciben los profesionales del equipo ejerce una labor importante en tanto que potencia los recursos humanos integrados en un equipo de trabajo clínico. Pero por otra parte también debe garantizarse el que esta formación sea compartida entre los profesionales. Este aspecto se hace especialmente importante cuando los miembros del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil no solo tienen diferentes concepciones teóricas sino también diferentes niveles de formación. La coexistencia de distintas orientaciones teóricas puede ser enriquecedora si se canaliza hacia la tolerancia de estas desigualdades para ofrecer una oferta de servicios más amplia y variada. En este sentido la formación continuada debe proporcionar ese espacio en el que se compartan e integren los diferentes niveles (cualitativa y cuantitativamente) de formación de los profesionales.

Este proceder también se contempla en la investigación y docencia. En este sentido la investigación debe dirigirse a potenciar un mayor conocimiento sobre los aspectos clínicos del enfermar y sobre el funcionamiento de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de acuerdo a la demanda de la población que recibe.

Por otra parte, la docencia pone de manifiesto la importancia de la integración profesional, motivación y formación del propio equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil para proporcionar la calidad de formación necesaria a los futuros profesionales. Esta actividad debe discutirse y programarse conjuntamente con los responsables del ámbito académico correspondiente (Universidad, Escuelas Universitarias) para la negociación de objetivos, rotación y duración de la docencia de manera que se adapten a la dinámica asistencial de cada dispositivo.

## EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

El equipo o profesionales que trabajen en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, deberán participar en el programa de formación continuada que se diseñe cada año, a través de la Comisión de Docencia u otra resolución administrativa, en la cual representará las demandas de formación requeridas por los profesionales de cada área.

El equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil o profesionales de cada área deben garantizar una evaluación de las actividades de investigación que se realicen y estén programadas desde la administración sanitaria o por ellos mismos en las memorias anuales.

Las líneas de investigación más prioritarias son:

- Aspectos clínicos de la psicología infanto-juvenil.
  - Diagnóstico.
  - Psicopatología.
  - Tratamiento.
- Evaluación de las necesidades asistenciales infanto-juvenil.
- Estudios epidemiológicos sobre morbilidad infantil (prevalencia e incidencia).
- Factores que influyen en la utilización de servicios.

#### 4.- Con relación a la coordinación.

Al igual que sucede en la atención a la salud mental en adultos, la coordinación con otras instituciones sanitarias y no sanitarias constituye una de las actividades más importantes en el análisis y manejo de la mayoría de los casos. Quizás en mayor grado, en la asistencia a la Salud Mental Infanto-Juvenil dada la extensividad del tratamiento (familia, escuela, niño, etc...).

Esta actividad se desarrolla en mayor detalle en el apartado 6.4.

### 5.3. Funciones de los profesionales

#### Psiquiatra:

- Atención especializada a la población infanto-juvenil en régimen ambulatorio en las distintas modalidades terapéuticas: diagnóstico, diagnóstico diferencial, petición de pruebas complementarias, incluyendo la prescripción psicofarmacológica.
- Indicación de hospitalización y derivación de pacientes a otros especialistas y a otras instituciones.
- Visitas domiciliarias o institucionales.
- Interconsultas hospitalarias y de atención especializada y atención primaria.
- Intervenir en las actividades de rehabilitación.
- Colaborar y en determinadas ocasiones tomar la iniciativa de programas de prevención y promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Colaborar en las actividades de formación pre y postgrado, continuada y de investigación establecidas en los centros de salud mental comunitaria.

## EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

- Colaborar en la elaboración periódica de las estadísticas, memorias, etc...
- Cumplir los protocolos diagnóstico-terapéuticos establecidos por el equipo.

### Psicólogo:

- Atención especializada a la población infanto-juvenil en régimen ambulatorio en las distintas modalidades terapéuticas.
- Derivación de pacientes a otros especialistas y a otras instituciones.
- Visitas domiciliarias o institucionales.
- Interconsultas hospitalarias y de atención especializada, atención primaria y con otras instituciones.
- Intervenir en las actividades de rehabilitación.
- Colaborar y en determinadas ocasiones tomar la iniciativa de programas de prevención y promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Colaborar en las actividades de formación pre y postgrado, continuada y de investigación establecidas en los centros de salud mental comunitaria.
- Colaborar en la elaboración periódica de las estadísticas, memorias, etc...
- Cumplir los protocolos diagnóstico-terapéuticos establecidos por el equipo.

### Enfermero:

- Prestar cuidados de enfermería en el propio centro y a domicilio, de acuerdo con los protocolos establecidos.
- Desempeñar las actividades de enfermería en los programas que se realicen en el centro.
- Colaborar en la cumplimentación de las Historias Clínicas de acuerdo a las normas establecidas.
- Fomentar la salud mental, promoviendo cambios de comportamiento en salud a nivel individual y colectivo, mediante educación para la salud.
- Orientar a las familias y grupos en la identificación de sus necesidades específicas de salud, forma de satisfacerlos y uso de los servicios pertinentes.
- Participar en las actividades de formación de pregrado y postgrado de los profesionales sanitarios, así como en los programas de formación continuada e investigación de los equipos de salud mental.
- Colaborar en las tareas de formación y evaluación de programas.
- Colaborar en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memorias, etc.

### Trabajador Social:

- Realización de la historia social del paciente para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.
- Realización de visitas domiciliarias necesarias para completar la información y seguimiento de la situación socio-familiar del paciente.
- Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familias para la mejora de las situaciones problema y de su calidad de vida.



### EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

---

- Apoyo, potenciación y fomento del asociacionismo entre los afectados y sus familiares, aunando el esfuerzo de todas las partes implicadas.
- Promover el trabajo en equipo y la coordinación con trabajadores sociales y profesionales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos normalizados y de intervención de tipo comunitario.
- Colaborar en el control y seguimiento de aquellos pacientes que requieran una actuación continuada en la utilización de recursos comunitarios.
- Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los equipos de Atención Primaria y en los programas de prevención y promoción de la Salud Mental.
- Colaborar en las actividades de formación y de Investigación establecidas en el Centro.
- Colaborar en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memorias, etc...

#### Auxiliar Administrativo:

- Información a usuarios, recepción y admisión y atención al teléfono.
- Control de citas y consultas.
- Cumplimentar la recogida de datos iniciales del usuario.
- Llevar el libro de registro.
- Preparar, cumplimentar la recogida y remisión de la información estadística.
- Hacerse cargo del archivo de historias clínicas y distribución diaria de las historias de los profesionales.
- Realizar las actividades de secretaría del centro.
- Garantizar y controlar el suministro de material fungible.
- Aquellas otras tareas que pueda darle el coordinador del centro.

## **6. FUNCIONAMIENTO**

### 6. FUNCIONAMIENTO

El modo de funcionamiento de un servicio realizado por un equipo clínico incide sobre la calidad de las prestaciones que se proporcionan a la población. De esta manera, contemplamos que los distintos elementos de la organización y el funcionamiento interactúan para crear un perfil de calidad del servicio que inicia desde la propia recepción al usuario.

#### 6.1. Vías de entrada

La principal vía de entrada a la Salud Mental Infanto-Juvenil será fundamentalmente la atención primaria. Ello conlleva un contacto mayor con pediatras y médicos de familia y el desarrollo de una metodología de trabajo conjunta no solo para mejorar la discriminación en los casos de derivación, sino también para incidir en un mejor abordaje de aquellos casos que no precisen específicamente de los servicios del programa, o que requieran interconsultas.

Requisitos de entrada a Salud Mental Infanto-Juvenil desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

La derivación desde estas unidades de hospitalización se refiere a la población juvenil a partir de los 14 años y menor de 14 años para las Unidades de Hospitalización psiquiátrica y pediátrica respectivamente.

1. Se recibirán directamente las altas hospitalarias al servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil sin que sea necesario su paso por la atención primaria.
2. Cuando se vaya a producir el alta, la unidad concertará su próxima cita de seguimiento en el servicio de infanto-juvenil del área correspondiente. En el informe de alta que se entrega al paciente, se incluirá el lugar, fecha y hora de consulta.
3. Esta cita no debe exceder los quince días a excepción de aquellos casos en que dado el estado clínico y necesidades del paciente se acuerde de manera diferente.
4. Si se precisa más información, ésta se solicitará al profesional que estuvo encargado del caso durante la hospitalización.

# PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL / INFANTO-JUVENIL

## FUNCIONAMIENTO

### Requisitos de entrada desde otras Instituciones sanitarias y no sanitarias:

<b>Derivaciones de servicio sociales</b>	Se remitirán a Atención Primaria con un informe que justifique la demanda a la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil del área que le corresponda.
<b>Escuelas o instituciones educativas</b>	Se remitirán a Atención Primaria del área correspondiente para que sea ésta quien derive la demanda a la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil.
<b>Estudios, diagnósticos y peritaje</b>	Se realizarán tras la solicitud por instituciones al programa de Salud Mental Infanto-Juvenil que corresponda.
<b>Centros de Salud Mental y Centros de Atención a Drogodependientes</b>	Directamente con informe de derivación que justifique la demanda.
<b>Especialistas sanitarios</b>	A través de Atención Primaria previo informe que justifique la demanda.

### Otras posibles vías de entrada que pueden generarse:

<b>Readmisión</b>	Paciente con más de 6 meses de no acudir al centro, bien por alta o por abandono y que al volver al programa de infanto-juvenil deberá hacerlo a través de la atención primaria.
<b>Juzgados</b>	Se atenderán a los pacientes enviados por jueces, procurando adaptar las peticiones del juez a las necesidades clínicas del paciente y de la organización del programa.
<b>Compañías de Seguros Sanitarias</b>	Previo acuerdo de contratación de servicios por el S.M.S., su vía de entrada seguirá siendo la atención primaria.

### 6.2. Recepción y 1ª Consulta

El trabajo en equipo se pone de manifiesto desde la entrada del paciente. Este trabajo supone una metodología de recepción de la demanda, de asumir esa demanda, de evaluarla adecuadamente en un proceso psicodiagnóstico y el tomar una serie de decisiones en la intervención que comprometa a una parte o a todo el equipo; pero debe ser el equipo el que contribuya y participe desde sus distintas funciones a ese compromiso.

#### 6.2.1. La recepción administrativa

Constituye el primer paso en la recepción del paciente. Es entonces cuando el personal administrativo recogerá los datos iniciales de los pacientes derivados desde atención primaria, u otras vías de entrada. Después organizará su entrada al servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil, según los cauces establecidos por los servicios sanitarios y los que establezca el propio equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En esta primera recepción el personal administrativo informará y orientará a los pacientes y familiares que lo soliciten. Para ello utilizará la información escrita sobre la organización, funcionamiento y uso de los servicios en los folletos informativos.

#### 6.2.2. 1ª Consulta

Se entiende por 1ª Consulta la intervención que se realiza por primera vez con la demanda que llega al programa de Salud Mental Infanto-Juvenil. Este paso supone la puerta de entrada al nivel de atención especializada tras una primera valoración que tiene por objetivos los siguientes:

1. Obtener la información necesaria para la toma de decisiones.
2. Estructurar y filtrar la demanda a través de la derivación a otros dispositivos en caso de que así competa.
3. Coordinar con otros dispositivos asistenciales y no asistenciales (C.S.M., Unidades Hospitalarias, Servicios Sociales, Educación, etc...).
4. Informar a los usuarios y a sus familiares sobre los servicios terapéuticos e intervenciones programadas que se ofertan.
5. Ofrecer al equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil la información obtenida así como aquellas decisiones (derivación, petición de informes, pruebas...) que se tomaron durante este proceso.

Esta información recabada durante la 1ª Consulta, y en base a protocolos de derivación para psiquiatría y psicología, (donde los hubiese), decidirá las líneas a seguir respecto al tipo de trata-

## FUNCIONAMIENTO

---

miento, y las implicaciones en el mismo por parte de los distintos profesionales. Así mismo se procederá a la asignación de un profesional responsable del caso.

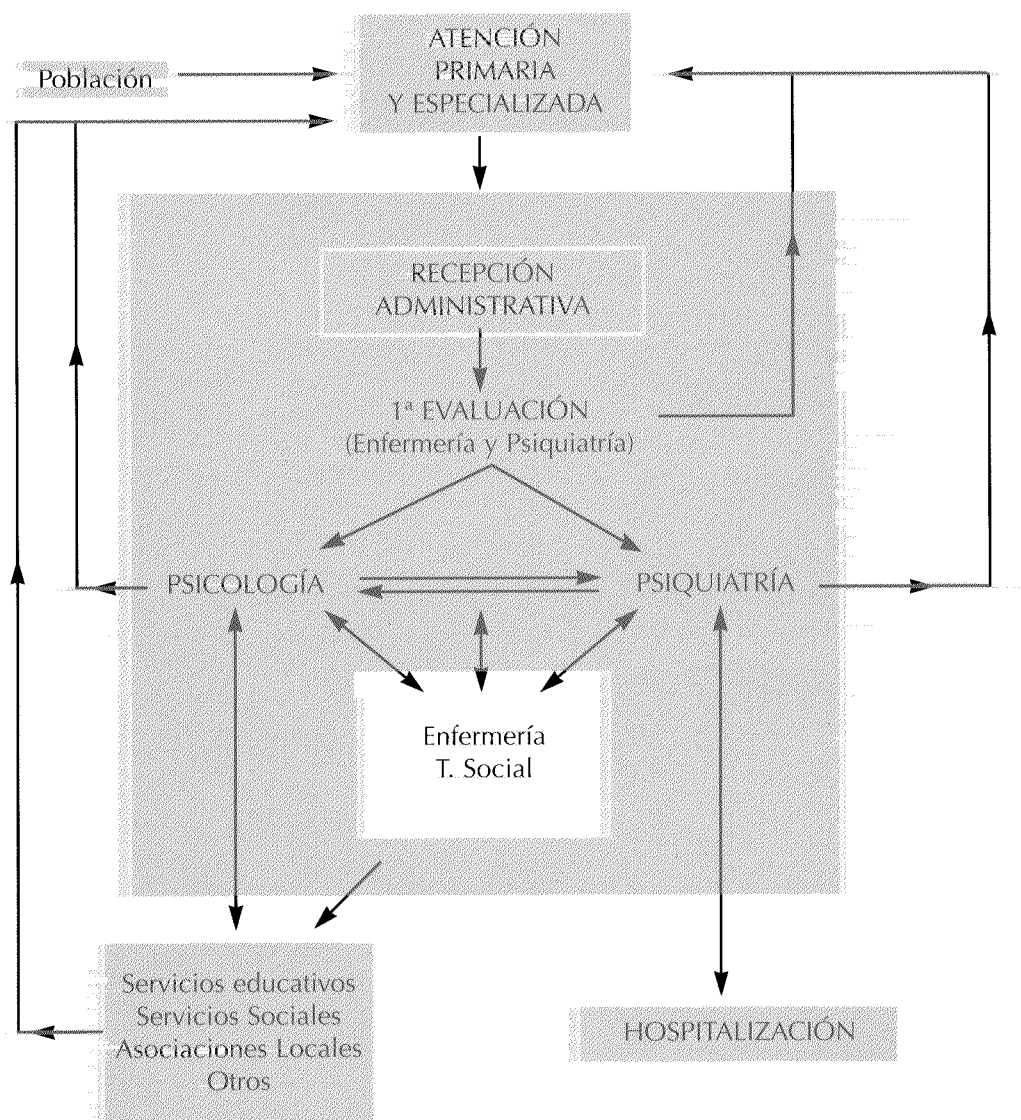
Tras la 1ª consulta se comunicará al paciente y/o familia su próxima cita y el nombre del facultativo con quien debe estar en contacto.

La 1ª Consulta debe ser llevada a cabo por enfermería y psiquiatría, sin perjuicio de que psicología pueda colaborar en la primera evaluación.

### **OBSERVACIONES:**

- El tiempo medio para una 1ª consulta es de 30 a 45 minutos.
- En la 1ª consulta se manejan aspectos importantes de relación con el usuario, favoreciendo su recepción y su futura adhesión al tratamiento.
- Las 1ª consultas durarán un tiempo definido, y una vez finalizadas, el personal se incorporará a las consultas o programas terapéuticos correspondientes.

Esquema de organización y funcionamiento del Centro de Salud Infanto-Juvenil.



## **7. ORGANIZACIÓN**



### 7. ORGANIZACIÓN

#### 7.1. En el sistema sanitario

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil se organiza en los equipos de salud mental comunitaria de cada área correspondiente.

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil al igual que la atención a adultos se sitúa a un nivel especializado dentro del sistema sanitario y tendrá como referencia a los centros de atención primaria de donde pueden recibir la demanda a través de los médicos de atención primaria y pediatras, una vez respetados los canales de entrada.

Por otra parte la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de cada área deberá tener como referencia un servicio de hospitalización, preferentemente en la unidades de pediatría hospitalaria para cumplir sus necesidades de hospitalización. En este proceso los profesionales del equipo de infanto-juvenil deberán estar implicados en base a la "continuidad de cuidados".

Los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil también deberán coordinar con los servicios ya existentes de rehabilitación del área que proporcionen programas o actividades que sean pertinentes a la población juvenil desde los Servicios Sociales, Centros de Día, URAS, etc..., o en su defecto deberá tener unos dispositivos o actividades de rehabilitación propias.

#### 7.2. En su administración y gestión interna

La administración de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil dependerá de las directrices que se marquen desde el Servicio Murciano de Salud, organismo en el cual se enmarca el cuidado a la salud mental de la región. No obstante, en cuanto a la planificación, programación y evaluación de los servicios seguirá las recomendaciones del Plan Regional de Salud Mental en general y otros documentos específicos (v.g: guías de trabajo elaboradas a través de comisiones etc.) que el área de salud mental disponga.

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil dependerán jerárquicamente del Departamento de Salud Mental, según se disponga en el futuro decreto de estructura del S.M.S.

En su gestión interna el equipo o profesionales encargados de la Salud Mental Infanto-Juvenil tendrá un coordinador con unas funciones específicas e independientes a los de su trabajo como clínico. Esta posición laboral será reconocida administrativa y presupuestariamente en el decreto de estructura del Departamento de Salud Mental.

Este coordinador será nombrado entre los técnicos superiores, por el jefe de departamento de salud mental de quien dependerá jerárquicamente. El nombramiento tendrá una validez de dos años pudiéndose ser renovado por dos años más.

### **7.3. Funciones del coordinador**

Las funciones y responsabilidad del coordinador serán las siguientes:

1. Representar oficialmente al equipo en las competencias profesionales que así lo requieran.
2. Asumir la jefatura de personal del equipo.
3. Garantizar el cumplimiento por parte de los miembros del equipo de los objetivos generales y específicos programados, incluyendo las actividades que se generen de los mismos.
4. Asegurar y en ocasiones facilitar una adecuada coordinación y relación del servicio con otros recursos disponibles en el área.
5. Promover las actividades de formación e investigación que se programen.
6. Garantizar la evaluación periódica de las actividades que se realicen.

## **8. LA ATENCIÓN AMBULATORIA**

### 8. LA ATENCIÓN AMBULATORIA/OFERTA DE SERVICIOS

Consideramos la asistencia como una actividad esencial y prioritaria en la Atención a la Salud Mental.

No obstante, debemos considerar que el trabajo asistencial en un servicio público debe tender a proporcionar la mayor calidad posible en las prestaciones al mayor número de usuarios.

Por tanto la elaboración de programas asistenciales o las intervenciones terapéuticas programadas se hacen necesarias para agilizar y garantizar una adecuada cobertura. En el ámbito de la salud mental esta programación debe ser siempre flexible debido a los diferentes problemas psicosociales asociados con una misma psicopatología y que influyen tanto en el pronóstico como en el tratamiento de la misma.

En todo caso, los objetivos de la actividad asistencial deben estar dirigidos a:

- 1º. Aproximarnos a las necesidades del usuario y darle una respuesta lo más inmediata posible.
- 2º. A que esta respuesta garantice la atención integral e integrada por los distintos profesionales.
- 3º. A la coordinación con los distintos recursos del área para facilitar un apropiado uso y aprovechamiento de los mismos.

#### 8.1. Criterios de actuación

Se consideran las actuaciones a nivel asistencial y las que tienen una relación de apoyo con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios.

A) Entre las actuaciones a nivel asistencial se destacan:

1. La Evaluación: Todo paciente nuevo es estudiado inicialmente a través de esta actividad y de sus resultados se determina la inclusión del paciente a las distintas actividades terapéuticas del programa, o bien se deriva a los recursos o instituciones existentes más apropiadas al caso, acompañado de un informe que justifique tal derivación.
2. Atención Ambulatoria: Se trata de la actividad clínica asistencial e incluye las intervenciones terapéuticas en todas sus modalidades.
3. La Hospitalización parcial o total. Aunque es un recurso que se utiliza y debe utilizarse muy poco en Salud Mental Infanto-Juvenil, cuando se encuentra indicada deberá realizarse en los servicios de pediatría de los Hospitales Generales del área y será indicada por los facultativos que trabajen en la Salud Mental Infanto-Juvenil del área correspondiente. Toda hospitalización debe garantizar:

## LA ATENCIÓN AMBULATORIA

- La no separación de los padres durante el proceso de hospitalización del niño, salvo en patologías que expresamente sean indicadas por el terapeuta responsable.
  - Sensibilización del personal de enfermería a través de protocolos informativos.
  - Seguimiento por parte del facultativo responsable del caso o si es preciso, implicación en los cuidados del paciente durante el período que dure la hospitalización.
4. Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles. Se tratan en los servicios de urgencia, según edad, así los menores de 14 años serán tratados en los de pediatría, mientras los de más de 14 años lo serán en los de psiquiatría, y posteriormente pasarán derivadas a través de la atención primaria con cita preferente a los programas de infanto-juvenil.
  5. Atención Asistencial Intensiva en Centro de Día destinada a pacientes con una psicopatología grave y que necesitan de una atención y de unos recursos de forma más intensiva de la que se puede ofrecer a nivel ambulatorio tradicional. Su objetivo principal sería la detección y tratamiento precoz para mejorar el pronóstico. Esta atención debe articularse a través de intervenciones terapéuticas programadas.

B) Respecto a las actuaciones de apoyo a otras instituciones o dispositivos, se destacan:

1. La de educación especial coordinando con los profesionales relacionados con la educación del área sanitaria correspondiente en aquellos casos que lo requieran.

### 8.2. Necesidades y recursos

El desarrollo de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en los centros de salud mental, precisa de una serie de necesidades y recursos relacionados con el espacio e instrumentación exploratoria y terapéutica. Siguiendo los derechos de la infancia aprobados por la O.N.U. (1989), y más tarde reconocidos y expresados en el Parlamento español (1990) se destacan el derecho a que la infancia sea atendida en lugares apropiados para ello.

Consideramos que la distribución del espacio sería la siguiente:

1. Área de recepción, administración, acogida y espera.
2. Área de consultas: Psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social.
3. Sala de grupos, sesiones clínicas, reuniones del equipo...
4. Sala de ludoterapia, observación, exploración...
5. Área de servicios: Aseos, almacén, registro.

### Instrumentación exploratoria y terapéutica

Los profesionales a cargo de la atención infanto-juvenil en materia de salud mental deberán de tener en cuenta la utilización de una serie de instrumentos básicos para realizar una valoración exploratoria lo más completa posible aunque pueda complementarse con otras fuentes de información.

De la misma manera, consideramos importante la utilización de este material para desarrollar una metodología de observación que en ocasiones cumplen las funciones de diagnóstico y terapéutica.

Consideramos como instrumentos de exploración terapéutica los siguientes:

- Material psicométrico:

- Tests cognitivos.
- Tests perceptivos.
- Tests lenguaje.
- Tests psicomotor.
- Tests personalidad.

- Material proyectivo:

- Tests proyectivo.
- Material lúdico-simbólico.
- Material de expresión plástica.

- Material de observación y audiovisual:

- Cámara Gesell.
- Cámara de vídeo.
- Cassette para grabaciones.
- Instrumentos musicales.

- Material Psicomotor y de relajación:

- Colchonetas.
- Espejos.
- Pizarras.
- etc...

## LA ATENCIÓN AMBULATORIA

### - Material de exploración clínica:

- Peso.
- Tallímetro.
- Fonendoscopio.
- Esfigmomanómetro.
- Martillo de reflejos.
- Botiquín de urgencias.

### **8.3. Intervención Médico-Psiquiátrica**

Es aquella intervención que se realiza utilizando técnicas de exploración, diagnóstico y tratamiento, derivadas de las distintas teorías y modelos de la psiquiatría que dan respuesta a la concepción médico-biológica y psicosocial de la enfermedad mental.

Esta intervención recae sobre los psiquiatras que trabajen en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

La intervención psiquiátrica se realiza a través de:

- 1.- La evaluación psiquiátrica.
- 2.- El tratamiento psiquiátrico.

#### 1.- La evaluación psiquiátrica:

Es el proceso de estudio de la psicopatología del paciente y de su entorno familiar, escolar y social que se realiza a través de la historia clínica con fines diagnósticos y de orientación terapéutica.

Metodología:

- Anamnesis.
- Exploración somática y neurológica básica.
- Exploración psicopatológica.
- Exploraciones complementarias.
- Valoración de la situación familiar, escolar y social.
- Diagnóstico diferencial.

Este proceso se debe desarrollar en varias entrevistas con los padres y el paciente. En los casos que se considere conveniente se realizarán interconsultas con otras instituciones (sanitarias, educativas y sociales) para elaborar un juicio diagnóstico y realizar las orientaciones terapéuticas necesarias.

### 2.- El tratamiento psiquiátrico:

Es aquella intervención médico-psiquiátrica con fines terapéuticos, realizados en pacientes con problemas de salud mental utilizando los recursos terapéuticos de las distintas teorías y modelos de la psiquiatría.

#### 2.1. Tratamiento biológico:

Es la respuesta terapéutica a la concepción médico-biológica de la enfermedad mental. Es necesario informar al paciente y a la familia de las características de estos tratamientos para estimular su confianza en los mismos.

2.1.1. Psicofarmacológico: Mediante la prescripción, control y seguimiento de la medicación.

2.1.2. Indicación de hospitalización: En aquellos casos en los que hayan fracasado las demás terapéuticas ambulatorias o que por las características que acompañan a la psicopatología se vea necesaria su indicación. En la población infanto-juvenil esta alternativa terapéutica deberá utilizarse lo menos posible.

2.1.3. T.E.C: Su posible utilización queda reducida al ámbito hospitalario.

#### 2.2. Tratamientos psicoterapéuticos:

Es la respuesta terapéutica al modelo biopsicosocial de la enfermedad mental. Sus distintas modalidades se contemplan básicamente en:

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Psicoterapia familiar.

### Objetivos:

- Aumentar el conocimiento del paciente sobre las motivaciones internas y externas de su situación clínica y modificar las respuestas patológicas sobre las mismas.
- Estimular a los pacientes a posiciones más activas en el entendimiento y resolución de sus problemas mentales.
- Favorecer el desarrollo evolutivo armónico del niño.
- Favorecer el mejor funcionamiento de la dinámica familiar y modificar aquellas situaciones familiares que interfieren en el desarrollo evolutivo adecuado del niño.

#### 2.3. Intervenciones comunitarias:

Aquellas destinadas a incidir en el ámbito sanitario, escolar y social.



### 8.4. Intervención Psicológica

Es la intervención que se realiza a través de la utilización de las técnicas de evaluación psicodiagnóstica y de la aplicación de tratamientos psicológicos derivados de las distintas teorías y modelos de la psicología. Esta intervención recae sobre los psicólogos clínicos que trabajan en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

La intervención psicológica se realiza a través de:

- 1.- El psicodiagnóstico clínico.
- 2.- El tratamiento psicológico.

#### 1.- El psicodiagnóstico clínico:

Mediante este proceso se evalúa la intervención de variables cognitivas, emocionales, conductuales y ambientales con la finalidad de discriminar la presencia o ausencia de psicopatología.

El psicodiagnóstico constará de una o varias entrevistas. La elección y aplicación de las pruebas estará en función del objeto de la evaluación y de las características del niño y la familia evaluada.

Consideramos que los objetivos a través del psicodiagnóstico serían:

- Establecer un diagnóstico diferencial.
- Informar a pacientes y familiares de la situación clínica actual.
- Proporcionar información a las instituciones pertinentes sobre las repercusiones de los comportamientos de los pacientes en el ámbito social, escolar, judicial requerida de acuerdo a los cauces establecidos.

Fases del proceso de psicodiagnóstico:

- 1º Cumplimentación de la historia clínica.
- 2º Aplicación de pruebas o tests.
- 3º Evaluación de resultados.
- 4º Información al joven y/o a sus familiares sobre su situación clínica.

#### 2.- Tratamiento Psicológico:

Se trata de la intervención psicológica con fines terapéuticos realizada en pacientes con problemas de salud mental utilizando técnicas psicológicas.

El objetivo de la psicoterapia es reducir y/o eliminar el estado de malestar y sufrimiento psíquico que el paciente y/o su familia padece.

Los objetivos específicos serían:

- Aumentar el conocimiento del paciente y su familia sobre su problemática actual para iniciar la modificación de la respuesta patológica ante la misma.
- Estimular a los pacientes y a su medio sociofamiliar a posiciones más activas en el entendimiento y resolución de problemas.
- Facilitar a los pacientes los recursos personales necesarios para una adecuada adaptación funcional.
- Generalizar la intervención terapéutica a los diversos contextos en los que participa el niño.
- Las modalidades de tratamiento psicológico se basan fundamentalmente en:
  - Psicoterapia individual y/o familiar
  - Psicoterapia grupal

La psicoterapia individual y/o familiar estará siempre encuadrada en un proyecto terapéutico que atienda a las necesidades del paciente y los objetivos terapéuticos marcados dentro de un tiempo de duración limitado.

El límite orientativo de duración de las intervenciones terapéuticas vendrá condicionado por la mayor brevedad posible para evitar la cronicidad y dependencia de los dispositivos.

Valoraremos las indicaciones de este tipo de tratamiento teniendo siempre en cuenta que su eficacia dependerá en casi la totalidad de los casos de las intervenciones familiares.

Entendemos por intervención familiar la actuación dirigida a la información y orientación de la familia y a la modificación de actitudes que interfieren en el proceso terapéutico del niño.

Entendemos por psicoterapia grupal aquella modalidad que puede darse a dos niveles:

- Psicoeducativa, dirigida a padres.
- Psicoeducativa, dirigida a niños o adolescentes.

### **OBSERVACIONES:**

El psicodiagnóstico infanto-juvenil, se considera un proceso muy importante dadas las características propias de esta población:

- Alto grado de comorbilidad.
- Influencia de los factores evolutivos en la interpretación de los síntomas.
- Especificidad situacional de la patología (v.g.: escuela versus familia).
- La iniciativa de la demanda la realizan fundamentalmente adultos (familia, escuela, etc...) en vez del niño o joven.

### 8.5. Intervención de Enfermería

Es aquella intervención que tiene como finalidad los cuidados en salud mental y que valora, diagnóstica e interviene en base a un modelo de enfermería. Esta intervención recae sobre las enfermeras/os de los equipos de salud mental.

#### *Actividades específicas*

- Prestación de cuidados de enfermería a la población infanto-juvenil.
- Educación para la salud del paciente y familia en relación a la prestación de cuidados.
- Interconsulta/coordinación con la enfermería de primer y tercer nivel para el seguimiento individualizado de casos.
- Administrar tratamientos farmacológicos.
  - Observación de efectos secundarios al tratamiento.
  - Garantizar la adherencia al tratamiento y al centro.
- Conseguir el mayor grado de autonomía del paciente promoviendo el autocuidado.

#### *Actividades interdependientes*

- Colaborar en el control y seguimiento de los pacientes que están siendo atendidos en el centro.
- Realizar visitas domiciliarias e institucionales en situaciones concretas que sean necesarias en el tratamiento del paciente.
- Prestar cuidados de forma integral a problemas relacionados con otras enfermedades, promoviendo medidas higiénicas, dietéticas, etc...
- Participar y colaborar en las distintas intervenciones terapéuticas que se realicen en el centro de salud mental. Grupos de relajación, de padres, adolescentes, habilidades sociales, etc...

### 8.6. Intervención de Trabajo Social

La intervención socio-familiar en el ámbito de la Salud Mental Infanto-Juvenil, es aquella que atiende la problemática socio-familiar que enmarca al menor, además valora, diagnóstica e interviene en las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente y de su contexto más próximo.

Se fundamenta dicha intervención por que la familia es el núcleo fundamental de desarrollo del niño o adolescente, y cualquier handicap o problema que exista en su interior, repercute de forma importante sobre aquel, considerándose desde aquí la familia y su unidad como una fuente de recursos básicos para atender a sus miembros. Esta intervención será en base al modelo de trabajo social.

### Objetivos:

- Mejorar las condiciones de vida del menor y su familia en su propio contexto
- Atender la problemática socio-familiar presentada, así como capacitar a la familia para el uso adecuado de los recursos existentes.
- Gestionar y orientar sobre los recursos necesarios al caso.
- Intervenir en el medio familiar, escolar y comunitario, pues son núcleos de detección de aquellas carencias que repercuten de forma directa sobre el desarrollo del paciente.
- Fomentar la participación e integración del menor en actividades asociativas, deportivas, lúdicas, de ocio y tiempo libre de la zona por considerarse que son un espacio fundamental en el proceso de desarrollo del niño/adolescente.

### Tipos de intervención:

La intervención social, actuaría a tres niveles de actuación: Individual, familiar y comunitario, siempre en colaboración y apoyo al tratamiento, incidiendo especialmente sobre los núcleos básicos que influyen en el crecimiento físico, psíquico y social del paciente, como son: la familia, el medio escolar y el comunitario, a través de actividades asociativas y de ocio y tiempo libre.

#### a) Nivel individual

- Favoreciendo el proceso de socialización o desarrollo del paciente, apoyando dicho proceso en su propio contexto socio-familiar.
- Seguimiento periódico del paciente en el medio escolar y en todas las actividades propuestas en otros ámbitos.
- Ofrecerles la utilización de aquellos recursos comunitarios existentes en la zona como medios de integración.
- Orientarles hacia la realización de actividades ocupacionales, de ocio y tiempo libre para fomentar la relación-interacción con sus iguales, la comunicación y participación.
- Potenciación de hábitos y/o capacidades de autonomía personal.
- Gestión de recursos sociales de apoyo, necesarios para mejorar su calidad de vida, tales como: prestaciones, ayudas económicas, becas, asistencia a campamentos, talleres, etc...

#### b) Nivel familiar:

- Investigación previa de los recursos propios que dispone la familia para intentar hacerles comprender mejor el problema.
- Animar los propios recursos potenciales de la familia, para inducir un cambio en la dinámica de comportamiento familiar respecto al paciente y en relación a la superación de la situación disfuncional.
- Asesoramiento, escucha, orientación y apoyo al medio familiar en sus aspectos más cotidianos de aprendizaje de hábitos básicos de organización doméstica en el caso de que carezcan de ellos.

- Realización de entrevistas sociales al núcleo familiar o a algunos de los miembros que la componen.
- Observación directa, a través de visitas domiciliarias del entorno socio-familiar para un acercamiento a la situación real que rodea al paciente y a su familia.
- Estimular y apoyar los canales socio-afectivos por los que el menor circula, fomentando la responsabilidad familiar para así trabajar con ella en su contexto de colaboración.
- Potenciación de la apertura del medio-familiar al medio-social fomentando, por tanto, al asociacionismo.

### c) Nivel comunitario

- Apoyo a la integración social en los recursos de la comunidad mediante la información, derivación, colaboración y seguimiento a través de sus profesionales.
- Contacto con Instituciones, asociaciones y otros recursos utilizados para llevar a cabo el seguimiento del proceso de integración.
- Coordinar aquellas variables de intervención primaria: educación, salud, servicios sociales y otros recursos, como respuesta integral y global a las necesidades de estos pacientes, para garantizar la evolución del caso.
- Intervenir en la corrección de actitudes sociales marginadores en las instancias responsables y medios de comunicación.

### 8.7. Intervenciones terapéuticas programadas. Programas terapéutico

Son aquellas en las que se establece una planificación que describe y ordena un conjunto de acciones que se dirigen hacia el logro de unos objetivos con un determinado grupo de pacientes.

Para la programación de este tipo de intervenciones se requiere identificar el grupo de pacientes que presentan una problemática similar en términos poblacionales y epidemiológicos. Esto permite justificar la elección de prioridades.

#### *Directrices*

Dentro de las actividades asistenciales en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil se establecerán programas prioritarios de atención terapéutica. Teniendo en cuenta los siguientes criterios, que pueden ser exclusivos pero no excluyentes:

- 1.- Tipo de psicopatología.
  - Gravedad.
  - Deterioro funcional.
  - Cronicidad.
- 2.- Magnitud del problema. Sobre todo si existe un aumento en el número de casos (incidencia administrativa).

## LA ATENCIÓN AMBULATORIA

- 3.- Desarrollo evolutivo del usuario infanto-juvenil.
- 4.- Presentación de comorbilidad asociada.
- 5.- Coste- efectividad, es decir, la inversión de recursos materiales y humanos en relación a los resultados de recuperación obtenidos. Teniendo también en cuenta que debemos considerar el coste de no tratar el problema.

*Diseño de una intervención terapéutica programada.*

### Propósito

Sería el enunciado global de lo que se pretende lograr a través del programa. Es decir responde a la pregunta ¿para qué servirá el programa?

### Objetivos generales y específicos

Son enunciados que plantean los cambios que se espera introducir. Responden a la pregunta ¿qué se hará en el programa?

### El objetivo específico deberá incluir:

- a) El "qué" (naturaleza de la condición o situación a obtenerse).
- b) "Cuánto" (expresión cuantitativa/cualitativa del cambio).
- c) "Quién" (población diana).
- d) "Cuándo" (tiempo en que se espera obtener el cambio y objetivo)
- e) "Dónde" (área de responsabilidad del programa).

### Meta

Es el número de acciones o de cambios que se esperan obtener en un tiempo determinado. Constituye un criterio que se utilizará en las evaluaciones futuras. Por ejemplo, un programa que incluye el objetivo identificar, tratar y rehabilitar a los pacientes con trastornos profundos del desarrollo en el área 1 de Murcia con una población de determinado número de habitantes.

### Procedimientos

(Ejecución o etapa operativa). En esta parte del programa se define:

- a) El "cómo" (normas, procedimientos y sistemas de trabajo). Ejemplo: (¿Cómo diagnosticar, cómo tratar, cómo dar altas, cómo registrar, cómo informar?).
- b) "Cuándo" (orden secuencial de las acciones).
- c) "Dónde" (lugar en el que se ejecutan las acciones).
- d) "Con qué" (recursos materiales, equipamiento).
- e) "Con quiénes" (definición del equipo y de sus respectivas funciones de manera jerarquizada y con niveles claros de responsabilidad).

### Evaluación

Determinación formal de la efectividad, eficiencia y aceptación de una intervención programada que busca alcanzar objetivos explícitos (Holland, 1983). En este caso evaluaríamos el impacto de un programa en una población definida.

Para poder realizar una evaluación se requiere básicamente:

- a) Existencia de una línea base.
- b) Definición de objetivos claramente definidos.
- c) Recoger información correcta y pertinente en relación con las actividades (Indicadores del programa).
- d) Los métodos de evaluación deben ser apropiados a las necesidades y realidades del grupo de población en la cual se ejecuta el programa.

## **9. EVALUACIÓN ASISTENCIAL**



**9. EVALUACIÓN ASISTENCIAL**

El interés por evaluar nuevos servicios, procedimientos de organización y funcionamiento, se desarrolla a partir de los procesos de reforma de la atención en Salud Mental llevados a cabo en mayor o menor medida en las distintas Comunidades del territorio español.

En tanto que la evaluación de un determinado dispositivo precisa satisfacer las necesidades de la administración y gestión (en cuanto se refiere a la planificación e inversión de recursos), así como las necesidades de los propios equipos asistenciales (en lo que se relaciona a la investigación y evaluación para conocer hasta que punto las actividades destinadas al cuidado de la Salud cumplen sus objetivos), a continuación se señalan una serie de Indicadores que acompañan al tipo de actividad a evaluar.

Esta propuesta estaría centrada en la atención específica a la población infanto-juvenil del área correspondiente. Siguiendo al grupo de trabajo sobre Registros Psiquiátricos, el siguiente cuadro resume el tipo de actividad a evaluar.

TIPO DE ACTIVIDAD A EVALUAR	PARÁMETROS	INDICADORES
ACTIVIDAD ASISTENCIAL AMBULATORIA	Pacientes	Incidencia Prevalencia Comorbilidad asistencial
	Consultas	Frecuencia según: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de consulta</li> <li>• Profesional</li> <li>• Lugar de consulta</li> <li>• Otras variables</li> </ul> Primeras / revisiones Frecuentación
	Pacientes - Consultas	Retorno Lista de Espera
Integración de servicios	Vías de acceso Derivación	Flujos
Actividad no asistencial	Se evalúa según objetivos, actuaciones y/o actividades en un informe o memoria anual	

### 9.1. Indicadores cuantitativos

#### *Indicadores de Actividad*

Son aquellos que miden la cantidad de intervenciones de todo tipo que lleva a cabo el dispositivo que dispensa la atención en Salud Mental a una población determinada geográficamente.

Se trata de indicadores cuyo interés está a un nivel comparativo con otros dispositivos de áreas similares, pero teniendo en cuenta que estos indicadores sobrevaloran en algunos casos y sobre todo cuando se emplean en términos absolutos y aisladamente.

Los más utilizados:

- N° total de pacientes vistos por unidad de tiempo (generalmente 1 mes) que se desglosa en: N° nuevos, n° revisiones.
- N° total de contactos (revisiones) que estos pacientes generan.
- N° de pacientes por diagnóstico.
- N° de altas por causas de altas.

Se completan a través de:

- a) Modalidad de atención prestada a cada caso.
- b) Tipo de atención y profesional que la presta.

#### *Indicadores de Funcionamiento*

Son aquellos que miden el tipo de intervenciones y sobre todo la forma en que estas se producen.

Este tipo de indicadores, aunque cuantitativos pueden ofrecer una información bastante valiosa en lo que respecta a la dinámica del servicio y sobre su capacidad de dar respuesta a las demandas de la población que atiende.

Los más importantes son:

1. Tiempo en lista de espera antes del primer contacto.
2. N° de abandonos expresados por diagnóstico.
3. N° de citas preferentes por diagnóstico.
4. N° de retornos por diagnóstico.
5. N° de pacientes con contactos ininterrumpidos durante períodos de tiempo mayores de 6 meses, de 1 año y de 5 años.

A continuación definimos las principales variables a través de las cuales se constituyen los indicadores mencionados anteriormente.

A fin de que los datos que se recogen puedan ser comparables entre las distintas áreas, parece oportuno establecer una serie de definiciones sobre estas variables con las que construimos los

indicadores asistenciales de manera que se unifiquen criterios entre todos los profesionales que trabajan en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

### *1ª Consulta*

Primera vez que una persona es atendida en el centro por un profesional de Salud Mental que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la historia clínica.

### *Revisión*

Todas aquellas visitas sucesivas a la primera que sean propuestas o generadas por el profesional, programa o proyecto terapéutico establecido en el Centro de Salud Mental. Engloba todos los demás contactos que el paciente establece con el centro.

### *Retorno*

Se considera como tal:

- Todo contacto de un paciente con un dispositivo cuando hayan transcurrido un mínimo de 6 meses desde el contacto anterior.
- Todo nuevo contacto de un paciente cuando este se produce por patología distinta de la que provocó los contactos previos.
- Todo contacto de un paciente con un dispositivo antes de transcurridos 6 meses del anterior, cuando dicho contacto es posterior a una derivación sin seguimiento.

Todo retorno es el inicio de un nuevo episodio (misma patología, distinta patología), pero lleva parejo la existencia de una 1ª consulta y una finalización previas.

### *Alta*

Agruparía todas las altas realizadas a instancias o asumidas por el terapeuta por distintos motivos:

- a) Fin de tratamiento (mejoría o curación): Ha seguido un tratamiento y termina la relación terapéutica por mejoría de los problemas que ocasionaron la consulta.
- b) Derivación o traslado: La problemática del paciente deja de ser apropiada para tratarla en el Centro de Salud Mental. Siempre se derivará a aquellos recursos específicos o componentes a tales fines.
- c) Voluntaria: Es la separación establecida desde el paciente de forma unipersonal y por los motivos que aduzcan.
- d) Fallecimiento.
- e) Suicidio.

### **OBSERVACIONES:**

- El alta se registrará en la historia clínica junto con la modalidad en que esta se produce.
- El alta siempre acompañará un informe para el paciente, para su médico de atención primaria o pediatra y para la historia clínica.

### *Abandono*

Este se produce cuando la salida del centro es a iniciativa del paciente a diferencia con el alta voluntaria el paciente no notifica su intención de abandonarlo, tampoco avisa, ni disculpa su ausencia a la cita.

Parece oportuno distinguir dos tipos de abandono:

- Entre las cinco primeras entrevistas o contactos en infanto-juvenil.
- Después de la quinta entrevista.

### **OBSERVACIONES:**

Para que se produzca un abandono se considera que deben transcurrir seis meses desde el último contacto, de forma que si se implanta un registro sería el mismo el que nos permite conocer los abandonos si incorporamos un ítem al registro que contemple si el paciente acude o no a la consulta.

### *Procedencia o Remitente*

Aquí nos referimos a la Institución o profesionales que envían al paciente al equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

### *Derivación*

Parece oportuno señalar dos tipos de derivación:

- a) Derivación sin seguimiento. Esta se realiza desde el Centro de Salud Mental a otro dispositivo o institución que el equipo considera que sea más pertinente para responder a la demanda del caso.  
Un contacto posterior con el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil debe notificarse como retorno.

## EVALUACIÓN ASISTENCIAL

- b) Derivación con seguimiento. Aquí se considera que aquellos pacientes aunque derivados a otros dispositivos el equipo mantiene contacto de forma que dicho equipo participa en los cuidados al paciente durante el período que es atendido en el dispositivo al que se deriva.

La vuelta del paciente al centro deberá notificarse como un contacto más.

### *Lista de espera*

La lista de espera en un Centro de Salud mental, se contempla una vez que el usuario es evaluado y se encuentra en espera de ser asignado a un programa o intervención terapéutica. Se considera:

1. Número de usuarios en lista de espera: al número de usuarios en espera de ser asignados a tratamiento el último día del período informado (Ej: el primer día de cada mes).
2. Número de días en lista de espera: número de días transcurridos del usuario que más tiempo lleva esperando a ser asignado a tratamiento en el Centro de Salud Mental el último día del período informado (Ej: el primer día de cada mes).

Se recomienda que la lista de espera no supere los quince días.

### **OBSERVACIONES:**

**Profesional responsable:**

En el caso de que el paciente siga un proceso terapéutico que implique a varios profesionales, siempre se nombrará a uno de ellos, perteneciente al Centro de Salud Mental en la atención infanto-juvenil, como responsable del tratamiento y será éste el que firme el alta del paciente.

### 9.2. Indicadores cualitativos

Son aquellos que miden los resultados de un proceso. Es decir, su interés y aplicabilidad se centran más en las actuaciones terapéuticas que en la actividad global de un servicio.

Fundamentalmente se tratan de:

1.- Indicadores basados en el análisis de resultados

Miden el grado de cumplimiento de los objetivos que se han establecido previamente a una intervención o programa terapéutico determinado.

2.- Indicadores de satisfacción:

Miden el grado de aceptación con la atención recibida. De esta manera se trata de recoger las apreciaciones subjetivas de los usuarios de los servicios y de sus familiares. Parece que hay dos tipos de componentes que más influyen:

- a) Los que se relacionan con problemas de accesibilidad (geográfica, burocrática...) y disponibilidad (trato recibido, capacidad de generar confianza...).
- b) Los que se relacionan con las expectativas que los usuarios y sus familiares tienen cuando solicitan una intervención terapéutica.

3.- Indicadores de calidad de vida:

Mide el grado de repercusión que las intervenciones realizadas por el equipo han tenido en todos los ámbitos de la vida del sujeto o la situación global del mismo. Hace referencia a la utilidad subjetiva percibida por el sujeto y su familia de la intervención terapéutica recibida.

## **10. FORMACIÓN CONTINUADA**

## **10. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Dada la importancia que para toda la Red de Salud Mental tiene este apartado, independientemente del programa asistencial que se trate, ya que es común a todos ellos, hemos incluido este capítulo en el "*Análisis de Situación y Plan Director*" del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia.

Consideramos de suma importancia su desarrollo y aplicación, llamando la atención de la Administración para que facilite los medios para su cumplimiento, lo lleve a la práctica y lo desarrolle adecuadamente. Sin formación continuada de los profesionales en Salud Mental, así como sin Docencia e Investigación en la Red de Salud Mental, no se podrá alcanzar casi ninguno de los objetivos básicos que se pretenden, es decir, no existirá calidad asistencial.



## **11. COORDINACIÓN**

### **11. COORDINACIÓN**

Es una actividad esencial dentro del Departamento de Salud Mental, para el desarrollo de sus funciones: asistenciales, prevención, formación, investigación docencia,...

La complejidad organizativa del Departamento de Salud Mental y de cada uno de los Servicios que lo componen, exige una importante labor de coordinación entre los distintos dispositivos que participan en la asistencia de la patología mental de la población.

Dada su importancia para toda la Red de Salud Mental, independientemente del programa asistencial que se trate, ya que es común a todos ellos, hemos incluido este capítulo en el "*Análisis de Situación y Plan Director*" del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia.

## **12. BIBLIOGRAFÍA**

### 12. BIBLIOGRAFÍA

- APARICIO BASAURI, V. (1993). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Madrid.
- BACA BALDONERO, E. (1991). *Indicadores de efectividad en la evaluación de Servicios Psiquiátricos*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, Vol. XI, 37.
- BERRIOS, G. E. (1991). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. XI, 37.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD VASCO. (1990). *Definición de estándares de personal en el subsistema de Salud Mental*. Gobierno Vasco. Dirección de asistencia sanitaria: 42-46.
- GRUPO DE TRABAJO SOBRE REGISTROS PSIQUIÁTRICOS. (1989). *Los Registros Acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del Marco de la Reforma Psiquiátrica*. Consejería de Sanidad. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- HOLLAND, W. W. (De.). (1983). *Evaluation of Health Care*, New York. Oxford University Press.
- INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA. (1985). Ministerio de Sanidad. Madrid.
- JORNADAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. (1993). *La Salud Mental en la red de atención a la infancia*. Hospital 12 de Octubre. Madrid: Área XI.
- LEVAV, I. (1992). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud nº 19. Organización Panamericana de la Salud. O.M.S. Washington.
- PEDREIRA MASSA, J. L.; SERRANO GUERRA, E. (1990). *Líneas generales de atención infanto-juvenil en Asturias*. En: GARCÍA GONZÁLEZ, J.; APARICIO BASAURI, V. (Eds.). *Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: Evaluación e Investigación*. Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- PLAN DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN. (1991). Servicio Aragonés de Salud.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD. (1990). *Salud Mental Infantil y de la Adolescencia*. Gobierno Vasco. Dirección de Asistencia Sanitaria: 151-162.
- SERRANO GUERRA, E. (1990). *Asistencias y formas de intervención en Salud Mental Infantil en el área de Oviedo*. En: GARCÍA GONZÁLEZ, J.; APARICIO BASAURI, V. (Eds.) *Nuevos sistemas de atención en salud mental: Evaluación e Investigación*. Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- W.H.O. (1990). *Promotion of Psychological development of children through primary health services*. Copenhagen: W.H.O. Europe.



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Consumo

