

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>		<h1>Programa de Hospital de Día Infanto-Juvenil</h1>		<p>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</p>
Ed: I	Fecha: Octubre 2021	Código: DOC- 07.1- SAM- 01		Página 1 de 154

Programa de Hospital de Día Infanto-Juvenil

Área de Gestión Clínica de Salud Mental

REGISTRO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO		
EDITADO	REVISADO	APROBADO
<p>Equipo de Hospital de Día Infantojuvenil de Oviedo</p> <p>Beatriz Camporro Rocés Directora de Área de Gestión Clínica de Salud Mental</p> <p>Inmaculada Fernández García Coordinadora de Área de Enfermería</p> <p>Firma: Fecha: Octubre 2021</p>	<p>Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM)</p> <p>Comisión de Salud Mental Infanto-juvenil de los Servicios de Salud Mental (SESPA)</p> <p>Elisa Seijo Zazo Responsable de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil de Oviedo</p> <p>Alicia Díaz de la Peña Responsable del Centro de Salud Mental Infantojuvenil de Oviedo</p> <p>Milagros Vázquez Rueda Servicio de Calidad</p> <p>Firma: Fecha: Octubre 2021</p>	<p>Beatriz Camporro Rocés Directora de Área de Gestión Clínica de Salud Mental</p> <p>Jose Antonio Vecino González Director Atención Sanitaria y Salud Pública</p> <p>Firma: Fecha: Octubre 2021</p>
REGISTRO DE CAMBIOS		

Equipo de Hospital de Día Infantojuvenil de Oviedo:

Carlamarina Rodríguez Pereira (FEA Psicología Clínica. Responsable del HDIJ)

José María González González (FEA Psiquiatría)

Gonzalo Paniagua Calzón (FEA Psiquiatría)

María Albuerne Juanco (Enfermera Especialista en Salud Mental)

Alicia Reina Hidalgo (Enfermera Especialista en Salud Mental)

Paula Martínez Montoya (Terapeuta Ocupacional)

María Dolores Méndez Méndez (FEA Psicología Clínica)

María Torres Magariños (Terapeuta Ocupacional)

Ariana García Nevares (Terapeuta Ocupacional)

Agradecimiento por Colaboración a:

Daniel Cruz Martínez (Psicólogo Clínico. Coordinador del CSMIJ y Hospital de Día de Adolescentes de Granollers)

Paula Laita de Roda (Psiquiatra. Coordinadora del CET-HD Pradera de San Isidro de Madrid)

Tabla de contenido

1. Cartera de Servicios	5
2. Introducción y Encuadre	5
3. Ubicación y Recursos	7
3.1 Recursos materiales:	7
3.2 Recursos humanos y funciones:	7
4. Beneficiarios del Servicio	12
4.1 Definición de Trastorno Mental Grave.	12
4.2 Criterios de Admisión	15
5. Proceso de Admisión y Evaluación	19
5.1 Derivación al HDIJ	19
5.2 Valoración inicial y acogida	19
5.3 Evaluación Clínica (Psicología Clínica y Psiquiatría)	21
5.3.1 Exploraciones médicas complementarias	23
5.3.2 Evaluación Psicodiagnóstica y Neuropsicológica	24
5.4 Valoración de Enfermería	28
5.5 Valoración de Terapia Ocupacional	31
5.6 Valoración de Trabajo Social.	34
6. Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)	36
7. Programa de Hospitalización Parcial	38
7.1 Modelo Teórico y Principios Terapéuticos	38
7.2 Objetivos del Tratamiento	39
7.3 Proceso de tratamiento en el Programa de Hospitalización Parcial	40
7.3.1 Profesionales de referencia	40
7.3.2 Entorno Terapéutico	42
7.3.3 Programación de intervenciones terapéuticas	43
8. Atención Ambulatoria Intensiva a Fases Iniciales de Psicosis y Primeros Episodios Psicóticos en Adolescentes.	70
8.1 Justificación y Encuadre	70
8.2 Características y Principios.	73
8.3 Objetivos	75
8.4 Proceso de tratamiento ambulatorio intensivo	76
8.4.1 Fases del tratamiento	76
8.4.2 Propuesta de intervenciones.	77
9. Proceso de Alta y Continuidad de Cuidados	87

9.1 Proceso de Alta	87
10. Formación, Docencia e Investigación	91
10.1 Actividades Formativas y docentes	91
10.2 Actividades de investigación	92
11. Evaluación del HDIJ	92
12. Bibliografía.	95
13. Anexos	110
13.1 Anexo I	110
13.2 Anexo II	111
13.3 Anexo III	117
13.4 Anexo IV	120
13.5 Anexo V	126
13.6 Anexo VI	137
13.7 Anexo VII	139
13.8 Anexo VIII	142
13.9 Anexo IX	148
13.10 Anexo X	149
13.11 Anexo XI	155
13.12 Anexo XII	164
13.13 Anexo XIII	165

I. Cartera de Servicios

- Evaluación Psicodiagnóstica y Neuropsicológica.
- Evaluación Psiquiátrica.
- Orientación Diagnóstica
- Elaboración del PTI (Plan de Tratamiento Individualizado en el Hospital de Día Infantojuvenil).
- Valoración y seguimiento de Enfermería.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Psicoterapéutico individual.
- Tratamiento Psicoterapéutico grupal.
- Tratamiento Psicoterapéutico familiar.
- Terapia ocupacional.
- Trabajo Social.
- Intervención psicopedagógica y educativa.
- Coordinación con todas las instituciones y dispositivos implicados en el tratamiento del paciente (Atención Primaria, otras especialidades médicas, Servicios Sociales, Educación y Justicia)
- Docencia e investigación.

2. Introducción y Encuadre

La AEN define el hospital de día como “un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos períodos de la vida y que tiene en común el provocar una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando así mismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales”. (Jiménez Pascual, 2001)

El Programa de atención a la Salud Mental de la infancia y la adolescencia del Servicio Andaluz de Salud (Grupo Director de Infancia y Adolescencia del Programa de Salud Mental, 2010) lo define como “un espacio de relación y de trabajo esencialmente terapéutico en sus intervenciones clínicas, actuaciones, contenidos, criterios y actividades. El objetivo principal sería el de potenciar los recursos personales y afectivos de cada paciente, la comprensión del conflicto que subyace y posteriormente, la modificación de actuaciones y de respuesta en su conducta interna y externa”.

Por lo tanto, el Hospital de Día para niños y adolescentes (HDIJ) es un recurso que pretende abordar con eficacia el tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave (TMG) y

proporcionar una atención integral intensiva. Para esto, el dispositivo cuenta con dos programas:

Programa de Hospitalización Parcial: Programa de tipo ambulatorio en el que los pacientes acuden al dispositivo en horario de mañana unas seis horas diarias aproximadamente, de lunes a viernes a lo largo de varios meses. La hospitalización parcial, en la que el menor mantiene el contacto con su entorno familiar y social, ofrece una mayor contención y continuidad que los dispositivos ambulatorios de zona, lo que permite abordar situaciones de gravedad sin tener que recurrir a la hospitalización a tiempo completo y, por tanto, evitar la exclusión del medio familiar y social que esta conlleva. La inclusión del paciente en este recurso debe valorarse cuidadosamente, puesto que supone separar durante muchos meses al niño/adolescente de su medio escolar habitual para integrarlo en la dinámica del HDIJ.

Programa ambulatorio Intensivo para Primeros Episodios Psicóticos/Fases Iniciales de Psicosis: con el objetivo de atender de una forma intensiva, personalizada y multidisciplinar pero más accesible y flexible a los adolescentes en fases iniciales de psicosis, y poder asegurar el seguimiento durante los primeros años tras el primer episodio psicótico, se crea este programa integrado en el propio dispositivo de HDIJ de forma que se comparte el equipo multidisciplinar de profesionales.

Con algunos pacientes hay otros recursos sociosanitarios implicados, como Servicios Sociales y judiciales entre otros, con los que también existe coordinación. El objetivo es crear una red interconectada de dispositivos que aúnen esfuerzos para una evolución favorable del paciente durante la estancia en el HDIJ y mantener informados a los profesionales que posteriormente van a continuar el seguimiento del caso cuando vuelva a la modalidad de tratamiento ambulatorio.

Los **objetivos generales** del HDIJ serían (Pedreira, 2001):

- Disminuir el número de ingresos y reingresos en unidades de hospitalización completa en la etapa infantojuvenil.
- Disminuir la tasa de frecuentación a los servicios de urgencias o de otros servicios sanitarios.
- Complementar y apoyar el tratamiento ambulatorio de los centros de salud mental infantojuvenil.
- Promover la participación de las familias en el proceso terapéutico.
- Rentabilizar los recursos favoreciendo técnicas grupales, tanto a nivel de pacientes como de las propias familias.

Como todo dispositivo asistencial, el HDIJ es una Unidad con funcionamiento autónomo, y al mismo tiempo integrado y en relación con el resto de los recursos de la Red de Salud Mental. Esta coordinación es fundamental para garantizar la coherencia y continuidad de los cuidados, ya que el tratamiento en un HDIJ es una etapa dentro de todo el largo proceso terapéutico por el que pasa el paciente, desde el primer contacto con Atención Primaria (AP) y la derivación a los Servicios de

Salud Mental, hasta el punto de dejar de necesitarlos.

3. Ubicación y Recursos

El Hospital de Día Infanto-Juvenil del Área IV está ubicado en el edificio que alberga al Centro de Salud Mental y al Centro de Salud de la Ería, Calle Alejandro Casona, s/n, 33013, Oviedo.

3.1 Recursos materiales:

- 1 Secretaría
- 3 Despacho-consulta Psiquiatría/Psicología Clínica
- 3 Despacho-consulta Enfermería.
- 1 Despacho de Trabajo Social/ Terapia Ocupacional
- 4 Salas de grupos
- 3 Salas polivalentes (una de ellas usada principalmente como comedor, otra como sala de reuniones y otra como sala de psicomotricidad y relajación)
- 1 Cámara Gesell
- 1 Cocina
- 1 Almacén
- Mobiliario y material psicométrico, psicopedagógico y lúdico suficiente y adecuado para la edad de los pacientes

3.2 Recursos humanos y funciones:

- 1 Psiquiatra infantojuvenil
- 1 Psicólogo clínico infantojuvenil (Coordinador del programa)
- 1 Trabajador Social (a tiempo parcial)
- 4 Enfermeras Especialistas en Salud Mental
- 2 Terapeuta Ocupacional
- 1 TCAE
- Auxiliar Administrativo

Cuadro I. Funciones del coordinador

- Coordinación general del dispositivo y de las funciones del HDIJ.
- Aprobación de las admisiones y altas del HDIJ.
- Organización de los aspectos administrativos y del personal y gestión de las necesidades del HDIJ.
- Participación y supervisión de la propuesta de programas terapéuticos, protocolos de actuación, distribución de actividades y horarios.
- Participación, junto con el resto del equipo en la realización, revisión y actualización del Plan Funcional y los programas del Hospital de Día Infantojuvenil.

- Elaboración de las memorias anuales y de la evaluación del dispositivo.
- Coordinación de las reuniones de equipo del HDIJ y elaboración de las actas.
- Representación del equipo en reuniones de coordinación y comisiones.
- Promoción de la formación interna, la investigación y las actividades docentes.
- Desarrollo de la actividad facultativa de la que tenga competencia.
- Desarrollo del plan de comunicación y difusión del programa.
- Desarrollo del plan de evaluación y calidad del HDIJ.

Cuadro 2. Funciones del FEA Psiquiatría

- Recepción, acogida de la demanda y evaluación inicial de los pacientes derivados al HDIJ.
- Toma a cargo de pacientes como Terapeuta de referencia.
- Valoración psicopatológica y diagnóstico clínico.
- Responsable del tratamiento psicofarmacológico.
- Solicitud de pruebas complementarias e interconsultas médicas.
- Diseño, planificación y aplicación del tratamiento psicoterapéutico y psicoeducativo individual, grupal y familiar.
- Coordinación de la elaboración y revisión del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) en colaboración con el resto del equipo del HDIJ.
- Coordinación con los dispositivos de la red de Salud Mental.
- Coordinación con otros dispositivos de atención al menor (otras especialidades médicas, Servicios Sociales, Educación, Justicia).
- Supervisión y ejecución de las actividades terapéuticas de los pacientes.
- Valoración de urgencias psiquiátricas y coordinación de las situaciones de crisis.
- Registro en la historia clínica de las evaluaciones e intervenciones realizadas. Elaboración de informes clínicos, informes de alta y de derivación.
- Asistencia y participación en las reuniones, sesiones clínicas o actividades de coordinación interna.
- Planificación, supervisión y participación en la formación interna del equipo. Docencia de especialistas en formación y estudiantes de medicina. Responsable de la docencia de los MIR y estudiantes de Medicina.
- Diseño y participación en proyectos de investigación relacionados con el HDIJ.
- Coordinación del equipo del HDIJ (en ausencia del coordinador habitual).

Cuadro 3. Funciones del FEA Psicología Clínica

- Recepción, acogida de la demanda y evaluación inicial de los pacientes derivados al HDIJ.
- Toma a cargo de pacientes como Terapeuta de referencia.
- Valoración psicopatológica y diagnóstico clínico.
- Evaluación psicológica y neuropsicológica.
- Coordinación de la elaboración y revisión del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) en colaboración

con el resto del equipo del HDIJ.

- Diseño, planificación y aplicación de tratamientos psicoterapéuticos, intervenciones psicológicas y psicoeducativas específicas para los niños y adolescentes y sus familias tanto en formato individual como grupal.
- Supervisión de la planificación de actividades terapéuticas complementarias y diferentes espacios del dispositivo.
- Asistencia y participación en las reuniones, sesiones clínicas o actividades de coordinación interna.
- Coordinación con los dispositivos de la red de Salud Mental.
- Coordinación con otros dispositivos de atención al menor (otras especialidades sanitarias, Servicios Sociales, Educación, Justicia).
- Valoración e intervención psicológica en situaciones de crisis y urgencias. Coordinación de la situación de urgencia en ausencia de psiquiatra.
- Registro en la historia clínica de las evaluaciones e intervenciones realizadas. Elaboración de informes clínicos, informes de alta y de derivación.
- Planificación, supervisión y participación en la formación interna del equipo. Participación en la formación de especialistas y estudiantes. Responsable de la docencia de Psicólogos Residentes y estudiantes de Psicología.
- Diseño y participación en proyectos de investigación relacionados con el HDIJ.
- Coordinación del equipo del HDIJ (en ausencia del coordinador habitual).

Cuadro 4. Funciones del Enfermero Especialista en Salud Mental

- Establecimiento de un Plan de Cuidados de Enfermería individualizado para cada paciente incluido en el Programa del HDIJ.
- Elaboración y revisión del PTI junto con el resto del equipo terapéutico.
- Actuación como Enfermero de Referencia (programa de Adolescentes) o Enfermero Cuidador Principal (programa de Infantil).
- Diseño y participación en las actividades específicas de enfermería (Espacios de Salud, Grupo de relajación, etc.) que se desarrollen según las necesidades de los pacientes y sus familias.
- Participar como co-terapeuta en intervenciones grupales del HDIJ.
- Intervención en situaciones de crisis como profesional responsable, o en colaboración con otros profesionales del HDIJ, ya sea de forma directa o indirecta.
- Registro en la historia clínica de las evaluaciones e intervenciones realizadas. Elaboración de informes de Continuidad de Cuidados al Alta Terapéutica del dispositivo, para su posterior inclusión en otro nivel asistencial.
- Participar con el resto del equipo en las actividades de formación (tanto la formación interna como la formación de EIR) y elaboración de documentos del propio HDIJ (colaborar, revisar y actualizar el plan funcional del HDIJ, memoria y programas).
- Participar en los proyectos de investigación que se propongan en el dispositivo, orientados a mejorar la ca-

lidad asistencial.

- Coordinación con los diferentes servicios del hospital (cocina, farmacia, mantenimiento, limpieza y almacén).
- Coordinación con resto de niveles asistenciales dentro de la red de Salud Mental.

Cuadro 5. Funciones del Terapeuta Ocupacional

- Acogida y acompañamiento del paciente facilitando el proceso de adaptación.
- Valoración del desempeño ocupacional del paciente y elaboración del diagnóstico ocupacional.
- Registro en la historia clínica de las evaluaciones e intervenciones realizadas.
- Favorecer el desarrollo de habilidades necesarias para conseguir un equilibrio en el desempeño ocupacional que permita al paciente ser lo más independiente y/o autónomo posible en su entorno cotidiano.
- Entrenar hábitos de planificación de tareas de la vida diaria básicas, instrumentales, educativas y de ocio.
- Asesorar sobre las características de entornos ocupacionales funcionales adecuados a los intereses ocupacionales del niño.
- Colaboración en la elaboración e implementación del Plan de Tratamiento Individualizado de cada paciente del HDIJ, participando asimismo en el proceso de reevaluación periódica de dicho PTI.
- Desarrollo de actividades individuales y grupales acordes al Plan de Tratamiento Individualizado del niño/adolescente.
- Participación de forma activa en actividades grupales en colaboración con el resto del equipo.
- Participación junto al resto del equipo, en el proceso de preparación al alta, para facilitar que la estructura ocupacional adquirida se mantenga tras finalizar el tratamiento en HDIJ.
- Participación en las coordinaciones internas, actividades formativas y la redacción y revisión de documentos del HDIJ junto con el resto del equipo.
- Participar en los proyectos de investigación que se propongan en el dispositivo, orientados a mejorar la calidad asistencial.

Cuadro 6. Funciones del Trabajador Social

- Valoración social del niño y su familia estableciendo un diagnóstico social que se aportará a la reunión de equipo del HDIJ con el fin de diseñar y revisar conjuntamente el PTI.
- Llevar a cabo las intervenciones necesarias para promover, restaurar o mantener el equilibrio dinámico entre el individuo y el medio ambiente en el contexto de su situación clínica, potenciando los recursos personales del paciente y su familia, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de sus problemas, en coordinación con el resto del equipo del HDIJ.
- Ofrecer información y asesoramiento sobre los recursos sanitarios y sociales existentes y su correcto uso, a la vez que facilitar el acceso a los mismos a los pacientes y sus familias, mediante la orientación y el acompañamiento social al paciente y a su familia.
- Intervención comunitaria y coordinación con las instituciones que facilitan y complementan el proceso de integración social del menor en su medio (servicios sociales, educación...), facilitado una interacción cons-

tante y dinámica.

- Detectar y promover el uso de las redes de apoyo ya existentes y los grupos comunitarios de apoyo.
- Registro de la evaluación, actuaciones realizadas y evolución en la Historia Clínica.
- Atención al proceso de alta y continuidad de cuidados.
- Asistencia y participación en las sesiones de formación del HDIJ.
- Colaboración en la realización, revisión y actualización de los documentos, memorias y programas del HDIJ.

Cuadro 7. Funciones del Auxiliar Administrativo

- Gestión de la cola de solicitudes de consulta: revisar diariamente el buzón del dispositivo e informar al Equipo Terapéutico de la llegada de nuevas demandas.
- Gestión y comunicación de las citas a los usuarios del dispositivo.
- Gestión de los sistemas de clasificación de documentación importante (albaranes, circulares, etc.).
- Gestión de las comunicaciones con el dispositivo: recepción de comunicaciones telefónicas, transmisión de mensajes al Equipo Terapéutico, recepción y organización del correo postal...etc.
- Labores de organización y envío de: documentación clínica para digitalización, documentación a otros dispositivos, partes de mantenimiento, solicitudes de material, licencias de personal...etc.
- Control de cuadro de llaves: registro de entrega y devolución de llaves del centro (personal y taquillas de pacientes).

Cuadro8. Funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería

- Recepción y acogida de los pacientes del programa de hospitalización ambulatoria.
- Participación en la preparación de actividades grupales (logística de espacio de comedor, grupos de TO y ENF)
- Colaboración en el desarrollo de actividades grupales (TO, ENF)
- Colaboración en intervenciones en casos de crisis.
- Acompañamiento terapéutico.

4. Beneficiarios del Servicio

- Pacientes en edades comprendidas entre 6 y 17 años, con indicación positiva de tratamiento en hospitalización parcial y que pertenezcan al Área de Gestión Clínica (AGC) de Salud Mental del Área Sanitaria IV – Oviedo, o que, correspondiendo su atención en Salud Mental a otro Área Sanitaria, requieran un tratamiento intensivo que no pueda ser proporcionado con los recursos de su área de origen. Los pacientes se incluyen en dos unidades diferenciadas de hospitalización parcial:

- Infantil: 8 pacientes de 6 a 11 años
 - Adolescentes: 12 pacientes de 12 a 17 años.
- **Pacientes menores de 18 años** con indicación positiva de tratamiento en atención ambulatoria intensiva a primeros Episodios Psicóticos/Fases Iniciales de Psicosis.

4.1 Definición de Trastorno Mental Grave.

El Hospital de Día es un recurso dirigido a menores con alteraciones psicopatológicas graves, susceptibles de recibir un tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial o ambulatoria intensiva.

Los trastornos mentales graves pueden definirse como “un conjunto definido de patologías mentales que tienen, o pueden llegar a tener, una repercusión importante en la calidad de vida de las personas que las padecen. Los niños y los adolescentes que padecen estos trastornos ven comprometida su evolución ya que, atendiendo a la gravedad de la presentación clínica y la persistencia en el tiempo, afectan gravemente la vida familiar, escolar o laboral y social, y producen una inadaptación importante. Por tanto, se consideran tan importantes las repercusiones actuales de los trastornos como los riesgos evolutivos” (Cruz Martínez y García Ibáñez, 2012).

Como definición operativa de Trastorno Mental Grave o Severo, tomamos las “Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia”(Consell assessor sobre assistència psiquiàtrica y salut mental. CATALUNYA, 2004), quienes utilizan la siguiente clasificación multiaxial que recoge tanto criterios diagnósticos como ejes de valoración del grado de gravedad:

Cuadro 8. Ejes de valoración del grado de gravedad

Eje I: Diagnóstico Clínico de TMG

Eje II: Comorbilidad

Eje III: Gravedad evolutiva/pronostica

Eje IV: Gravedad por consumo de servicios

Eje V: Situaciones sociales anómalas asociadas (CIE-10)

Eje VI: Valoración global de la discapacidad psicosocial (CIE-10)

A continuación, se desarrolla el contenido de estos ejes:

- **Eje I: Diagnóstico clínico de TMG (Códigos de la CIE 10):**

- F20 Esquizofrenia.
- F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes.
- F25 Trastorno esquizoafectivo.
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- F29 Psicosis no orgánica sin especificar.
- F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) graves.

- F60.2/F91 Trastornos disociales. (Ver criterios de inclusión/exclusión)
- F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.
- F83 Trastornos específicos mixtos del desarrollo.
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo. (Ver criterios de inclusión/exclusión)
- **Eje II: Comorbilidad.** (Ver criterios de inclusión/exclusión)
 - Retraso mental según el Eje III de la clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes de la CIE-10 (categorías F70-F79).
 - Trastornos del comportamiento provocados por el consumo de sustancias psicotrópicas: categorías F10-F19 de la CIE-10.
- **Eje III:Gravedad Evolutiva (Pronostica).**
 - La precocidad de la aparición
 - Presencia de trastornos de la personalidad a partir de los 15 años
 - Evoluciones crónicas y persistentes de la sintomatología y sus repercusiones, por ausencia de respuesta a corto y medio término a los tratamientos supuestamente específicos
 - Previsión de recaídas y recidivas
- **Eje IV:Gravedad por consumo de servicios**

Utilización desordenada y frecuente, con demandas de queja y con recorridos por los Centros de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ), por servicios de urgencias y con hospitalizaciones repetidas en Unidades de Referencia Psiquiátrica Infantil (URPI), Unidades de Crisis de Adolescentes (UCA) y Hospitales de Día de Adolescentes, así como dispositivos mixtos de Educación y Sanidad.

- **Eje V:Situaciones sociales anómalas asociadas (CIE-10)**
 - Relaciones intrafamiliares anormales
 - Trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de soporte primario del niño
 - Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada
 - Tipo de crianza anormal
 - Entorno ambiental anormal
 - Acontecimientos vitales agudos
 - Factores sociales estresantes
 - Estrés crónico interpersonal asociado con la escuela o trabajo
 - Situaciones o acontecimientos estresantes causados por los mismos trastornos o discapacidades del niño
- **Eje VI:Valoración global de la discapacidad psicosocial (CIE-10)**

Hace referencia al funcionamiento en los últimos 3 meses. Se considera factor agravante a partir

del punto 5.

1. Funcionamiento social bueno o superior
2. Funcionamiento social moderado
3. Discapacidad social leve
4. Discapacidad social moderada
5. Discapacidad social grave
6. Discapacidad social grave y generalizada
7. Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas
8. Discapacidad social grosera, persistente y generalizada
9. Discapacidad social profunda/persistente y generalizada

4.2 Criterios de Admisión

Para la determinación de los criterios de admisión en el HDIJ del AGC Salud Mental Área IV – Oviedo se ha tomado como referencia el documento “Estrategias para la Atención Infanto-Juvenil en los Servicios de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Hospital de Día Infanto-Juvenil” (Rosales Herrera et al. 2019) y las “Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia” (Consell assessor sobre assistència psiquiàtrica y salut mental. Catsalut 2004). Se han incluido además algunas patologías que por su gravedad, disfuncionalidad o elevada utilización de recursos podrían beneficiarse del tratamiento intensivo que el HDIJ puede proporcionar.

Programa de Hospitalización Parcial

▪ Criterios de inclusión

Se incluyen aquellos trastornos mentales graves en cuanto al diagnóstico (Ver *Tabla 1*) o en cuanto al pronóstico, uso de servicios, situaciones sociales anómalas asociadas y discapacidad psicosocial asociada, y que por tanto imposibiliten el mantenimiento de la estabilidad psicopatológica, tratamiento y seguimiento a nivel ambulatorio; y que al mismo tiempo sean capaces de beneficiarse de un trabajo psicoterapéutico.

▪ Criterios de exclusión

Todos los pacientes candidatos a ser atendidos en régimen de hospitalización parcial deberán padecer un trastorno mental considerado grave (debido al diagnóstico en sí o a otras singularidades asociadas que imposibiliten el tratamiento ambulatorio). Sin embargo, no todos los niños o adolescentes con diagnóstico de TMG se podrán beneficiar de la atención en el HDIJ, bien por sus características clínicas, como se especifica en la *Tabla 1*, bien por otros motivos que imposibilitan el adecuado aprovechamiento del tratamiento ofertado en el programa de hospitalización parcial (compromiso con la asistencia y colaboración familiar, y capacidad mínima de introspección para

beneficiarse de tratamiento psicoterapéutico).

Tabla I. Trastorno clínico y criterios de inclusión/exclusión Hospitalización Parcial		
Categorías Diagnósticas	Incluye	Excluye
Trastornos Psicóticos	F20 Esquizofrenia F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas. F25 Trastornos esquizoafectivos F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos F29 Psicosis no orgánica sin especificación	Esquizofrenia con déficit cognitivo definitivo Sintomatología psicótica de origen orgánico.
Trastornos del humor (afectivos)	F30-F39 Trastornos depresivos y/o maníacos que no respondan a tratamientos ambulatorios	Determinadas conductas suicidas que no puedan controlarse en los periodos en que el paciente permanece fuera del HDJJ.
Trastornos de ansiedad	F42 Trastorno obsesivo-compulsivo y otros Trastornos de ansiedad con elevada disfuncionalidad (F40-F48) Especialmente Fobias Sociales y Escolares graves.	F43. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
Trastornos del Desarrollo Psicológico y Trastornos Generalizados del Desarrollo	Trastornos Generalizados del desarrollo: F84.0 Autismo Infantil F84.1 Autismo atípico F84.5 Síndrome de Asperger F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo Trastorno del Desarrollo Psicológico mixto (F83)	F84.2 Síndrome de Rett F84.4 Trastornos hipercinéticos con retraso mental y movimientos estereotipados F84.3 Trastornos desintegrativos. Resto de trastornos del desarrollo específicos
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	F90 Trastornos de la actividad y la atención con elevada disfuncionalidad. F91 y F92 Trastorno disocial, cuya consecuente falta de adecuación a las normas no haya producido inadaptación grave. Con base afectiva en su origen y capacidad de empatía. F94. Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (Especialmente Trastornos graves del vínculo)	Cuadros asociados a trastornos orgánicos o a Retraso Mental Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.

<p>Otros</p>	<p>Paciente con elevada disfuncionalidad y dificultades diagnósticas que requieren un tiempo de observación directa para diagnóstico diferencial</p>	<p>F00-F09 Trastornos mentales orgánicos. F70-79 Retraso mental. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustanciaspsicótropas. Necesidad de cuidados mínimos diurnos u otra forma de asistencia no sanitaria. Problemas de socialización y comunicación no debidos a enfermedad mental. Dificultades de adaptación escolar por fracaso escolar, absentismo o trastornos del comportamiento en el aula en ausencia de trastorno mental. Aquellos pacientes en los que esté presente riesgo autolítico o heterolítico que pueda requerir ingreso en UHPIJ o bien conductas autolíticas que no puedan ser controladas durante el tiempo que el paciente se encuentra fuera del HDIJ. Alteraciones del comportamiento alimentario que supongan un riesgo somático. Aquellos niños o adolescentes cuyas familias no colaboren con el tratamiento (asegurar la asistencia al HDIJ y seguir las indicaciones de tratamiento) y cuyo soporte no pueda ser sustituido por el apoyo de los Servicios Sociales.</p>
---------------------	--	--

Tabla adaptada de Buiza Aguado et al. (2004)

Programa de Atención Ambulatoria Intensiva para PEP/FIP

▪ Criterios de inclusión y exclusión

La atención ambulatoria intensiva está destinada a aquellos adolescentes (entre 14 y 18 años) que:

- A.** Presentan o han presentado un primer episodio psicótico o síntomas de fases iniciales de un trastorno psicótico. Este primer episodio es entendido de forma amplia, abarcando no sólo los trastornos del espectro de la esquizofrenia sino también las psicosis afectivas. (Ver Tabla 2)

- B.** Tras la evaluación multidisciplinar se determina que:
- a.** Necesitan una intervención intensiva pero no requieren el nivel de estructura del programa de hospitalización parcial o bien, no son capaces aún de tolerar la intervención grupal.
 - b.** Tras tratamiento en el programa de hospitalización parcial y después de haber cumplido objetivos pasan a seguimiento en el programa de Atención Ambulatoria Intensiva.
 - c.** Está indicado el programa de hospitalización parcial, pero bien no tiene plaza en ese momento o no es posible su ingreso. En este caso se mantendrá en el seguimiento ambulatorio hasta poder acceder al programa de hospitalización parcial.

Tabla 2. Trastornos Clínicos y criterios de inclusión y exclusión Atención Ambulatoria Intensiva

Categorías Diagnósticas	Incluye	Excluye
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	F20 Esquizofrenia F21 Trastorno esquizotípico. F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas. F25 Trastornos esquizoafectivos. F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos F29 Psicosis no orgánica sin especificación.	Presencia de patología orgánica cerebral Asociación con Retraso Mental.
Trastornos Afectivos	F30 Episodio maníaco F31 Trastorno Bipolar F32.3 Episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos.	Sintomatología psicótica de origen orgánico. Asociación con Retraso Mental.
Otros	Sintomatología psicótica atenuada o intermitente a filiar.	F00-F09 Trastornos mentales orgánicos. F70-79 Retraso mental. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustanciaspsicótropas. Rechazo del paciente o su familia a ser incluidos en el programa.

5. Proceso de Admisión y Evaluación

5.1 Derivación al HDIJ

La derivación debe ser realizada por el Facultativo Especialista (Psiquiatra o Psicólogo Clínico) de los Servicios de Salud Mental, atendiendo a las indicaciones de cada uno de los programas de HDIJ. Por ello, todo menor para el que se piense en un posible tratamiento en HDIJ debe estar previamente atendido en el Centro de Salud Mental Infantojuvenil (6 a 16 años), Centro de Salud Mental (17 años) o en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil (UHP-IJ).

Se ha elaborado un formulario de derivación (Ver Anexo VI) que incluye la evaluación previa al ingreso realizada por el facultativo a cargo del paciente en el CSM de referencia. En ella deberá constar una impresión diagnóstica que permita discriminar posibles criterios de exclusión y una definición por parte del facultativo de referencia de los objetivos que se pretenden alcanzar con el

ingreso en este dispositivo. Incluiría, por tanto, anamnesis y exploración psicopatológica del caso y emisión de un diagnóstico diferencial psiquiátrico y médico (en coordinación con Pediatría/Neuropediatría (edades de 6 a 13 años) y AP/Neurología (edades de 14 a 17 años), incluyendo la estimación del Cociente Intelectual (CI) que tuviera el paciente.

5.2 Valoración inicial y acogida

Tras recibir el informe de derivación al HDIJ, se realizará una primera valoración en un plazo breve, en forma de entrevistas individuales y con la familia, que se llevarán a cabo de forma conjunta por parte del FEA de Psiquiatría y Psicología Clínica, con el fin de realizar una evaluación de la indicación del tratamiento. Como parte de dicho proceso se realizarán las coordinaciones necesarias con el CSM correspondiente, la UHP-IJ, o con otros dispositivos que hayan intervenido en el caso derivado con el fin de obtener o aclarar la información clínica acerca del paciente.

Esta primera evaluación tiene como objetivo valorar la indicación de tratamiento en HDIJ, para lo que se realiza una síntesis de la evolución de la situación clínica del paciente desde el inicio de sus dificultades y de la historia de tratamientos previos. Se da especial importancia a recoger la demanda de la familia y del paciente, así como sus expectativas con respecto al tratamiento en HDIJ, realizándose un ajuste de dichas expectativas en caso de ser necesario. Se informa de forma general de compromisos básicos con el tratamiento y se evalúa el grado de compromiso y capacidad de la familia y del paciente para el correcto aprovechamiento del dispositivo.

Al finalizar esta evaluación inicial pueden darse tres situaciones:

- 1. Programar el ingreso**, si hay plaza en el centro.
- 2. Pasar a lista de espera**, si es aceptado y no hay plaza en ese momento.
- 3. Exclusión** por no cumplir los criterios de inclusión en HDIJ. En este supuesto, se remitirá informe a su centro de referencia, para la búsqueda de otro recurso asistencial más apropiado a su situación.

Este informe explicará la causa de la no indicación de tratamiento en este dispositivo **Previo a que el ingreso en el HDIJ sea efectivo**, se completará la evaluación psiquiátrica y psicológica y se realizará la del resto de los miembros del equipo, incluyendo Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, y otros según necesidades. Con esto se pretende:

- Evaluar al paciente en todas sus áreas de desarrollo (cognitiva, emocional, relacional, psicológica, psicomotriz y académica) para conocer el nivel de desarrollo en cada una de ellas.
- Iniciar una relación terapéutica positiva que favorezca la confianza, colaboración, implicación y motivación para el proceso terapéutico.
- Explicar el funcionamiento del HDIJ, calmar la angustia habitual del paciente y la familia asociada a la derivación.
- Conocer al equipo terapéutico.

- Valorar por todo el equipo terapéutico, las posibilidades y objetivos terapéuticos y realizar el Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) correspondiente.

Con toda la información recogida se fija una **entrevista de devolución** a los padres y al paciente (según su edad), en la que se realizará un contrato terapéutico. Así mismo, los padres y el paciente (de forma adecuada a su edad y desarrollo) deben leer, aceptar y firmar los consentimientos pertinentes, en los que se hace hincapié en la necesaria implicación y colaboración en el tratamiento por parte de la familia, con el fin de evitar altas por abandono en relación con derivaciones inadecuadas y expectativas erróneas de las familias.

El HDIJ informará al CSM de la decisión tomada en la primera valoración, y de todo el proceso de evaluación hasta la toma a cargo del paciente. Hasta la finalización de la evaluación y el ingreso efectivo en el HDIJ, el facultativo a cargo del paciente en su CSM seguirá siendo el responsable de este y continuará con el régimen terapéutico que viene manteniendo.

En los casos de trastornos de conducta graves el orden en la lista de espera puede verse alterado hasta que el HDIJ dé el alta a otro paciente de similares características, de tal forma que el número de pacientes que presente dificultades graves de conducta en el centro se adecue a la capacidad de contención de este. Con ello se busca que no haya una interferencia con el tratamiento global del resto de los pacientes, ya que el equipo terapéutico debe velar por el mantenimiento de un ambiente terapéutico que permita el desarrollo de los planes de tratamiento del conjunto de los pacientes.

Desde el momento en que el paciente inicia su tratamiento en el HDIJ, el equipo terapéutico asume la responsabilidad y la dirección en la toma de decisiones respecto al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. A la vez, se establecerá una coordinación periódica con los profesionales de referencia del CSM o con otros dispositivos o instituciones sanitarias o no sanitarias cuya intervención sea necesaria. De acuerdo con los profesionales derivantes y si así se propone en el PTI, se valorará la posibilidad de realizar consultas de seguimiento con el FEA de referencia en el CSM correspondiente, con la finalidad de mantener la vinculación del paciente y facilitar la transición a un seguimiento ambulatorio normalizado en el momento del alta del HDIJ.

Una vez el paciente esté admitido en el programa de hospitalización parcial, iniciará su incorporación en el Grupo Comunitario y en aquellas terapias individuales o grupales más adecuadas para su caso en particular. En ellas se observará:

- Su desempeño y actitud de relación ante las tareas y normas del centro.
- La cualidad de relación con su grupo de pares (capacidad para establecer vínculos afectivos).
- La cualidad de su relación con el personal terapéutico del centro.
- La capacidad del grupo para acoger, contener y ayudar al paciente. Esto no solo dependerá de la psicopatología del paciente sino también de la composición y el momento evolutivo del grupo.

5.3 Evaluación Clínica (Psicología Clínica y Psiquiatría)

El HDIJ es un espacio privilegiado para la observación de los funcionamientos mentales, el diagnóstico y el tratamiento intensivo de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves. Así, uno de los objetivos fundamentales del HDIJ es, además de confirmar el diagnóstico principal o realizar un diagnóstico diferencial y determinar los posibles trastornoscomórbidos, realizar un análisis coherente y detallado de las necesidades del niño o adolescente.

La evaluación realizada en HDIJ va a partir de las evaluaciones previas tanto del CSM correspondiente, UHP-IJ, como del ámbito educativo, pudiendo contar con la evaluación realizada por el Equipo de Orientación Educativo (EOE) si la hubiese. Toda esta información recogida se completa en aquellas áreas necesarias hasta conseguir una evaluación completa e integral cuyos **principales objetivos** son:

- Completar y actualizar evaluaciones previas existentes para determinar no solo el estado psicopatológico actual del paciente sino también su estilo de funcionamiento mental y estructuración de la personalidad.
- Iniciar un vínculo terapéutico con el paciente y la familia que serán activamente incluidos desde el principio tanto en la evaluación como en la elaboración del PTI.
- Obtener una imagen clara del funcionamiento familiar y de las zonas de vulnerabilidad, recursos y fortalezas del paciente y su familia.
- Obtener información específica para guiar las diferentes intervenciones en distintas áreas.
- Obtener una línea base de funcionamiento en diferentes áreas que podamos utilizar como monitorización de la mejoría y consecución de objetivos de forma que se pueda objetivar la efectividad de las intervenciones.

De forma general, la evaluación clínica, a través de entrevistas con el paciente y la familia incluirá todos los aspectos que se recogen en los Cuadros 9, 10 y 11.

Cuadro 9. Aspectos recogidos en la entrevista clínica

Antecedentes médico-quirúrgicos y psiquiátricos.

Antecedentes biográficos y sociales.

Historia de desarrollo evolutivo completa

Estructura familiar incluyendo antecedentes médicos y psiquiátricos de las figuras cuidadoras, genograma, dinámica intrafamiliar e impacto en la familia de la sintomatología del paciente.

Evaluación psicopatológica.

Factores de riesgo y circunstancias vitales estresantes.

Funcionamiento psicosocial (ámbito psicológico, familiar, social, educativo...).

Tratamientos previos.

Cuadro 10. Aspectos esenciales para la planificación y el éxito del tratamiento del niño y adolescente.

Los factores e influencias del contexto en el que se ha desarrollado el TMG.

Las reacciones del niño o adolescente frente al problema, su estructura de personalidad, su estilo defensivo, la capacidad de afrontamiento y el concepto de sí mismo.

El entorno social y cultural del niño o adolescente.

Las actitudes del niño o adolescente y de sus familiares hacia los servicios y tratamientos.

La motivación al cambio del niño o adolescente y su familia.

El impacto del TMG en sus vidas y las de sus familias.

La influencia del nivel intelectual y funcionamiento premórbido en la manifestación del TMG y en su pronóstico.

Cuadro 11. Valoración del riesgo específico en cada caso

Suicidio/autolesión.

Situaciones de riesgo y negligencia.

Violencia, agresión.

Victimización por otros.

Incumplimiento del tratamiento.

Alta voluntaria.

Abuso de sustancias psicoactivas.

Riesgos para la salud (p.ej.: conductas sexuales de riesgo).

5.3.1 Exploraciones médicas complementarias

En el proceso de evaluación o durante el seguimiento del paciente en el HDIJ, dependiendo de las características clínicas, evolución y tratamiento del paciente, podrá considerarse necesario la realización de algunas exploraciones complementarias, tales como un **ECG** o las siguientes **pruebas de laboratorio** (McClellan et al., 2013):

- Bioquímica con perfil lipídico, hepático y renal, ferritina, Vitamina B12, folato.
- Pruebas de función tiroidea.
- Serologías.
- Hemograma.
- Sistemático y sedimento de orina. Test de embarazo si procede.
- Determinación de tóxicos en orina.

Así mismo se solicitará **prueba de imagen cerebral (preferentemente RMN)** (Grupo de trabajo Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental -CIBERSAM-, 2014)

yEEG en casos con antecedentes personales o familiares de epilepsia o sospecha de patología neurológica asociada (Manchanda et al., 2008) con el fin de realizar un correcto despistaje orgánico.

Durante todo el proceso de atención del paciente se recomendará en caso necesario, la valoración de otros problemas de salud por parte de su Médico o Pediatra de Atención Primaria y se podrán solicitar interconsultas a otras especialidades médicas.

5.3.2 Evaluación Psicodiagnóstica y Neuropsicológica

El desarrollo del niño y del adolescente no solo abarca los aspectos físicos del crecimiento y la maduración que impulsan la adquisición de las capacidades motrices, cognitivas y neuropsicológicas, si no también todo aquello que permite el surgimiento de la propia identidad, los afectos y su modulación, la instauración de mecanismos de afrontamiento y defensivos y los patrones de interacción que van constituyendo la estructura de la personalidad. Por eso, la evaluación completa abarca una serie de áreas diferentes (Ver Tabla 3).

La evaluación psicodiagnóstica es un complejo proceso de toma de decisiones, en el que la utilización de diferentes pruebas psicométricas sirve de apoyo. Por ello, en cada una de las áreas de valoración se han seleccionado una serie de instrumentos de evaluación que consideramos más adecuados, de acuerdo a los criterios de adecuación a nuestra población, calidad psicométrica y existencia de validación española. Se ha intentado también abarcar diferentes fuentes de información: familia, propio paciente y observación del clínico. La decisión de utilización de unos u otros dependerá de la edad del paciente, sus características individuales y sus necesidades.

Tabla 3. Instrumentos de valoración psicodiagnóstica/neuropsicológica (niños/adolescentes)

Ámbitos de Valoración	Instrumentos Seleccionados
Valoración del desarrollo Evolutivo y la Psicomotricidad. La recogida de datos de la anamnesis y la recopilación de	- Cuestionario de Factores de Riesgo LISMEN (Artigue et al., 2016) - Escalas McCarthy de Aptitudes y

<p>informes clínicos puede completarse con la recogida sistematizada de los factores de riesgo para el TMG, que dan también información sobre la gravedad y el pronóstico, y por otra parte, con las escalas de desarrollo, de gran utilidad para situar la línea base en cuanto al desarrollo cognitivo y psicomotor en los niños más pequeños.</p>	<p>Psicomotricidad (McCarthy, 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de desarrollo Battelle(Newborg et al., 2011). - DP-3. Perfil de desarrollo-3 (Alpern, 2018)
<p>Valoración de capacidad intelectual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de inteligencia Wechsler (WPPSI-IV, WISC-V, WAIS-IV). (Wechsler, 2012, 2014, 2015)
<p>Valoración de las competencias de relación, comunicación y lenguaje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CELF-5 Evaluación Clínica de los Fundamentos del lenguaje 5 (Wiig et al., 2018) - Observación del Juego Simbólico: Caja de Juego Simbólico y sistema de observación y clasificación del desarrollo del juego (Maganto y Cruz, 1997).
<p>Valoración de los aspectos emocionales y de la personalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SENA Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto et al., 2015) - MACI (Inventario Clínico para adolescentes de Millón) (Millón, 1993) - AF-5 Autoconcepto Forma 5 (García y Musitu, 2014) - A-D Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas (Seisdedos, 1995) - Pruebas Proyectivas (Ávila et al., 1997;Siquier de Ocampo et al., 1976)
<p>Valoración de habilidades adaptativas, autonomía, funcionalidad y conductas disruptivas.</p> <p>Se añadirá a la valoración hecha por Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Enfermería y Trabajo Social para determinar el grado de disfuncionalidad (Eje VI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ABAS-II Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa. (Harrison y Oakland, 2013) - TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. (Hernández-Guanir, 2015) - Escala de Evaluación del Funcionamiento Global para Menores (Children's GlobalAssessmentScale, CGAS) (Shaffer et al., 1983; Ezpeleta et al., 1999) - EscalasHoNOSCA (Escala HONOS para niños y adolescentes). Listado de Sintomatología y gravedad. (Gowers et al., 1999)
<p>Valoración de la parentalidad y el Funcionamiento familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - E2P Escala de Parentalidad Positiva (GómezMuzzio y Muñoz Quinteros, 2014) - ESPA29 Escala de Socialización Parental en la

	Adolescencia (Musitu y García, 2001)
<p>Valoración de funciones cognitivas:</p> <p>Esta valoración se realizará de forma que sus resultados sean de utilidad y apoyados en las observaciones clínicas. Se trataría de poder evaluar funciones, no realizar diagnósticos a través de ellas, lo que nos puede permitir a posteriori definir objetivos de intervención y posibles indicadores de evolución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - NEPSY-II Batería Neuropsicológica Infantil (Korkman et al., 2014) - BRIEF-2 Funciones Ejecutivas (Gioia et al., 2017) - BRIEF-P Funciones Ejecutivas (Gioia et al., 2016) - Test Visomotor de Bender (Bender, 1984) -Batería Neuropsicológica CUMANES (Portellano et al., 2012) - ENFEN (Portellano et al., 2009) - Figura de Rey (Rey, 1980) - Perfil sensorial-2 (Dunn, 2016)
<p>Psicopatología y Pruebas específicas</p> <p>Para establecer presencia y gravedad del TGD.</p> <p>Para valoración de trastornos específicos (TEA, PEP/FIP, TCA...etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Minikid Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (Sheehan et al., 2010) - Instrumentos para evaluación de la Ansiedad y depresión: - Inventarios de Beck para niños y adolescentes-2 (BYI-2) (Beck et al., 2017) - BSPS (Escala breve de fobia social) (Davidson et al., 1997) - Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) (Al-Halabietal. 2016) - Instrumentos para la evaluación de TEA: - ADOS-II Escala Observacional para el Diagnóstico de Autismo (Lord et al., 2015) - ADI-R Entrevista para Diagnóstico de Autismo Revisada. (Rutter et al., 2011) - Instrumentos para la evaluación TCA: - EAT (Cuestionario de actitudes ante la alimentación) (Castro et al., 1991) - EDI (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria) (Garner, 2010) - Cuestionario BSQ de satisfacción con la imagen corporal. (Cooper et al., 1987) - Instrumentos para la evaluación de Sintomatología Psicótica: - K-SADS-PL (Kiddie Schedule for Affective

	<p>Disorders and Schizophrenia) (Ulloa et al., 2006).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Clínica Estructurada para Síndromes Prodrómicos, SIPS (McGlashan et al., 2001) - Escala para la evaluación de los síntomas psicóticos PSYRATS (González et al., 2003) - PANSS (Escala para el síndrome positivo y negativo de la Esquizofrenia) (Peralta y Cuesta, 1994) - YMRS (Escala de Young para la evaluación de la manía) (Colometal., 2002) - Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDS) (Sarró, 2001) - Escala de ajuste premórbido (Premorbid Adjustment Scale (PAS) (Álvarez et al., 1987) - Otros: - CY-BOCS (Escala de Yale-Brown para la evaluación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños) (Ulloa et al., 2004) - EDAH (Evaluación del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) (Ferré y Narbona, 2001) - Escala de Impulsividad de Barratt BISII-A (Martínez-Loredo et al., 2015) - A-DES Escala de Experiencias Disociativas para adolescentes (Armstrong et al., 1997) - CDC (Child Dissociative Checklist) (Putnam et al., 1993) - Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (Gómez-Simón et al., 2014)
--	--

5.4 Valoración de Enfermería

La valoración enfermera del paciente incluido en el programa de HDIJ se realiza acorde a la metodología enfermera implantada en el SESPA.

En el contexto del desarrollo del *Plan de Cuidados de Enfermería*, como primer paso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE, ver Anexo II), se valoran las necesidades del paciente con la perspectiva del marco conceptual de Virginia Henderson (1995), planteando una valoración por Dominios

diagnósticos de la NANDA-I (Herdman y Kamitsuru, 2015). Mediante la realización de esta Valoración Enfermera llegaremos a la identificación de los problemas del paciente, enunciados acorde a la Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros de la NANDA-I.

Desde la perspectiva del trabajo del profesional de Enfermería en esta etapa del proceso asistencial al paciente en HDIJ, se desarrollarían de forma prioritaria las dos primeras fases del PAE, que serían la Valoración Enfermera y el Diagnóstico.

Se puede definir la **Valoración de Enfermería** como el “proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizado a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las actividades que puedan ayudarle” (Phaneuf, 1999). Consiste en la recogida y análisis de información relevante del paciente. Su finalidad es conocer la situación real de salud de la persona en un momento determinado, cómo la vive y qué respuestas genera ante la misma.

Para garantizar la correcta valoración del paciente, se realizará de la siguiente forma:

- **Recogida de datos:** antes de contactar con el paciente, durante la entrevista y después de la entrevista (revisión de recursos no consultados previamente). Se obtienen datos directos (del paciente) y datos indirectos (de fuentes secundarias –familia, registros, historia anterior...-). Esta información se recoge mediante la entrevista (datos subjetivos –percepciones del paciente-), y la exploración y observación: (datos objetivos – información medible-). Podemos ver en la Tabla 4 las variables clínicas a valorar.
- Validación o análisis de la información: verificación de los datos obtenidos. Evita la omisión de información y/o la comprensión errónea de la misma, minimizando el riesgo de cometer errores al identificar problemas.
- Organización de la información: se agrupan los datos para tener una visión general de la situación de salud. Facilita la identificación de necesidades de cuidado.

Tabla 4. Variables clínicas por Dominios

Dominio	Variables Clínicas
1. Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adherencia al plan terapéutico. ▪ Conciencia y actitud ante la enfermedad. ▪ Hábitos tóxicos.
2. Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación nutricional. ▪ Intolerancias alimentarias. ▪ Hábitos alimentarios. ▪ Existencia de conductas restrictivas/purgativas. ▪ Actitud ante la comida.

3. Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patrón intestinal ▪ Existencia de enuresis.
4. Actividad/reposo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad del sueño. ▪ Otros problemas del sueño (sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas...). ▪ Ayudas para dormir. ▪ Autocuidado (aspecto general, uso adecuado de prendas de vestir...). ▪ Grado de actividad ABVD/AIVD ▪ Ejercicio físico. ▪ Equilibrio de la energía (sensación de agotamiento, cambios en el grado de actividad...).
5. Percepción/cognición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientación. ▪ Sensación/percepción (existencia de alteraciones sensorio perceptivas, características...). ▪ Cognición (alteraciones de la conciencia, problemas de memoria, concentración, comprensión, trastornos del curso del contenido y/o contenido del pensamiento, problemas de aprendizaje...). ▪ Comunicación (problemas del lenguaje, ritmo verbal...).
6. Auto percepción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoconcepto. ▪ Autoestima. ▪ Percepción imagen corporal. ▪ Estado de ánimo y respuesta emocional. ▪ Expectativas de futuro.
7. Rol/relaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidador principal /tutor legal. ▪ Relaciones familiares (convivencia, actitud de la familia ante la enfermedad, ambiente familiar...). ▪ Red social. ▪ Información del curso escolar (absentismo, necesidades especiales, cambios de colegio...).
8. Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Función sexual (satisfacción con su sexualidad, relaciones, problemas asociados...). ▪ Reproducción (ciclo menstrual, métodos anticonceptivos...). ▪ Identidad sexual.
9. Afrontamiento/tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respuestas de afrontamiento. ▪ Pérdidas importantes. ▪ Grado de motivación para el cambio. ▪ Respuesta familiar. ▪ Antecedentes traumáticos.
10. Principios vitales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores/creencias significativas.
11. Seguridad/protección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes de conductas. autoagresivas y/o heteroagresivas.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo de conductas auto/heteroagresivas. ▪ Ideación autolítica.
12. Confort	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confort físico. ▪ Confort del entorno. ▪ Confort social.
13. Crecimiento/ desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo psicomotor. ▪ Desarrollo del lenguaje. ▪ Alteraciones del crecimiento y desarrollo. ▪ Control de esfínteres.

A la valoración recogida en la Tabla 4, se añade la información recogida a través del uso de escalas de valoración específicas (Tabla 5) para las siguientes categorías: calidad de vida, estrés parental y satisfacción percibida con el servicio.

Tabla 5. Instrumentos de recogida de datos

Ámbitos de Valoración	Instrumentos Seleccionados
Calidad de vida (Salud y bienestar de niños/as y adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KIDSCREEN-52. Para niños/as y adolescentes de 8 a 18 años. (Aymerich et al, 2005). ▪ KIDSCREEN-52. Versión para padres. (Aymerich et al., 2005).
Estrés parental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PSI-SF. Cuestionario de Estrés Parental (versión abreviada). (Solís y Abidin, 1991).

Una vez recogida y validada la información, y organizados los datos obtenidos durante el proceso de valoración del paciente, se pasaría a la fase de **Diagnóstico**, que sería la identificación por parte del profesional de enfermería de los problemas del paciente (individuo, familia o comunidad).

Los diagnósticos aprobados por la NANDA se organizan según una estructura taxonómica (Taxonomía II), revisada y aprobada en la conferencia NANDA, NIC y NOC de 2002.

5.5 Valoración de Terapia Ocupacional

Tanto en la evaluación como en la planificación y puesta en marcha de la intervención se siguen el *Marco de Trabajo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional* (American Occupational Therapy Association, AOTA, 2008). Se trata de obtener información sobre las áreas ocupacionales del niño o del adolescente en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social. Se evaluará también mediante fuentes directas o indirectas de evaluación, la manera en que en estas áreas ocupacionales influyen las destrezas de la ejecución, los patrones de la ejecución, demandas de la actividad, características de las personas y contextos.

El objetivo general es conocer el desempeño ocupacional del paciente, su contexto y aquellas ocupaciones, actividades y tareas con las que se siente identificado y que le pueden suponer una herramienta de cambio personal.

A partir de esta evaluación se elabora un perfil ocupacional y un análisis de la ejecución ocupacional.

En el **perfil ocupacional** se incluirá información sobre el niño o adolescente, sus necesidades, sus problemas y las preocupaciones de su ejecución en las áreas de ocupación. En él también se recoge el historial ocupacional y experiencias del niño o adolescente teniendo en cuenta los patrones de la vida diaria, los intereses, valores y necesidades.

El **análisis de la ejecución ocupacional** se centra en reunir e interpretar la información utilizando instrumentos de valoración diseñados para observar, medir y examinar los factores que apoyan o limitan el desempeño ocupacional. La selección de estos instrumentos de valoración se realiza en función de las necesidades de evaluación, diferentes en cada caso.

Las áreas ocupacionales que pueden estar afectadas en los pacientes del Hospital de Día Infantojuvenil, junto con las escalas de valoración seleccionadas desde Terapia Ocupacional son las reflejadas en la Tabla 6.

Tabla 6. Áreas ocupacionales y herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional

Áreas Ocupacionales	Herramientas de Evaluación
ABVD AIVD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BELS (Jiménez et al., 2000) ▪ Autoevaluación Ocupacional (COSA) (Keller et al., 2006)
Juego Ocio y Tiempo Libre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listado de intereses de Matsutsuyu (Rogers et al., 1978) ▪ Autoevaluación Ocupacional (COSA).
Participación Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listado de intereses de Matsutsuyu (Rogers et al., 1978)

Estas áreas de ocupación pueden estar afectadas por la existencia de un problema en las destrezas de ejecución. Se detallan a continuación los ámbitos de evaluación y las posibles escalas estandarizadas a utilizar en cada caso (Tabla 7).

Tabla 7. Destrezas de la ejecución y herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional

Destrezas de la Ejecución	Herramientas de Evaluación
SensorialesMotoras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de HabilidadesMotoras y de Procesamiento (Assessment of Motor and Process Skills AMPS) (Fisher y Bray Jones, 2010) ▪ Escala de Evaluación comprensiva de TO (COTE) (Bellido et al., 2015).
RegulaciónEmocionalCognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Evaluación comprensiva de TO (COTE) ▪ Valoración de HabilidadesMotoras y de Procesamiento (Assessment of Motor and Process Skills AMPS) ▪ Cuestionario Volicional (VQ) (De las Heras et al., 1998) ▪ Cuestionario Volicional Pediátrico (PVQ) (Basu et al., 2003)
Comunicación Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Evaluación comprensiva de TO (COTE) ▪ AutoevaluaciónOcupacional (COSA) ▪ Valoración de HabilidadesMotoras y de Procesamiento “Assessment of Motor and Process Skills” (AMPS)

También se evalúan los patrones de ejecución de las Actividades de la Vida Diaria en los que se hace hincapié en estas edades, así como los contextos y entornos en cada momento utilizando las herramientas de las tablas 8 y 9.

Tabla 8. Patrones de ejecución y herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional

Patrones de Ejecución	Herramientas de Evaluación
Hábitos y Rutinas Roles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario Ocupacional (Smith et al., 1986) ▪ Autoevaluaciónocupacional (COSA)

Tabla 9. Contextos y entornos y herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional

Contextos yEntornos	Herramientas de Evaluación
Cultural, Personal, Físico Social, Temporal, Virtual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoevaluaciónocupacional (COSA)

5.6 Valoración de Trabajo Social.

La evaluación del Trabajador Social tiene como objetivo la realización de una completa Historia Social del paciente que permite conocer las interacciones existentes entre los distintos contextos que

influyen en la salud mental e integral del niño/adolescente: social, educativo, familiar, económico y cultural (Garcés Trullenque, 2010)

Para obtener toda la información necesaria se requieren una o, habitualmente varias entrevistas individuales, con los padres o tutores y entrevistas familiares. A esta información se añade también la información recogida de otras fuentes, tras coordinación con otras instituciones implicadas y lectura de informes y documentación. En algunos casos podrían realizarse visitas domiciliarias para completar la información y el adecuado seguimiento de la situación socio-familiar del paciente. La evaluación puede apoyarse también en el uso de instrumentos de evaluación (Tabla 11).

La evaluación implica un análisis contextual de la situación social del niño o adolescente, se evalúa el funcionamiento social desde una perspectiva de interacción entre el paciente (aspectos físicos, psicológicos y sociales) y su medio familiar y social, es decir, su entorno inmediato y social, integrando una reflexión crítica de los aspectos sociales que influyen en las situaciones y los problemas.

Aunque se enfatiza la investigación sobre las necesidades sociales y dificultades que pueda presentar la familia, es importante recabar también las fortalezas o puntos fuertes en los que poder apuntalar la intervención que está dirigida siempre a apoyar la recuperación del menor teniendo en cuenta a su entorno.

Se atenderá especialmente a tres puntos:

- Identificar los **factores sociales y los condicionantes socioeconómicos y culturales influyentes en el proceso de salud-enfermedad** del niño/adolescente.
- **Evaluar potenciales situaciones de riesgo** y evaluación completa en caso de sospecha de situación de riesgo/desamparo del menor.
- **Comprensión global de la problemática social** del paciente y su familia, no solo las dificultades, sino también el potencial del niño/adolescente, especialmente, de su entorno.

Esta evaluación abarca tres dimensiones; características del menor, características de su familia y características del entorno (López Lázaro y Garcés Trullenque, 2017):

Tabla 10. Dimensiones de evaluación de Trabajo Social

Dimensión	Información Imprescindible
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación Jurídica del Menor (Tutor/es legales, guarda y custodia...etc.) ▪ Situación e Historia de Escolarización ▪ Historia Migratoria si existe (condiciones de salida del país de origen, di-

Situación social del menor	<p>ficultades, circunstancias de llegada, pérdida de red de apoyo social, obstáculos para la educación, utilización de servicios, adaptación al país de acogida, sentimiento de pertenencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de necesidades, y riesgos del menor ▪ Evaluación de fortalezas ▪ Genograma ▪ Identidad sociocultural (origen social, práctica religiosa o espiritual, cultura de pertenencia, creencias y valores culturales)
Situación de la familia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura de la familia, funcionamiento y capacidad parental ▪ Situación socio-económica y laboral de ambos padres/tutores. ▪ Identificación de Necesidades de la familia y evaluación de riesgos. ▪ Identificación de Redes de Apoyo y Apoyo Social percibido. ▪ Responsabilidades parentales, familiares y sociales de la familia. ▪ Historia de Migración si existe. ▪ Identidad socio-cultural y religiosa.
Características del entorno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entorno inmediato: red de la familia, calidad de los lazos, evaluación de la necesidad de apoyo, condiciones de vida, características del barrio, recursos formales y accesibilidad. ▪ Entorno social: valores, normas de una sociedad y de la comunidad de pertenencia de la persona y su percepción del TM o del cuadro psicopatológico, políticas sociales y económicas.

Tabla II. Instrumentos de evaluación de Trabajo Social.

Áreas de Evaluación	Instrumentos de Evaluación
Valoración de la vulnerabilidad, riesgo de desprotección y resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumento VALORAME (Molina Facio y Martínez Bermúdez, 2016) ▪ Taxonomía de las necesidades del niño (López Sánchez, 1995)
Competencia parental y funcionamiento familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración conjunta con Psicología Clínica utilizando la Guía para la evaluación de las competencias y la Resiliencia parental (Barudy y Dantagnan, 2010)
Situaciones vitales estresantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario Familiar de eventos vitales (F-ECV) (Musitu et al., 2001)
Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Evaluación del apoyo Social (CAS1-ADy CAS2-AD) (Musitu et al., 2001)

6. Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)

Este Plan de Tratamiento depende directamente de los resultados obtenidos en la evaluación realizada por los diferentes profesionales y será el producto de la coordinación y consenso del equipo, y del equipo con la familia y el menor.

En todo caso, el PTI deberá reflejar las fortalezas y debilidades del paciente e identificará las áreas y focos terapéuticos, objetivos de tratamiento y métodos que serán utilizados para conseguir dichos objetivos. Se tratará de que todos los aspectos relativos a las actuaciones terapéuticas, actividades e intervenciones planificadas queden lo más definidas posibles. En el caso específico de los pacientes que presentan un primer episodio psicótico/fases iniciales de psicosis, es en el momento de la elaboración del PTI cuando el equipo terapéutico decide la indicación de hospitalización parcial o atención ambulatoria intensiva.

El PTI está abierto a las modificaciones necesarias fruto de revisiones realizadas en el transcurso del día a día en el HDIJ, y será sometido a evaluaciones formales periódicas especificadas en el propio PTI dependiendo del caso.

El objetivo principal es el de servir de guía para el equipo y de contrato terapéutico para el paciente y su familia durante todo el proceso desde la entrada en el HDIJ hasta el alta. Pero también tiene un objetivo práctico de facilitar el acceso a información clínica y organizativa importante de forma rápida y sirve de forma de monitorización continuada del funcionamiento de los tratamientos y del equipo.

Se propone el siguiente modelo para elaboración y registro del PTI (Adaptado de Villero Luque et al., 2016):

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos:

NºHª Clínica:

Edad:

Fecha de inclusión:

Fecha de Elaboración del Plan:

Facultativo de Referencia en CSMIJ:

Facultativo de Referencia en HDIJ:

Enfermera de Referencia en HDIJ:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL NIÑO

Fecha de nacimiento:

Centro Educativo y Curso académico:

Tutor/Orientador:

Población.

Padres/tutores legales:

Número de contacto:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes médico-quirúrgicos:

Antecedentes de salud mental:

Estructura familiar (ocupación de los padres y antecedentes médico-psiquiátricos: árbol y breve descripción de la dinámica)

Factores de Riesgo
Estresores vitales
Motivo de derivación:
Demanda de la familia y el paciente:
Enfermedad actual:
Tratamiento farmacológico actual y previos:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Médicas
Escalas y entrevistas diagnósticas
Test Proyectivos
Pruebas Neuropsicológicas

FORMULACIÓN DEL CASO

Evaluación del estado mental (Manzano Garrido, 2005; Palacio Espasa y Dufour, 2003)
Evaluación del patrón de apego
Listado de problemas según Dominios diagnósticos de la NANDA-I (Enfermería)
Evaluación ocupacional
Aproximación diagnóstica: Diagnóstico multiaxial CIE-10. (OMS, 1996)
Nivel de funcionamiento (CGAS, ABAS-II, HoNOSCA)
Fortalezas y habilidades del niño

NECESIDADES

Pedagógicas
Comunitarias
De la familia
Formativo-vocacionales
De ámbito social

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

1. OBJETIVOS CON EL NIÑO/ADOLESCENTE
 - Objetivos semestrales
 - Objetivos anuales
 - Objetivos para alta del dispositivo
2. OBJETIVOS CON LA FAMILIA
3. OBJETIVOS CON EL CENTRO EDUCATIVO
4. OBJETIVOS EN LA COMUNIDAD

INTERVENCIÓN POR PROFESIONAL

Psiquiatría
Psicología Clínica
Enfermería
Terapia Ocupacional
Trabajo Social

PROGRAMACIÓN DE ACTUACIONES EN HOSPITAL DE DÍA

Fecha de Incorporación Hospitalización Parcial:
Unidad:
Actividades:

Fecha de Incorporación Atención Intensiva Ambulatoria:

Adherencia al tratamiento:

Fecha revisión PTI:
Fecha Prevista de Alta:

7. Programa de Hospitalización Parcial

7.1 Modelo Teórico y Principios Terapéuticos

El HDIJ parte de un modelo que podría denominarse *comunidad terapéutica*, ya que implica la utilización de la experiencia vital global, los abordajes múltiples y la utilización de la estructura del dispositivo sanitario y del equipo, como instrumento terapéutico al modo de un sistema social en el que todos los miembros (pacientes y equipo terapéutico) se influyen recíprocamente. En suma “*un ambiente estructurado con variedad de relaciones humanas, interacciones emocionales satisfactorias, oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencias, manejo de situaciones nuevas y el desarrollo de competencias personales y sociales*” (AlcamíPertejo, 1992). Se utiliza de forma terapéutica la escucha y comprensión tanto de la dinámica emocional del niño o adolescente como la comprensión de la dinámica grupal y del funcionamiento del equipo, siendo imprescindibles las reuniones de síntesis por parte del equipo terapéutico.

El modelo psicoterapéutico de partida sería el *modelo relacional* (Altman et al., 2002), integrando diferentes técnicas psicoterapéuticas, médicas, psicoeducativas, pedagógicas y ocupacionales todas encaminadas al establecimiento del vínculo y a la comprensión de la dinámica emocional de cada niño y adolescente, centradas en potenciar sus capacidades y mejorar su organización psíquica.

Los **principios de la hospitalización parcial** son:

- Abordaje específico e integral centrado en el paciente, en su familia y en su entorno.
- Utilización terapéutica de la estructura del dispositivo sanitario y su equipo.
- Multidisciplinariedad y coordinación.
- Plan de Tratamiento Individualizado integrado por actividades grupales de composición heterogénea en cuanto al diagnóstico y homogénea en cuanto al desarrollo evolutivo.
- Integración de distintos abordajes psicoterapéuticos bajo un modelo relacional.

7.2 Objetivos del Tratamiento

Los objetivos del abordaje terapéutico serían los siguientes (Pedreira, 2001):

- Actuar de una manera intensiva y prolongada en el tiempo sobre el cuadro clínico del paciente buscando mejoría, la disminución y en su caso la desaparición de los síntomas con la remisión total o parcial del cuadro clínico, favoreciendo avanzar en su proceso de desarrollo.
- Actuar de una manera integral tomando como objetivo de tratamiento todas las áreas afectadas, a través del trabajo en equipo en un ambiente estructurado, que permite el desarrollo de un proceso terapéutico global que reduzca las posibles secuelas tendiendo a la

estabilidad del proceso clínico. Debería conseguirse espaciar las posibles recaídas, disminuir la intensidad de las posibles crisis evolutivas del proceso clínico y minimizar el impacto del posible deterioro posterior.

- Intervenir, al contar con equipos multidisciplinares, sobre las circunstancias individuales, familiares (figuras parentales, hermanos u otras figuras significativas del entorno familiar), escolares y sociales que modulan el inicio, curso, la respuesta a los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad.
- Propiciar una continuidad de cuidados a través de las actividades de coordinación tanto al ingreso como al alta y durante todo el proceso terapéutico. El objetivo es reducir también las consecuencias sociales tanto de los trastornos psiquiátricos como del propio ingreso, promoviendo y mejorando la actitud y la colaboración del entorno inmediato del paciente.
- Incidir sobre los procesos de aprendizaje y sociabilización, favoreciendo una actitud positiva del centro escolar para desarrollar programas psicopedagógicos y pedagógicos adaptados a los pacientes con este tipo de dificultades y cuadros clínicos. De igual forma se debe incidir en las familias y sobre el propio paciente, con el fin de revalorizar el proceso de aprendizaje y no abandonarlo a pesar de las dificultades que pudieran surgir, sobre todo por el impacto negativo que estos abandonos comportan. Esta intervención se dirige hacia la inserción y rehabilitación sociales y para favorecer el proceso de desarrollo. Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, la reincorporación al medio escolar normalizado se supervisa de forma especial.
- Facilitar la observación estrecha y evaluación de cara a un diagnóstico diferencial cuando este es difícil de realizar desde otros dispositivos.

El objetivo último sería **recuperar o conseguir la capacidad de vida autónoma y relacional, de acuerdo a su edad**. Se pretende la aparición de nuevas formas de funcionamiento mental y de intercambios relacionales con el otro. Para ello resulta imprescindible disminuir su sintomatología psiquiátrica, prevenir o reducir sus recaídas o el deterioro que se produce, y mejorar su integración familiar, escolar y social.

7.3 Proceso de tratamiento en el Programa de Hospitalización Parcial

El proceso de tratamiento del programa de hospitalización parcial del HDIJ recae sobre tres ejes fundamentales e inseparables: la creación del vínculo con el dispositivo a través de los profesionales de referencia, creación de un entorno terapéutico y la programación de intervenciones terapéuticas.

7.3.1 Profesionales de referencia

A nivel individual, cada paciente tendrá un clínico/a responsable (terapeuta de referencia) que actuará como coordinador del caso; y un enfermero/a de referencia (U. Adolescentes) o enfermera/o cuidador principal (U. Infantil), que se le asignan en el momento de la inclusión en el HDIJ. Ambos

formarán una unidad funcional cuya labor principal será la creación de una relación estable y de confianza entre el menor y el equipo terapéutico.

En la franja de edad de 6-12 años es necesario establecer una relación diferenciada con alguno de los miembros del equipo, que pueda reducir la angustia y servir de puente a la relación con el resto del equipo, así como facilitar el tratamiento. Lo recomendable es que cada miembro del Equipo Terapéutico de Referencia (FEA y Enfermería) de la Unidad de Infantil del HDIJ tenga un máximo de 4 niños/as a su cargo.

En la franja de 12-17 años, es necesaria también la figura de referencia que se adapte a la necesidad de vinculación del paciente de un modo adecuado al momento evolutivo. La recomendación es que cada FEA de referencia tenga 6 adolescentes a su cargo como máximo mientras que la Enfermera Especialista en Salud mental asignada a la U. Adolescentes ejercerá de referencia para todo el grupo.

Cuadro 12. Funciones específicas del Facultativo de Referencia (Terapeuta de Referencia)

- Valoración psicopatológica y diagnóstico clínico.
- Integrar la información y valoraciones aportadas por todo el equipo terapéutico durante la evaluación inicial y elaboración del PTI del paciente y sus sucesivas revisiones.
- Diseño del plan psicoterapéutico individual y familiar que se llevará a cabo en coordinación con otros clínicos del equipo y/o en coterapia según se recoge en el PTI.
- Supervisión y coordinación de las actividades terapéuticas en las que está incluido el paciente.
- Responsable de las coordinaciones con los dispositivos de la red de Salud Mental de referencia del paciente, así como la coordinación con otros dispositivos de atención al menor (otras especialidades sanitarias, Servicios Sociales, Educación, Justicia).
- Valoración de las urgencias y situaciones de crisis del paciente a cargo.
- Responsable de la comunicación con la familia del paciente.
- Coordinación estrecha y frecuente con la enfermera de referencia del paciente y el resto del equipo, integrando y ayudando a elaborar toda la información, incidentes, conflictos y necesidades del paciente.
- Responsable de la cumplimentación de los formularios necesarios en historia clínica y de la elaboración de los informes clínicos necesarios.

Cuadro 13. Funciones específicas de la Enfermera/o de referencia (U. Adolescentes) y Enfermera/o cuidador principal (U. Infantil)

Recibir a los pacientes a primera hora de la mañana en la puerta, en ocasiones con un breve intercambio de información con la persona que les trae, y acompañarlos a la sala donde se lleve a cabo la primera actividad.

Acompañarlos en el diario ir y venir de las rutinas del HDIJ, especialmente durante el periodo de

acogida (acompañarlos a las aulas docentes, diferentes actividades...etc.) y en todas aquellas situaciones grupales e individuales en las que su presencia puede ser necesaria.

Acompañamiento y vigilancia durante el tiempo de recreo y en la vuelta al HDIJ.

Seguimiento y control a nivel individual (cuidados generales de enfermería y administración de medicación).

Actividades de cuidado (incluyendo hábitos alimentarios, higiene...) según las necesidades del paciente.

Intervenir cuando la relación entre los pacientes se ve dificultada por las rivalidades y los sentimientos de exclusión, evitando que estas dificultades frenen el disfrute de las actividades, experiencias, tiempos y personas.

Acompañar al paciente al finalizar la actividad del HDIJ y despedirle a la llegada del adulto responsable de su recogida, así como intercambiar información con el mismo si procede.

7.3.2 Entorno Terapéutico

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental, pero con connotaciones especiales en los programas de hospitalización parcial donde se convierten en un elemento del propio tratamiento. El ambiente terapéutico es un concepto complejo compuesto por diferentes dimensiones relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. El ambiente seguro y acogedor favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de los menores y sus familias en el tratamiento, y mejora la satisfacción y los resultados en salud (Ruane, 2004). Por ello se realizan esfuerzos específicamente dirigidos a promover y mantener un entorno o comunidad terapéuticos que sea estable, consistente y cohesiva, de forma que todo lo que suceda en el HDIJ sea terapéutico. Para la formación de este entorno terapéutico se tendrá en cuenta la etapa de desarrollo de los participantes, y se tratará de que la relación entre el personal y el paciente cree un modelo de relación diferente para los pacientes y sus familias. De esta forma se favorecerá la aparición de experiencias emocionales correctoras que les permita cambiar también su forma de relacionarse con el resto de su entorno.

Una característica única de los programas de hospitalización parcial es la asociación entre el programa, el paciente individual, la familia, cuidador o tutor, y el equipo terapéutico en la planificación del tratamiento y en el proceso de terapia en sí mismo. El paciente y la familia, cuidador o tutor, será animado a adoptar un rol activo en el tratamiento. Es por este motivo que la implicación de la familia es un requisito de entrada en el dispositivo.

La continuidad del personal que brinda la asistencia facilita la coherencia terapéutica diaria dentro del programa, y de la misma forma se intentará que un núcleo estable de pacientes durante un tiempo contribuya también a un medio cohesivo.

Los esfuerzos para lograr la consistencia y coherencia del equipo y la identidad del programa se harán

evidentes por un lado a través de la reunión diaria del personal y por el otro mediante el grupo comunitario. Todas las actividades de coordinación interna, reunión y formación conjunta persiguen este objetivo. En el programa terapéutico se priorizan las intervenciones grupales, siendo el eje de dicho programa el Grupo Comunitario de cada una de las Unidades (Infantil y Adolescente), en el que con periodicidad diaria participan todos los pacientes y los terapeutas.

7.3.3 Programación de intervenciones terapéuticas

El programa del HDIJ consistirá en un conjunto coherente y coordinado de actividades terapéuticas. Al menos el 50% del horario de programas terapéuticos consistirán en un tratamiento activo y específicamente dirigido a los problemas principales de los pacientes atendidos (tratamiento psicoterapéutico y farmacológico), organizado según sus necesidades y con un planteamiento individual y grupal (Block et al., 1991). Desde el principio se incorporará a la familia, cuidador o tutor en el programa a través de sesiones de terapia familiar y otras intervenciones.

El resto del tiempo de estancia en el HDIJ se reparte entre la intervención psicopedagógica/educativa con un mínimo de 2 horas diarias y las actividades terapéuticas complementarias.

La importancia de la intervención psicopedagógica/educativa se entiende desde el punto de vista de un tratamiento integral cuyo objetivo último es la reincorporación en una vida normalizada donde la vida escolar y formativa es prioritaria para estas edades. En esta intervención, la recuperación del deseo de aprender, la motivación y la sensación de capacidad para hacerlo tienen una importancia fundamental. Las actividades terapéuticas complementarias incluyen actividades de higiene personal y autocuidado, potenciación de la autonomía personal, actividades recreativas, manualidades, actividades sociales y en la comunidad destinadas a aumentar las relaciones interpersonales y el bienestar del paciente y su familia.

Intervención Psicoterapéutica

Todos los pacientes reciben intervención psicoterapéutica individual de orientación relacional con adaptaciones al contexto de la hospitalización parcial en el que se aplica. Se llevan a cabo también intervenciones basadas en la mentalización e intervenciones cognitivo-conductuales. Estas últimas son esenciales para la mejoría sintomática y la adquisición de diferentes habilidades de relación, afrontamiento y resolución de problemas.

Sin embargo, la intervención fundamental en la hospitalización parcial es la realizada en formato grupal. Se detallan a continuación algunas de las intervenciones grupales fundamentales. Se planificará y aplicarán diferentes intervenciones grupales dependiendo de las características de los pacientes que están siendo atendidos en cada momento, añadiendo a los grupos de psicoterapia descritos intervenciones grupales estructuradas según necesidades de los grupos de pacientes (grupo de habilidades sociales, regulación emocional, imagen corporal...etc.)

Tabla 12. Grupo Comunitario Infantil

Responsables	Psiquiatra y Psicólogo Clínico.
Participantes	Miembros del equipo (Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Terapeuta Ocupacional y las enfermeras referentes de los niños) y todos los pacientes de la unidad de niños. Una vez al mes se invita a participar a los padres de los niños.
Periodicidad	Diario
Duración	Máximo 30 minutos.
Lugar	Sala Polivalente.
Metodología	Grupo abierto en el que se van incorporando los pacientes que pasan a formar parte del programa. Es una actividad clave del programa de hospitalización parcial, destinada a favorecer el vínculo y la convivencia terapéutica de todo el grupo, reforzando el sentido de estructura de tiempos y espacios. Favorece la orientación temporo-espacial y la planificación de la actividad.
Contenidos	Se inicia siempre con un saludo a todos (diferentes dinámicas) y con una actividad de orientación temporo-espacial utilizando el material de apoyo presente en la sala (adaptado a la edad y dificultades de los pacientes). Es el lugar también de: Presentación y despedida de pacientes. Presentación y despedida de profesionales, residentes, estudiantes, etc. Presentación del funcionamiento del HDIJ a los nuevos miembros (recuerdo de normas)

Tabla 13. Grupo Comunitario Adolescentes

Responsables	Psiquiatra y Psicólogo Clínico
Participantes	Miembros del equipo (Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Terapeuta Ocupacional y la enfermera de la unidad de adolescentes) y todos los pacientes de la unidad de adolescentes
Periodicidad	Diario.
Duración	Máximo 45 minutos
Lugar	Sala Polivalente.
Metodología	Grupo abierto en el que se van incorporando los pacientes que pasan a formar parte del programa. Es una actividad clave del programa de hospitalización parcial que favorece la relación con el grupo y la estructuración de tiempos y espacios, en la unidad de adolescentes sirve también de asamblea siendo un espacio privilegiado de participación de

	los adolescentes en el funcionamiento del HDIJ.
Contenidos	<p>A nivel técnico los clínicos presentes en el grupo comunitario tienen un papel activo para mantener al grupo dirigido a la tarea. Se evita tanto presionar a los pacientes para la participación (no es obligatorio tomar la palabra) como dejar a los pacientes sumidos en silencios, discusiones o conflictos. Se mantiene el respeto de los turnos y puntos de vista de todos los participantes y se realizan clarificaciones, apoyos y señalamientos cuando se considera necesario.</p> <p>Saludo</p> <p>Presentación de nuevos pacientes y despedida de las altas.</p> <p>Presentación de nuevos profesionales, residentes, estudiantes...etc.</p> <p>Presentación del funcionamiento del HDIJ, normas...etc. A los nuevos miembros.</p> <p>Lugar donde expresar opiniones, críticas, sugerencias, peticiones de ayuda, proyectos, etc. concernientes al aquí y ahora relacional, a la marcha del dispositivo.</p> <p>Se repasan la programación y actividad de pacientes y los profesionales.</p> <p>Se abordan incidentes importantes tanto internos del HD como externos (orientación a la realidad).</p>

Tabla 14. Grupo Psicoterapéutico Infantil

Responsables	Psiquiatra y Psicólogo Clínico
Participantes	En función del grupo de niños que estén incluidos en el programa de HDIJ se podrán dividir en dos grupos psicoterapéuticos. Preferentemente habrá un grupo con los niños de 6 a 8 años y otro con los niños de 9 a 11 años.
Periodicidad	Semanal
Duración	1 hora.
Lugar	Sala de grupos
Objetivos generales (Molins García et al., 2012)	<p>Fomentar la individuación-separación, reforzando la imagen que tienen de sí mismos (aporte narcisístico).</p> <p>Potenciar un espacio grupal en el que el niño/a pueda expresarse y verbalizar sus estados emocionales.</p> <p>Fomentar nuevos vínculos e investimentos.</p> <p>Favorecer componentes de regulación emocional y de comunicación y habilidades de interacción grupal: reconocimiento del otro como sujeto, mantenimiento del contacto ocular, interés por la vida del otro, tolerancia a la expresión y tiempos del otro, crear vínculos de aceptación y afecto con sus iguales y con los adultos.</p> <p>Comprensión de estados mentales y desarrollar la función reflexiva, capacidad simbólica y las capacidades de mentalización.</p>
Objetivos específicos	<p>Esquema corporal: diferenciar el sí mismo de los demás</p> <p>Esquema espacial: diferenciación dentro y fuera</p> <p>Fomentar la triangulación (exclusión)</p>

	Capacidad simbólica, sublimación, representacional (mediaciones artísticas) Identificaciones con iguales y con adultos, atención compartida. Habilidades Sociales.
--	--

Tabla 15. Grupo Psicoterapéutico Adolescentes

Responsables	Psiquiatra y Psicólogo Clínico
Participantes	6-9 pacientes que se puedan beneficiar de un aumento de la capacidad de mentalización independientemente del diagnóstico (inestabilidad emocional, dificultades de apego, problemas afectivos)
Periodicidad	Semanal
Duración	1 hora + sesión post-grupo de los psicoterapeutas.
Lugar	Sala de grupos.
Formato	Grupo abierto de apertura lenta (se incorporan pacientes, pero de forma muy progresiva a lo largo del tratamiento en el HDI)
Objetivos	La tarea principal del grupo es proporcionar un “campo de entrenamiento” para la mentalización. Aumentar la capacidad de regulación emocional y mejora de las habilidades y las relaciones interpersonales.
Modelo de Tratamiento	Contenidos y estructura del grupo basada en la adaptación para adolescentes (Rossouw y Fonagy, 2012; Bleiber, 2013) de la Terapia Basada en la Mentalización (Bateman y Fonagy, 2018)
Contenidos	Cada sesión grupal se atiende a la misma trayectoria básica: Resumen de la semana anterior y comentarios de los participantes “Ronda” para establecer los principales problemas que debe cubrir el grupo. Si es posible, síntesis de los problemas. Focalizarse, una por una, en las áreas problemáticas. Cierre de la sesión. Discusión post-grupo (de los psicoterapeutas)

Tabla 16. Grupo Dialéctico Conductual para Adolescentes

Responsable	Psiquiatra o Psicólogo Clínico
Co-terapeuta	Psiquiatra o Psicólogo Clínico
Participantes	Adolescentes del programa de hospitalización parcial con alta inestabilidad emocional. Dificultades en el manejo de sus emociones.
Periodicidad	Semanal
Duración	60 minutos.
Lugar	Sala de grupos.
Objetivos	Dotar al adolescente con inestabilidad emocional de habilidades para poder gestionar sus

	emociones y disminuir con ello el sufrimiento emocional que se expresa en gestos e intentos suicidas.
Modelo de Tratamiento	La terapia dialéctico-conductual (Linehan, 2003) es un abordaje terapéutico estructurado y manualizado, de fácil implementación en nuestro medio. Ha sido adaptada a población adolescente (Miller et al., 2007; Rathus y Miller, 2015) que estructura el programa DBT-A. Se pone especial atención en: Conductas que ponen en riesgo la vida Conductas que ponen en riesgo el tratamiento Mejorar la calidad de vida. Aprendizaje de habilidades Facilitar la comunicación del adolescente con su entorno.
Módulos	Módulo 1: Sesión Preliminar Módulo 2: Habilidades para tomar conciencia de uno mismo. Módulo 3: Habilidades para las relaciones sociales. Módulo 4: Pensamiento, emociones, y conductas Módulo 5: Habilidades básicas de tolerancia al malestar Módulo 6: Habilidades básicas para encontrar la línea media.

Tratamiento Psicofarmacológico

Muchos de los pacientes incluidos en el HDIJ ya tienen una historia previa de varios tratamientos farmacológicos distintos, constituyendo por ello una parte fundamental dentro del plan de tratamiento individualizado en gran parte de ellos.

El objetivo del tratamiento psicofarmacológico es doble: por un lado tratar el trastorno de base y los síntomas diana cuando haya un fármaco eficaz; y por otro, facilitar el trabajo psicoterapéutico intensivo tanto a nivel individual como grupal reduciendo los niveles de angustia, disminuyendo aquellos síntomas que interfieren en el resto de intervenciones y relaciones que se establecen en el HDIJ (síntomatología depresiva, síntomas psicóticos, alteraciones de conducta, hiperactividad,...) y mejorando las funciones cognitivas que permitan un mayor aprovechamiento del trabajo psicopedagógico y educativo.

La elección del tratamiento tendrá en cuenta el diagnóstico y su gravedad, las características personales y familiares del paciente, el curso clínico previsible y el resto de las intervenciones que forman parte del plan de tratamiento individualizado. Se deberá incluir siempre al paciente, de forma acorde a su edad, y a la familia en el proceso de elección e indicación de un psicofármaco (Taylor,, 2015), con el fin de reforzar el cumplimiento terapéutico y facilitar unas expectativas realistas sobre el resultado del tratamiento.

El inicio del tratamiento psicofarmacológico requiere el consentimiento del paciente y su familia, a los que se deberá facilitar información adecuada sobre el motivo de la indicación, la existencia o no de

otras alternativas disponibles, el efecto esperado, las dosis y frecuencia de administración, el tiempo esperado de duración del tratamiento, las posibles reacciones adversas y las medidas a tomar en caso de que aparezcan. El principio terapéutico por excelencia será el de administrar la dosis más baja posible eficaz (San Sebastián y Benítez, 2011) y con los menores efectos adversos durante el menor tiempo posible.

El proceso de tratamiento incluirá la evaluación intensiva, diaria y continuada de la eficacia y tolerancia al fármaco, acudiendo también cuando sea necesario a la información aportada por fuentes externas (familia, centro escolar, servicios sociales) (Martin, 2015). Dicha evaluación se llevará a cabo mediante la exploración clínica y el uso de escalas de valoración clínica y de efectos adversos cuando sea necesario.

Intervención Familiar

A lo largo de todo el tratamiento del niño/adolescente en el programa de hospitalización parcial, se mantienen entrevistas terapéuticas frecuentes con la familia tanto para obtener información como para comunicar a la familia la evolución y el tratamiento. Se llevan a cabo también sesiones dirigidas a abordar los conflictos. Como en el caso de los pacientes, la intervención en formato grupal es esencial, por lo que la asistencia al grupo de padres es obligatoria. En caso de una imposibilidad insalvable para la asistencia al grupo se sustituirá por un abordaje individual de la familia. Detallamos a continuación las intervenciones grupales familiares.

Tabla 17. Grupo de Padres para la unidad infantil

Responsable	Psiquiatra o Psicólogo Clínico
Co-terapeuta	Residentes (PIR/MIR)
Periodicidad	Sesiones de 75 minutos de frecuencia quincenal.
Participantes	Al menos uno de los padres del niño/a debe participar en el grupo de padres, aunque están invitados todos los familiares que conviven con el niño.
Lugar	Sala de grupos/Sala polivalente
Objetivos (Adaptados de Zegrí, 2007)	<p>Compartir una experiencia de comunicación, de diálogo, de las diferentes opiniones y puntos de vista.</p> <p>Ayudar a los padres a observar y escuchar a sus hijos/as haciéndose cargo de lo que viven y sienten. Aumentando la capacidad de mentalización y fomentando la parentalidad positiva.</p> <p>Ayudar a los padres a tomar conciencia de los sentimientos que viven ellos como padres para poderse diferenciar del niño/a y ayudarle mejor.</p> <p>Informar y orientar sobre aspectos de la evolución normal del niño y de su problemática.</p>

	<p>Potenciar los recursos, herramientas y soluciones que ya les están funcionando y adquirir nuevas estrategias para el afrontamiento y resolución de sus problemas cotidianos en la crianza.</p> <p>Implicar a los padres en el tratamiento de sus hijos/as y promoviendo la adherencia al dispositivo y el tratamiento de toda la familia.</p>
Estructura	<p>Grupo abierto, en el que van entrando a participar las familias que inician el tratamiento en HDIJ, y semiestructurado en el que hay una parte destinada a la psicoeducación y el aprendizaje de habilidades y otra parte dedicada al intercambio de experiencias y emociones entre los participantes.</p>
Esquema de las sesiones	<p>Bienvenida y saludo a las familias</p> <p>Resumen del material de la sesión anterior y puesta en común de la aplicación de alguna de las habilidades, reflexiones sobre los contenidos, etc.</p> <p>Introducción de un nuevo tema,</p> <p>Discusión y proceso de trabajo sobre el tema en cuestión.</p> <p>Resumen final y cierre de la sesión.</p>
Contenido teórico-práctico abordados	<p>Desarrollo de los niños de 6 a 12 años. El cerebro del niño.</p> <p>Qué es la mentalización y qué es una postura mentalizadora</p> <p>Qué significa tener problemas de mentalización.</p> <p>¿Por qué tenemos emociones y cuáles son los tipos básicos?</p> <p>Mentalizando las emociones.</p> <p>La importancia de las relaciones de apego.</p> <p>Apego, respuesta sensible y mentalización.</p> <p>Normas, límites, manejo de conflictos.</p> <p>Dificultades en las rutinas y hábitos (sueño, alimentación...etc.)</p> <p>Temas propuestos por los padres.</p>

Tabla 18. Grupo de Padres para la unidad de adolescentes

Responsable	Psiquiatra o Psicólogo Clínico
Co-terapeuta	Residente PIR/MIR
Periodicidad	Quincenal
Periodicidad	75 minutos.
Participantes	Es obligatoria la asistencia de al menos uno de los padres o cuidadores principales del adolescente. Aunque se invita a participar a ambos. Es un grupo abierto en el que van iniciando la participación las familias que entran en el programa de HDIJ.
Lugar	Sala polivalente.

<p>Objetivos (Adaptados de Zegrí, 2007)</p>	<p>Compartir una experiencia de comunicación, de diálogo, de las diferentes opiniones y puntos de vista.</p> <p>Ayudar a los padres a observar y escuchar a sus hijos/as haciéndose cargo de lo que viven y sienten. Aumentando la capacidad de mentalización y fomentando la parentalidad positiva.</p> <p>Ayudar a los padres a tomar conciencia de los sentimientos que viven ellos como padres para poderse diferenciar del adolescente y apoyarle mejor.</p> <p>Informar y orientar sobre aspectos de la evolución normal del adolescente y de su problemática.</p> <p>Potenciar los recursos, herramientas y soluciones que ya les están funcionando y adquirir nuevas estrategias para el afrontamiento y resolución de sus problemas cotidianos durante la etapa de la adolescencia de sus hijos.</p> <p>Aumentar la capacidad de mentalización y modificar el ambiente cercano del adolescente para permitir el mantenimiento y progreso de la mejoría.</p> <p>Implicar a los padres en el tratamiento de sus hijos/as y promoviendo la adherencia al dispositivo y el tratamiento de toda la familia.</p>
<p>Modelo</p>	<p>Estructura y contenidos modificados y adaptados para adolescentes y para las necesidades del programa de HDIJ del programa “FACTS, Families and Carers Training and Supportprogram” (Bateman y Fonagy, 2018) y del programa DBT adaptado para adolescentes.</p>
<p>Estructura</p>	<p>Bienvenida y saludo a las familias.</p> <p>Resumen del material de la sesión anterior y puesta en común de la aplicación de alguna de las habilidades, reflexiones sobre los contenidos etc.</p> <p>Introducción de un nuevo tema.</p> <p>Discusión y proceso de trabajo sobre el tema en cuestión.</p> <p>Resumen final y cierre de la sesión.</p>
<p>Contenidos</p>	<p>La adolescencia. El cerebro adolescente.</p> <p>Qué es la mentalización y cómo mantenerla.</p> <p>Mindfulness y gestión de las emociones.</p> <p>Habilidades de validación.</p> <p>Resolución de problemas, manejo de conflictos y estrategias de comunicación con el adolescente.</p> <p>Temas habitualmente conflictivos (dificultades en el proceso de individuación del adolescente, comportamientos de riesgo...etc.) y otros temas propuestos por los padres.</p>

Intervención de Enfermería

La enfermera referente de cada uno de los pacientes realiza todas las intervenciones individuales necesarias según el PTI del paciente. Las actividades grupales planificadas desde el ámbito de la

enfermería son principalmente intervenciones destinadas a la promoción de la salud (denominamos de forma genérica a esta intervención Espacio de Salud cuyos contenidos van abarcando diferentes áreas) y el entrenamiento en relajación.

Espacios de Salud

Los contenidos y la metodología se adaptan a ambos grupos de edad, añadiendo en el caso de los adolescentes sesiones dedicadas a la sexualidad, el consumo de drogas y el uso de redes sociales. Estas intervenciones se van realizando de forma periódica de acuerdo con la programación y las necesidades de los pacientes que se encuentren en cada momento en tratamiento en el HDIJ.

Tabla 20. Espacio de Salud: Higiene	
Responsables	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermería/EIR.
Participantes	Niños/adolescentes que puedan beneficiarse de la realización de este grupo psicoeducativo según se estime en el PTI.
Periodicidad	Según programación de HDIJ
Duración	Máximo 40 minutos.
Lugar	Sala de grupos.
Material necesario	Útiles de aseo (cepillo de dientes, jabón, peine, etc.) y material de papelería.
Objetivos	Fomentar la adquisición de hábitos de higiene básicos. Conocer los aspectos positivos de la higiene y las consecuencias negativas de su ausencia. Incorporar en su rutina diaria pequeñas técnicas y trucos de higiene básica. Promover la autonomía en la higiene.
Contenidos	La actividad comenzará conectando con la experiencia cotidiana de los niños/adolescentes con respecto a la higiene. Tras ello se expondrán las distintas técnicas de higiene básica en función del contexto (momento del día, autonomía personal, etc.). Todo ello se realizará a través del juego y la simulación con juguetes y material de aseo real en el caso de la unidad infantil y de dinámicas grupales en el caso de adolescentes. Se cerrará la sesión con una puesta en común en la que se recuerden los aspectos clave aprendidos. Lo aprendido en este espacio se pone en práctica en el resto de espacios pero especialmente en el contexto del espacio de comedor.

Tabla 21. Espacio de Salud: Alimentación Saludable	
Responsables	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermera/EIR
Participantes	Niños/adolescentes que puedan beneficiarse de la realización de este grupo psicoeducativo según se estime en el PTI.

Periodicidad	Según programación del HDIJ
Duración	Máximo 50 minutos.
Lugar	Sala polivalente (comedor)
Material necesario	Ordenador con conexión a internet, proyector, material de papelería, alimentos y útiles de cocina de juguete.
Objetivos Infantil	<p>Fomentar la adquisición de hábitos de alimentación saludables.</p> <p>Identificar alimentos propios de una dieta saludable.</p> <p>Conocer la pirámide nutricional.</p> <p>Establecer una relación entre la alimentación y el bienestar físico.</p> <p>Adquirir buenos hábitos higiénico-dietéticos (horarios, lugares, distractores, etc.)</p> <p>Prevenir el sobrepeso.</p>
Objetivos Adolescentes	<p>Sensibilizar sobre la importancia de una alimentación equilibrada.</p> <p>Establecer una relación directa entre el estado de salud y la alimentación.</p> <p>Promover una actitud crítica ante los mensajes contradictorios recibidos de los medios sobre el consumo y la imagen física.</p> <p>Identificar y elaborar una dieta saludable que puedan poner en práctica.</p> <p>Prevenir malos hábitos alimenticios y sus problemas asociados (sobrepeso, etc.)</p>
Contenidos Infantil	<p>La actividad comenzará conectando con la experiencia cotidiana de los niños con respecto a la alimentación (puesta en común de tipos de desayuno, cantidades, horarios, lugares, etc.). A continuación, se expondrán los contenidos teóricos aplicados en distintas tareas lúdicas: la pirámide nutricional, el semáforo de alimentos, la rueda alimentaria, etc. Finalmente, se cerrará la sesión con una puesta en común en la que se recuerden los aspectos clave aprendidos.</p>
Contenidos Adolescentes	<p>Conocimientos previos sobre los distintos tipos de alimentación.</p> <p>Identificar la idoneidad de su propia dieta diaria.</p> <p>Tipos de alimentos y sus principales funciones.</p> <p>Claves para una dieta equilibrada (rueda de alimentos/semáforo/pirámide nutricional).</p> <p>Problemas derivados del abuso de determinados alimentos (sobrepeso, hipertensión, diabetes, etc.).</p> <p>Consejos para hacer la compra, conservar y cocinar los alimentos.</p> <p>Falsos mitos y creencias sobre alimentación.</p> <p>Esta actividad se complementará con el taller de cocina realizado por la terapeuta ocupacional. De esta forma, una vez adquiridos los conocimientos tendrán la oportunidad de ponerlos en práctica en un contexto más cercano a la realidad del día a día.</p>

Tabla 22. Espacio de Salud: Actividad Física

Responsables	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermería y EIR.
Participantes	Niños/Adolescentes que puedan beneficiarse de la realización de este grupo psicoeducativo según se estime en el PTI.

Periodicidad	Según programación del HDIJ.
Duración	Máximo de 50 minutos.
Lugar	Sala de grupos.
Material necesario	Ordenador con conexión a internet, proyector, pizarra, material de papelería.
Objetivos	<p>Fomentar hábitos de vida saludables a través de una actividad física ajustada.</p> <p>Prevenir el sedentarismo y el sobrepeso.</p> <p>Favorecer una mejora de la salud a nivel biopsicosocial.</p> <p>Informar sobre los tipos de actividad física, las recomendaciones en su puesta en práctica y con respecto a la dieta.</p>
Contenidos	<p>Conocimientos previos sobre la actividad física.</p> <p>Tipos de ejercicio.</p> <p>Actividad física y trabajo en equipo.</p> <p>Beneficios físicos del ejercicio.</p> <p>Beneficios psicológicos (estado de humor, etc.) y sociales.</p> <p>Ajuste del tipo y la cantidad de ejercicio a la edad y la forma física.</p> <p>Actividad física y nutrición</p> <p>Autoevaluación</p> <p>Programar una propuesta de actividad física realista.</p> <p>En función de la evolución del grupo y de la disponibilidad, esta actividad podrá complementarse en la práctica con el espacio de recreo y otras actividades de terapia ocupacional. Tanto en estas actividades como en las de ocio se primará la posibilidad de actividades al aire libre y ocio activo.</p>

Tabla 23. Espacio de Salud: Uso Responsable de Redes Sociales y Videojuegos

Responsables	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermería, Psicólogo Clínico y residentes (EIR/PIR)
Participantes	Niños/Adolescentes que puedan beneficiarse de la realización de este grupo psicoeducativo según se estime en el PTI.
Periodicidad	Según programación del HDIJ
Duración	Máximo de 50 minutos.
Lugar	Sala de grupos.
Material necesario	Ordenador con conexión a internet, proyector, pizarra, material de papelería.
Objetivos	<p>Conocer el concepto de huella digital y sus consecuencias.</p> <p>Fomentar un uso responsable de las redes sociales.</p> <p>Prevenir consecuencias negativas de un mal uso de las redes sociales (ciberacoso, violaciones de privacidad, etc.).</p> <p>Conocer y respetar sus propios derechos y los ajenos (agresión verbal, uso no autorizado de imágenes, etc.).</p> <p>Prevenir situaciones de control sobre los demás (control de la pareja).</p> <p>Promover un ajuste entre identidad real e identidad virtual.</p>

	Fortalecer las relaciones sociales sin mediación de las TIC.
Contenidos	<p>Conocimientos previos sobre la privacidad y las redes sociales.</p> <p>Puesta en común del uso cotidiano de las redes sociales más frecuentes (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, etc.)</p> <p>Conceptos básicos: identidad real, identidad virtual, huella digital, reputación digital y privacidad.</p> <p>Ejemplos de ajuste/desajuste entre identidad real y virtual.</p> <p>Identificación de violaciones de privacidad y control ajeno.</p> <p>Información práctica sobre las distintas configuraciones de privacidad.</p> <p>Derechos de privacidad (ajeno y propio).</p> <p>¿Conectar es socializar? Apoyo social real.</p>

Tabla 24. Espacio de Salud: Prevención del Consumo de Drogas y Otras Conductas Adictivas

Responsable	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermería, Psiquiatra y Psicólogo Clínico y residentes (EIR/MIR/PIR)
Participantes	Adolescentes que puedan beneficiarse de la realización de este grupo psicoeducativo según se estime en el PTI.
Periodicidad	Según programación del HDIJ.
Duración	Máximo de 50 minutos.
Lugar	Sala de grupos.
Material necesario	Ordenador con conexión a internet, proyector, pizarra y material de papelería.
Objetivos	<p>Ofrecer información objetiva sobre los distintos tipos de drogas y otras conductas potencialmente adictivas.</p> <p>Desmitificar el consumo de drogas inocuo.</p> <p>Facilitar información sobre los procesos de dependencia asociados.</p> <p>Desarrollar una actitud crítica.</p> <p>Prevenir el consumo de tóxicos y desarrollo de conductas adictivas.</p> <p>Detectar precozmente casos de abuso de sustancias y otras adicciones.</p> <p>Favorecer una actitud de cambio.</p> <p>Promover hábitos de vida alternativos y saludables (tiempo de ocio).</p>
Contenidos	<p>Conocimientos previos de los menores sobre las drogas y adicciones.</p> <p>Definición de conceptos clave: droga, consumo, tolerancia y dependencia.</p> <p>Clasificación de drogas.</p> <p>Efectos derivados del consumo y adicción.</p> <p>Razones asociadas al consumo y adicción.</p> <p>Factores de riesgo.</p> <p>Consecuencias derivadas.</p> <p>Mitos sobre las drogas y conductas adictivas.</p> <p>Hábitos de vida alternativos.</p> <p>Estrategias de afrontamiento.</p>

Estructura	En la primera sesión se comenzará con una puesta en común en la que de forma abierta los menores podrán compartir sus conocimientos y experiencias previas; este punto será fundamental para el trabajo de desmitificación posterior. Tras esta primera sesión introductoria se continuará desarrollando los contenidos anteriormente citados de forma que se favorezca la participación de los intervinientes a través de ejercicios y dinámicas de grupo.
-------------------	---

Tabla 25. Grupo Psicoeducativo: Salud Sexual

Responsables	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermera, Psicólogo Clínico y residentes (EIR/PIR).
Participantes	Adolescentes que puedan beneficiarse de la realización de este grupo psicoeducativo según se estime en el PTI.
Periodicidad	Según programación del HDIJ.
Duración	Máximo de 50 minutos.
Lugar	Sala de grupos.
Material necesario	Ordenador con conexión a internet, proyector, pizarra, material de papelería y anticonceptivos.
Objetivos	<p>Informar sobre los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Entrenar en habilidades sociales: saber decir sí y no.</p> <p>Promover el desarrollo de capacidades para la prevención de riesgos de una manera autónoma y responsable.</p> <p>Fomentar la expresión verbal de sentimientos acerca de cómo viven su sexualidad.</p> <p>Reforzar la autoestima y el autoconcepto.</p> <p>Trabajar sobre los mitos y realidades que existen en relación con la sexualidad.</p>
Contenidos	<p>Conocimientos previos de los menores en relación con la salud sexual.</p> <p>Definición del concepto de sexualidad desde una perspectiva amplia.</p> <p>Información objetiva sobre la reproducción.</p> <p>Placer y afectividad: descentralizar la relación sexual de la genitalidad.</p> <p>Diferentes tipos de métodos anticonceptivos.</p> <p>Descripción de las infecciones de transmisión sexual haciendo mayor hincapié en aquellas de mayor prevalencia.</p> <p>Mitos y realidades sobre la salud sexual.</p> <p>Diversidad frente al canon de belleza: aceptación de uno mismo</p>

Entrenamiento en relajación

Es una intervención esencial por lo que se procurará semanalmente un espacio dedicado a la relajación y otras técnicas de regulación emocional en ambas unidades.

Tabla 26. Grupo de Relajación unidad Infantil

Responsables	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermería, Psicólogo Clínico, residentes (PIR/EIR).
Participantes	Niños que puedan beneficiarse de la realización de este grupo según se estime en el PTI.
Periodicidad	Según programación del HDIJ.
Duración	Máximo 40 minutos.
Lugar	Sala polivalente.
Material necesario	Reproductor de música, audio de relajación, colchonetas, mantas y cojines.
Objetivos	<p>Mejorar el bienestar físico y mental.</p> <p>Disminuir el estado de activación (nerviosismo, ansiedad, agitación, impulsividad, etc.).</p> <p>Experimentar los beneficios psicosociales de la relajación en grupo.</p> <p>Favorecer un estado de tranquilidad.</p> <p>Aprender algunas prácticas sencillas de relajación que puedan utilizar en otros contextos (sencillos trucos para recordar).</p>
Contenidos	La sesión comenzará con ejercicios básicos de respiración; para ello se darán explicaciones sencillas y atractivas, para captar la atención del menor y que esta actividad no le resulte aburrida. Una vez conseguido un ambiente adecuado para la relajación (bajo nivel de ruido o silencio), se iniciará la relajación siguiendo el método de relajación muscular de Koeppen (1974). Para terminar la sesión repetirán los ejercicios de respiración aprendidos anteriormente y se hará una puesta en común sobre cómo se sienten.

Tabla 27. Grupo de Relajación unidad de Adolescentes

Responsables	Enfermería
Co-terapeuta	Enfermería, Psicólogo Clínico (si se considera oportuno), residentes (EIR/PIR).
Participantes	Adolescentes que puedan beneficiarse de la realización de este grupo según se estime en el PTI.
Periodicidad	Una sesión semanal.
Duración	Máximo de 50 minutos.
Lugar	Sala polivalente.
Material necesario	Reproductor de música, audio de relajación, colchonetas, mantas y cojines.
Objetivos	<p>Conocer y practicar distintos tipos de relajación.</p> <p>Disminuir el estado de activación (ansiedad, agitación, impulsividad, etc.).</p> <p>Experimentar la relajación como un recurso efectivo y sencillo para reducir la ansiedad y el estrés.</p> <p>Experimentar los beneficios psicosociales de la relajación en grupo.</p> <p>Interiorizar distintas técnicas de relajación que puedan evitar o paliar la ansiedad en otros contextos (frente a la ansiedad, la impulsividad, el insomnio, la cefalea...).</p>
Contenidos	Dado que la actividad de relajación requiere cierta progresividad y entrenamiento, se destinará la primera sesión a motivar hacia la práctica y explicar los diferentes tipos de relajación que se introducirán de forma progresiva conforme avancen las sesiones y se aseguren técnicas previas. Se utilizarán diversas técnicas de disminución de la activación (Labrador et al., 1993) como la respiración, la relajación muscular progresiva, la relajación autógena y técnicas de visualización. Tanto al inicio como al final de cada sesión los pacientes

puntuaron el grado de tensión/activación que perciben en ese momento.

Intervención de Terapia Ocupacional

La intervención desde Terapia ocupacional parte de la idea de que la ocupación puede ser utilizada terapéuticamente. La intervención a través de la ocupación trata de promover la participación de los niños y adolescentes en su propio proyecto de vida mediante el compromiso con la ocupación.

Sin perder de vista los objetivos de autonomía en la vida diaria y las intervenciones estrictamente ocupacionales, en el contexto de hospitalización parcial infantojuvenil se pasa a enfatizar la estimulación de la creatividad, la expresión del mundo interno y las posibilidades de integración grupal. Para ello, se establecen intervenciones grupales que utilizan lo creativo y lo corporal como medio de expresión.

Se trabaja con los pacientes de ambas unidades tanto de forma individualizada con el menor y su familia, a la que se involucra desde el principio en la intervención, como de forma transversal a través de todas las actividades del HDIJ, desde el Grupo comunitario a la despedida. Todas estas intervenciones se llevarán a cabo especialmente en los espacios comunes de comedor, ocio y salidas comunitarias.

Las actividades grupales principales, aunque puedan organizarse otras en función de las necesidades, serán los talleres creativos, el entrenamiento en psicomotricidad (actividad que pone en juego lo afectivo, lo cognitivo y lo motor de forma que promueve la estructuración psíquica y emocional), estimulación cognitiva y los espacios de ocio. Se detallan a continuación algunas de estas intervenciones.

Tabla 28. Actividades corporales. Talleres: Psicomotricidad

Responsable	Terapeuta Ocupacional.
Co-terapeuta	Enfermera/Psicólogo Clínico.
Participantes	Niños/Adolescentes que puedan beneficiarse de la participación en este grupo según se estime en el PTI.
Formato y periodicidad	Según programación de HDIJ.
Lugar	Sala Polivalente/Instalaciones del centro escolar.
Materiales	Colchonetas, aros, pelotas, pañuelos, picas, cuerdas, mantas, música...etc.
Objetivos	Mejorar el conocimiento de los niños y adolescentes sobre su propio cuerpo. Mejorar la aceptación del propio cuerpo. Favorecer la organización del esquema corporal y la correcta estructuración espaciotemporal o afianzarla. Potenciar, estimular y mantener las capacidades psicomotoras del niño y adolescente (motricidad gruesa y fina, equilibrio, propiocepción, lateralidad, percepción visuoespacial y praxias) de acuerdo con su nivel de desarrollo.

	<p>Control de la inhibición voluntaria y de la respiración</p> <p>Favorecer y potenciar la máxima autonomía del niño/adolescente.</p> <p>Desarrollar habilidades sociales en actividades grupales.</p> <p>Participar en actividades que supongan trabajar en equipo y potenciar el respeto y la interacción social con iguales.</p> <p>Favorecer el aprendizaje de habilidades mediante el juego: habilidades sociales, exposición al grupo, exposición a nuevos desafíos, expresión de placer-risa, cooperación en equipo, habilidades motoras...</p>
Contenidos	<p>Las sesiones se llevan a cabo a través de la propuesta de diversas actividades; juegos y cuentos (en el caso de los niños) y dinámicas grupales (en el caso de los adolescentes). El tiempo de la sesión se divide en tres momentos:</p> <p>Introducción (5 a 10 minutos): Ejercicios de calentamiento o conciencia corporal a través del reconocimiento del espacio y la respiración.</p> <p>Desarrollo (25-30 minutos): se lleva a cabo la actividad previamente seleccionada en función del desarrollo del grupo y los objetivos de los participantes.</p> <p>Cierre (de 10 a 15 minutos): Se disminuye paulatinamente la actividad hasta llegar nuevamente a la conciencia corporal, la relajación y la verbalización. Se pueden incluir canciones tranquilas.</p>

Tabla 29. Actividades artísticas o expresivas. Talleres: Taller Creativo, Taller de Teatro y Musicoterapia.

Responsable	Terapeuta Ocupacional.
Co-terapeuta	Enfermería.
Participantes	Niños/Adolescentes que puedan beneficiarse de la participación en este grupo según se estime en el PTI.
Formato y periodicidad	Según programación de HDIJ.
Lugar	Sala de grupos
Materiales	Materiales de manualidades según propuesta de actividades, cuentos y música.
Objetivo general	<p>Promover el desarrollo de la personalidad por medio de actividades manuales, instrumentales, plásticas y artísticas.</p> <p>Potenciar las capacidades imaginativas y creativas de los niños y adolescentes.</p> <p>Estimular la comunicación y la expresión.</p> <p>Reafirmar y descubrir aptitudes individuales favoreciendo la seguridad personal y la autoestima.</p>
Objetivos específicos	<p>Potenciar las relaciones interpersonales y la capacidad de trabajo en grupo.</p> <p>Potenciar la motricidad fina, habilidades manuales y motoras específicas con distintos materiales.</p> <p>Potenciar la capacidad de atención, concentración y flexibilidad cognitiva.</p> <p>Desarrollar hábitos básicos de trabajo (de organización del espacio, mantenimiento y cuidado de los materiales, limpieza y orden).</p> <p>Proporcionar oportunidades para el disfrute de actividades de ocio significativas y gratificantes que puedan incorporar a su rutina habitual.</p>

Contenidos	<p>En esta actividad se pone el énfasis en el lenguaje artístico como medio de expresión. Mediante la manipulación de elementos plásticos, sonoros, espaciales, dramáticos, con el propio cuerpo, etc.</p> <p>La finalidad del taller creativo es poder disponer de un espacio de experimentación consciente que ponga en juego la atención y la sensibilidad perceptiva del niño y el adolescente, desarrollando su capacidad creativa, facilitando y ampliando la capacidad de expresión personal y la comunicación con uno mismo y con los otros. Incluyendo también la creatividad a través de la escritura y la narrativa.</p> <p>Se primará en la unidad de infantil el trabajo con materiales plásticos (arcilla, plastilina, pintura...). En la unidad de adolescentes se propondrán también actividades dirigidas a objetivos determinados, como la realización de elementos necesarios para el propio HDIJ (reloj y calendario manipulativo para los pequeños, pósteres con las normas del centro, etc.) dando de esta forma valor a la actividad y promoviendo el sentido de agencia y utilidad.</p>
-------------------	---

Tabla 30. Actividades de estimulación cognitiva (Talleres de habilidades lingüísticas, juegos lógicos y estimulación cognitiva)

Responsable	Terapeuta Ocupacional y Psicología Clínica.
Formato y periodicidad	Según programación del HDIJ.
Lugar	Sala de grupos
Participantes	Niños/Adolescentes según su PTI.
Contenidos	<p>Se trata de realizar fichas y juegos de estrategia que estimulan la resolución de problemas, planificación, atención e inhibición y la fluidez ideacional.</p> <p>Así como actividades psicoeducativas en coordinación con educación y actividades sensoriomotrices.</p>
Objetivos	<p>Estimular, mejorar, mantener, potenciar las capacidades cognitivas para maximizar la funcionalidad en el entorno ocupacional.</p> <p>Potenciar la capacidad y tolerancia al trabajo cognitivo.</p> <p>Mantener la atención y la concentración en el estudio.</p> <p>Generalizar entrenamiento y ejercicios de rutinas.</p>

Tabla 31. Actividades en la Comunidad

Responsable	Terapeuta Ocupacional.
Co-terapeuta	Enfermera y resto del equipo terapéutico dependiendo de la actividad.
Participantes	Niños/Adolescentes que puedan beneficiarse de la participación en este grupo según se estime en el PTI.
Formato y periodicidad	Según programación del HDIJ.

Lugar	Ambientes externos al HDIJ (comunidad). Se trata de realizar con los niños/adolescentes actividades lúdicas, sociales y culturales en la comunidad, a través de excursiones o salidas programadas por el propio HDIJ o participando en actividades programadas por el CEP La Ería.
Objetivos	<p>Explorar nuevos intereses y entornos.</p> <p>Proporcionar oportunidades para el disfrute de actividades de ocio significativas y gratificantes.</p> <p>Incorporar al ocio la realización de actividades culturales y/o alternativas.</p> <p>Fomentar el funcionamiento autónomo y la autorresponsabilidad en el contexto del grupo.</p> <p>Facilitar la socialización entre el grupo de iguales.</p>

Otras intervenciones grupales comunes

Hay dos actividades que se realizan de forma conjunta por los pacientes de ambas unidades: el espacio de comedor y el espacio de recreo. Ambos espacios son importantes oportunidades de intervención sobre aspectos transversales al PTI del paciente (autonomía y socialización).

La hora de comer es un momento importante en el HDIJ ya que es un espacio en el que se ponen de manifiesto muchos aspectos del adolescente y del niño, tanto a nivel funcional como, sobre todo, relacional.

Aunque es un espacio importante para todos, lo es especialmente para aquellos menores con dificultades relacionadas con la alimentación (alimentación selectiva, alergias, intolerancias, etc.) en quienes la atención y cuidado de las ingestas, y los comportamientos y actitudes en el comedor, se convierten en una prioridad. El funcionamiento de este espacio se detalla a continuación.

Tabla 32. Espacio de Comedor

Responsables	Enfermería y Terapia Ocupacional
Participantes	Los menores compartirán el espacio de comedor, independientemente de su edad, si bien se diferenciarán por grupos de edades, distribuyéndolos de forma organizada por mesas, que estarán asignadas de antemano.
Duración y periodicidad	El espacio de comedor se desarrollará entre las 12:45h y las 13:45h. Se estimará un tiempo aproximado para la ingesta de 30 minutos para todos los pacientes (modificable según PTI).
Lugar	<p>El comedor está ubicado en la planta baja del HDIJ y consta de 1 sala de comedor con capacidad para 20 pacientes.</p> <p>En situaciones excepcionales (conflicto, alteraciones conductuales difíciles de reconducir en el contexto del grupo, excepciones PTI, ...) se podrá utilizar como espacio de comedor una de las salas de actividades contiguas.</p>

Objetivos	<p>Trabajar la importancia de adquirir y mantener unos buenos hábitos alimenticios como base de la buena salud y bienestar</p> <p>Favorecer y mantener los hábitos de autonomía en relación a la manipulación de los cubiertos, con la alimentación, higiene, etc.</p> <p>Abordar la respuesta conductual que manifiesta el niño/adolescente en el contexto del comedor: aceptación de los alimentos, de las normas establecidas, el orden y el tiempo para cada plato, el esfuerzo, la tolerancia a los tiempos de espera, etc.</p> <p>Potenciar y mantener la relación entre el grupo de iguales.</p>
Aspectos sobre los que se interviene	<p>Los hábitos adquiridos a nivel alimentación: En el espacio de comedor se trabaja la importancia de una dieta equilibrada, tratando de fomentar hábitos saludables.</p> <p>Los hábitos higiénicos: Se incorporarán rutinas diarias como: el lavado de manos antes y después de comer, el mantenimiento de una postura adecuada, la correcta utilización de los cubiertos, el cepillado de los dientes tras la ingesta, etc.; con el objetivo de ir introduciendo estas rutinas saludables en el funcionamiento habitual del niño/adolescente.</p> <p>El orden: Se incorpora el orden y la estructura, dando importancia a seguir una secuencia de pasos a la hora de comer, ayudándoles de esta forma a organizarse.</p> <p>La impulsividad: Se trabaja la capacidad de controlarse, de pensar antes de actuar, la tolerancia a los tiempos de espera y la atención. Especialmente con aquellos menores con una impulsividad elevada que manifestarán también a la hora de comer.</p> <p>Los límites: Como en el resto de los espacios del HDIJ, existen unas normas claras y unas reglas de convivencia que se deben respetar. Es importante para los menores ya que les ayuda a organizarse y a adquirir tanto unos límites internos como externos.</p>
Metodología	<p>Todos los menores incluidos en el espacio de Comedor del HDIJ tendrán unas responsabilidades asignadas acordes a su grupo de edad:</p> <p>Infantil (6-11 años)</p> <p>Cada niño se encargará de disponer su plato, su vaso y sus cubiertos en la mesa que utilicen regularmente. Asimismo, cada uno será responsable de recogerlo al finalizar la comida. Todo ello estará supervisado y, si fuese preciso, dirigido por TO y/o PE.</p> <p>Adolescentes (12-17 años)</p> <p>Cada semana se organizará un cuadro de tareas para los adolescentes incluidos en el programa de HDIJ, dentro de las cuales se incluirá el comedor como espacio terapéutico. El reparto de tareas se hará de forma que todos los adolescentes que acudan al comedor tengan asignada alguna labor en este espacio.</p>

Todos los aspectos mencionados se intentan trabajar en colaboración con las familias, tratando de hacer extensivas al domicilio del menor, las recomendaciones y normas de conducta trabajadas en el espacio de comedor. Trabajar juntos y en la misma dirección favorecerá la consecución de los objetivos acordados con el niño/adolescente.

Junto con la intervención por actividades ya programada es necesario proveer de un tiempo libre no dirigido, aunque estructurado en términos generales. Este tiempo de pausa es particularmente beneficioso para los pacientes del HDIJ, ya que facilita las relaciones entre los iguales, al tiempo que les sirve de descanso, contribuyendo a un desarrollo integral: cognitivo, emocional, social y motor.

Tabla 33. Espacio de recreo (Ocio y Tiempo Libre)	
Responsables	Terapia Ocupacional y Enfermería
Participantes	Todos los pacientes que se encuentren en el programa de hospitalización parcial. El horario de recreo es el mismo para ambas unidades (infantil/adolescentes) pero se desarrolla en espacios diferenciados.
Duración y periodicidad	El recreo es una actividad diaria con una duración de 30 minutos (desde la salida del centro hasta su regreso a él, en caso de realizarse en el patio).
Lugar	Patio y patio cubierto cedido por el CP La Ería, situado frente al HDIJ, que también proporciona material deportivo y lúdico. Los menores que acuden a HDIJ tienen un uso exclusivo del mismo durante los horarios acordados. Este recreo se realizará en alguna de las salas polivalentes del HDIJ en aquellos casos en los que se considere más adecuado.
Objetivos	<p>Fomentar la socialización espontánea entre los menores dentro de un entorno seguro.</p> <p>Proveer de un espacio de ensayo de técnicas y aprendizaje por modelado.</p> <p>Favorecer la gestión emocional y la resolución de conflictos.</p> <p>Potenciar la capacidad de iniciativa y la creatividad entre los niños.</p> <p>Realizar actividad física como hábito de buena salud y de liberación de estrés.</p>

<p>Aspectos sobre los que se interviene</p>	<p>Iniciativa y creatividad: La posibilidad de disfrutar de un tiempo libre no dirigido fomenta la capacidad de iniciativa y creatividad, teniendo que buscar la forma de relacionarse y divertirse.</p> <p>Ensayo de Habilidades Sociales: En el transcurso de este tiempo de ocio los menores necesitarán implicarse en la socialización activa, siendo posible poner en práctica en un contexto real y seguro lo aprendido en otras intervenciones dirigidas a sus habilidades sociales y autoestima.</p> <p>Aprendizaje por modelado: Aunque el espacio de recreo es primordialmente un momento no dirigido, sí es un espacio cuidadosamente supervisado para evitar incidentes o aislamientos involuntarios. Con este fin siempre estará presente el personal del HDIJ como garante de la seguridad de los menores, y en su caso, como facilitador de las relaciones, preferentemente a través del juego. Así, en el caso de ser precisa la intervención del cuidador, los niños/adolescentes tienen la ocasión de aprender a través de la observación distintas formas con las que solicitar compañía de juego a otros, cómo establecer reglas y cómo asumirlas, cómo ceder y negociar, etc.</p> <p>Resolución de conflictos: El espacio de recreo se convierte en un lugar idóneo para aprender a resolver conflictos de forma pacífica sin que la mediación del adulto sea una constante, poniendo en práctica las pautas anteriormente trabajadas.</p> <p>Trabajo en equipo: Siempre que se den actividades grupales se requerirá cierto grado de trabajo en equipo. Para el caso de los niños, el juego cooperativo es una forma idónea de aprender a colaborar y sentirse parte de un grupo.</p> <p>Gestión emocional: De forma inseparable a la resolución de conflictos se trabajarán el autocontrol, la capacidad de empatía y la asertividad.</p> <p>Fomento de la actividad física: Este es un espacio en el que jugar, relacionarse, hacer ejercicio, dar un paseo o incluso descansar si así lo desean.</p>
<p>Metodología</p>	<p>Durante este tiempo habrá una supervisión y acompañamiento por parte del personal de Terapia Ocupacional y de Enfermería (el número de personal acompañante variará en función del número de menores; aunque siempre habrá un mínimo de dos acompañantes).</p> <p>Durante esta actividad se aprovechará para que los menores tomen el almuerzo que traerán desde su casa o se proporcionará desde en HDIJ en los casos que se requiera.</p> <p>Para facilitar la socialización y el juego se podrá hacer uso de algunos materiales lúdicos de los que dispone el HDIJ. Asimismo, no estará permitido el uso de dispositivos electrónicos para así favorecer la interacción a través del juego y promover la actividad física.</p>

Actividades Educativas(Ver Anexo IV).

El tratamiento en el programa de hospitalización parcial habitualmente supone una asistencia diaria al dispositivo durante varios meses, esto implica la necesidad de cubrir las necesidades educativas de los pacientes, por lo que la participación de un equipo psicopedagógico es indispensable.

Esta participación se realiza a través del programa de Aulas Hospitalarias mediante convenio con Educación. En el Anexo IV se detalla la planificación y propuesta por parte de Educación para cubrir estas necesidades de los pacientes incluidos en el programa.

Cómo se señalaba anteriormente, es importante señalar que el objetivo principal de la Intervención Educativa dentro del equipo del HDIJ no es solo la consecución de objetivos curriculares sino, principalmente, la recuperación del deseo de aprender y de la sensación de ser capaz de hacerlo. El objetivo es conseguir el reenganche del niño/adolescente con el ámbito escolar o formativo ya que en la mayor parte de los casos esta relación con el ámbito escolar estaba siendo gravemente afectada por la situación clínica del menor (absentismo importante y crónico o grandes dificultades de relación en el contexto escolar).

Resumen de intervenciones grupales en las dos unidades y Propuesta de Horarios.

Se muestra a continuación una tabla resumen con todas las actividades grupales llevadas a cabo en ambas unidades, en las que se llevan a cabo las mismas intervenciones, pero con adaptaciones importantes a la etapa evolutiva de los pacientes y sus familias.

Tabla 34. Actividades Grupales Hospitalización Parcial

Unidad Infantil	Unidad Adolescentes
Grupo Comunitario	Grupo Comunitario
Grupos Psicoterapéuticos	Grupos Psicoterapéuticos Grupo de Psicoterapia Grupo de DBT para inestabilidad emocional Grupo cognitivo-relacional
Grupo de Padres	Grupos de Padres
Espacio de Salud Higiene Alimentación Saludable Actividad física Uso responsable de redes sociales/videojuegos - Relajación	Espacio de Salud Higiene Alimentación Saludable Actividad física Salud Sexual Uso responsable de redes sociales/videojuegos Prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas. Relajación
Actividades corporales: psicomotricidad	Actividades corporales: psicomotricidad
Actividades artísticas o expresivas	Actividades artísticas o expresivas
Actividades en la comunidad	Actividades en la comunidad
Actividades de estimulación cognitiva	Actividades de estimulación cognitiva
Actividades Comunes a todos	

Espacio de Comedor

Espacio de Recreo y Ocio

Por último, en las tablas 35 y 36 proponemos un horario para ambas unidades. Ambas tablas sirven de guía ya que tanto las actividades como los horarios se irán adaptando necesariamente en función del grupo de pacientes atendidos en cada momento o al momento del curso escolar, ya que las actividades educativas se rigen por el calendario lectivo y el resto de las actividades se mantienen a lo largo de todo el año.

Tabla 35. Horario Unidad Infantil

ACTIVIDADES PROGRAMA ADOLESCENTES (12-17)					
HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:15-9:00	Reunión de equipo	Reunión de equipo	Reunión de equipo	Reunión de equipo	Reunión de equipo
9:10-9:30	Grupo comunitario	Grupo comunitario	Grupo comunitario	Grupo comunitario	Programación semanal
9:30-10:10	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	CLASE
10:15-11:00	RECREO (incluye media mañana)				
11:00-12:00	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	CLASE Consultas/valoraciones/ evaluaciones	
12:00-13:00	Estimulación cognitiva TO	Espacio de Salud Enf	Grupo Psicoterapéutico PSC/PSQ	Actividades artísticas y expresivas TO/Enf	OCIO Y TIEMPO LIBRE TO/Enf
13:00-14:00	COMEDOR (actividad organizada enfermería/TO)				

Los viernes se prefiere no tener actividades grupales movilizadoras de cara al fin de semana. Se aprovecha para reuniones más amplias del equipo y actividades grupales no movilizadoras, salidas... etc. destinadas a aumentar la cohesión grupal y las actividades en la comunidad.

** Jueves y viernes son los días en los que se establecen la mayor parte de las reuniones de coordinación.

8. Atención Ambulatoria Intensiva a Fases Iniciales de Psicosis y Primeros Episodios Psicóticos en Adolescentes.

8.1 Justificación y Encuadre

El término *Primer Episodio Psicótico* (PEP) alude a la presencia, por primera vez, de sintomatología psicótica definida como la existencia o sospecha clínica, por desorganización conductual, catatonía, etc., de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas. (Definición de consenso de la Guía Clínica y Terapéutica de Primeros Episodios Psicóticos en la Infancia y Adolescencia. Grupo de trabajo Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental

-CIBERSAM-, 2014).

Los estudios que exploran los efectos de la edad de inicio en las características clínicas de los trastornos psicóticos muestran que los pacientes con inicio temprano podrían diferenciarse de forma importante en el curso y pronóstico del trastorno. El inicio a edades más tempranas (por debajo de los 18 años) se asocia con mayor psicopatología (Langeveld et al., 2012), mayor disfunción cognitiva (Rajji et al., 2009), alteraciones del comportamiento más tempranas (Vinokur et al., 2014) y cambios de personalidad premórbidos (Skokou y Gourzis, 2014).

De forma coincidente con esto, en aquellos pacientes en los que la psicosis comienza durante la adolescencia se encuentran con frecuencia factores de riesgo de pronóstico desfavorable, como [mayor duración de psicosis sin tratar \(DUP\)](#) (Ballageer et al., 2005), peor ajuste premórbido (Larsen et al., 2004), y altas tasas de abuso de sustancias ([Pencer y Addington](#), 2003). Así, los pacientes en los que el trastorno se inicia de forma temprana tienden a tener peores resultados clínicos o de funcionamiento que aquellos en los que comienza en la edad adulta.

En general, los datos de incidencia anual de primeros episodios psicóticos son de 21/100000 habitantes (Jongsma et al., 2018) en población europea. Según estudios australianos, de todos los primeros episodios psicóticos, el 20% de los pacientes tienen entre 15 y 18 años. (Edwards y McGorry, 2004). Se calcula que la duración promedio de la psicosis no tratada se sitúa entre 1 y 2 años (Johannessen et al., 2001) por lo que, algunos episodios detectados entre los 19 y los 20 años podrían haberse iniciado durante la adolescencia.

Aunque por debajo de los 18 años son frecuentes los diagnósticos de trastornos esquizoafectivos, los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos y la esquizofrenia (Volkmar, 1996), el diagnóstico más común es el de *trastorno psicótico no especificado*. Esto se debe probablemente a que los primeros episodios en este rango de edad cursan con una clínica sutil e inespecífica y una duración variable que dificulta el diagnóstico (Clemmensen et al., 2012). En la infancia y adolescencia resulta más complicado realizar un diagnóstico definitivo, proceso que puede tomar semanas o incluso meses. Esto es así porque los síntomas psicóticos aislados son relativamente frecuentes en la infancia y adolescencia (7,5% de los adolescentes de edades comprendidas entre 13-18 años), siendo relevante tener en consideración durante el proceso diagnóstico que la presencia de experiencias psicóticas o síntomas aislados, no conllevan necesariamente la existencia o el desarrollo de un trastorno psicótico posterior (Van Os et al., 2009; Kelleher et al., 2012).

El hecho de experimentar un *primer episodio psicótico* puede tener un impacto traumático que afecta negativamente no solo a la persona que lo sufre, sino también a su entorno familiar y social, llegando a generar una fractura biográfica (Birchwood et al., 1998; Jackson et al., 2000; Lee et al., 2014; Knapp et al., 2014). Los adolescentes son especialmente vulnerables debido a la alteración que esta crisis provoca en su proceso de desarrollo (Edwards y McGorry, 2004).

Tras una primera experiencia psicótica, se considera que existe un *período crítico* durante los primeros 2-5 años. Es durante este intervalo cuando se producen los cambios fisiopatológicos más relevantes, pero también cuando se establece una ventana de oportunidad para el inicio de las intervenciones (Birchwood et al., 1998; McGlashan, 1999; Andreasen et al., 2013). En este sentido, se ha encontrado que las intervenciones de carácter temprano son necesarias, ya que minimizan el impacto neurobiológico, social y psicológico, al mismo tiempo que favorecen la respuesta al tratamiento y la recuperación funcional (Arango et al., 2018). Este tipo de intervención ayuda a los jóvenes a reconstruir y reorientar sus vidas, a comprender lo que les ocurre y a desarrollar recursos de afrontamiento para el futuro (Birchwood y Macmillan, 1993).

Cuadro 14. Beneficios de la intervención precoz

Disminución de la morbilidad.
 Recuperación más rápida.
 Mejor pronóstico.
 Conservación de las habilidades psicosociales.
 Conservación del apoyo familiar y social.
 Menor necesidad de hospitalización.
 Mejora en las expectativas académico-laborales.
 Incremento de la expectativa de vida.
 Birchwood y Macmillan, 1993; Marín, 2016; Millan et al., 2016

Cuadro 15. Consecuencias del retraso en el inicio del tratamiento

Recuperación más lenta y menos completa.
 Peor pronóstico.
 Aumento del riesgo de depresión y suicidio.
 Interferencia con el desarrollo psicológico y social.
 Tensión en las relaciones interpersonales.
 Pérdida de apoyo familiar y social.
 Angustia e incremento de los problemas psicológicos en el grupo familiar.
 Interrupción de los estudios o actividad laboral.
 Abuso de sustancias.
 Conductas violentas/criminales
 Hospitalización innecesaria.
 Pérdida de autoestima y confianza.
 Aumento del coste del tratamiento.
 Edwars y McGorry, 2004

Además de las ventajas de la intervención precoz y las consecuencias negativas de la tardanza en intervenir que podemos ver en los Cuadros 14 y 15, el desarrollo de programas específicos para el

abordaje de experiencias psicóticas precoces ofrece ciertas ventajas para la población más joven que vemos en el Cuadro 16.

Cuadro 16. Ventajas de los programas específicos para jóvenes

Asistencia separada de otras personas con trastornos de carácter más crónico.

Abordajes integrales.

Equipos independientes y específicos en una atmósfera de apoyo más cercana y dinámica.

Evaluación de las barreras concretas que encuentran los jóvenes que buscan ayuda y diseño de procesos más flexibles de intervención.

Mejora los índices de detección.

Oportunidad de trabajar en profundidad la adherencia al tratamiento y el compromiso tanto del usuario como de las familias.

Promoción de las oportunidades de investigación.

Edwards y McGorry, 2004

Sin embargo, como se señala en la *Guía Clínica y Terapéutica de Primeros Episodios Psicóticos en la Infancia y Adolescencia* (Grupo de trabajo Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental -CIBERSAM-, 2014) los modelos de tratamiento y los programas están generalmente orientados al paciente adulto, desde donde es más difícil atender a las características específicas de los pacientes que padecen una psicosis de inicio temprano, limitando las oportunidades tanto preventivas como terapéuticas. Existen pocas experiencias de programas específicamente dirigidos a esta población y que, por lo tanto, tengan en cuenta determinadas características de esta etapa.

8.2 Características y Principios.

Con base a la evidencia existente sobre la necesidad de atender de forma preventiva y específica a la psicosis de inicio temprano, desde el Hospital de Día Infantojuvenil del AGC de Salud Mental del Área Sanitaria IV-Oviedo del SESPA, se incorpora al programa de hospitalización parcial la **Atención Ambulatoria Intensiva a Fases iniciales de psicosis y Primeros Episodios Psicóticos en adolescentes** dirigido a aquellos menores de 18 años que han experimentado síntomas psicóticos o que se encuentran en fases iniciales de psicosis. Por tanto, a este grupo de especial vulnerabilidad se le ofrecen dos opciones asistenciales que difieren exclusivamente en función de la estructuración e intensidad del tratamiento: **Hospitalización Parcial** (más estructurada e intensiva) y **Tratamiento Ambulatorio** (más flexible), optando por aquella que aporte mayor beneficio en función de la situación clínica, escolar y familiar.

La Atención Ambulatoria comparte los principios de HDIJ en cuanto a:

- Abordaje específico e integral centrado en el paciente, su familia y en su entorno.
- Multidisciplinariedad y coordinación.
- Integración de distintos abordajes terapéuticos bajo un modelo relacional.
- Planteamiento de un Plan de Tratamiento Individualizado.

Y difiere en:

- La utilización de la flexibilización para favorecer la adherencia al tratamiento y la adaptación a diferentes evoluciones clínicas en lugar de la utilización de la mayor estructura del dispositivo.
- El planteamiento de intervenciones grupales homogéneas en cuanto al diagnóstico.

Cuadro 17. Características Principales de la Atención Ambulatoria Intensiva para FIP/PEP

- **Precoz:** evitando un periodo prolongado de psicosis sin tratar.
- **Personalizada y flexible:** diseñada con capacidad de adaptación a las necesidades específicas de cada individuo y su familia.
- **Centrada en la familia y el adolescente.**
- **Especializada:** realizada por equipos de intervención especializados en la atención infantojuvenil.
- **Multidisciplinar:** combinando abordaje médico, psicológico y social, con un equipo conformado por Facultativos Especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica, Enfermeras Especialistas en Salud Mental, Trabajador Social y Terapeuta Ocupacional.
- **Intensiva:** seguimiento adaptado a cada fase de la evolución.

Implementar esta atención ambulatoria en el marco asistencial del Hospital de Día Infantojuvenil puede ofrecer importantes ventajas para la recuperación y la prevención, algunas se señalan en el cuadro 18.

Cuadro 18. Ventajas de la Atención ambulatoria intensiva para PEP/FIP desde HDIJ

- **Evaluación integral** por parte de un equipo multidisciplinar desde la perspectiva infantojuvenil, teniendo en cuenta las dificultades específicas de diagnóstico y pronóstico en esta etapa vital.
- Debido a la ratio de pacientes, garantiza la posibilidad de realizar **abordajes integrales y coterapias intensivas**, que incluyan intervenciones individuales, familiares y sociomunitarias.
- El Hospital de Día Infantojuvenil establece un puente que **facilita la transición entre Salud Mental Infantojuvenil y Salud Mental de Adultos**, garantizando una intervención más intensiva durante el período crítico tras el episodio psicótico.
- Facilita la **coordinación fluida con la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil**, donde los pacientes ingresan hasta los 18 años (aunando el criterio de edad).
- Favorece una **intervención más comunitaria** a través de la coordinación y colaboración del HDIJ con los recursos de servicios sociales, asociaciones sin ánimo de lucro, educación y otras instituciones. De forma que se favorece la inclusión del paciente y/o su familia en una red sociocomunitaria más amplia.
- Dentro de estas intervenciones comunitarias destaca la **estrecha colaboración con el ámbito educativo**, esencial en población infantojuvenil, con el objetivo de minimizar el impacto del proceso de salud mental en su futuro formativo-académico.

8.3 Objetivos

Generales

- Facilitar la intervención terapéutica tanto al adolescente como a su familia, considerando la situación clínica con la máxima flexibilidad posible para adecuarse a las necesidades de cada caso y favoreciendo la adaptación a los cambios.
- Asegurar una intervención terapéutica precoz e intensiva a adolescentes en fases iniciales de psicosis desde la perspectiva de la recuperación de la salud, entendida ésta como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades según la propuesta de la OMS de 1946 (OMS, 1948).
- Garantizar que esta intervención sea multidisciplinar, integral, flexible y basada en la evidencia clínica y científica.

Específicos

- Promover la recuperación psicopatológica, psicológica y funcional.
- Reducir el riesgo de recaída y de ingreso.
- Apoyar a la familia y entorno sociofamiliar.
- Gestionar el seguimiento del paciente mediante la coordinación con otros dispositivos de la Red de Salud Mental.
- Elaborar estrategias de contacto y coordinación bidireccional con la red asistencial sanitaria: la propia Red de Salud Mental, Atención Primaria y Atención Especializada.
- Promover la coordinación con educación, servicios sociales y justicia.
- Reducir el temor y estigma asociado a los servicios psiquiátricos.

8.4 Proceso de tratamiento ambulatorio intensivo

8.4.1 Fases del tratamiento

Los pacientes acceden a la atención ambulatoria intensiva a través del mismo proceso de admisión que a hospitalización parcial. Se realiza una primera valoración inicial por parte de Psiquiatría y Psicología Clínica en la que se valora el cumplimiento de los criterios de inclusión en alguna de las dos opciones de tratamiento. Tras esta acogida se realiza la evaluación por todos los miembros del equipo y se elabora una propuesta según el modelo de PTI del HDIJ.

Es en este momento en el que se decide la modalidad de tratamiento: hospitalización parcial o ambulatorio intensivo. Este PTI se evalúa periódicamente.

Cada paciente tendrá asignado un Psiquiatra y un Psicólogo Clínico, uno de los cuales será su Facultativo Especialista de Referencia. Una enfermera y una terapeuta ocupacional del equipo de Hospital de Día Infantojuvenil se dedicará específicamente a los pacientes en situación de atención ambulatoria intensiva. El trabajador social realizará una valoración y seguimiento del paciente y su familia a lo largo de todo el proceso de tratamiento ambulatorio.

La intervención tiene en cuenta tres fases principales (Edwards y McGorry, 2004) con base en las

cuales se orientan los objetivos, el desarrollo y las intervenciones del equipo multidisciplinar (Ver Cuadro 19)

Cuadro 19. Intervención basada en Fases

Fase aguda o fase de contacto inicial

Establecimiento de una relación terapéutica o alianza de trabajo adecuada.
Valoración inicial y valoración completa por todo el equipo multidisciplinar.
Formulación del caso y desarrollo del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).
Inicio/continuidad de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
Apoyo e información al paciente y entorno familiar, adaptada al momento.

Fase de recuperación inicial

Mantenimiento del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico e inicio de intervenciones psicológicas específicas.
Evaluación continuada de la progresión y los objetivos.
Psicoeducación para paciente y familia.
Promoción de hábitos de vida saludables.
Valoración y abordaje del funcionamiento premórbido.
Adherencia y atención a las crisis.

Fase de recuperación mantenida

Mantenimiento de los objetivos conseguidos.
Establecer plan de recaídas.
Plantear la continuidad de cuidados.

En función de estas fases, aproximadamente a los 18 meses de iniciado el seguimiento en HDIJ, se realizará una revisión de la evolución del PTI en la que se valora la situación clínica y funcional de cara a formular un plan de seguimiento.

Si en ese momento la evolución es favorable:

- Mantenimiento de la adherencia al programa y atención rápida en caso de recaída o situación de crisis.
- Mantenimiento de los logros alcanzados.
- Valoración de ajustes en el tratamiento farmacológico.

Si la recuperación no ha sido completa:

- Mantenimiento de las intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales validadas para el abordaje de sintomatología resistente.
- Continuación del trabajo con las familias para la reducción de la sobrecarga familiar.
- Promoción de la independencia e individualización desde el sistema familiar.
- Ajuste de expectativas.

- Solicitud de reconocimiento de discapacidad y enlace con otros recursos sociosanitarios en los casos que lo requieran.

Uno de los objetivos de establecer una atención ambulatoria intensiva dentro del HDIJ es ofrecer la posibilidad de seguimiento estrecho de estos adolescentes durante el periodo crítico posterior al primer episodio psicótico. Una vez pasado este periodo se trabaja la preparación para el alta y se establecen estrategias que favorezcan la vinculación con el nuevo equipo terapéutico en caso de seguir requiriendo atención por parte de Salud Mental, y teniendo en cuenta la evolución del caso. Este proceso se cuidará especialmente, utilizando estrategias flexibles y adecuadas a cada caso.

8.4.2 Propuesta de intervenciones.

En el siguiente cuadro se resume la propuesta inicial de intervención multidisciplinar que se llevará a cabo por los diferentes profesionales del equipo

Cuadro 20. Propuesta de Intervenciones

Psicoterapia individual y grupal
 Intervención psicoterapéutica familiar
 Intervención farmacológica
 Intervenciones psicoeducativas tanto individuales como grupales
 Intervenciones en salud física y hábitos de vida saludables
 Intervenciones destinadas a las necesidades sociofamiliares
 Intervención ocupacional y formativo-laboral
 Entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas
 Intervenciones en reducción y prevención del consumo de tóxicos
 Estimulación y rehabilitación cognitiva

A continuación, se describen los enfoques y objetivos de algunas de estas intervenciones:

Intervención Psicoterapéutica Individual

Se tomará como marco de intervención el modelo de Psicoterapia Cognitivo-Relacional (Gumley y Schawannauer, 2008), cuyos objetivos principales son la recuperación emocional y la prevención de recaídas, añadiendo al tratamiento cognitivo conductual de la sintomatología psicótica el punto de vista relacional. El tratamiento se divide en tres fases diferentes pero solapadas:

- Compromiso terapéutico y formulación clínica.
- Transformación de las creencias y las estrategias interpersonales problemáticas.
- Fase final y cierre del proceso.

A lo largo de estas fases la frecuencia de las sesiones es variable en función de las necesidades de

cada paciente. El objetivo es la vuelta a la normalidad. Esto pasa por abordar las creencias negativas respecto a los síntomas psicóticos mejorando el funcionamiento interpersonal, la conciencia introspectiva y la capacidad de autorreflexión.

Se trata de una intervención psicoterapéutica focalizada en la persona y la familia. La formulación individualizada del caso permite abordar también aspectos relativos a dificultades específicas, factores de riesgo individuales, fomento de las estrategias de afrontamiento y resiliencia y abordaje de sintomatología residual. Dentro de la psicoterapia individual se trabajan además los contenidos de los siguientes epígrafes:

Abordaje de la sintomatología concomitante y rasgos de personalidad disfuncionales:

Durante el proceso de recuperación pueden aparecer malestar o sintomatología comórbida y/o reactiva, como trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, insomnio, ansiedad, depresión... A pesar de la dificultad para diferenciar entre los trastornos preexistentes y los trastornos que son secundarios reactivos a la psicosis (Jackson et al., 2000; McGorry et al., 1991), especialmente durante la adolescencia, estos deben ser identificados y tratados.

En los adolescentes, nos encontramos con que la interacción entre rasgos de personalidad disfuncionales y síntomas psicóticos es compleja, ya que, sobre todo en el caso de los más jóvenes, es posible que no hayan desarrollado por completo su personalidad y su sentido de identidad. Estos rasgos de personalidad que se están conformando durante la adolescencia pueden requerir un abordaje específico.

Intervención en riesgo y prevención de suicidio

El mayor riesgo de suicidio aparece durante el periodo post-psicótico (Drake et al., 1984). Es por ello por lo que durante todo el seguimiento se realizará especial énfasis en la monitorización y prevención.

Cuadro 21. Posibles interacciones entre rasgos de personalidad y síntomas psicóticos en la adolescencia objeto de intervención psicoterapéutica

- Alteraciones de conducta como forma de manifestación atenuada de la presencia de sintomatología psicótica.
- Rasgos de personalidad como factores predisponentes al desarrollo de síntomas psicóticos.
- Cambios de personalidad reactivos o provocados por la experiencia psicótica.
- Rasgos de personalidad como factores de riesgo de recaída.
- Presencia de un trastorno comórbido.

Edwards y McGorry, 2004

Prevención de recaídas

La prevención de las recaídas es un objetivo fundamental tanto de la intervención individual como familiar, dado su papel negativo en la evolución y pronóstico. Se elaborarán planes de actuación individualizados y consensuados tanto con el paciente como con su familia, para fomentar los recursos personales y el afrontamiento en estas circunstancias, teniendo en cuenta el contexto personal, interpersonal y sistémico presente en los procesos de recaída (Gumley y Schwannauer, 2008). Las estrategias adoptadas por los propios pacientes y sus familias pueden reducir los niveles de estrés emocional y favorecer la estabilización afectiva, con un efecto positivo en su afrontamiento.

Intervención Psicoterapéutica Grupal para el periodo de recuperación inicial

Periódicamente se llevará a cabo una intervención grupal, en pequeño grupo cerrado durante 8 sesiones semanales siguiendo el modelo del “Grupo de educación y apoyo para jóvenes” (YES, YouthEducation and SupportGroup) diseñado por Ashok et al. (2005) para jóvenes en periodo de recuperación de un PEP. Algunos objetivos específicos del grupo son:

- Reducir el riesgo de recaídas después de la remisión total o parcial de un PEP.
- Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad sin sobrepasar su sentido de identidad personal.
- Mejorar las habilidades sociales e interpersonales para facilitar la reintegración con su grupo de iguales.
- Informar a los pacientes sobre los efectos del consumo y abuso del alcohol y de otras sustancias.
- Facilitar a los pacientes las habilidades para hacer frente a la estigmatización por parte de otros y para evitar la auto-estigmatización.
- Mejorar las relaciones familiares y reducir el estrés y el nivel de conflicto en la familia.
- Comprender la naturaleza de las señales prodrómicas y de alerta y promover la detección e intervención tempranas de cualquier recaída inminente.

Cuadro 22. Sesiones del Grupo de Educación y apoyo para adolescentes
Sesión 1: Presentación de la terapia de grupo y del grupo de apoyo en particular
Sesión 2: Identidad/ ¿Qué es la psicosis?
Sesión 3: Presión de los iguales y consumo de sustancias
Sesión 4: Relaciones/medicación
Sesión 5: Estigma y estrategias
Sesión 6: Recuperación y habilidades sociales
Sesión 7: Señales tempranas de alarma/intervención inicial
Sesión 8: Revisión/cierre

Intervención Psicoterapéutica Familiar

La intervención familiar ha de tener en cuenta el impacto de la psicosis en el sistema familiar, el efecto de esta experiencia en cada uno de los miembros de la familia y también aquellas interacciones familiares particulares que puedan influir en el curso del trastorno. La psicoterapia familiar es especialmente importante en la adolescencia (Fadden, 2014) porque:

- La mayoría de los jóvenes viven con sus familias (Fisher et al., 2008).
- Los padres suelen ser los que inician y mantienen el contacto con los servicios asistenciales (Singh y Grange, 2006; Boydell et al., 2006).
- Ayuda a mantener relaciones de colaboración y facilitar la adaptación a los posibles cambios evolutivos de la familia (Fadden y Smith, 2009).
- Ayuda a reducir la angustia y mejorar el estado anímico de los familiares quienes se ven afectados a este nivel por su papel de cuidadores en el proceso de recuperación (Jones, 2009).
- Las intervenciones familiares son un elemento clave en el abordaje de la psicosis, dado su estudiado papel en la prevención de recaídas y reducción de las hospitalizaciones (Bird et al., 2010).

Psicoterapia familiar individual

Las intervenciones se adaptan a familias que (a) tienen un miembro en las fases iniciales del trastorno psicótico o (b) tienen un miembro que ha sufrido un episodio psicótico agudo por primera vez. Estas familias requieren intervenciones diferentes a aquellas familias de pacientes crónicos. Se trabaja con la idea de conseguir una progresiva asunción de responsabilidad del adolescente sobre su propia conducta, enfatizando la capacidad del adolescente de contribuir de forma positiva a su tratamiento y a la mejoría del clima familiar.

En los primeros momentos se primarán las intervenciones familiares individuales, dirigidas a todos los miembros del sistema familiar (teniendo en cuenta por ejemplo a los hermanos) y se adaptará la información y la intervención al momento clínico del paciente.

Los objetivos generales son minimizar la alteración de la vida familiar y el riesgo de que la familia sufra estrés y sobrecarga y maximizar el funcionamiento adaptativo de la familia después de un episodio agudo. Es necesario reconocer las necesidades específicas de cada familia, no sólo porque el contexto familiar puede influir en la recuperación del adolescente sino también porque la familia necesita apoyo práctico y emocional en un período de tiempo que resulta desconcertante y angustioso.

Esta intervención individual se inicia de forma inmediata al primer contacto del adolescente con el programa y se mantiene adaptando tanto la intensidad como los objetivos durante las diferentes fases

del trastorno y del tratamiento.

Es probable que algunas familias presenten necesidades específicas para las que requerirán un entrenamiento, por ejemplo, en habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

Psicoterapia familiar grupal

En la fase de recuperación inicial se ofrece un grupo familiar a corto plazo a aquellas familias en las que se ha confirmado un primer episodio o el inicio de un trastorno psicótico, esto ayuda a que las familias se encuentren con otras familias con problemas similares, compartan las soluciones a las dificultades y se apoyen mutuamente.

Será un grupo cerrado de 12 sesiones de aproximadamente 75 minutos de duración con frecuencia semanal. El grupo se repetirá varias veces a lo largo del año dando oportunidad a nuevas familias a realizarlo y dando opción a repetirlo para aquellas que puedan necesitarlo. Esta propuesta de intervención se basa en el modelo de McFarlane et al. (2001), adaptado a población adolescente, y busca los siguientes objetivos:

- Compartir experiencias.
- Reducir la sensación de aislamiento.
- Reducir los sentimientos de culpabilidad y estigma.
- Compartir la manera de enfrentarse a problemas prácticos.
- Compartir estrategias de afrontamiento.
- Crear un foro en el que los sentimientos puedan expresarse y asimilarse (Kuipers et al., 2010).
- Ampliar la red social.

Además de servir de apoyo para las familias, el grupo va a permitir el trabajo específico en una serie de aspectos y contenidos recogidos en los siguientes módulos.

Cuadro 23. Módulos del grupo de familiares

Módulo 1. Psicoeducación: permite la educación e información compartida acerca de la sintomatología, los tratamientos, los signos de alarma, etc.

Módulo 2. Estrategias de manejo de estrés.

Módulo 3. Entrenamiento en habilidades de comunicación con el adolescente y entre todos los miembros de la familia.

Módulo 4. Entrenamiento en Solución de Problemas y búsqueda de objetivos y metas realistas.

Módulo 5. Afrontamiento de las crisis y recaída.

Intervenciones dirigidas a la reducción y prevención del consumo de cannabis y otros tóxicos

En aquellos casos en los que se identifique consumo de sustancias se llevarán a cabo intervenciones individuales dirigidas a la reducción de dicho consumo y a la prevención futura. Se utilizará la combinación de Entrevista motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 1991) con terapia cognitivo-conductual (TCC).

En el caso de consumo de cannabis, dada su frecuente utilización entre los adolescentes y la normalización actual de su consumo, se hace necesaria una intervención más específica. La intervención Cannabis y Psicosis (CAP) es una intervención individual y ligada a la fase, dirigida a reducir el impacto negativo del consumo (cualquier nivel de consumo) de cannabis en jóvenes con PEP (Edwards, et. al. 2002). Esta intervención contiene componentes psicoeducativos, técnicas de la EM y de la TCC y está manualizada. Los objetivos de dicha intervención son:

- Trabajar sobre el papel del consumo de cannabis en el contexto de un trastorno psicótico.
- Desarrollar compromiso de cambio.

Entrenamiento en Habilidades sociales y comunicativas

En aquellos adolescentes en los que se detecte un déficit de habilidades sociales o de comunicación, se llevará a cabo una intervención específica preferiblemente en pequeños grupos y a través de actividades lúdicas y dinámicas grupales.

Para el diseño de la intervención, dependiendo de las necesidades de los pacientes, se utilizará el módulo de habilidades sociales del CBSST (Granholm et al. 2016), añadiendo cuando sea posible, elementos metacognitivos.

Terapia de Estimulación y Rehabilitación Cognitiva

Para aquellos pacientes en los que se detecte un mayor deterioro cognitivo se realiza la intervención de forma individual o grupal basada en la valoración de las funciones cognitivas realizadas.

Intervención Psicofarmacológica

La intervención psicofarmacológica de un paciente con un primer episodio psicótico o en fases iniciales de psicosis se encuadra dentro del plan de tratamiento individualizado y busca como objetivo fundamental la recuperación sintomática y funcional.

El proceso por el que se selecciona e indica el fármaco o fármacos más adecuados será similar al realizado en el HDIJ para el resto de los pacientes con TMG, de manera que el paciente y su familia participen y estén informados en todo momento de las características del tratamiento prescrito, incluyendo efecto terapéutico y posibles efectos secundarios (Kendall et al., 2013). Con ello se busca minimizar la posibilidad de abandonos o retirada prematura, que se asocian a un riesgo importante de descompensación (Zipursky et al., 2014).

De forma general para todos los tratamientos psicofarmacológicos y en el caso específico de los

fármacos antipsicóticos, se recomienda la monitorización de efectos adversos (somnolencia, síntomas extrapiramidales, alteraciones endocrinológicas, metabólicas y cardiovasculares, alteraciones sexuales, ...) al inicio del tratamiento y de manera periódica (Correll et al., 2009; Fraguas et al. 2010; Grupo de trabajo Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental -CIBERSAM-, 2014). El tratamiento ambulatorio intensivo permite esta evaluación estrecha mediante la entrevista clínica, la exploración física, los controles analíticos (hemograma, bioquímica con perfil lipídico, glucémico, hepático y renal, determinaciones hormonales, bioquímica de orina, monitorización de niveles plasmáticos de fármacos) y la solicitud de otras pruebas complementarias tales como ECG.

La duración del tratamiento dependerá de la evolución del paciente, el grado de remisión o la aparición de recaídas (International EarlyPsychosisAssociationWritingGroup -IEPA-, 2005), pudiendo fluctuar entre los 12 meses cuando la remisión es rápida y completa, y el tratamiento indefinido si se producen persistencia de síntomas o recaídas. En cualquier caso, el cambio o supresión del tratamiento psicofarmacológico deberá ser lento y con una monitorización estrecha.

Intervención Psicoeducativa y Promoción de Hábitos de Vida Saludable

La psicoeducación constituye un pilar fundamental dentro del tratamiento, siempre que se realice desde una actitud de escucha activa, fomento de la comunicación y el diálogo, adaptación del lenguaje y el contenido, orientación hacia las necesidades detectadas, y especialmente el uso de un mensaje de afrontamiento esperanzador. Desde esta perspectiva se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

- Fomentar la conciencia de enfermedad y reconocer los síntomas de forma precoz.
- Mejorar la adherencia a los tratamientos e intervenciones y la alianza terapéutica con el equipo.
- Prevenir otros problemas asociados (estrés, recaídas, etc.).
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Mejorar el apoyo social y familiar.
- Mejorar la sensación de control y el manejo cotidiano de las dificultades.

Para su consecución se proponen los contenidos generales enumerados en la Tabla 37.

Tabla 37. Contenidos de la Intervención Psicoeducativa

Ámbitos	Contenidos
Afrontamiento	Conciencia de enfermedad Afrontamiento individual eficaz (técnicas de relajación) Adaptación a la situación Adherencia al tratamiento
Promoción de la Salud	Consumo de tóxicos Ejercicio físico y descanso Nutrición equilibrada Autocuidado

	AVD
Habilidades Sociales	Comunicación básica Interacción social Interacción en la comunidad

Esta intervención también se ofrece tanto en formato individual como grupal, basada en los conocimientos y experiencias vividas por el paciente. Se promoverá la creación de una narrativa coherente como medio para detectar significados importantes, fomentando la capacidad de reflexionar sobre lo ocurrido, darle un sentido y valorar la propia contribución y la necesidad de participación activa en el proceso de recuperación.

Un objetivo importante de la intervención psicoeducativa es contribuir a la mejoría de los hábitos de los pacientes y con ellos el de su estado de salud general, dada la frecuente comorbilidad asociada a problemas físicos. La intervención partirá de la evaluación y seguimiento del estado físico del paciente (somatometría, perímetro abdominal, IMC, estado nutricional, constantes vitales), así como de la valoración de sus hábitos (regulación de horarios, características de la alimentación, frecuencia de ejercicio físico, higiene, hábitos tóxicos) con el fin de intervenir de forma individualizada, promoviendo prácticas más saludables

Intervenciones sociales y formativo-vocacionales

Se llevarán a cabo todas aquellas acciones que faciliten el desarrollo de la persona y su entorno, incluyendo aspectos económicos, de vivienda, de organización familiar y de gestión de recursos sociosanitarios y de ocio y tiempo libre. De manera específica, las intervenciones sociales se deberán centrar en las cuestiones y áreas planteadas en el PTI.

Durante la fase de recuperación inicial y el resto del seguimiento del adolescente, se ofrecerá ayuda individualizada en la resolución de problemas, la organización del tiempo, la organización de actividades de tiempo libre y el desarrollo de habilidades de la vida cotidiana.

En el aspecto formativo, clave en este momento evolutivo, se trabaja también de forma individual con los pacientes en el desarrollo de habilidades pre-vocacionales y planificación de un proyecto formativo. Siempre que sea posible se utilizarán los servicios educativos y de empleo que se ofrezcan a la población general, ya que pueden tener mayor efecto normalizador.

9. Proceso de Alta y Continuidad de Cuidados

9.1 Proceso de Alta

El HDIJ es un dispositivo que por definición tiene un enfoque psicoterapéutico y debe ser un espacio de relación. Por esta razón se hacen imprescindibles la definición del alta, el análisis de esta y, especialmente, la preparación de la despedida anticipando el duelo y asegurando

una continuidad de tratamiento tras el paso por el dispositivo. En este proceso participa activamente todo el equipo terapéutico.

El tiempo total de permanencia en el programa de hospitalización parcial, que habitualmente es de varios meses, dependerá de la evolución del caso. De forma general se propone un año de tratamiento, con evaluación del caso a los 6 y 12 meses. Se valorará prolongar la atención en aquellos pacientes en los que pueda resultar beneficioso o en los que se determinen nuevos objetivos a trabajar.

En el caso de la Atención Ambulatoria Intensiva para Fases iniciales de Psicosis y Primeros Episodios Psicóticos el tratamiento se prolonga durante el *periodo crítico*.

Con respecto a la evolución, pueden darse las siguientes situaciones o criterios de alta:

- La evolución positiva del paciente con el cumplimiento de los objetivos establecidos en el PTI por parte del menor y su familia, lo cual posibilita continuar con un tratamiento eficaz a nivel ambulatorio.
- Posibilidad de que otros dispositivos puedan ofrecer una respuesta más adecuada a las necesidades terapéuticas del caso.
- Finalización de la etapa de atención en el Hospital de Día al cumplir los 18 años y derivación a recursos de salud mental para adultos, bien de atención ambulatoria, o bien estructuras intermedias.
- No cumplimiento de los objetivos planteados en el PTI o ruptura del consentimiento de ingreso en el HDIJ.
- Faltas de asistencia injustificadas de forma continuada.

En cualquier caso, el alta del HDIJ no supone la finalización del proceso terapéutico del menor o adulto joven (en el caso de la atención ambulatoria intensiva para primeros episodios y fases iniciales). En este sentido se deberá realizar un trabajo previo que implica dos niveles fundamentales:

- Preparación del paciente y su familia para la desvinculación del dispositivo y el retorno al CSM o dispositivo de Salud Mental más adecuado.
- Coordinación con el facultativo de referencia del CSM con el objetivo de poder devolver los resultados obtenidos por el paciente y su familia, estableciendo así una línea de continuidad entre el trabajo realizado en el HDIJ y el plan terapéutico que se lleve a cabo desde el CSM.

El informe de alta puede ser una herramienta muy útil en este momento del proceso, en tanto que permite realizar una devolución por escrito al menor y su familia con el significado de los resultados obtenidos tras el trabajo realizado, y, de igual manera, puede ayudar al

facultativo del CSM a orientar su programa terapéutico de cara al retorno del caso o al inicio del seguimiento cuando se trata del paso al CSM de adultos u otro dispositivo de Salud Mental de Adultos.

9.2 Continuidad de cuidados

Dada la propia naturaleza del HDIJ, la asistencia de los pacientes va a ser siempre *temporal* y ligada a la *consecución de unos objetivos terapéuticos previamente establecidos*. Es fundamental, por tanto, que exista un trabajo que garantice la continuidad de cuidados del menor y su familia tanto durante su estancia en el HDIJ como en el momento de regresar a su CSM de referencia.

Como se viene señalando, en el tratamiento que se realiza en HDIJ debe predominar una filosofía eminentemente comunitaria, por lo que es igualmente esencial que éste se realice en coordinación con las principales instituciones que intervengan con el menor y su familia (centro escolar, servicios sociales y servicios jurídicos). Además de ofrecer una mayor coherencia a las intervenciones que se realicen desde los diferentes ámbitos, este aspecto es de vital importancia a la hora de integrar el trabajo psicoterapéutico en los principales contextos de la vida diaria del menor. Esto se traduce también en una proactividad por parte del equipo de HDIJ para promover la colaboración y cooperación de otros posibles agentes buscando su participación (Servicio de planificación familiar, Atención Psicosocial, Centros Educativos, etc.). Este trabajo de coordinación y colaboración que se realiza durante toda la estancia del menor en HDIJ cobra especial relevancia en el momento de preparación del alta y la continuidad del tratamiento. Así, entendemos que un trabajo realizado en colaboración directa con los diferentes agentes comunitarios va a facilitar enormemente la reinserción del menor en su entorno social, escolar y familiar, con todos los beneficios que esto supone de cara al mantenimiento de la mejoría obtenida durante la estancia en HDIJ.

Algunas de las actividades dirigidas a garantizar la continuidad de cuidados tanto desde el programa de hospitalización parcial como desde la atención ambulatoria intensiva serán:

- Coordinación con el facultativo de referencia en CSM, especialmente en dos momentos del proceso terapéutico:
 - Derivación al HDIJ: A través del correspondiente informe de derivación se analizarán los objetivos terapéuticos, criterios de inclusión, temporalidad, así como cualquier elemento que defina las necesidades del menor y las características de la intervención por parte del HDIJ.

- Alta del HDIJ y devolución al CSM-IJ: en caso de que el motivo del alta del menor haya sido el cumplimiento de los 18 años, la coordinación se realizará con el facultativo del programa de adultos.
- Coordinación con la UHP-IJ:
 - Programación y gestión de ingresos cuando la situación clínica del menor lo requiera.
 - Recepción del menor en el HDIJ al alta del ingreso: en el caso de que durante el periodo de permanencia en HDIJ el menor requiera ingreso en la UHP-IJ, se llevarán a cabo las actuaciones necesarias para que, al alta de este, *éste vuelva a ser atendido en el dispositivo en un periodo no mayor de 5 días.*
- Reuniones multidisciplinares del equipo de HDIJ que permitan analizar la evolución y necesidades específicas de cada caso, a través de la elaboración y revisión de los Planes de Tratamiento Individualizados.
- Reuniones programadas del equipo de HDIJ con los responsables del trabajo con el menor y su familia en otras instituciones comunitarias, principalmente en el contexto escolar, social y judicial.

Por último, existen dos aspectos que son imprescindibles para que podamos ofrecer una continuidad de cuidados con las mayores garantías posibles:

- **Implicación de todo el equipoprofesional** del HDIJ en las coordinaciones, aunque en algunas actividades puedan adquirir mayor responsabilidad determinados profesionales.
- **Elaboración de protocolos específicos** que favorezcan el intercambio de información lo más estandarizado posible, evitando la pérdida de información necesaria a la hora de realizar las coordinaciones y poder tomar decisiones clínicas. Además, en aquellos casos en los que, por razones de ubicación física, la coordinación presencial no sea posible, los modelos protocolizados de actuación pueden agilizar enormemente el flujo de información entre los profesionales de los distintos dispositivos.

Vemos a continuación una tabla resumen de las principales actividades de coordinación en el HDIJ para ambos programas.

Tabla 38. Actividades de coordinación

Coordinación interna	
Reunión de equipo diaria	Reunión esencial para el funcionamiento del equipo multidisciplinar.
Reunión de equipo semanal	Todos los viernes hay una reunión más amplia destinada a valorar derivaciones y altas, elaboración de PTI, revisión de objetivos, etc.
Reunión de equipo trimestral	Evaluación de funcionamiento y objetivos
Coordinación externa	

Con el facultativo derivante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de derivación ▪ Informe de alta ▪ Contactos telefónicos
Con los dispositivos derivantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión de coordinación mensual con el CSMIJ. ▪ Reuniones periódicas de coordinación con la UHP-IJ. Contacto telefónico en el caso de pacientes en seguimiento en HDIJ que requieren de ingreso en UHP-IJ . ▪ Coordinación telefónica con los CSM de adultos que atienden a los jóvenes a partir de 17 años.
Con otros dispositivos intermedios de adultos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al alta de aquellos pacientes que continúen requiriendo este tratamiento más allá de la mayoría de edad.
Con los equipos de Orientación Educativa de todos los centros en los que hay algún paciente matriculado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión al ingreso del paciente en HDIJ para elaboración del plan de trabajo en HDIJ. ▪ Reunión al alta del paciente de HDIJ para favorecer y coordinar la vuelta al centro escolar normalizado. ▪ Contactos telefónicos siempre que sea necesario.
Con otros servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contactos telefónicos siempre que sea necesario con otros servicios sanitarios (Pediatra/MAP, otras especialidades, planificación familiar, atención psicosocial a la mujer, etc.)
Con los EITAF y UTS que se encuentran interviniendo con las familias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto telefónico/correo electrónico frecuente. ▪ Reuniones presenciales cuando hay intervención por parte del EITAF. ▪ Coordinación con el Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias) o con los centros de Acogimiento Residencial si existe intervención desde esos ámbitos.
Con asociaciones sin ánimo de lucro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con el objetivo de promover el acceso a un ocio de calidad y el soporte fuera del horario de HDIJ (tardes, fines de semana, vacaciones, etc.) y poder aumentar de esta forma la posibilidad de recursos enfocados a la integración en la comunidad.

10. Formación, Docencia e Investigación

10.1 Actividades Formativas y docentes

- Se establecerá una formación interna para el equipo de HDIJ en la que participarán los propios profesionales del equipo, contando con la colaboración de otros profesionales del área o externos.
- Supervisión de casos que permita la revisión de dificultades y el abordaje de posibles situaciones de crisis, siendo de interés la posibilidad de asesoramiento externo.
- Participación en sesiones clínicas y actividades de formación continuada relacionadas con el Hospital de Día Infantojuvenil y con el programa ambulatorio para FIP/PEP.

- Elaborar e impartir actividades docentes y de sensibilización para pacientes, familiares y profesionales que faciliten la comprensión y aceptación de la experiencia psicótica y su tratamiento.
- Formación de residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica, Pediatría, Neurología, Medicina de Familia y Comunitaria y Enfermería de Salud Mental.
- Formación de estudiantes del Máster de Psicología Sanitaria de la Universidad de Oviedo.
- Formación de estudiantes de Grado de Medicina, Enfermería y Terapia ocupacional.

10.2 Actividades de investigación

Se promoverá la puesta en marcha, con la participación de todo el equipo terapéutico, de proyectos de investigación que permitan profundizar en el conocimiento de la etiopatogenia, evaluación, tratamiento y respuesta terapéutica de los pacientes con TMG en la infancia y la adolescencia.

11. Evaluación del HDIJ

Se establecerá un sistema de *Evaluación y Mejora continua* del funcionamiento del dispositivo desde el inicio empezando por la evaluación de la implementación tanto del programa de hospitalización parcial como el programa de atención ambulatoria intensiva para fases iniciales de psicosis y primeros episodios en la adolescencia. Definiéndose progresivamente indicadores (Ver tablas 39, 40 y 41) para poder medir de forma anual los resultados una vez ambos programas del dispositivo estén en funcionamiento.

Tabla 39 .Indicadores de Actividad

Indicador y descripción	Fuente de datos
Número de demandas recibidas/año: número de derivaciones realizadas al HDIJ al	Historia ClínicaInformati-
Número de nuevos ingresos/año: número de pacientes derivados por primera vez y que efectivamente inician el tratamiento en HDIJ	Historia ClínicaInformati- zada
HDIJ.	Historia Clínica Informa-

Tabla 40 Indicadores de Proceso

Indicador y descripción	Fuente de datos	Estándar
Demora para la inclusión en los programas de HDIJ (Tiempo desde que el paciente entra en el buzón de HDIJ y la primera entrevista de valoración)	Historia ClínicaInformati- zada	o Inicio de Evaluación <10 días laborables o Tiempo de reingreso tras ingreso en UHPIJ desde HDIJ <5 días laborables

Número de pacientes con PTI completo subido a Historia Clínica.	Historia Clínica Informatizada	>90%
Número de pacientes con todos los Formularios de la Historia Clínica cumplimentados (Pacientes con los siguientes formularios cumplimentados: Evaluación TMS infantojuvenil/Formulario TS/Formulario Terapia Ocupacional/Valoración Enfermería).	Historia Clínica Informatizada	>90%

Tabla 41. Indicadores de resultado

Indicador y descripción	Fuente de Datos	Estándar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivos de alta: <ul style="list-style-type: none"> o Mejoría (cumplimiento de los objetivos del PTI) o Paso a otros dispositivos más adecuados (incluido el paso a otro dispositivo por cumplir la mayoría de edad) o No consecución de los objetivos o ruptura del contrato terapéutico. o Alta voluntaria (el paciente o su tutor legal solicita el cese del tratamiento en HDIJ a pesar de la recomendación de permanencia por parte del equipo terapéutico) o Abandono (el paciente deja de asistir de forma sistemática) 	Historia Clínica/Informe de Alta	Menos del 20% de rupturas del contrato, altas voluntarias y abandonos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados clínicos: Medidos a partir de la mejoría clínica, la mejora del ajuste social y el aumento de la calidad de vida del paciente y su familia, y la disminución del estrés parental. 	<ul style="list-style-type: none"> o Estado psicopatológico y mejoría clínica global: HONOSCA o Ajuste social: CGAS o Calidad de Vida: Cuestionario de Calidad de Vida KIDSCREEN-52 (para padres/niños y adolescentes de entre 8 y 18 años) y Cuestionario AUQUEI para niños de 6 a 8 años. o Escala de Estrés Parental 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución significativa de la puntuación tanto en HONOSCA como en CGAS Aumento significativo de puntuación en KIDSCREEN Disminución del estrés parental percibido
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción con el servicio: 	Cuestionario construido ad hoc (Anexo XIII)	Nivel alto de satisfacción (satisfecho y muy satisfecho) en más

		del 80% de los pacientes y familias en el momento del alta del dispositivo.
--	--	---

12. Bibliografía.

- AlcamíPertejo, M. (1992). Eficacia del Hospital de día Psiquiátrico infantil. (Tesis). UCM.
- Alfaro-LeFevre, R. (2014). Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. Wolters KluwerHealth.
- Al-Halabi, S., Sáiz, P., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jimenez, Esther., Cervilla, J., Navarrete M^aIsabel., Diaz-Mesa, EvaM^a., García-Álvarez, L., Muñoz, J., Posner, K., Oquendo, M^aA., García-Portilla, M^aPaz y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142.
- Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D., & Pantone, P. (2002). *Relational child psychotherapy*. Other Press.
- Alpern, G.D. (2018). DP-3. Perfil de Desarrollo-3. TEA Ediciones.
- Alvarez, E., García-Ribera, C., Torrens, M., Udina, C., Guillamat, R. y Casas, M. (1987). Premorbid adjustment scale as a prognostic predictor for schizophrenic. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 411. [https://doi: 10.1192/bjp.150.3.411](https://doi:10.1192/bjp.150.3.411)
- Andreasen, N.C., Liu, D., Ziebell, S., Vora, A. & Ho, B.C. (2013). Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *American Journal of Psychiatry*, 170(6), 609-16. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12050674>.
- Arango, C., Diaz-Caneja, C., McGorry, P., Rapoport, J., Sommer, I., Vorstman, J., McDaid, D., Marin, O., Serrano-Drozdzowsky, E., Freedman, R. y Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *TheLancet Psychiatry*, 5(7), 591-604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366/S2215-0366(18)30057-9)
- Artigue, J., Tizón, J. y Salamero, M. (2016). Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN), *Schizophr. Res.* 176 pp. 423-430. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.048>
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491-7. doi:10.1097/00005053-199708000-00003

- Ashok, K., Malla, T., McLean y Roos, N. (2005). Intervención psicoterapéutica grupal en la recuperación del primer episodio de psicosis. En: *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. (Gleeson y McGorrycoords.). Compañ Felipe, V. (trad) (obra original publicada en 2004). Editorial Desclée de Brouwer.

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2008). Marco de práctica de terapia ocupacional: Dominio y proceso (2ª ed.). Revista Americana de Terapia Ocupacional, 62, 625 – 683.
- Ávila, A., Bueno, M., Cruz, S., Hierro, M.D., Jiménez, F., Maganto, C., Ortiz, P. y Rodríguez, C. (1997). Evaluación en psicología clínica II. Estrategias cualitativas. Amarú Ediciones.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamon, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., y Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gaceta Sanitaria, 19(2), 93-102. <https://doi.org/10.1157/13074363>.
- Ballageer, T., Malla, A., Manchanda, R., Takhar, J. y Haricharan, R. (2005) Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 44(8), 782-9. doi: 10.1097/01.chi.0000164591.55942.ea. PMID: 16034280.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Gedisa.
- Basu, S., Kafkes, A., Geist, R. y Kielhofner, G. (2003) Manual del usuario del cuestionario volicional pediátrico (PVQ) : versión 2.0. (Abelenda, J. Trad) UIC (Obra original publicada en 1998)
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2018). Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. (Mora, F. Trad) Ed. Desclée de Brouwer. (Obra original publicada en 2016)
- Beck, J., Beck, A., Jolly, J y Steer, R. (2017). Inventarios de Beck para niños y adolescentes-2 (BYI-2). Pearson Clinical&TalentAssessment.
- Bellido Mainar, J.R., Berrueta Maeztu, L.M., Sanz Valer, P., López Gistaú, T. y Gea Sánchez, A. (2015). Adaptación española de la Comprehensive OccupationalTherapyScale (COTE) para pacientes psiquiátricos. TOG (A Coruña), 12(22), 35. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/original5.pdf>.
- Bender, L. (1984). El test gestáltico visomotor. Ediciones Paidós.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. British Journal of Psychiatry, 172(33), 53-9. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297663>
- Birchwood, M. y Mcmillan, F. (1993). Early intervention in schizophrenia. Aust NZ J Psychiatry, 27, 374-378.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J. y Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br. J. Psychiatry 197, 350–356. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>
- Block, B.M., Arney, K., Campbell, D.J., Kiser, L.J., Lefkowitz, P.M. & Speer, S.K. (1991). American Association for Partial Hospitalization Child and Adolescent Special Interest Group: standards for child and adolescent partial hospitalization programs. Int J Partial Hosp, 7(1), 13-21.

- Bowers, L. (2014) Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 21(6):499-508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Boydell, J., van Os, J., Caspi, A., Kennedy, N., Giouroukou, E., Fearon, P., Farrell, M., Murray, R. M. (2006). Trends in cannabis use prior to first presentation with schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999. *PsycholMed*, 36(10):1441-6. <https://doi:10.1017/S0033291706008440>.
- Buiza Aguado, C., Uría Rivera, T., Serrano Coello de Portugal, A., Ahijado Guzmán, Z., Deffa Álvarez, A., Frigolet Mayo, P., Ortega Rojo, E. y Rubio Planta, A. (2014). El Hospital de Día-Centro Educativo. Terapéutico Pradera de San Isidro. Un dispositivo para el tratamiento intensivo de trastornos mentales graves en niños y adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 16(22) 319-332.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., y Wagner, C.M. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier España.
- Castro, J., Toro, J., Salmero, M.&Guimera, E. (1991). The Eating Attitude Test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess.* 7, 175-190.
- Clemmensen, L., Vernal, D.L. & Steinhausen, H.C. (2012). A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 12(150), 0-16.<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-15>
- Correll, C.U., Manu, P., Olshanskiy, V., Napolitano, B., Kane, J.M. & Malhotra, A.K. (2009). Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 302(16), 1765-73. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1549>
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., García, M., Reinares, M., Torrent, C., Goikolea, J. M., Banús, S. y Salamero, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Manía de Young. *Med Clin*, 119, 366-71.
- Consell assessor sobre assistència psiquiàtrica y salut mental. *Catsalut.* (2004). Recomanacions per a l'atenció delstrastornsmentalsgreus en la infància i l'adolescència. Quaderns de salut mental, 6. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/quaderns-salut-mental/recom_inf_cat.pdf
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The development and Validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cruz Martínez, D. y García Ibáñez, J. (2012). Programa de atención específica a los trastornos mentales graves en Cataluña. Descripción y Evaluación del Programa. En Mollejo Aparicio (Coord.), Los Trastornos Mentales Graves en la Infancia y Adolescencia.(pp 151-188). AEN.

- Davidson, J. R., Miner, C. M., De veaugh-Geiss, J., Tupler L. A., Colket, J. T.& Potts N. L. (1997). The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *PsycholMed*, 27(1),161-166. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004217>.
- De las Heras, C. G., Geist, R., Kielhofner, G. y Li, Y. (1998). Manual del usuario del Cuestionario Volicional (VQ). Versión 4.1. (Abelenda, J. trad). University of Illinois at Chicago.
- Drake, R.E., Gates, C., Cotton, P.G. y Whitaker, A. (1984). Suicide among schizophrenics: who is at risk? *J-nerv Ment Dis* 172, 613-617. <https://doi.org/10.1097/00005053-198410000-00004>
- Dunn, W. (2016). Perfil Sensorial-2. Pearson Clinical & Talent Assessment.
- Edwards, J. & McGorry, P.D. (2004). La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis (M.González de Chávez, ed., M.E. Sanz, trad.). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (Original publicado en 2002).
- Edwards, J., Hinton, M., Elkins, K. y Anthanasopoulos, O. (2002). Cannabis and first-episode psychosis: The CAP Project. En: H. Graham, K.T. Mueser, M.. Birchwood y A. Copello (Eds), *Substance Misuse in Psychosis: Approaches to Treatment and Service Delivery*. Chichester: John Wiley & Sons
- Ezpeleta, L., Granero, R. y de la Osa, N. (1999). Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1 (99).
- Fadden, G. (2014). Involving the family in early interventions. In: Byrne, P. y Rosen, A. *Early Intervention in Psychiatry – El of nearly everything for better mental health*. Chichester: Wiley and Sons. pp. 20-32
- Fadden, G. & Smith, J. (2009). Family work in early psychosis. In: Lobban, F. & Barrowclough, C. *A Casebook of Family Interventions for Psychosis*. Chichester: Wiley and Sons.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A. y del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación. TEA Ediciones.
- Ferré, A. y Narbona, J. (2001). Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. TEA Ediciones.
- Fisher, A. G. y Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills*. Vol. 2: User Manual (7th ed.). Three Star Press.
- Fisher, H., Theodore, K., Power, P., Chisholm, B., Fuller, J., Marlowe, Aitchison, K. J., Tanna, R., Joyce, J., Sacks, M., Craig, T., Johnson, S. (2008). Routine evaluation in first episode psychosis services: feasibility and results from the MiData project. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 43(12):960-7. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0386-1>

- Fraguas, D., Merchan-Naranjo, J. y Arango, C. (2010). Differential characteristics of the efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in the treatment of psychotic disorders in children and adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 152-67. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.08.001>
- Garcés Trullenque, E. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social* (23), 333-352.
- García, E., González, M. P., Saiz, P. A. & Bobes, J. (1988). The Spanish versión of the AUQUEI questionnaire (child pictured self-report). 5th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. *QualityofLifeResearch*, 7, 596.
- García, F. y Musitu, G. (2014). AF-5 Autoconcepto Forma 5 (4ªed.). TEA Ediciones.
- Garner, D. (2010). EDI-3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. TEA Ediciones.
- Gioia, G-A., Espy, K. A. y Isquith, P. K. (2016). BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva-Versión Infantil. (Bausela, E. y Luque, T. Adapt.). TEA Ediciones.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. y Kenworthy, L. (2017). BRIEF-2. Evaluación conductual de la función ejecutiva(Maldonado,M.J.,Fournier, M.C.,Martínez-Arias,R.,González-Marqués,J., Espejo-Saavedra J.M. y Santamaría, P. Adapt.). TEA Ediciones.
- Gómez Muzzio, E. y Muñoz Quinteros, M. (2014). Escala de Parentalidad Positiva (E2P). Fundación Ideas para la Infancia.
- Gómez-Simón, I., Penelo, E. y de la Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401-408. doi:10.7334/psicothema2013.324.
- González, J.C., Sanjuán, J., Cañete, C., Echanove, M.J. y Leal, C. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: la escala PSYRATS. *Actas españolas de Psiquiatría*, 31(1), 10-17.
- Gordon, M. (1982). *Nursing diagnosis: Process and application*. McGraw-Hill Book Company.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. y Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. *Br J Psychiatry*, 174,413-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.413>
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R. & Holden, J. L. (2016). *Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia: A practical treatment guide*. Guilford Press.
- Grupo de trabajo Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental (CIBERSAM). (2014). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Disponible en: https://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/Gu%C3%ADaPEPinfanciaAdolescencia_v5.0.pdf.
- Grupo Director de Infancia y Adolescencia del Programa de Salud Mental. (2010). Programa de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia. (Programa de Salud Mental. Ser-

vicio Andaluz de Salud (Ed). Disponible en https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/programa_salud_mental-infanto-juvenil.pdf

- Gumley, A. & Schwannauer, M. (2008). Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo relacional para la recuperación y la prevención de recaídas. (Campillo, F. trad). (Obra original publicada en 2006), Desclée de Brouwer.
- Harrison, P. I. y Oakland, T. (2013). ABAS-II Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa. (Montero y Fernández, Trad.). TEA Ediciones (Obra original publicada en 2003)
- Henderson, V. A. (1995). La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. (1ª ed.). McGraw-Hill. INTERAMERICANA.
- Herdman, T. H. y Kamitsuru, S. (2015) (Ed.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Elsevier.
- Hernández-Guanir, P. (2015). TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. 7º Ed. revisada. TEA Ediciones.
- International Early Psychosis Association Writing Group. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 20187 (48), 120-4. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s120>
- Jackson, H.J., Hulbert, C.A. y Henry, L.P. (2000). The treatment of secondary morbidity in first-episode psychosis. In Birchwood M, Fowler D, Jackson C eds. *Early Intervention in Psychosis: A guide to Concepts Evidence and Intervention*. Chichester: Wiley, 281-314
- Jiménez, J.F., Torres, F., Laviana, M., Luna del Castillo, J.D., Trieman, N., Ricard, C. (2000) Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28 (5), 284-288.
- Jiménez Pascual, A. (coord.) (2001). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista Asociación española de Neuropsiquiatría*, 2001, XXI (77), pp. 115- 124.
- Jongsma, H.E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., Seltén, J., Turnes, C., Arango, C., Tarricone, I., Berardi, D., Tortelli, A., Llorca, P.M., de Haan, L., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Arrojo, M., Del-Ben, C.M., Menezes, P.R., Velthorst, E., Murray, R.M., Rutten, B.T., Jones, P.B., van Os, J., Morgan, C., Kirkbride, J.B. y European Network of National Schizophrenia Network Studying Gene-Environment Interaction Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. (2018) Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. (2018). *Journal of American Medicine Association Psychiatry*, 75, 36–46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>
- Johannessen, J.O., McGlashan, T.H., Larsen, T., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., Kvebaek, R., Friis, S., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Ulrik, H. y Vaglum, P. (2001). Early detec-

tion strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res*, 1;51(1), 39-46. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00237-7](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00237-7).

- Jones, K. (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(1), S22-S26
- Knapp, M., Andrew, A., McDavid, D., Lemmi, V., McCrone, P., park, A., Parsonge, M., Boardman, J. y Shepherd, G. (2014). Investing in recovery. Making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis. Centre For Mental Health. LSE. Department of Health.
- Keller, J., Kafkes, A., Basu, S., Federico, J., y Kielhofner, G. (2006). Manual del usuario de la Autoevaluación Ocupacional para niños (COSA), (de Las Heras, C.G., Romero, D., y Abelen-da, J., Trads). University of Illinois at Chicago.
- Kendall, T., Hollis, C., Stafford, M., Taylor, C. & Guideline Development Group. (2013). Recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people: summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, 19 (346). <https://doi.org/10.1136/bmj.f15>
- Kelleher, I., Connor, M.C. & Devlin, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42(9), 1857-63. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002960>
- Koeppen, A.S. (1974). Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counselling*, 9, 14-21.
- Korkman, U., Kirk y Kemp, S. (2014). NEPSY-II. Clinical Pearson
- Labrador, F.J., De la Puente, M.L., y Crespo, M. (1993). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En: Labrador, F. J., Cruzado, J. A., Muñoz, M. Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta. Madrid: Pirámide.
- Kuipers, E., Onwumere, J. & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(4), 259-265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.07046>
- Langeveld, J., Joa, I., Friis, S., ten Velden Hegelstad, W., Melle, I., Johannessen, J.O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Vaglum, P., Auestad, B., McGlashan, T. y Larsen, T.K. (2012). A comparison of adolescent- and adult-onset first-episode, non-affective psychosis: 2-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262(7), 599-605. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0308-9>.
- Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J.O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P.V. y McGlashan, T.H. (2004). Premorbid adjustment in first-episode non-affective psychosis: distinct patterns of pre-onset course. *Br J Psychiatry*, 185:108-15. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.108>. PMID: 15286061

- Lee, F.S., Heimer, H., Giedd, J.N., Lein, E.S., Sestan, N., Weinberger, D.R. & Casey, B.J. (2014). Adolescent mental health-Opportunity and obligation. *Science*, 346, 547-9. <https://doi.org/10.1126/science.1260497>
- Linehan, M. M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós Ibérica.
- López Sánchez, F. (1995). Necesidades de la infancia y protección infantil I. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles. Ministerio de Asuntos Sociales. Dirección General del Menor y la Familia.
- López Lázaro, N. y Garcés Trullenque, E. (2017). El trabajador social en la unidad de corta estancia infantojuvenil del Hospital Clínico Universitario Lázaro Blesa de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, (4), 379-391.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore P. C., Risi S., Gotham K., Bishop S. L., Luyster R. J. y Guthrie W. (2015). ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2. Ediciones TEA.
- Maganto, C. y Cruz, S. (1997). La técnica del juego en el psicodiagnóstico infantil. En Ávila Espada, A (coord.). *Evaluación en Psicología Clínica. Estrategias Cualitativas*. (1º ed. Vol II. pp. 161-215). Amarú Ediciones.
- Manchanda, R., Norman, R., Malla, A., Harricharan, R. & Northcott, S. (2008). EEG abnormalities and 3-year outcome in first episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 117(4), 277-82. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01120.x>
- Manzano Garrido, J. (2005). La Evaluación psicopatológica estructural. El estatuto Clínico Psicodinámico. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 39/40, 107-116.
- Marin, O. (2016). Developmental timing and critical windows for the treatment of psychiatric disorders. *Nature Medicine*, 22(11):1229-1238. <https://doi.org/10.1038/nm.4225>
- Martin, A., Oesterheld, J. R., Bloch, M.H., Beyer, C., Scahill, L. (2015) *General Principles and Clinical Practice*. En: Martin, A., Bloch, M. H., Volkmar, F. R. (Ed.). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook* (pp. 2001-2009). Wolters Kluwer.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., García-Rodríguez, O. (2015). Adaptación y validación española de la Escala de Impulsividad de Barratt en adolescentes tempranos (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274-282. [fecha de Consulta 1 de Mayo de 2021]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33741175009>
- McClellan, J., Stock, S. & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children

and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976-90. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.008>

- McCarthy, D. (2004). *Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños* (7ª ed.). TEA Ediciones.
- McFarlane, W.R. (2001). Family-based treatment of prodromal and first-episode psychosis. In: Miller T., McGlashan, T.H., Mednick, S.A. et al (Eds) *Early Intervention in Psychotic Disorders*. Kluwer Academic Publishers. pp. 197-230
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 1;46(7):899-907. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00084-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00084-0)
- McGlashan, T.H., Miller, T.J. y Woods, S.W. (2001). A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johannessen JO, eds. *Early intervention in psychotic disorders*. Kluwer Academic Publishers, 135-9
- McGorry, P. D., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D., Singh, B. S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome. *J Nerv Ment Dis*, 179(5):253-8. <https://doi.org/10.1097/00005053-199105000-00002>
- Millan, M.J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., Gallinat, J., Giedd, J., Grayson, D.R., Heinrichs, M., Kahn, R., Krebs, M.O., Leboyer, M., Lewis, D., Marin, O., Marin, P., Meyer-Lindenberg, A., McGorry, P., McGuire, P., Owen, M.J., Patterson, P., Sawa, A., Spedding, M., Uhlhaas, P., Vaccarino, F., Wahlestedt, C. & Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7):485-515. <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.28>
- Miller, A. L., Rathus, J. H. y Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.M. y Rollnick, S (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. Guilford Press.
- Millon, T. (1993). *MACI, Millon Adolescent Clinical Inventory*. Pearson Clinical & Talent Assessment.
- Molina Facio, A., y Martínez Bermúdez, C. (2016). *VALORAME: instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía*. (2ª ed). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Molins García, C., Rivas Cambronero, E., y Villanueva Suarez, C. (2012). Tratamiento. En: Mollejo Aparicio, E. *Los Trastornos Mentales Graves en la Infancia y la Adolescencia* (pp. 81-115). Madrid: AEN.

- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M.(2018)Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª Edición, Elsevier España.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.J. (2001). Familia y adolescencia. Síntesis.
- Musitu, G. y García, F. (2001). ESPA29. Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia.TEA Ediciones.
- Newborg, J., Stock J. R.& Wnek, L. (2011). BATTELLE. Inventario de Desarrollo.TEA Ediciones.
- OMS. (1996). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Ed. Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [documento en línea] Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Palacio Espasa, F. y Dufour, R. (2003). Diagnóstico Estructural en el Niño. Barcelona: Herder.
- Pedreira, J.L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2(1), 68-92.
- Pencer, A., Addington, J. (2003). Substance use and cognition in early psychosis. J Psychiatry-Neurosci. 28(1):48-54.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de los síntomas positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría. 22(4), 171-177.
- Phaneuf, M. (1999). La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Portellano Pérez, J.A., Martínez Arias, R. y Zumárraga, L.(2009). ENFEN: evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños. TEA Ediciones.
- Portellano, J.A., Mateos, R. y Martínez Arias, R. (2012) Cuestionario de madurez neuropsicológica escolar (CUMANES).TEA Ediciones
- Putnam, F.W., Helmers, K. & Trickett, P.K. (1993).Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. Child Abuse Negl, 17(6),731-41. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(08\)80004-x](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(08)80004-x)
- Rajji, T.K., Ismail, Z. y Mulsant, B.H. (2009). Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. Br J Psychiatry. 195(4), 286-93. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060723>
- Rathus, J. H., Miller, A. L. (2015) DBT Skills Manual for Adolescents.New York: Ed. The Guilford Press.
- Rey, A. (1980). Test de copia de una figura compleja. 3ª Ed revisado. TEA Ediciones.

- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. J., Wilson, M. P., Rifai, M. A., Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*, 13(1): 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
- Rogers, J., Weinstein, J., y Figone, J. (1978). El listado de interés: una evaluación empírica. *American Journal of Occupational Therapy*, 32, 628-630.
- Rosales Herrera, C., Rodríguez Santamarta, A., Pedreira Currás, J. y García Tardón, S. (2019). Hospital de Día Infanto-Juvenil. En: Estrategias para la Atención Infanto-Juvenil en los Servicios de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental. SESPA.
- Rossouw, T. I., Fonagy P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(12):1304-1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Ruane, PA. (2004). Carer's perceptions of the therapeutic value of inpatient settings. En: *Campling P, Davies S, Farquharson D. From toxic institutions to therapeutic environments.* London: Gaskell.
- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2011). ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisada 2ª Edición. TEA ediciones.
- San Sebastián J., Benítez E. (2011). Introducción a la psicofarmacología en niños y adolescentes. Aspectos generales. En Soutullo C. (coord.). *Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente* (pp 3-11). Editorial médica panamericana.
- Sarró, S. (2001). Escala de Depresión de Calgary. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(4),259-68.
- Scobie, S., Minghella, E., Dale, C., Thomson, R., Lelliott, P., Hill, K. (2006). *Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente.*(Traductora: Romero Valencia R.). National Patient Safety Agency. NHS (UK). Disponible en https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf
- Seisdedos, N. (1995). AD Cuestionario de conductas antisociales-delictivas. TEA (Obra original publicada en 1988)
- Servicio Extremeño de Salud (2017). Protocolo de abandonos no programados de la unidad. Protocolo de Fuga. De las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura. SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES. Disponible en

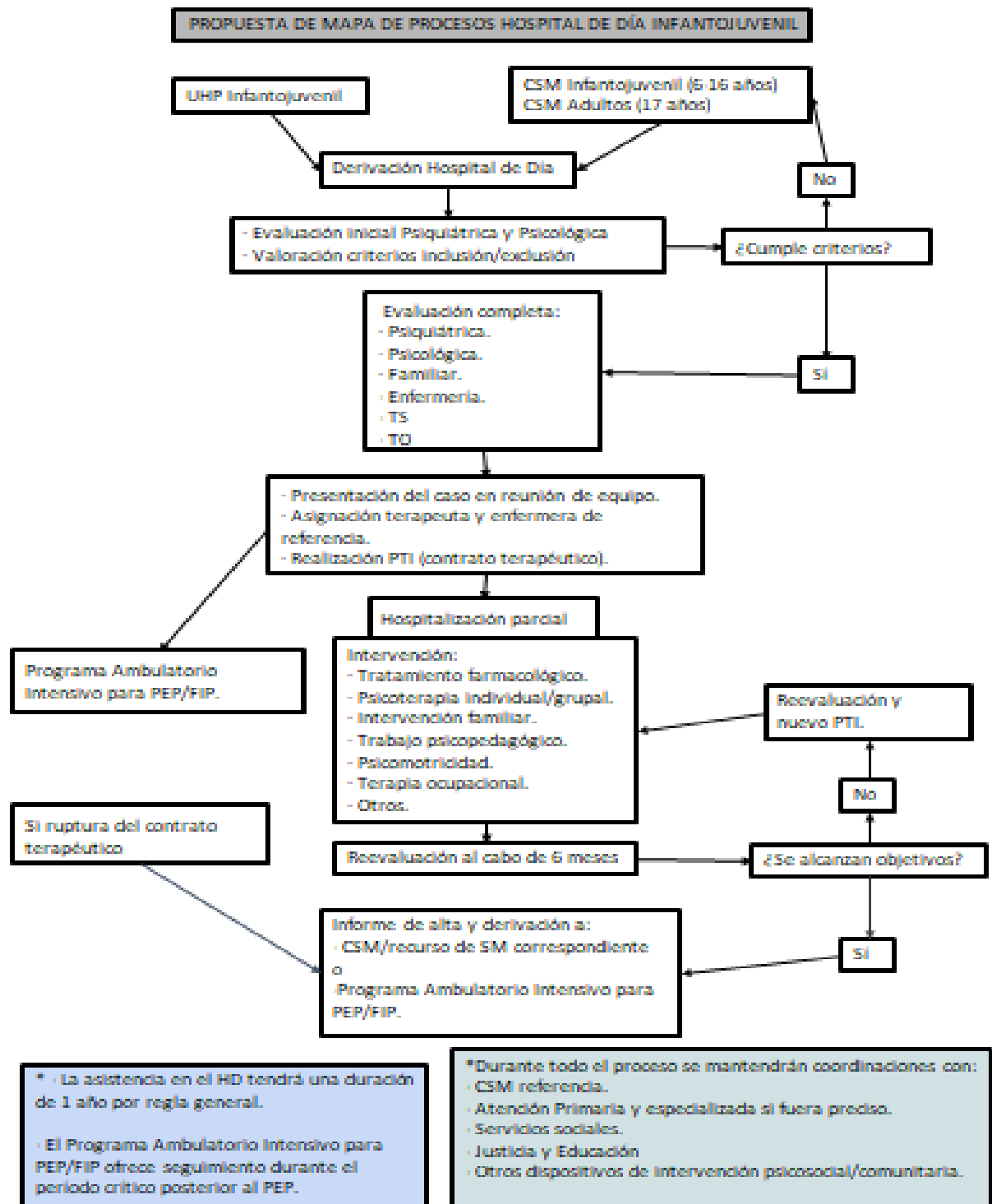
https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/PROTOCOLO%20FUGA.%20VERSION%20DE%20LAS%20UHB.%20191118.pdf

- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H.&Aluwahlia, S.A. (1983). Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 40, 1228-31. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>
- Sheehan D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J.E., Milo, K. M., Stock, S. L. y Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*, 71, 313-26.7. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Singh, S. P., Grange, T. (2006). Measuring pathways to care in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res*, 1;81(1):75-82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.018>.
- Siquier de Ocampo, M. L., García Arzeno, M. E. y Grassano de Pícolo, E. N. (1976). Las Técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. *Nueva Visión*.
- Skokou, M. y Gourzis, P. (2014). Demographic features and premorbid personality disorder traits in relation to age of onset and sex in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Res*, 30,215(3),554-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.018>
- Smith, N.R., Kielhofner, G., & Watts, J.H. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40(4):278-83. <https://doi.org/10.5014/ajot.40.4.278>
- Solis, M.L. y Abidin, R.R. (1991). The Spanish Version Parenting Stress Index: A Psychometric Study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20 (4), 372-378. http://doi.org/10.1207/s15374424jccp2004_5
- Taylor, E. (2015) Pharmacological, medically-led and related Treatments. En Thapar, A., Pine, D. S. (Ed.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp 559-573). Oxford:Wiley.
- Ulloa, R.E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresan, A., Apiquian, R., Cortes, J., Arechavaleta, B., Foullieux, C., Martinez, P., Hernandez, L., Dominguez, E. y de la Peña, F. (2006). Interrater reliability of the Spanish version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 36– 40.
- Ulloa, R., De la Peña, F., Higuera, F., Palacios, L., Nicolini, H y Ávila, J.M. (2004). Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de Yale Brown del Trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 216-221.
- Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. &Krabbedam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-95. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>

- Villero Luque, S., Fuertes Benítez, P., León Allué, L., Rodríguez Pérez, E., Sánchez- Carpintero Abad, A. y Jiménez Pascual, A. M. (2016). Evaluación del Hospital de Día infanto- Juvenil. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 61, 17-33.
- Volkmar, F.R. (1996). Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 843-851. <https://doi.org/10.1097/00004583-199607000-00009>
- Vinokur, D., Levine, S.Z., Roe, D., Krivoy, A. y Fischel, T. (2014). Age of onset group characteristics in forensic patients with schizophrenia. *EurPsychiatry*, 29(3),149–52. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.006>
- Wechsler, D. (2012). Escala de Inteligencia para Adultos IV (WAIS-IV). Departamento I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment.
- Wechsler, D. (2014). Escala de Inteligencia Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV). Departamento I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment.
- Wechsler, D (2015). Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V. Pearson Clinical and Talent Assessment.
- Wiig, E., Semel, Messing, E. y Secord, W. (2018). CELF-5: evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje. Pearson Clinical&TalentAssessment.
- Zegrí, G. (2007). Tratamientos en grupo. En: Torras de Beá, E. (comp.). Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia (pp. 341-357). Valls, España: Lectio Ediciones.
- Zipursky, R.B., Menezes, N.M. &Streiner, D.L. (2014). Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *SchizophreniaResearch*, 152, 408–14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.001>

13. Anexos

13.1 Anexo I: Mapa de Procesos



13.2 Anexo II: El Proceso de Atención de Enfermería

El PAE es “un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente” (R. Alfaro-LeFevre, 2014).

Las etapas a seguir en este Proceso son:

Valoración: “Proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizado a partir de

diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las actividades que puedan ayudarle” (Phaneuf, 1999). Consiste en la recogida y análisis de información relevante del paciente. Su finalidad es conocer la situación real de salud de la persona en un momento determinado, cómo la vive y qué respuestas genera ante la misma.

Diagnóstico: Identificación por parte del profesional de enfermería de los problemas del paciente (individuo, familia o comunidad).

La taxonomía de la NANDA-I es un lenguaje enfermero reconocido. Consta de 7 ejes para el correcto enunciado del diagnóstico y su posterior clasificación:

Eje 1. Concepto diagnóstico.

Eje 2. Sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo y comunidad).

Eje 3. Juicio (descriptor o modificador que especifica el significado del diagnóstico).

Eje 4. Localización (partes o regiones corporales y funciones relacionadas).

Eje 5. Edad.

Eje 6. Tiempo (agudo, crónico, intermitente o continuo).

Eje 7. Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de salud o de promoción de la salud).

La Taxonomía II consta de tres niveles:

Dominio: es una esfera de actividad, estudio o interés.

Se describen 13:

Promoción de la salud: toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.

Nutrición: actividades de ingerir, asimilar y metabolizar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Eliminación e intercambio: secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Actividad/reposo: producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Percepción/cognición: sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Autopercepción: conciencia del propio ser.

Rol/relaciones: conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Sexualidad: identidad sexual, función sexual y reproducción.

Afrontamiento/tolerancia al estrés: forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Principios vitales: principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.

Seguridad/protección: ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Confort: sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Crecimiento/desarrollo: aumento de las dimensiones físicas, maduración de los órganos y sistemas, y/o progreso en las fases del desarrollo acordes con la edad.

Clase: es una subdivisión de un grupo mayor, según su calidad, rango o grado. Se describen 47.

Diagnóstico: Se define el diagnóstico de enfermería como el “juicio clínico en relación a una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de un paciente. Proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad” (NANDA-I, 2015).

Los diagnósticos de enfermería se enuncian siguiendo las directrices de la NANDA Internacional, según el formato PES (Gordon, 1982).

P: problema de salud. Corresponde a la etiqueta diagnóstica.

E: etiología. Corresponde a los factores relacionados.

S: signos y síntomas. Corresponde a las características definitorias.

En el enunciado del diagnóstico podemos identificar los siguientes componentes:

Etiqueta o título: da nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa.

Definición: proporciona una descripción clara y precisa, define su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos focalizados en el problema, de promoción de la salud o síndromes. Implica aquello que podemos percibir mediante nuestros sentidos, así como lo que el paciente, su familia, etc. refieren.

Factores de riesgo: factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable. Presentes solamente en los diagnósticos de riesgo.

Factores relacionados: son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. Se pueden describir como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o conducentes al diagnóstico. Solo los diagnósticos focalizados en el problema y los síndromes focalizados en el problema deben presentar factores relacionados; los

diagnósticos de promoción de la salud pueden presentar factores relacionados si estos contribuyen a clarificar el diagnóstico.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos:

De riesgo (Vulnerabilidad): describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Para los diagnósticos de riesgo no existen factores de relación (etiológicos), porque describen una vulnerabilidad en un paciente ante un problema potencial (aún no ha aparecido). Se recomiendan diversas formulaciones (“relacionado con”, “manifestado por”...) Dado que el término “relacionado con” puede sugerir la existencia de una causa (en los diagnósticos focalizados en el problema) y nos hallamos solamente ante un riesgo, NANDA-I ha decidido recomendar el uso de “manifestado por” para referirse a la presencia de un riesgo evidente, cuando se formulen los diagnósticos siguiendo el formato PES: Riesgo de (etiqueta diagnóstica) + manifestado por (factor de riesgo).

De promoción de la salud: expresa el juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano (individuo, familia, grupo o comunidad). Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier situación de salud, sin que sea necesario que el individuo presente un nivel determinado de bienestar previo.

En los diagnósticos de promoción de la salud se pueden identificar características definitorias, pero en este caso no serían signos o síntomas de patología, sino indicadores de salud. Se enunciarían ordenando los componentes del diagnóstico del siguiente modo: Disposición para mejorar (etiqueta diagnóstica) + manifestado por (características definitorias).

Focalizado en el problema (anteriormente diagnóstico real): describe respuestas humanas no deseadas a procesos vitales/estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (signos y/o síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Los diagnósticos focalizados en el problema se enuncian del siguiente modo: Etiqueta diagnóstica + relacionado con (factores relacionados) + manifestado por (características definitorias).

Planificación: en esta etapa del PAE se procederá a organizar los diagnósticos detectados, determinando las prioridades de tratamiento en función de las necesidades del paciente. Una vez seleccionados los diagnósticos prioritarios, se establecerán una serie de objetivos del paciente (en base a la Clasificación de Criterios de Resultados de Enfermería –NOC-), y tras la definición de estos objetivos se determinarán las actividades de enfermería (recogidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería –NIC-).

La NOC (NursingOutcomesClassification) (Moorhead, 2018) es la taxonomía en la que se incluyen todos los objetivos marcados para los diagnósticos de enfermería. Se entiende por objetivo el resultado esperado en un proyecto de salud. En la actualidad se ha sustituido el término objetivos por el de criterios de resultados. Los criterios de resultados se pueden definir como la meta que esperamos alcanzar en un lugar y tiempo determinados, tras la puesta en marcha de unas actividades determinadas.

Los criterios de resultados deben ser enunciados de forma clara y concisa, utilizando términos de enfermería comunes siempre que sea posible, y deben describir un estado, conducta o percepción inherente a la variable, que sea medible y cuantificable.

La estructura taxonómica de la NOC consta de 5 niveles:

Dominio: nivel más abstracto de la clasificación. Cada dominio engloba todos los resultados referentes a una esfera del individuo, familia o comunidad. Se identifican 7 dominios, que se expresan en términos de salud:

Salud funcional: resultados relacionados con capacidad y realización de las ABVD.

Salud fisiológica: resultados relacionados con el funcionamiento orgánico.

Salud psicosocial: resultados relacionados con el funcionamiento psicológico y social.

Conocimiento y conducta en salud: resultados relacionados con actitudes, comprensión y acciones respecto a la salud y la enfermedad.

Salud percibida o percepción de la salud: resultados que describen percepciones sobre la salud individual.

Salud familiar: resultados relacionados con el estado de salud, conducta o funcionamiento en salud de la familia en conjunto, o de un miembro de esta.

Salud comunitaria: resultados que describen la salud, bienestar y funcionamiento de una comunidad o población.

Clase: concreta la información recogida en cada dominio.

Resultado: estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, a lo largo de un continuo, en respuesta a intervenciones de enfermería.

Indicador: es un estado, conducta o percepción más concreta de un individuo, familia o comunidad, que sirve como indicación para medir un resultado. Permiten la determinación de resultados a niveles más concretos.

Medida: escala de tipo Likert de 5 puntos que nos sirve para cuantificar el estado del resultado en un individuo en un continuo. En esta escala el número menor indicará el estado menos deseable. La medición refleja un continuo (por ejemplo, desde 1 = gravemente comprometido, hasta 5 = no

comprometido). A lo largo del proceso de enfermería deben darse cambios de puntuación que pueden ser positivos (mejoría), negativos (empeoramiento) o nulos. Estos cambios en la puntuación representan los resultados obtenidos tras la instauración de las intervenciones de enfermería.

La NIC (Nursing Interventions Classification) es la taxonomía en la que se recogen todas las intervenciones de enfermería.

Una intervención de enfermería es “todo tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (Butcher et al., 2018). La NIC incluye todas las actividades de los profesionales de enfermería con el paciente, la familia o la comunidad, tanto las de colaboración como las independientes.

La estructura taxonómica de la NIC tiene tres niveles:

Campo: es el nivel más abstracto. Se han definido 7 campos:

Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico.

Fisiológico complejo: cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.

Seguridad: cuidados que apoyan la protección contra peligros.

Familiar: cuidados que apoyan la unidad familiar.

Sistema sanitario o sistema de salud: intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados.

Comunidad: cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

Clase: identifica el grupo de cuidados relacionados con los aspectos que conforman cada campo determinado.

Intervención: es el tratamiento aplicado a cada uno de los aspectos de la clase. Las intervenciones son genéricas y cada una de ellas estará desglosada en una serie de actividades.

Ejecución: etapa que consiste en la puesta en marcha del Plan de Cuidados de Enfermería. Dado que el PAE es dinámico, a lo largo de esta etapa se continúa recogiendo información del paciente y observando sus conductas con respecto a las intervenciones que se realicen. Antes de poner en marcha las intervenciones, debemos cerciorarnos de que las mismas coinciden con el plan de cuidados establecido. Estas intervenciones han de realizarse de forma segura y adecuada (siguiendo los protocolos existentes para cada una de ellas).

Una vez llevadas a cabo, es imprescindible documentar las intervenciones por escrito, describiendo pormenorizadamente cómo se han llevado a cabo los cuidados.

Evaluación: Esta fase se sitúa al final del proceso, pero, al igual que las fases anteriores, se va llevando a cabo simultáneamente con ellas durante todo el PAE. Con la evaluación se revisa todo lo anteriormente mencionado y se modifican, añaden o descartan diagnósticos, intervenciones y/u objetivos.

El proceso de atención de enfermería se da por finalizado cuando todos los objetivos se han cumplido y no se identifican nuevos diagnósticos enfermeros o problemas de salud.

13.3 Anexo III: Formulario de Evaluación de Terapia Ocupacional



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL
C/ Alejandro Casona, 33013 Oviedo -
Asturias
Tel.
Fax

ÁREAS DE OCUPACIÓN	<p style="text-align: center;"><u>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de los otros / Mascotas• Gestión de la comunicación (Uso de dispositivos electrónicos y nuevas tecnologías)• Movilidad en la comunidad• Gestión de dinero y asuntos económicos• Gestión y mantenimiento de la salud• Organización del hogar:<ul style="list-style-type: none">○ <i>Uso de electrodomésticos</i>○ <i>Cuidado y limpieza del espacio personal</i>○ <i>Cuidado y limpieza de espacios comunes (salón, cocina, baño, exteriores)</i>○ <i>Cuidado y manejo de la ropa</i>• Preparación de la comida y limpieza• Práctica de la religión• Mantenimiento de la seguridad y respuesta a la emergencia• Compras <p style="text-align: center;"><u>DESCANSO Y SUEÑO</u></p>
-----------------------------------	--



**ÁREAS
DE OCUPACIÓN**

EDUCACIÓN/ ORIENTACIÓN VOCACIONAL

• **Curso escolar:**

.....
.....

• **Apoyos escolares:**

.....
.....

• **Absentismo escolar:**

.....
.....

• **Dificultades para cumplir las demandas escolares:**

- Escribir
- Leer
- Hablar
- Recordar cosas
- Realizar ejercicios de matemáticas
- Hacer las tareas
- Rendir en exámenes
- Realizar actividades deportivas
- Participar en cursos/prácticas
- Participar en el aula
- Participar en actividades sociales durante los recreos
- Participar en visitas/ paseos escolares con su curso
- Obtener ayuda
- Acceder a la escuela
- Interactuar con el personal
- Otros:

• **Intereses vocacionales:**



<p>ÁREAS DE OCUPACIÓN</p>	<p>OCIO Y TIEMPO LIBRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación • Intereses
<p>PATRONES DE EJECUCIÓN</p>	<p>RUTINA DIARIA</p> <p>ROLES</p> <p>HÁBITOS</p>



<p>DESTREZAS DE EJECUCIÓN</p>	<p>MOTORAS Y PRAXIS:</p> <p>SENSORIALES Y PERCEPTUALES:</p> <p>REGULACIÓN EMOCIONAL:</p> <p>COGNITIVAS O PROCESAMIENTO:</p> <p>COMUNICACIÓN Y SOCIALES:</p>
<p>REFORZADORES</p>	<p>MOTIVACIONES E INTERESES (No se incluyen de ocio y tiempo libre)</p>



OBJETIVOS DEL ADOLESCENTE	EXPECTATIVAS Del paciente respecto a la intervención:
OBJETIVOS DEL TO	

Fecha y firma Terapeuta Ocupacional

13.4 Anexo IV: Propuesta Educativa en el Hospital de Día Infanto-Juvenil

Con mucha frecuencia, el alumnado diagnosticado de un trastorno mental grave se encuentra en situación de desventaja, ya que habitualmente presentan un elevado riesgo de exclusión educativa y social, tienen entornos familiares a menudo desorganizados y frecuentemente conflictivos, y están desvinculados terapéuticamente del seguimiento ambulatorio realizado en los centros de salud mental.

En estas circunstancias corremos el riesgo de considerar la realidad de la persona desde una sola cara, la sanitaria, pensando que, atendiendo a ese único aspecto, el resto mejorará en cadena o, peor aún, obviando la importancia de otros factores intervinientes. Por el contrario, la inclusión del paciente en un recurso sanitario de hospitalización debe valorarse cuidadosamente, puesto que supone separar al niño, la niña o joven de su medio habitual.

Así mismo, con el fin de corregir las dificultades con las que las personas menores afectadas por un trastorno mental y sus familias se encuentran, es fundamental la colaboración entre los servicios sanitarios y educativos para la atención del alumnado que, temporalmente, no pueden asistir a sus centros de referencia por necesitar de un tratamiento terapéutico intensivo.

La hospitalización parcial, en la que el o la menor mantiene el contacto con su entorno familiar, social y educativo, ofrece una mayor contención y continuidad que los dispositivos ambulatorios de zona, lo que permite abordar situaciones de crisis sin tener que recurrir a la hospitalización a tiempo

completo y, por tanto, evitar la exclusión del medio familiar, social y educativo que esta conlleva.

Destinatarios de la Atención Educativa

Alumnado escolarizado en las etapas educativas obligatorias de centros docentes sostenidos con fondos públicos que esté hospitalizado en el Hospital Universitario Central de Asturias, que hayan sido derivados por los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias al Hospital de Día Infanto-juvenil de Oviedo.

Datos Personales del Alumnado que recibe la Atención Educativa

Conforme a lo establecido en la Disposición adicional vigésimotercera de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, los centros docentes podrán recabar cuantos datos personales del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo sean necesarios para el ejercicio de su función educativa, así como de otras circunstancias cuyo conocimiento sea necesario para la orientación y educación de éstos.

Los representantes legales y el propio alumnado deberán colaborar en la facilitación y obtención de la información a la que hace referencia esta disposición adicional.

La incorporación de un alumno o alumna a un centro docente supondrá el consentimiento para el tratamiento de sus datos y, en su caso, la cesión de datos procedentes del centro en el que hubiera estado escolarizado con anterioridad, en los términos establecidos en la legislación sobre protección de datos.

Para el tratamiento de los datos del alumnado que recibe atención educativa hospitalaria se aplicará lo dispuesto en la normativa educativa, así como las normas técnicas y organizativas que establecen las leyes en materia de protección de datos de carácter personal, garantizando su seguridad y confidencialidad.

El profesorado y el resto de personal que en el ejercicio de sus funciones acceda a datos personales y familiares de este alumnado que puedan afectar al honor e intimidad de los menores o sus familias quedarán sujetos al deber de sigilo conforme establecen las leyes.

Objetivos de la Intervención Docente

El Programa tiene como finalidad garantizar la inclusión educativa del alumnado que por problemas graves de salud tenga que interrumpir la asistencia a las actividades lectivas; sirviendo como mediador entre estos, sus familias y los centros docentes en el desarrollo del plan de trabajo que haya diseñado el centro educativo para la atención a cada alumno o alumna.

Objetivos:

- a. Facilitar la continuidad del proceso educativo del alumnado que por motivos de salud no pueda asistir al centro educativo, contribuyendo a reducir situaciones de riesgo de fracaso escolar.
- b. Contribuir a proporcionar una estancia hospitalaria agradable, favoreciendo un entorno que minimice los efectos adversos de la enfermedad sobre el bienestar y el desarrollo psicosocial de los niños, niñas y jóvenes enfermos.
- c. Contribuir a desarrollar las competencias personales para afrontar la enfermedad y que le faciliten el retorno al domicilio y la integración en el centro educativo.
- d. Sensibilizar y formar al personal sanitario sobre la relevancia de la atención educativa a los niños, niñas y jóvenes enfermos.

Características de la Intervención

La atención educativa al alumnado enfermo se organiza a través de diferentes ámbitos de intervención:

- a. Primer ámbito. La respuesta se organizará a través del propio centro docente donde se encuentre matriculado el alumnado, contemplando en el plan de trabajo y en el marco del Plan de Atención a la Diversidad del centro las actuaciones y procesos, a desarrollar en su caso, para la tramitación de la modalidad correspondiente y la coordinación con las actuaciones educativas que se establezcan para la atención educativa hospitalaria.
- b. Segundo ámbito. Se refiere a la atención específica a través de la atención educativa hospitalaria.

El apoyo educativo se realizará en las aulas habilitadas al efecto.

El plan de actuación a seguir se establecerá por el equipo docente del Programa, en función del periodo de estancia estimado.

Organización y Funcionamiento

El equipo docente del centro educativo diseñará un plan de trabajo para el alumno/a destinatario del programa, que se incorporará al Programa de atención a la Diversidad del centro. De cara a la concreción de actividades y al seguimiento del plan, el tutor o tutora del programa se coordinará periódicamente con el equipo docente del centro educativo.

El plan de trabajo para el alumnado del programa tendrá los siguientes apartados:

- a. Acuerdos sobre áreas, materias y objetivos prioritarios, así como las orientaciones metodológicas consensuadas por todo el profesorado.
- b. Para cada una de las áreas o materias priorizadas se concretarán: las competencias, contenidos y criterios de evaluación, así como la propuesta de actividades y materiales de trabajo.

La evaluación de los aprendizajes del alumnado del programa corresponde al equipo docente del centro educativo en el que está escolarizado, quienes tendrán en cuenta la información aportada por el tutor o la tutora del programa. Para ello, el profesorado del programa presentará al equipo docente del centro educativo el trabajo desarrollado con el alumno o alumna, así como un informe de intervención de cada área o materia.

El equipo docente del Programa se coordinará y asesorará al equipo docente del centro educativo del alumno o alumna para facilitar su reincorporación e integración en el mismo.

Conforme a lo dispuesto en los artículos 27 y 29 del Decreto 147/2014, de 23 de diciembre, el equipo docente del Programa elaborará una programación general anual al inicio del curso escolar que recoja las actuaciones generales de atención al alumnado enfermo, los criterios y procedimientos previstos para su implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación y una memoria al término del mismo, que se integrará en el programa anual de actuación y memoria anual, respectivamente, del Equipo Regional.

La memoria anual se elevará al órgano colegiado competente en materia de coordinación de salud escolar para su conocimiento.

Equipo Docente

El Hospital de Día deberá contar con la dotación de un equipo educativo para la atención del alumnado incluido en dicho dispositivo.

El equipo docente del programa podrá estar constituido por maestras o maestros para la atención del alumnado de educación primaria y profesorado de educación secundaria, que se organizará en ámbito sociolingüístico y ámbito científico-tecnológico, para la atención del alumnado de educación secundaria.

El equipo docente se integrará en el Equipo Regional para la atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo y desarrollará sus funciones bajo la dependencia orgánica y funcional de la Dirección de este Equipo Regional.

Una de las personas del equipo docente, designada al inicio del curso escolar por la dirección del Equipo Regional para la atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, asumirá las funciones de coordinación de este programa.

La Consejería de Educación asume los aspectos relativos a la dotación de docentes y de equipamiento para su funcionamiento, siendo la responsable de todas las actividades educativas que se realicen en el Hospital de Día.

I Maestro de Pedagogía Terapéutica.

I Profesor ESO ámbito sociolingüístico.

I Profesor ESO ámbito científico-técnico.

El profesorado del programa accederá al mismo mediante un procedimiento de selección que respete los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad.

Funciones del Equipo Docente

Son funciones de la persona que ejerza la coordinación del Programa:

- a.** Analizar las solicitudes de intervención realizadas desde los centros educativos, junto con el equipo docente.
- b.** Asignar a cada alumno/a un tutor o tutora de entre el profesorado del programa.
- c.** Planificar las intervenciones de manera que se optimicen los recursos disponibles
- d.** Elaboración del horario semanal de cada miembro del equipo docente del Programa.
- e.** La coordinación con el personal sanitario del hospital y con la coordinación del Área I del Equipo Regional.
- f.** Aquellas otras funciones que se le asignen por la dirección del Equipo Regional o por la Administración educativa.

Son funciones del equipo docente del Programa:

- a.** Planificar actuaciones tendentes a la normalización educativa del alumnado destinatario del programa coordinando su actuación con el centro en el que el alumno o alumna está matriculado, a través de la persona que en su caso se determine.
- b.** Realizar su labor docente mediante la atención directa al alumnado destinatario del programa.
- c.** Elaborar y desarrollar, una programación individual adaptada o plan de trabajo teniendo como referente la del curso en que esté escolarizado el alumno/a, que será proporcionada por el centro docente correspondiente.
- d.** Favorecer la integración socio afectiva de los alumnos y alumnas destinatarios del programa.
- e.** Planificar estrategias de coordinación con el centro docente, con el personal sanitario, con la familia del alumno o alumna y con otros servicios y profesionales que intervienen con el alumnado a efectos de organizar adecuadamente su proceso educativo en el aula hospitalaria.
- f.** Prestar asesoramiento a las familias para mantener la comunicación del alumno o alumna con su entorno escolar, social y familiar.
- g.** Finalizado el periodo de hospitalización, realizar tareas de acompañamiento al alumnado enfermo para su incorporación al centro docente.

- h.** Preparar la reincorporación del alumno o alumna al centro docente en el que está matriculado, informando a través del órgano del centro que en su caso se determine.
- i.** Elaborar un informe que registre el proceso educativo del alumno o alumna desarrollado en el aula hospitalaria, de forma que el equipo docente del centro en que está matriculado disponga de los elementos necesarios para garantizar un proceso de reincorporación normalizado.
- j.** Participar en la elaboración de la Programación General Anual del Programa.
- k.** Otras funciones que se determinen para la mejor atención educativa del alumno destinatario del programa.

13.5 Anexo V: Hospital de Día Infanto-Juvenil (Área IV)

Información para el F.E.A Derivante

Descripción del Servicio

El Hospital de Día para niños y adolescentes (HDIJ) es un recurso que pretende abordar con eficacia el tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave (TMG) y proporcionar una atención integral intensiva. Para esto el dispositivo cuenta con dos programas:

Programa de Hospitalización Parcial: Programa de tipo ambulatorio en el que los pacientes acuden al dispositivo en horario de mañana unas seis horas aproximadamente de lunes a viernes a lo largo de varios meses. La hospitalización parcial, en la que el menor mantiene el contacto con su entorno familiar y social, ofrece una mayor contención y continuidad que los dispositivos ambulatorios de zona, lo que permite abordar situaciones de gravedad sin tener que recurrir a la hospitalización a tiempo completo y, por tanto, evitar la exclusión del medio familiar y social que esta conlleva. La inclusión del paciente en este recurso debe valorarse cuidadosamente, puesto que supone separar durante muchos meses al niño/adolescente de su medio escolar habitual para integrarlo en la dinámica del HDIJ.

Programa ambulatorio Intensivo para Primeros Episodios Psicóticos/Fases Iniciales de Psicosis: Programa cuyo objetivo es el de atender de una forma intensiva, personalizada y multidisciplinar a los adolescentes en fases iniciales de psicosis, y poder asegurar el seguimiento durante el periodo crítico tras el primer episodio psicótico. Los pacientes incluidos en este programa podrán incorporarse a la Hospitalización Parcial en períodos en los que resulte beneficioso en función de la situación clínica, escolar y familiar.

La coordinación entre los implicados en el proceso terapéutico es fundamental para garantizar la coherencia y continuidad de los cuidados, ya que el tratamiento en un HDIJ es solo una etapa dentro

de todo el largo proceso terapéutico por el que pasa el paciente, desde el primer contacto con Atención Primaria (AP) y la derivación a los Servicios de Salud Mental, hasta el punto de dejar de necesitarlos.

Ubicación

El Hospital de Día Infantojuvenil del AGC de Salud Mental del Área Sanitaria IV (Oviedo) está ubicado en el edificio que alberga al Centro de Salud Mental y al Centro de Salud de la Ería, Calle Alejandro Casona s/n, 33013 Oviedo.

Recursos Humanos

I Psiquiatra infantojuvenil.

I Psicólogo Clínico infantojuvenil.

I Psicólogo clínico para atención ambulatoria intensiva PEP/FIP (a tiempo parcial)

I Trabajador Social (a tiempo parcial)

5 Enfermeras Especialistas en Salud Mental.

I Terapeuta Ocupacional.

I Auxiliar Administrativo.

Objetivos

Objetivo general

Recuperar o conseguir la capacidad de vida autónoma y relacional, de acuerdo a su edad. Se pretende la aparición de nuevas formas de funcionamiento mental y de intercambios relacionales con el otro. Para ello resulta imprescindible disminuir su sintomatología psiquiátrica, prevenir o reducir sus recaídas o el deterioro que se produce, y mejorar su integración familiar, escolar y social.

Objetivos específicos

Actuar de una manera intensiva y prolongada en el tiempo sobre el cuadro clínico del paciente buscando mejoría, la disminución y en su caso la desaparición de los síntomas con la remisión total o parcial del cuadro clínico, favoreciendo avanzar en su proceso de desarrollo.

Actuar de una manera integral tomando como objetivo de tratamiento todas las áreas afectadas, a través del trabajo en equipo en un ambiente estructurado, que permite el desarrollo de un proceso terapéutico global que reduzca las posibles secuelas tendiendo a la estabilidad del proceso clínico.

Actuar, mediante la intervención del equipo multidisciplinar, sobre los múltiples factores (individuales, familiares, escolares, sociales) que han influido tanto en la génesis como en el mantenimiento de los trastornos mentales que presentan los pacientes.

Propiciar una continuidad de cuidados a través de las actividades de coordinación tanto al ingreso como al alta y durante todo el proceso terapéutico.

Incidir sobre los procesos de aprendizaje y socialización, favoreciendo una actitud positiva del centro escolar para desarrollar programas psicopedagógicos y pedagógicos adaptados a los pacientes con este tipo de dificultades y cuadros clínicos. Revalorizar el proceso de aprendizaje tanto con el propio paciente como con sus familias.

Beneficiarios del Servicio

- Pacientes en edades comprendidas entre 6 y 17 años, con indicación positiva de tratamiento en hospitalización parcial. Los pacientes se incluyen en dos unidades diferenciadas de hospitalización parcial:
 - Infantil: 8 pacientes de 6 a 11 años
 - Adolescentes: 12 pacientes de 12 a 17 años.
- Pacientes menores de 18 años con indicación positiva de tratamiento en atención ambulatoria intensiva a Primeros Episodios Psicóticos/Fases Iniciales de Psicosis.

Criterios de inclusión

Se incluyen aquellos trastornos mentales graves en cuanto al diagnóstico (Ver Tabla I) o en cuanto al pronóstico, uso de servicios, situaciones sociales anómalas asociadas y discapacidad psicosocial asociada, y que por tanto imposibiliten el mantenimiento de la estabilidad psicopatológica, tratamiento y seguimiento a nivel ambulatorio; y que al mismo tiempo sean capaces de beneficiarse de un trabajo psicoterapéutico.

Criterios de exclusión

Todos los pacientes candidatos a ser atendidos en régimen de hospitalización parcial deberán padecer un trastorno mental considerado grave (debido al diagnóstico en sí o a otras singularidades asociadas que imposibiliten el tratamiento ambulatorio). Sin embargo, no todos los niños o adolescentes con diagnóstico de TMG se podrán beneficiar de la atención en el HDIJ, bien por sus características clínicas, como se especifica en la Tabla I, bien por otros motivos que imposibilitan el adecuado aprovechamiento del tratamiento ofertado en el programa de hospitalización parcial (compromiso con la asistencia y colaboración familiar, y capacidad mínima de introspección para beneficiarse de tratamiento psicoterapéutico).

Tabla I. Trastorno clínico y criterios de inclusión/exclusión

Categorías Diagnósticas	Incluye	Excluye
Trastornos Psicóticos	F20 Esquizofrenia F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas. F25 Trastornos esquizoafectivos F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos F29 Psicosis no orgánica sin especificación	Esquizofrenia con déficit cognitivo definitivo Sintomatología psicótica de origen orgánico.
Trastornos del humor (afectivos)	F30-F39 Trastornos depresivos y/o maníacos que no respondan a tratamientos ambulatorios	Determinadas conductas suicidas que no puedan controlarse en los periodos en que el paciente permanece fuera del HDIJ.
Trastornos de ansiedad	F42 Trastorno obsesivo-compulsivo y otros Trastornos de ansiedad con elevada disfuncionalidad (F40-F48). Especialmente Fobias Sociales y Escolares graves.	F43. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
Trastornos del Desarrollo Psicológico y Trastornos Generalizados del Desarrollo	Trastornos Generalizados del desarrollo: F84.0 Autismo Infantil F84.1 Autismo atípico F84.5 Síndrome de Asperger F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo Trastorno del Desarrollo Psicológico mixto (F83)	F84.2 Síndrome de Rett F84.4 Trastornos hipercinéticos con retraso mental y movimientos estereotipados F84.3 Trastornos desintegrativos. Resto de trastornos del desarrollo específicos
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	F90 Trastornos de la actividad y la atención con elevada disfuncionalidad. F91 y F92 Trastorno disocial, cuya consecuente falta de adecuación a las normas no haya producido inadaptación grave. Con base afectiva en su origen y capacidad de empatía. F94. Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (Especialmente Trastornos graves del vínculo)	Cuadros asociados a trastornos orgánicos Asociado a Retraso Mental Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
Otros	Paciente con elevada disfuncionalidad y dificultades diagnósticas que requieren un tiempo de observación directa para diagnóstico diferencial	F00-F09 Trastornos mentales orgánicos. F70-79 Retraso mental. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas. Necesidad de cuidados mínimos diurnos u

		<p>otra forma de asistencia no sanitaria.</p> <p>Problemas de socialización y comunicación no debidos a enfermedad mental.</p> <p>Dificultades de adaptación escolar por fracaso escolar, absentismo o trastornos del comportamiento en el aula en ausencia de trastorno mental.</p> <p>Aquellos pacientes en los que esté presente riesgo autolítico o heterolítico que pueda requerir ingreso en UHPIJ o bien conductas autolíticas que no puedan ser controladas durante el tiempo que el paciente se encuentra fuera del HDIJ.</p> <p>Alteraciones del comportamiento alimentario que supongan un riesgo somático.</p> <p>Aquellos niños o adolescentes cuyas familias no colaboren con el tratamiento (asegurar la asistencia al HDIJ y seguir las indicaciones de tratamiento) y cuyo soporte no pueda ser sustituido por el apoyo de los Servicios Sociales.</p>
--	--	---

Programa de Atención Ambulatoria Intensiva para PEP/FIP. Criterios de inclusión y exclusión.

La atención ambulatoria intensiva está destinada a aquellos adolescentes (entre 14 y 18 años) que:

Presentan o han presentado un primer episodio psicótico o síntomas de fases iniciales de un trastorno psicótico. Este primer episodio es entendido de forma amplia, abarcando no sólo los trastornos del espectro de la esquizofrenia sino también las psicosis afectivas. (Ver Tabla 2)

Tras la evaluación multidisciplinar se determina que:

Necesitan una intervención intensiva pero no requieren el nivel de estructura del programa de hospitalización parcial o bien, no son capaces aún de tolerar la intervención grupal.

Tras tratamiento en el programa de hospitalización parcial y después de haber cumplido objetivos pasan a seguimiento en el programa de Atención Ambulatoria Intensiva.

Está indicado el programa de hospitalización parcial, pero bien no tiene plaza en ese momento o no es posible su ingreso. En este caso se mantendrá en el seguimiento ambulatorio hasta poder acceder al programa de hospitalización parcial.

Tabla 2. Trastornos Clínicos y criterios de inclusión y exclusión		
Categoría Diagnóstica	Inclusión	Exclusión

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	F20 Esquizofrenia F21 Trastorno esquizotípico. F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas. F25 Trastornos esquizoafectivos. F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos F29 Psicosis no orgánica sin especificación.	Presencia de patología orgánica cerebral Asociación con Retraso Mental.
Trastornos Afectivos	F30 Episodio maníaco F31 Trastorno Bipolar F32.3 Episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos.	Sintomatología psicótica de origen orgánico. Asociación con Retraso Mental.
Otros	Sintomatología psicótica atenuada o intermitente a filiar.	F00-F09 Trastornos mentales orgánicos. F70-79 Retraso mental. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas. Rechazo del paciente o su familia a ser incluidos en el programa.

Derivación

La derivación debe ser realizada por el Facultativo Especialista (Psiquiatra o Psicólogo Clínico) de los Servicios de Salud Mental, atendiendo a las anteriores indicaciones. Por ello, todo menor para el que se piense en un posible tratamiento en HD debe estar previamente atendido en el Centro de Salud Mental Infantojuvenil (6 a 16 años), Centro de Salud Mental (17 años) o en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil (UHP-IJ).

Se cumplimentará un formulario de derivación que incluirá la evaluación previa al ingreso en el HDIJ realizada por el facultativo a cargo del paciente en el CSM de referencia. En ella deberá constar una orientación diagnóstica que permita discriminar posibles criterios de exclusión y una definición por parte del facultativo de referencia de los objetivos que se pretenden alcanzar con el ingreso en este dispositivo. Incluirá por tanto, anamnesis y exploración psicopatológica del caso y emisión de un diagnóstico diferencial psiquiátrico y médico, en coordinación con Pediatría/Neuropediatría (edades

de 6 a 13 años) y AP/Neurología (edades de 14 a 17 años). Se incluiría también una estimación del Cociente Intelectual (CI). Si se hubieran realizado evaluaciones psicométricas o del CI se aportarán los resultados de dichas valoraciones.

El formulario de derivación ha de ser previamente cumplimentado a través del Millenium, y posteriormente se hará una indicación de derivación al dispositivo:

- Primera derivación/solicitud de inclusión en programa de HDIJ:

La derivación deberá hacerse desde el episodio abierto en el dispositivo de origen (CSM-IJ, CSM o UHP-IJ).

Se realizará la indicación CON SM – Derivación TMS (EELL – At Día). En el formulario de la indicación se pondrá como origen “Propio Centro”, se seleccionará en el campo de Estructuras Intermedias “H.D. IJ La Ería” y se establecerá la prioridad de la derivación como “Ambulatoria Preferente”.

Una vez recibida la derivación y la información necesaria para evaluar el caso, se facilitará la fecha para una entrevista de valoración al CSM derivante, que será el encargado de comunicársela al paciente y su familia.

Evaluación

Tras recibir el informe de derivación (según modelo de Formulario de Derivación de Millenium) se realizará una primera valoración en un plazo breve, en forma de entrevistas individuales y con la familia/tutores legales, por parte del FEA de Psiquiatría y Psicología Clínica, con el fin de realizar una evaluación de la indicación del tratamiento. Como parte de dicho proceso se realizarán las coordinaciones necesarias con el Centro de Salud Mental (CSM) correspondiente, la UHP Infantojuvenil o con otros dispositivos que hayan intervenido en el caso derivado con el fin de obtener o aclarar la información clínica acerca del paciente.

Al finalizar esta evaluación inicial pueden darse tres situaciones:

- Programar el ingreso, si hay plaza en el centro. En este caso y previo a que el ingreso en el HDIJ sea efectivo, se completará la evaluación psiquiátrica y psicológica y se realizará la del resto de los miembros del equipo, incluyendo Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, y otros según necesidades.
- Pasar a lista de espera, si es aceptado y no hay plaza en ese momento.
- Exclusión por no cumplir los criterios de inclusión en HDIJ. En este supuesto, se remitirá informe a su centro de referencia, para la búsqueda de otro recurso asistencial más apropiado a su situación. Este informe explicará la causa de la no indicación de tratamiento en este dispositivo

Con toda la información recogida se fija una entrevista de devolución a los padres y al paciente

(según su edad), en la que se realizará un contrato terapéutico. Así mismo, los padres y el paciente (de forma adecuada a su edad y desarrollo) deben leer, aceptar y firmar los consentimientos pertinentes, en los que se hace hincapié en la necesaria implicación y colaboración en el tratamiento por parte de la familia, con el fin de evitar altas por abandono en relación con derivaciones inadecuadas y expectativas erróneas de las familias.

El HDIJ informará al CSM de la decisión tomada en la primera valoración, y de todo el proceso de evaluación hasta la toma a cargo del paciente. Hasta la finalización de la evaluación y el ingreso efectivo en el HDIJ, el facultativo a cargo del paciente en su CSM seguirá siendo el responsable de este y continuará con el régimen terapéutico que viene manteniendo.

En los casos de trastornos de conducta graves el orden en la lista de espera puede verse alterado hasta que el HDIJ dé el alta a otro paciente de similares características, de tal forma que el número de pacientes que presente dificultades graves de conducta en el centro se adecue a la capacidad de contención de este. Con ello se busca que no haya una interferencia con el tratamiento global del resto de los pacientes, ya que el equipo terapéutico debe velar por el mantenimiento de un ambiente terapéutico que permita el desarrollo de los planes de tratamiento del conjunto de los pacientes.

Desde el momento en que el paciente inicia su tratamiento en el HDIJ el equipo terapéutico asume la responsabilidad y la dirección en la toma de decisiones respecto al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. A la vez, se establecerá una coordinación periódica con los profesionales de referencia del CSM o con otros dispositivos o instituciones sanitarios o no sanitarios cuya intervención sea necesaria. De acuerdo con los profesionales derivantes y si así se propone en el PTI, se valorará la posibilidad de realizar consultas de seguimiento con el FEA de referencia en el CSM correspondiente, con la finalidad de mantener la vinculación del paciente y facilitar la transición a un seguimiento ambulatorio normalizado en el momento del alta del HDIJ.

Plan de Tratamiento Individualizado

Para cada paciente se elaborará un PTI que depende de los resultados obtenidos en la evaluación realizada por los diferentes profesionales, y que será el producto de la coordinación y consenso del equipo, y del equipo con la familia y el menor. Este documento será equivalente a un contrato terapéutico. En el caso de los pacientes derivados al Programa de Atención Ambulatoria Intensiva para PEP/FIP, es en el momento de la realización del PTI cuando se decide la modalidad de tratamiento: hospitalización parcial o ambulatorio intensivo. Este PTI se evalúa periódicamente.

En el PTI se propondrá un programa individualizado que consistirá en un conjunto consistente y coordinado de actividades terapéuticas. Al menos el 50% del horario de programas terapéuticos consistirán en un tratamiento activo y específicamente dirigido a los problemas principales de los pacientes atendidos (tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico), organizado según sus

necesidades y con un planteamiento individual y grupal. Desde el principio se incorporará a la familia, cuidador o tutor en el programa a través de sesiones de terapia familiar y otras intervenciones.

El resto del tiempo de estancia en el HDIJ se reparte entre la intervención psicopedagógica/educativa con un mínimo de 2 horas diarias y las actividades terapéuticas complementarias.

La importancia de la intervención psicopedagógica/educativa se entiende desde el punto de vista de un tratamiento integral cuyo objetivo último es la reincorporación en una vida normalizada donde la vida escolar y formativa es prioritaria para estas edades. En esta intervención, la recuperación del deseo de aprender, la motivación y la sensación de capacidad para hacerlo tienen una importancia fundamental.

Las actividades terapéuticas complementarias incluyen actividades de higiene personal y autocuidado, potenciación de la autonomía personal, actividades recreativas, manualidades, actividades sociales y en la comunidad destinada a aumentar las relaciones interpersonales y el bienestar del paciente y su familia.

Coordinación con la Red de Salud Mental

Se mantendrá la coordinación con los equipos de salud mental de referencia de los pacientes que acuden al HDIJ así como con otros dispositivos no sanitarios como Servicios Sociales o Educación mientras dure el ingreso en el HDIJ.

Alta

El tiempo total en el dispositivo que habitualmente es de varios meses dependerá de la evolución del caso. De forma general se propone un año de tratamiento, con evaluación del caso a los 6 y 12 meses. Se valorará prolongar la atención en aquellos pacientes en los que pueda resultar beneficioso o en los que se determinen nuevos objetivos a trabajar.

En el caso de la Atención Ambulatoria Intensiva para Fases iniciales de Psicosis y Primeros Episodios Psicóticos el tratamiento se prolonga durante el período crítico.

Con respecto a la evolución, pueden darse las siguientes situaciones o criterios de alta:

- La evolución positiva del paciente con el cumplimiento de los objetivos establecidos en el PTI por parte del menor y su familia, lo cual posibilita continuar con un tratamiento eficaz a nivel ambulatorio.
- Posibilidad de que otros dispositivos puedan ofrecer una respuesta más adecuada a las necesidades terapéuticas del caso.
- Finalización de la etapa de atención en el Hospital de Día al cumplir los 18 años y derivación a recursos de salud mental para adultos, bien de atención ambulatoria, o bien estructuras intermedias.

- No cumplimiento de los objetivos planteados en el PTI o ruptura del consentimiento de ingreso en el HDIJ.

En cualquier caso, el alta del HDIJ no supone la finalización del proceso terapéutico del paciente, que habitualmente continuará requiriendo seguimiento por parte de otros dispositivos de salud mental. En este sentido se deberá realizar un trabajo previo que implica dos niveles fundamentales:

1. Preparación del menor y la familia para la desvinculación del dispositivo y el retorno al CSM.
2. Coordinación con el equipo de referencia del CSM con el objetivo de poder devolver los resultados obtenidos por el menor y su familia, estableciendo así una línea de continuidad entre el trabajo realizado en el HDIJ y el plan terapéutico que se lleve a cabo desde el CSM.

Continuidad de Cuidados

Dada la propia naturaleza del HDIJ, la asistencia de los pacientes va a ser siempre temporal y ligada a la consecución de unos objetivos terapéuticos previamente establecidos. Es fundamental, por tanto, que exista un trabajo que garantice la continuidad de cuidados del menor y su familia una vez que abandonen el dispositivo y vuelvan a su CSM de referencia.

El trabajo de coordinación que se realiza durante toda la estancia del menor en HDIJ cobra especial relevancia en el momento de preparación del alta y la continuidad del tratamiento. Así, entendemos que un trabajo realizado en colaboración directa con los diferentes agentes comunitarios va a facilitar enormemente la reinserción del menor en su entorno social, escolar y familiar, con todos los beneficios que esto supone de cara al mantenimiento de la mejoría obtenida durante la estancia en HDIJ.

Algunas de las actividades dirigidas a garantizar la continuidad de cuidados tanto desde el programa de hospitalización parcial como desde la atención ambulatoria intensiva serán:

- Coordinación con el facultativo de referencia en CSM, especialmente en dos momentos del proceso terapéutico:
- Derivación al HDIJ: A través del correspondiente informe de derivación se analizarán los objetivos terapéuticos, criterios de inclusión, temporalidad, así como cualquier elemento que defina las necesidades del menor y las características de la intervención por parte del HDIJ.
- Alta del HDIJ y devolución al CSM-IJ: en caso de que el motivo del alta del menor haya sido el cumplimiento de los 18 años, la coordinación se realizará con el facultativo del programa de adultos.
- Coordinación con la UHP-IJ:
- Programación y gestión de ingresos cuando la situación clínica del menor lo requiera.

- Recepción del menor en el HDIJ al alta del ingreso: en el caso de que durante el periodo de permanencia en HDIJ el menor requiera ingreso en la UHP-IJ, se llevarán a cabo las actuaciones necesarias para que, al alta de este, éste vuelva a ser atendido en el dispositivo en un periodo no mayor de 5 días.
- Reuniones programadas del equipo de HDIJ con los responsables del trabajo con el menor y su familia en otras instituciones comunitarias, principalmente en el contexto escolar, social y judicial.

I3.6 Anexo VI: Formulario de Derivación al Hospital de Día Infanto-Juvenil

Nombre:

Apellidos:

NHC:

Fecha de Nacimiento:

Tutor/es y parentesco:

Teléfono/s de contacto:

Dispositivo derivante:

FEA Derivante:

MOTIVO DE DERIVACIÓN

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio del tratamiento en SM

Motivo de consulta

Antecedentes personales y tratamientos previos

Antecedentes familiares. Estructura familiar

Cuadro clínico

Nivel de contención/implicación familiar

HISTORIA ESCOLAR

Curso escolar

Nivel de rendimiento académico

Problemas de manejo en el aula

Expulsiones del centro y motivos

Periodos de absentismo

Medidas adoptadas en el medio escolar

TRATAMIENTOS REALIZADOS

Modalidad terapéutica actual

Duración del tratamiento en SM

Cumplimiento y respuesta al tratamiento

RELACIÓN CON OTROS AGENTES QUE HAN INTERVENIDO EN EL CASO

Servicios educativos

Servicios sociales

DIAGNÓSTICO (CIE-10)

OBJETIVOS DE LA DERIVACIÓN

OTRAS OBSERVACIONES

13.7 Anexo VII: Consentimiento Informado De Tratamiento en el Hospital de Día Infanto- Juvenil del AGC de Salud Mental Del Área Sanitaria IV (Oviedo)

Nombre del paciente:

D.N.I.:

Nº de historia:

Nombre del facultativo que informa:

Nº Colegiado del facultativo que informa:

Fecha:

El tratamiento en el HOSPITAL DE DÍA INFANTOJUVENIL (HDIJ) está indicado para pacientes entre 6 y 17 años, ambos inclusive, con problemas emocionales y/o conductuales que no pueden ser tratados a nivel ambulatorio (CSM) ni en una Unidad de Hospitalización.

El paciente.....empieza, a fecha de hoy, su tratamiento voluntario en el Hospital de Día Infantojuvenil de Oviedo. Tanto el paciente como sus padres o tutores se comprometen, durante todo el proceso de tratamiento a:

Asistir al centro con regularidad y puntualidad según las indicaciones del equipo terapéutico del HDIJ.

Avisar con antelación al equipo del HDIJ en caso de que algún día no sea posible la asistencia del paciente. En este caso se deberá aportar justificante firmado por los padres o tutores legales.

Seguir las indicaciones de los profesionales del HDIJ.

Asistir al GRUPO DE PADRES semanalmente cuando así se recomiende por parte del equipo terapéutico del HDIJ, así como a las consultas familiares cuando se les convoque.

Participar activamente en las propuestas y actividades terapéuticas del HDIJ.

Seguir el tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico que propongan los facultativos del HDIJ, los cuales podrán solicitar las exploraciones complementarias que consideren oportunas.

Garantizar la confidencialidad del resto de los usuarios del HDIJ y de sus familias.

Además, se consideran informados de que:

El respeto a los demás es la principal norma de convivencia en el HDIJ. No está permitida ninguna forma de agresión.

Si se provocan desperfectos de forma voluntaria o mal uso de las instalaciones y/o del material del HDIJ, se hará responsable de los gastos de reparación a la persona o personas implicadas o a sus representantes legales.

No está permitido el uso de teléfonos móviles u otros dispositivos electrónicos, incluyendo durante

el tiempo de descanso. No se recomienda traer móviles, dispositivos electrónicos u otros objetos de valor al HDIJ. Si se decidiera traerlos se facilitará un espacio donde guardar los efectos personales, pero se informa de que el Hospital de Día no se hace responsable de posibles daños, perjuicios o pérdidas de dichos objetos personales.

El incumplimiento sistemático del proceso de tratamiento tanto del paciente como de sus padres/tutores legales sin justificación, será motivo de alta por abandono del tratamiento.

El equipo terapéutico podrá valorar en cualquier momento del proceso terapéutico la derivación o alta del Hospital de Día. Los padres/tutores legales serán informados convenientemente de los motivos que justifican el alta o derivación del HDIJ.

El paciente, o los padres/tutores legales en el caso de menores de edad, autorizan al equipo del Hospital de Día Infantojuvenil a compartir información con los diferentes servicios implicados en la intervención en el paciente o su familia con el objetivo de beneficiar el tratamiento del paciente: educación (colegios, institutos y equipos de orientación educativa-EOE, servicios sociales, otros servicios sanitarios u otros servicios implicados). Se informará convenientemente de la realización de estas coordinaciones.

SÍ. NO.

El paciente, o los padres/tutores legales en el caso de menores de edad, autorizan la recopilación de información con fines de investigación y docencia, siempre con carácter anónimo. Así mismo se les informará de cualquier proyecto de investigación presente o futuro llevado a cabo en el HDIJ en el que se incorpore al paciente. SÍ. NO.

Así pues, doy mi consentimiento y declaro que se me informó sobre las condiciones del tratamiento en el Hospital de Día, que se resolvieron mis dudas y que recibí una copia de este impreso, que tuve oportunidad de leer. SÍ. NO.

Firmas:

Representante Equipo Terapéutico

Paciente

Padre/madre/tutor legal del paciente

DNI:

DNI:

Nº Colegiado

En Oviedo, a..... de..... de 20....

Teléfono: 985966567

La participación del menor y de su familia y la información que se facilite al HDIJ será completamente CONFIDENCIAL.

Se podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación o cualesquiera otros que pudieran corresponder en el contexto de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

Con fecha.....revoco el consentimiento prestado para la realización del tratamiento propuesto en el Hospital de Día Infantojuvenil del AGC de Salud Mental del Área Sanitaria IV (Oviedo).

Firmas:

Representante Equipo Terapéutico

Paciente

DNI:

Nº Colegiado

13.8 Anexo VIII: Autorizaciones:

Autorización para Recoger al Menor Ingresado en el Hospital de Día Infantojuvenil

D/Dña. _____ con DNI
_____ padre/madre/tutor/a del menor

_____, autorizo a recoger a mi hijo/a en el horario

de finalización de la atención en el Hospital de Día infantojuvenil, a las siguientes personas:

D/Dña.:

_____ DNI: _____

D/Dña.:

_____ DNI: _____

D/Dña.:

_____ DNI: _____

D/Dña.:

_____ DNI: _____

En Oviedo a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: El padre/madre/tutor/a

Autorización para Recoger al Menor antes de finalizar el horario de tratamiento en el Hospital de Día Infanto-Juvenil.

D/Dña. _____ con DNI
_____ padre/madre/tutor/a del menor

_____, autorizo a recoger a mi hijo/a ANTES DE FINALIZAR EL HORARIO DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTOJUVENIL, a las siguientes personas:

D/Dña.:

_____ DNI: _____

D/Dña.:

_____ DNI: _____

D/Dña.:

_____ DNI: _____

D/Dña.:

_____ DNI: _____

En Oviedo a _____ de _____ de 20____

Fdo.: El padre/madre/tutor/a

Autorización General para Salidas Terapéuticas Al Entorno Próximo

Don/Doña _____ con D.N.I. n°
_____ padre, madre, tutor/legal de

_____, autorizo a mi hijo/a participar, acompañado por el personal del centro, en las salidas al entorno próximo (lugares donde no se necesita transporte para acudir) contempladas en Plan de Tratamiento Individualizado.

NOTA IMPORTANTE: Esta autorización será válida durante el ingreso del paciente en el Hospital de Día Infantojuvenil de Oviedo hasta que, si lo desea, se manifieste lo contrario mediante nueva solicitud.

En Oviedo a _____ de _____ de 20____

Fdo.: El padre/madre/tutor/a

Autorización de actividad Terapéutica Complementaria

D./Dña. _____ con D.N.I. _____
padre, madre, tutor/a legal de _____
autorizo a mi hijo/a realizar la actividad terapéutica complementaria de _____,
acompañado de sus compañeros/as y de personal del Hospital de Día infantojuvenil.

La actividad se desarrollará en la localidad de _____ y el desplazamiento se realizará en _____, el próximo _____ día ____ de _____ en horario de _____.

Precio de la actividad:

Observaciones:

En Oviedo a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: El padre/madre/tutor/a

Autorización de Registro de Material Audiovisual en el Hospital de Día Infanto-Juvenil de Oviedo

El Hospital de Día Infantojuvenil de Oviedo pide el consentimiento a los pacientes o sus padres/ tutores legales en el caso de menores de edad, para poder realizar registro de material audiovisual, en el cual pudieran aparecer individualmente o en grupo.

Las grabaciones que se pudieran realizar serán confidenciales y utilizadas únicamente a efectos asistenciales y de formación interna según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Se podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación o cualesquiera otros que pudieran corresponder en el contexto de la citada Ley Orgánica.

Don _____ con

DNI/NIE: _____

y D^a _____ con DNI/NIE:

padre y madre / tutor/a de:

AUTORIZA al Hospital de Día infantojuvenil para la realización de registro de material audiovisual con finalidad asistencial o de formación interna en el que pudiera aparecer nuestro hijo.

NO AUTORIZA al Hospital de Día infantojuvenil para la realización de registro de material audiovisual con finalidad asistencial o de formación interna en el que pudiera aparecer nuestro hijo.

NOTA IMPORTANTE: Esta autorización será válida durante todo el ingreso en el Hospital de Día Infantojuvenil hasta que si lo desea, se manifieste lo contrario mediante nueva solicitud

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DE LA MADRE O TUTORA

Revocación de la Autorización para el Registro de Material Audiovisual

Don _____ con DNI/NIE:

y D^a _____ con DNI/NIE:

padre y madre / tutor/a

de _____

con fecha _____ revoco la autorización dada al Hospital de Día Infantojuvenil del AGC de Salud Mental del Área Sanitaria IV (Oviedo), para la realización de registro de material audiovisual con finalidad asistencial o de formación interna en el que pudiera aparecer nuestro hijo.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

13.9 Anexo IX

Horario de atención

El **horario de apertura** del HDIJ es de lunes a viernes (excepto festivos) **de 8:00h a 15:00h**.

El **horario de atención al público y labor asistencial** es de **9:00h** y a **14:30h**.

Las posibles urgencias que se produzcan se atenderán en el centro **dentro de su horario de apertura**, derivándose, si fuese necesario, al dispositivo correspondiente.

Ubicación y contacto

HOSPITAL DE DÍA INFANTOJUVENIL ÁREA IV

C/ Alejandro Casona s/n 33013 Oviedo

Bus urbano:
Línea F1 Parada Alejandro Casona
Línea F2 Parada A. Casona-Lola Mateos

Contacto:
Teléfono: 985.966567



Información a pacientes y familiares

HOSPITAL DE DÍA INFANTOJUVENIL
ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL
ÁREA IV

Directora: Dra. Beatriz Camporro Rocés.

Coordinadora de Enfermería: D^a. Noelia Varela Aller



Equipo Terapéutico de Referencia

Facultativo: _____

Enfermera: _____



Bienvenida

El equipo de profesionales que trabajamos en el Hospital de Día Infantojuvenil les damos la bienvenida y esperamos que con esta guía nos conozcan mejor y obtengan la información que necesitan.

Nuestro propósito

El Hospital de Día Infantojuvenil tiene como **misión** proporcionar **atención intensiva e integral** a niños y adolescentes con trastorno mental grave, y a sus familias, con el **objetivo** de **mejorar, favorecer y apoyar el mantenimiento en su entorno habitual**, en las mejores condiciones posibles de autonomía y desarrollo personal.

Trabajaremos en **colaboración con las demás instituciones** y/o entidades implicadas en la atención al menor y su familia, principalmente en el contexto de **Servicios Sociales, Educación y Justicia**.

Recomendaciones

El día de la **primera evaluación** traigan el **DNI y tarjeta sanitaria** del niño/adolescente para su **correcta identificación**.

Puede ser necesario **aportar informes médicos** (consultas anteriores, otras especialidades, seguimientos privados...), así como una **relación del tratamiento habitual** que esté siguiendo el paciente (incluyendo tratamientos prescritos por otros especialistas). Dado que es posible que el paciente esté incluido en el **servicio de comedor**, es preciso también comunicar la existencia de **alergias alimentarias** o cuidados específicos de importancia a la hora de las comidas

Si no pueden acudir a la cita, es importante que nos avisen con la mayor antelación posible. Se les facilitará una nueva, y nos ayudarán así a optimizar y agilizar la actividad del dispositivo (asignación de citas a otros pacientes).

Colaboren con el personal del Centro. En este dispositivo trabajamos por y con las familias. Seguir las recomendaciones de los profesionales contribuye a la eficacia del tratamiento.

Funcionamiento y normas del Hospital de Día Infanto-Juvenil

- El **terapeuta decidirá** junto con el paciente y su familia **la admisión y fecha**, así como la **duración del tratamiento**.
- **En el momento de la admisión** en el Programa de Hospital de Día Infanto-Juvenil **se comunicará** a cada familia **la relación de enseres que pueda precisar** el niño/adolescente para el día a día en el Centro.
- El **respeto** a los demás y al entorno es nuestra **principal norma de convivencia**.
- **No está permitido el uso de móviles ni de otros dispositivos electrónicos** durante las actividades (incluyendo los descansos). Si decide traerlo se les proporcionará un **lugar para guardarlos a la llegada al Centro y podrán recogerlos al finalizar las actividades** programadas. **Cada paciente debe hacerse responsable de sus pertenencias** personales.
- Está rigurosamente **prohibido el consumo y tenencia de alcohol y drogas en el Centro**. Conforme a la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, **NO ESTÁ PERMITIDO FUMAR DENTRO DEL RECINTO**.
- Si se provocan **desperfectos** en los materiales y/o instalaciones del Centro, **de forma intencionada y/o por mal uso consciente** de las mismas, podría hacerse **responsable de los gastos** de reparación o reposición a la **persona o personas implicadas, o sus padres/tutores legales**.

Anexo X

Información para las familias (Unidad Infantil)

Bienvenida

El equipo de profesionales que trabajamos en el Hospital de Día Infantojuvenil les damos la bienvenida y esperamos que con esta guía nos conozcan mejor y obtengan la información que necesitan.

Animamos a la familia y al paciente a participar en las decisiones sobre su atención y tratamiento. Somos un dispositivo perteneciente a la Red de Salud Mental y dependiente del HUCA. Como Hospital Universitario es posible que, durante su tratamiento, residentes de medicina, psicología clínica y enfermería así como estudiantes de grado y máster formen parte del equipo que cuida de su hijo/a. También es posible que se le ofrezca la participación voluntaria en estudios de investigación que ayudarán a mejorar la atención y los tratamientos en un futuro.

Esperemos que la información que le proporcionamos a continuación sea útil para usted. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a su terapeuta y/o enfermero de referencia.

Nuestro Propósito

El Hospital de Día Infantojuvenil tiene como misión proporcionar atención intensiva e integral a niños y adolescentes con un trastorno mental, y a sus familias, con el objetivo de mejorar su situación clínica y desempeño psicosocial y favorecer y apoyar el mantenimiento en su entorno habitual en las mejores condiciones de autonomía y desarrollo personal.

Incluimos actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación, así como colaboración con otras instituciones o entidades implicadas en la atención del menor y su familia, principalmente en el contexto escolar, social y judicial.

Nuestra atención supone la prestación de cuidados profesionales fundamentados en conocimientos actualizados y una atención personalizada e integral siguiendo un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).

Nuestro Equipo

Es un equipo multidisciplinar compuesto por:

Psiquiatría

Psicología Clínica

Enfermería Especializada en Salud Mental

Terapia Ocupacional

Trabajo Social

Personal de Administración

Información para las Familias de los niños/as

- Su hijo/a va a iniciar un tratamiento intensivo en régimen ambulatorio que se llevará a cabo varios días a la semana durante varias horas al día. El horario asistencial general del centro es de lunes a viernes de 9:00-14:30 aunque cada paciente tiene una programación específica según sus necesidades, su situación escolar y familiar.
- La duración del tratamiento va a depender de la evolución y el logro de las metas terapéuticas, estimándose un periodo aproximado de 6 meses a un año. Durante este tiempo su hijo permanecerá escolarizado (será informado convenientemente de este proceso) en el HDIJ, donde se impartirán clases por parte de profesorado perteneciente a Aulas Hospitalarias.
- Los niños/as serán recibidos por personal del centro en la entrada (según horario acordado) y devueltos a su padre/madre o tutor en la entrada a la hora de salida. Se ruega puntualidad para no dificultar el funcionamiento del centro. No se entregará el menor a personas diferentes a sus tutores legales excepto autorización escrita (en la que conste DNI de la persona que se encargará de la recogida del menor).
- Si no pueden acudir a una cita ustedes o el menor, o éste tiene que irse antes o llegar más tarde es importante que avisen con la mayor antelación posible. En caso de no acudir deberá aportar justificante firmado por los padres.
- Será avisado en caso de cualquier incidencia/urgencia por lo que es importante que proporcione un número de teléfono de contacto disponible durante el horario de permanencia de su hijo con nosotros.
- Su hijo/a tendrá un tiempo de espacio y recreo a media mañana. Para este recreo se utilizan las instalaciones del Colegio Público de Educación Primaria de La Ería (situado enfrente del Hospital de Día) al cual acudirá acompañado por el resto de sus compañeros y bajo supervisión estrecha del personal del equipo terapéutico.

- Para otras salidas fuera de las instalaciones del HDIJ (salidas culturales, sociales o de ocio que puedan planificarse) se les informará y solicitará consentimiento previamente.
- Es importante que nos comunique la existencia de alergias y/o intolerancias alimentarias de su hijo/a (especialmente si va a hacer uso del servicio de comedor).
- El HDIJ no asume el transporte de los niños/as.

Qué es necesario traer al HDIJ:

- Un neceser con elementos básicos de higiene personal que incluya al menos cepillo y pasta de dientes.
- Ropa de cambio si considera que es posible que la necesite.
- Gorra para el sol.
- Se recomienda traer un almuerzo de media mañana.
- Ropa cómoda para la realización de actividades de juego y psicomotricidad.
- El tratamiento farmacológico que su hijo deba tomar durante la estancia en HDIJ.

El equipo docente de Aulas Hospitalarias les informará convenientemente del material escolar necesario.

Durante toda la permanencia en el HDIJ se les pedirá el cumplimiento de unas normas básicas de convivencia:

- El respeto a los demás es la principal norma de convivencia por lo que no está permitido ningún tipo de violencia (verbal o física)
- Se respetará la confidencialidad e intimidad de todos los compañeros y familias con los que convivimos en el HDIJ por lo que está prohibido transmitir o publicar información o imágenes.
- No está permitido el uso de teléfonos móviles u otros dispositivos electrónicos por lo que no se recomienda traerlos (así como otros objetos personales de valor o juguetes). Si a pesar de esta recomendación se decidiera a traerlos se facilitará un espacio donde guardarlos, pero se informa de que el HDIJ no se hace responsable de posibles daños, perjuicios o pérdidas de dichos objetos.
- Está prohibido fumar en todo el recinto del HDIJ y en las instalaciones escolares de las que se hace uso.
- Está rigurosamente prohibido el consumo y tenencia de alcohol y drogas dentro del HDIJ y en las instalaciones escolares de las que se hace uso, así como cualquier objeto que pueda resultar peligroso para su hijo/a o los demás compañeros y personal del HDIJ. El personal del equipo podría solicitar a su hijo/a que muestre el contenido de bolsillos, mochila etc. exclusivamente por motivos de seguridad.

- Debe hacerse un uso adecuado del material e instalaciones del HDIJ. Se informa de que en caso de desperfectos causados de forma voluntaria o por mal uso de las instalaciones y/o el material podría hacerse responsable de los gastos a la persona implicada o a sus representantes legales.

Información para las Familias (unidad de adolescentes)

Su hijo/a va a iniciar un tratamiento intensivo en régimen ambulatorio que se llevará a cabo varios días a la semana durante varias horas al día. El horario asistencial general del centro es de lunes a viernes de 9:00-14:30 aunque cada paciente tiene una programación específica según sus necesidades, situación escolar y familiar.

- La duración del tratamiento va a depender de la evolución y el logro de las metas terapéuticas, estimándose un periodo aproximado de 6 meses a un año. Durante este tiempo su hijo/a menor de 16 años/escolarizado en la ESO/FP permanecerá escolarizado (será informado convenientemente de este proceso) en el HDIJ, donde se impartirán clases por parte de profesorado perteneciente a Aulas Hospitalarias.
- Si no pueden acudir a una cita ustedes o el menor, o éste tiene que irse antes o llegar más tarde es importante que avisen con la mayor antelación posible. En caso de no acudir deberá aportar justificante firmado por los padres.
- Se ruega puntualidad para no dificultar el funcionamiento del equipo y para que pueda beneficiarse de la programación del HDIJ.
- Su hijo/a tendrá un tiempo de espacio y recreo a media mañana. Para este recreo se utilizan las instalaciones del Colegio Público de Educación Primaria de La Ería (situado enfrente del Hospital de Día) al cual acudirá acompañado por el resto de sus compañeros y bajo supervisión estrecha del personal del equipo terapéutico.
- Para otras salidas fuera de las instalaciones del HDIJ (salidas culturales, sociales o de ocio que puedan planificarse) se les informará y solicitará consentimiento previamente.
- Es importante que nos comunique la existencia de alergias y/o intolerancias alimentarias de su hijo/a (especialmente si va a hacer uso del servicio de comedor).
- El HDIJ no asume el transporte de los adolescentes.
- Será avisado en caso de cualquier incidencia/urgencia por lo que es importante que proporcione un número de contacto disponible durante el horario de permanencia de su hijo con nosotros. En caso de que su hijo/a menor de 16 años abandone el HDIJ con o sin consentimiento del equipo de HDIJ, le será comunicado de forma inmediata y se tomarán las medidas oportunas. En el caso de adolescentes mayores de 16 años se valorará el riesgo para el menor, pudiendo esperar al regreso del menor al dispositivo en un plazo máximo de 30 minu-

tos. Se informará a padres/tutores legales/familiares responsables del menor en ese plazo máximo.

Qué es necesario traer al HDIJ:

- Un neceser con elementos básicos de higiene personal que incluya al menos cepillo y pasta de dientes.
- Se recomienda traer un almuerzo de media mañana.
- Ropa cómoda para la realización de actividades de juego y psicomotricidad.
- El tratamiento farmacológico que su hijo deba tomar durante la estancia en HDIJ.

El equipo docente de Aulas Hospitalarias les informará convenientemente del material escolar necesario.

Durante toda la permanencia en el HDIJ se les pedirá el cumplimiento de unas normas básicas de convivencia:

- El respeto a los demás es la principal norma de convivencia por lo que no está permitido ningún tipo de violencia (verbal o física).
- Se respetará la confidencialidad e intimidad de todos los compañeros y familias con los que convivimos en el HDIJ, por lo que está prohibido transmitir o publicar información o imágenes.
- No está permitido el uso de teléfonos móviles u otros dispositivos electrónicos por lo que no se recomienda traerlos (así como otros objetos personales de valor). Si a pesar de esta recomendación se decidiera a traerlos, se facilitará un espacio donde guardarlos, pero se informa de que el HDIJ no se hace responsable de posibles daños, perjuicios o pérdidas de dichos objetos.
- Está prohibido fumar en todo el recinto del HDIJ y en las instalaciones escolares de las que se hace uso.
- Está rigurosamente prohibido el consumo y tenencia de alcohol y drogas dentro del HDIJ y en las instalaciones escolares de las que se hace uso así como cualquier objeto que pueda resultar peligroso para su hijo/a o los demás compañeros y personal del HDIJ. El personal del equipo podría solicitar a su hijo/a que muestre el contenido de bolsillos, mochila etc. exclusivamente por motivos de seguridad.
- Debe hacerse un uso adecuado del material e instalaciones del HDIJ. Se informa de que en caso de desperfectos causados de forma voluntaria o por mal uso de las instalaciones y/o el material podría hacerse responsable de los gastos a la persona implicada o a sus representantes legales.

Atención Urgente

Ante una situación de urgencia la atención se proporcionará en HDIJ dentro del horario de funcionamiento, desde donde se realizaría traslado al Servicio de Urgencias correspondiente si fuera necesario.

13.10 Anexo XI

Protocolos de HDIJ

Protocolo de Urgencia Médica

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad asistencial en situaciones de urgencia médica.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Establecer los pasos a seguir en el caso de que se produzca una situación de urgencia médica en el dispositivo de HDIJ

PERSONAL

Todos los profesionales implicados en el proceso asistencial que estén cualificados para realizar la primera asistencia al paciente.

DEFINICIONES

Urgencia: situación en la que se precisa asistencia inmediata.

Urgencia vital o Emergencia: situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

PROCEDIMIENTO

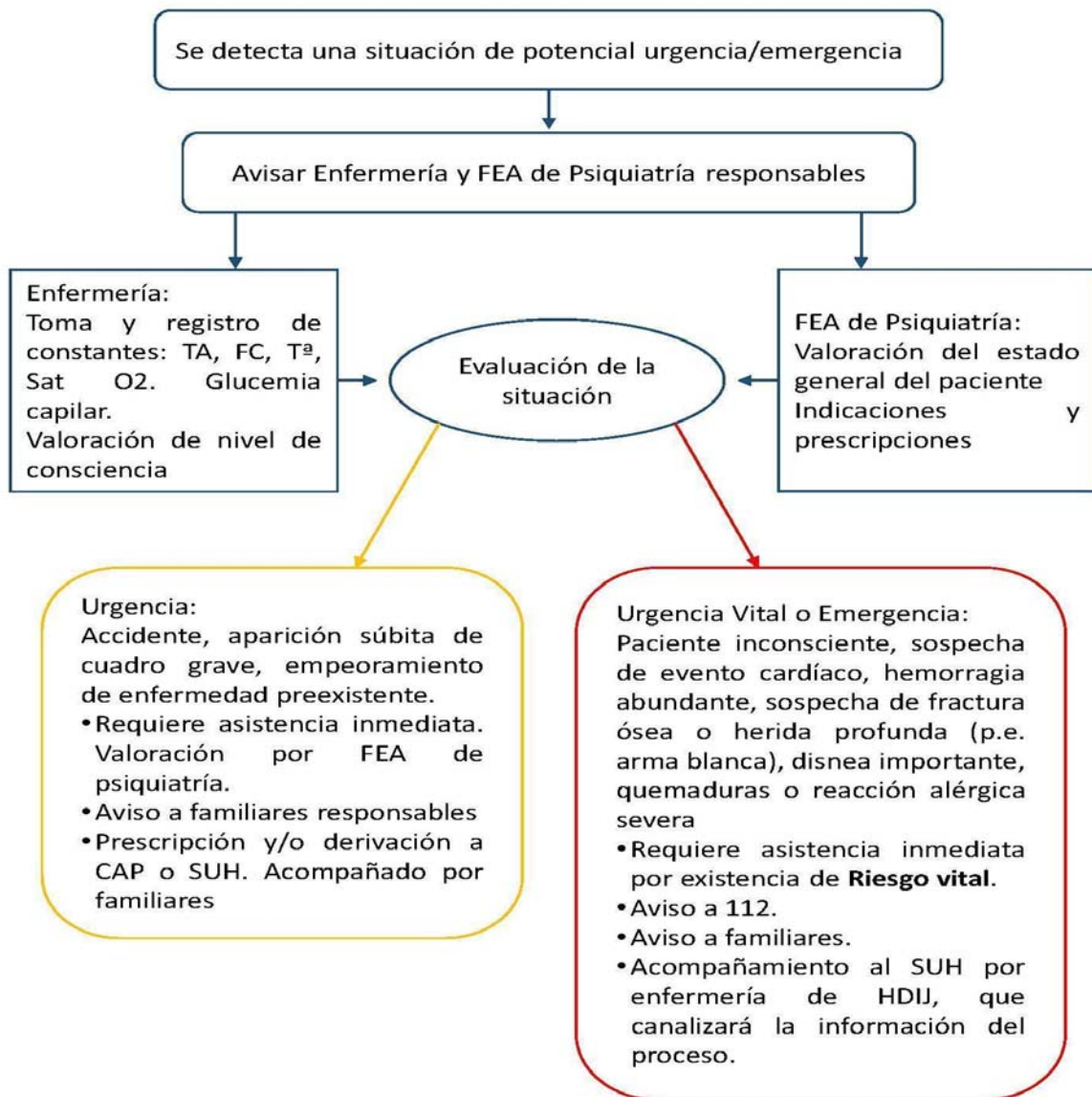
En caso de urgencia médica el FEA de Psiquiatría y/o el Personal de Enfermería, valorará la situación, determinando en los casos que sea posible el estado general del paciente, nivel de consciencia, y se registrarán las constantes vitales (FC, TA, SatO₂, Temperatura, FR y glucemia capilar).

Una vez que se hayan tomado las constantes y valorado la situación general del paciente, podrían darse dos situaciones, en las que la secuencia de actuaciones sería diferente:

1. Situación de Urgencia médica: Tras ser valorado por su psiquiatra de referencia, este hará las indicaciones oportunas, bien sea una nueva prescripción o consulta, y/o derivación del paciente a su CAP de referencia, o al SUH del HUCA. Se avisará a la familia del menor para que acudan al dispositivo para realizar el acompañamiento al servicio que corresponda.
2. Situación de Emergencia o Urgencia vital: contactar con el servicio de emergencias 112 y seguir las indicaciones del operador hasta que llegue el personal especializado. Se avisará a los familiares de la situación. En este caso el acompañamiento del paciente al SUH del HUCA lo hará el PE del centro, que será el encargado de coordinar el intercambio de información entre el HUCA y el HDIJ.

Sea cual sea el tipo de urgencia que se presente, debe quedar reflejado en la historia el tipo de urgencia y las intervenciones realizadas, así como las indicaciones prescritas por el facultativo.

ACTUACIÓN EN CASO DE URGENCIA MÉDICA



Prevención de Situaciones de Agresión y Agitación en HDIJ

Hay varias situaciones que pueden requerir una intervención rápida y coordinada del equipo del HDIJ: situaciones de agitación psicomotriz, situaciones de auto y heteroagresividad relacionadas o no con factores psicopatológicos y desafío de las normas.

El objetivo del equipo es ayudar al menor a calmarse en caso de alteración emocional, y reconducirlo

en caso de desafío de las normas. Para prevenir la aparición de estas situaciones y minimizar las consecuencias cuando inevitablemente aparezcan, se pondrán en marcha dos líneas de actuación. En primer lugar, mantenimiento de un ambiente seguro y terapéutico que reduzca en lo posible el aumento de estrés, desorientación, la visión del entorno como hostil y los conflictos con compañeros o con el personal que pueden favorecer estas situaciones. Y en segundo lugar, formación específica del personal en manejo de estas situaciones, desescalado verbal y técnicas específicas de contención emocional y manejo conductual en caso de niños y adolescentes.

Para llevar a cabo estas dos líneas de actuación se seguirán las recomendaciones del documento “Con la seguridad en la mente” (Scobie et al., 2006) y se utilizarán estrategias tanto del programa “SafeWARDS” (Bowers, 2014) como del Proyecto BETA (BestPractices in Evaluation and Treatment of Agitation) (Richmond et al., 2012).

Actuaciones a llevar a cabo durante el primer año de funcionamiento del HDIJ:

- Presentación al equipo del programa SafeWARDS y las intervenciones propuestas (clarificación de expectativas mutuas, Palabras Gentiles, Desescalada verbal, Descripciones positivas, Apoyo ante las malas noticias, Conocerse mutuamente, Reunión de ayuda mutua, Técnicas de relajación, Reaseguramiento, Mensajes de Alta).
- Elaboración conjunta de las adaptaciones necesarias a nuestro dispositivo y puesta en práctica.
- Presentación al equipo y entrenamiento en Desescalado Verbal recomendadas por el Proyecto BETA y adaptación pertinente a menores.
- Revisión del cumplimiento de las recomendaciones de la guía “Con la seguridad en la mente” y propuesta de mejoras.

Proceso de Actuación antes de una Agitación Psicomotriz en el HDIJ Área IV

El procedimiento se inicia cuando se detecta un inicio de agitación y finaliza cuando el usuario se puede reconducir o se debe derivar a otro servicio con más medios de contención física.

OBJETIVO

Ayudar al usuario a reconducir su malestar, inquietud y agitación, de tal modo que consiga hacerlo sin hacerse daño a sí mismo ni a los demás o al entorno.

DEFINICIONES

Agitación Psicomotriz: estado de aumento inadecuado de la actividad motora, en el cual hay un aumento incontrolable de la movilidad y/o sensación de inquietud interna con una importante activación emocional. El paciente se muestra inquieto: está alerta, gesticula exageradamente y se muestra colérico, enfadado, temeroso o con notable labilidad emocional.

Medidas de contención: conjunto de medidas (verbales, ambientales y farmacológicas) que se pueden emplear para reducir los estados emocionales alterados del paciente, con el fin de atajar una posible situación de escalada conductual que pueda derivarse en un episodio de agitación psicomotriz. Las siguientes medidas se podrán utilizar de forma exclusiva (excepto la farmacológica) o combinadas entre sí. Para el desarrollo de cualquiera de estos métodos de contención será necesario disponer de los medios humanos y materiales suficientes para garantizar la seguridad del paciente, el entorno y los profesionales.

Contención verbal: intervención dirigida a disminuir la intensidad de la agitación a través de las palabras, utilizando un tono de voz bajo, educado, pero con seguridad y firmeza. Ha de mostrar interés por el problema del menor, escuchándole y ofreciéndole ayuda y comprensión.

Contención ambiental: conjunto de medidas orientadas a la eliminación de estímulos del entorno que puedan inducir o favorecer el mantenimiento de una situación de crisis emocional y/o agitación psicomotriz. Estas medidas incluirían el entorno (espacios adecuados, contenedores, libres de objetos potencialmente lesivos, con unas condiciones que favorezcan el paso de un estado emocional alterado a otro más tranquilo...), la buena disposición y habilidades del personal, el control de estímulos (visuales, auditivos...). Lo que se busca estableciendo esta medida es favorecer la confianza mutua entre el paciente y el profesional, que favorezca la desactivación del estado alterado, haciendo saber al paciente que se consigue gracias a su colaboración.

Contención farmacológica: conjunto de medidas farmacológicas que se pueden adoptar para tratar de reducir la inquietud y/o ansiedad del paciente, a fin de evitar que se desencadenen alteraciones conductuales que supongan un peligro para él mismo o su entorno. La contención farmacológica se

empleará como complemento a la contención verbal y/o ambiental, cuando se vea que estas son insuficientes por sí mismas o poco efectivas. Para llevar a cabo la contención farmacológica debe emplearse la dosis mínima eficaz del fármaco adecuado, minimizando con ello el riesgo de efectos adversos para el paciente.

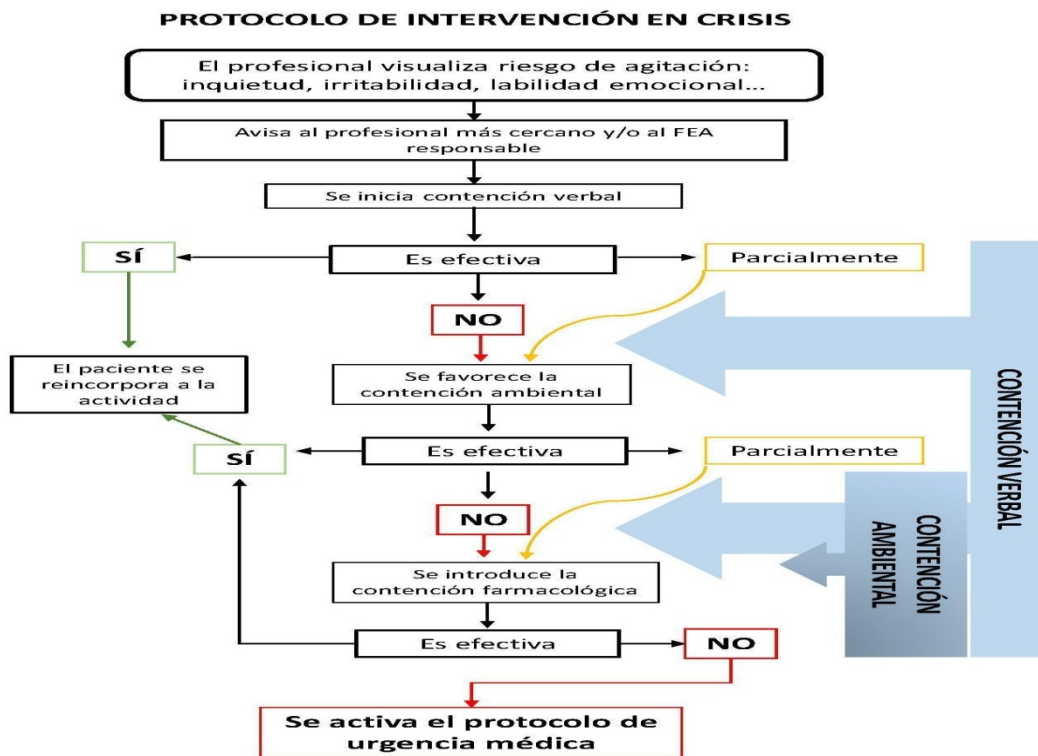
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Cuando un profesional del HDIJ detecte una probable situación de riesgo de agitación psicomotriz, debe avisar al profesional más cercano y/o al responsable del paciente con el fin de garantizar al máximo la seguridad tanto del paciente como del personal. El siguiente paso será iniciar el desescalado verbal, y si esta medida es insuficiente, el profesional valorará la pertinencia de favorecer la contención ambiental del paciente, buscando un espacio neutro, libre de estímulos y estresores, donde el paciente pueda buscar un medio adecuado para conseguir frenar la situación de forma autónoma (con la supervisión del personal del HDIJ). EL FEA Psiquiatra valorará la necesidad de administrar alguna pauta de tratamiento.

La contención del paciente será dirigida por el FEA o por enfermería, favoreciendo que el profesional que se haga cargo de coordinar la situación sea aquel con quien más vínculo o mejor relación tenga el paciente.

Una vez que la situación de crisis remita, se permitirá al paciente reincorporarse a la dinámica del centro, si esto se considera adecuado para el buen funcionamiento del propio paciente y del grupo.

En el caso de que la contención en el HDIJ fracase, se activaría el protocolo de Urgencia Médica.



Protocolo de Actuación ante Abandono No Programado en HDIJ (Fuga/Desaparición del Paciente)

A pesar de que el tratamiento en HDIJ es voluntario, utilizamos el concepto de fuga de forma amplia, al tratarse de menores sobre los que el dispositivo tiene deber de custodia. Por lo tanto, tanto la desaparición de un menor, como el abandono de las instalaciones sin el conocimiento o permiso y/o acompañamiento del personal ni de sus tutores legales, se considera un incidente de seguridad del paciente, que debe evitarse, minimizarse y, en caso de tener lugar, activar los oportunos protocolos. Los pacientes pueden desaparecer incluso estando vigilados.

Medidas de Prevención del Abandono de las Instalaciones sin Conocimiento del Personal

- Evaluación del entorno que debe mantener el equilibrio entre el riesgo de abandono del paciente sin conocimiento del personal, y la necesidad de mantener salidas de incendio y los derechos del paciente de entrada y salida.
- Se mantiene un nivel de supervisión elevado para todos los menores, estando siempre acompañados de personal del equipo. Los grupos y actividades se realizan con dos profesionales de forma que si es necesario que un paciente salga de la sala pueda ser acompañado, manteniéndose al mismo tiempo la supervisión del grupo que permanece en la sala.
- Conocimiento por parte de todo el equipo terapéutico de todos los pacientes de ambas unidades (niños y adolescentes), de la planificación de actividades, y de los dispositivos de comunicación entre los profesionales.
- Asignación de profesional de enfermería de referencia.

- Conocimiento por parte de todos los profesionales del equipo de estrategias de contención verbal y ambiental y resolución de conflictos que puedan originar abandonos del dispositivo.
- Se contempla en los PTI de los pacientes la valoración del riesgo de fuga y también un plan desarrollado conjuntamente con la familia sobre cómo manejar el riesgo, y que deben ser conocidos por todo el personal incluyendo el personal no sanitario.
- Análisis de causas básicas de los incidentes de fuga o desaparición si se producen, para extraer información útil para evitar futuros incidentes.

Procedimiento de Búsqueda y Comunicación del Evento

(Servicio Extremeño de Salud, 2017)

1. Sospecha de la ausencia de un paciente.

- Cualquier profesional del HDIJ que sospeche de la ausencia de un paciente (todas las edades) lo comunicará a su enfermera de referencia y/o terapeuta de referencia.
- Enfermería activará el procedimiento de búsqueda dentro de las instalaciones de HDIJ y solicitará que alguno de los profesionales disponibles vigile que el paciente no salga del centro.
- La enfermera organizará la búsqueda dentro del dispositivo, distribuyendo las tareas de tal manera que el funcionamiento básico y esencial del HDIJ permanezca atendido y cubierto.
- La búsqueda se realizará, siempre que sea posible, por dos profesionales.
- Se requerirá la ayuda del resto del equipo.
- Si el paciente no se localiza en el dispositivo se activa la comunicación inmediata.

2. Paciente que manifiesta su deseo de abandonar el dispositivo o se sospecha esta intención.

- El profesional que identifica la situación avisa a uno de los profesionales de referencia del paciente y se intenta que el paciente no abandone el dispositivo o acceda a esperar a que vengán a recogerlo (contención verbal).
- Si el paciente (mayor de 16 años) pese a esto abandona el dispositivo. Se valora, según riesgo para el paciente, la comunicación inmediata o la espera de 30 minutos para la comunicación.

COMUNICACIÓN DEL ABANDONO/FUGA

En el caso de los menores de 16 años, en los que se ha presenciado la salida del centro o no aparece dentro de las instalaciones se procede a informar de forma inmediata al resto de agentes implicados:

El equipo de enfermería avisará a:

- Terapeuta de referencia
- Coordinador del equipo

- Policía Nacional (dándole una descripción detallada de los aspectos identificativos del paciente).
- La Dirección de enfermería.

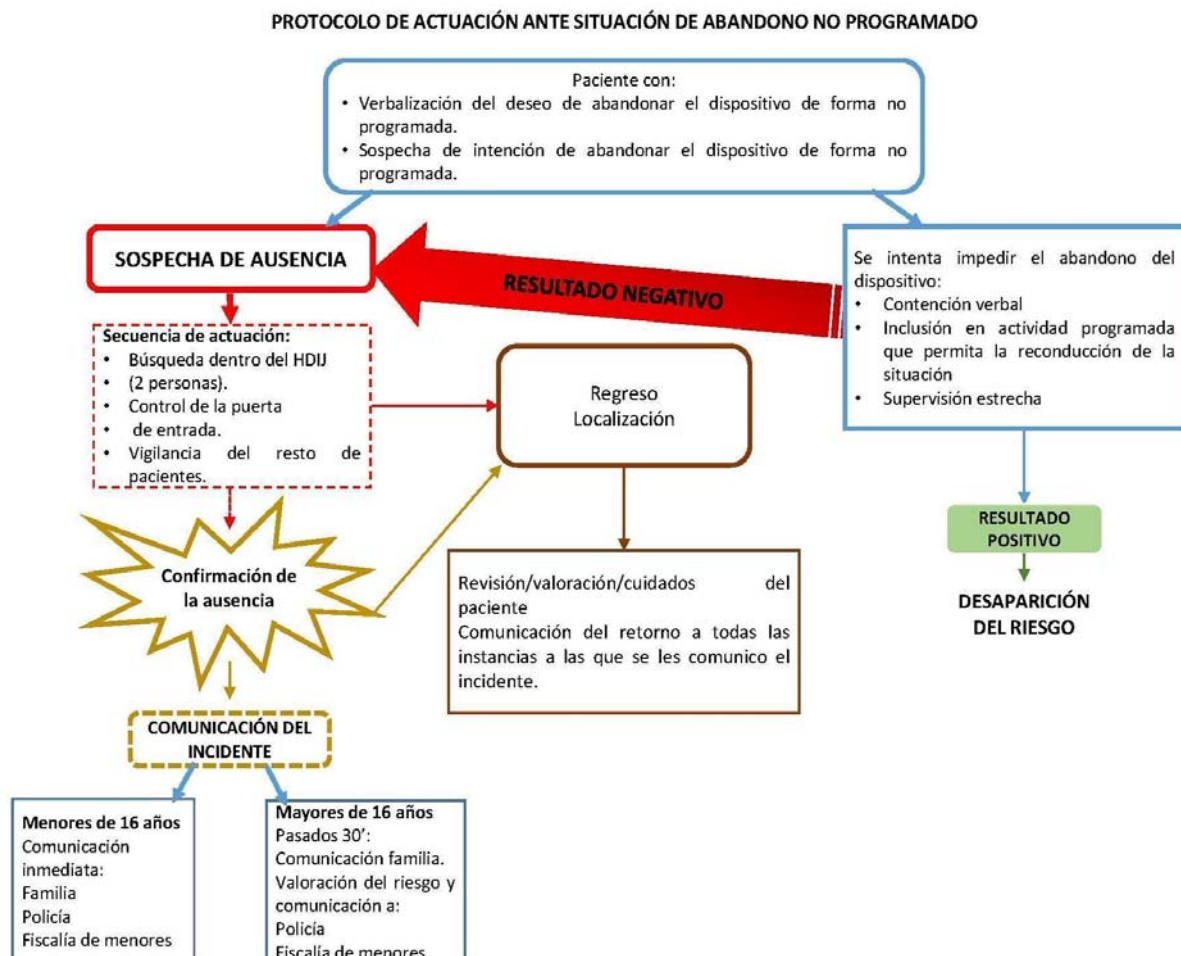
El FEA de referencia informará a:

- Padres/tutores legales/familiares responsables del menor
- Dirección Médica
- Juzgado de Menores/Fiscalía de Menores.

En el caso de adolescentes mayores de 16 años se informará al terapeuta de referencia y tras valoración del riesgo para el menor se decidirá informar inmediatamente o esperar 30 minutos (espera de regreso del menor al dispositivo). Una vez transcurrido este tiempo se informa a padres/tutores legales/familiares responsables del menor y al resto de agentes implicados.

Retorno del Paciente al HDIJ

El FEA de referencia realiza revisión y valoración pertinente del paciente y comunicación a la familia del paciente y al resto de agentes previamente informados de la fuga.



13.11 Anexo XII

Normas Básicas del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Oviedo

- Nos respetamos entre todos y al personal del Hospital de Día. No nos pegamos ni nos insultamos.
- Hablamos en tono tranquilo y sin gritar.
- Respetamos los horarios del Hospital de Día y seguimos las indicaciones del personal.
- Nos quedamos en el Hospital de Día durante todo el horario de atención. Si tenemos que abandonar el recinto avisamos antes al personal.
- Si no vamos a poder venir, avisamos con tiempo.
- Cuidamos el material del Hospital de Día.
- Respetamos la salud de nuestros compañeros y no fumamos en el interior del recinto.
- Cuidamos de nuestra salud y evitamos consumir o tener alcohol, drogas u otras sustancias potencialmente peligrosas. Están prohibidas en el Hospital de Día.
- Evitamos tener objetos cortantes y/o peligrosos en el Hospital de Día, por nuestra seguridad y la de los demás.
- Comemos y bebemos en las horas de las comidas. Podemos beber agua si lo necesitamos.
- Dejamos en casa los teléfonos móviles u otros dispositivos electrónicos ya que en el Hospital de Día no se pueden usar.
- Dejamos en casa objetos de valor y nuestros juguetes o juegos personales.
- Respetamos la confidencialidad de todos los compañeros del Hospital de Día. La información de otros compañeros no la contamos fuera del Hospital de Día.

13.12 Anexo XIII

Cuestionario de Satisfacción

[Versión de 6 a 11 años]

1. ¿Cómo se han portado contigo los miembros del equipo?



2. ¿Te han ayudado siempre que has tenido un problema?



3. ¿Crees que venir al centro podría ayudar a otros niños que necesiten ayuda?



4. ¿Te ha ayudado venir al centro?



Cuestionario de Satisfacción

[Versión de 12 a 17 años]

1. ¿Cómo valoras el trato recibido por los miembros del equipo?



2. ¿Has recibido ayuda siempre que lo has pedido?



3. ¿Se ha tenido en cuenta tu opinión?



4. ¿Recomendarías este servicio a un amigo que tenga un problema similar?



5. ¿Hasta qué punto te ha ayudado el servicio a enfrentarte mejor a tus problemas?



6. ¿Estás satisfecho con el servicio?



Cuestionario de Satisfacción

1. ¿Cómo valora el trato recibido por los profesionales del centro?

[Versión Familias]

1	2	3	4	5
Muy mal	Mal	Regular	Bueno	Excelente

2. ¿Cómo valora la disponibilidad del servicio cuando ha necesitado ayuda?

1	2	3	4	5
Muy mal	Mal	Regular	Bueno	Excelente

3. ¿Se ha tenido en cuenta su opinión en el proceso de atención a su hijo/a?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	Medianamente	Casi siempre	Siempre

4. ¿Se ha sentido satisfecho con la información recibida?

1	2	3	4	5
Nada satisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Sumamente Satisfecho

5. ¿Le ha resultado útil la ayuda recibida?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho

6. ¿Cómo evaluaría la calidad del servicio?

1	2	3	4	5
Muy mal	Mal	Regular	Bueno	Excelente

7. ¿Recomendaría este servicio?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Dudoso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo