

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA EN PSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL



Recursos Humanos Psiquiatría Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

Recurso	Horas Semanales	Número de Psiquiatras	Número total de horas
Psiquiatra Infanto-Juvenil	88	3	88

Prestaciones Totales

	Atención secundaria	Atención terciaria
Número de horas	1430	

Oferta de Prestaciones Atención Secundaria

Tipo paciente	Paciente nuevo	Paciente control	Psicoterapia individual	Psicoterapia familiar	Peritajes	Consultoría
Horas semanales asignadas	9,5					
Rendimiento pacientes/hora	2	2	1.3	1	0,5	2
Numero de pacientes semanales	19					

Referencia a Atención Secundaria en Psiquiatría Infanto-Juvenil según Pertenencia a Municipalidades

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	Puente Alto Pirque San José de Maipo
CRS San Rafael	La Florida
Hospital Padre Hurtado	La Pintana La Granja San Ramón

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

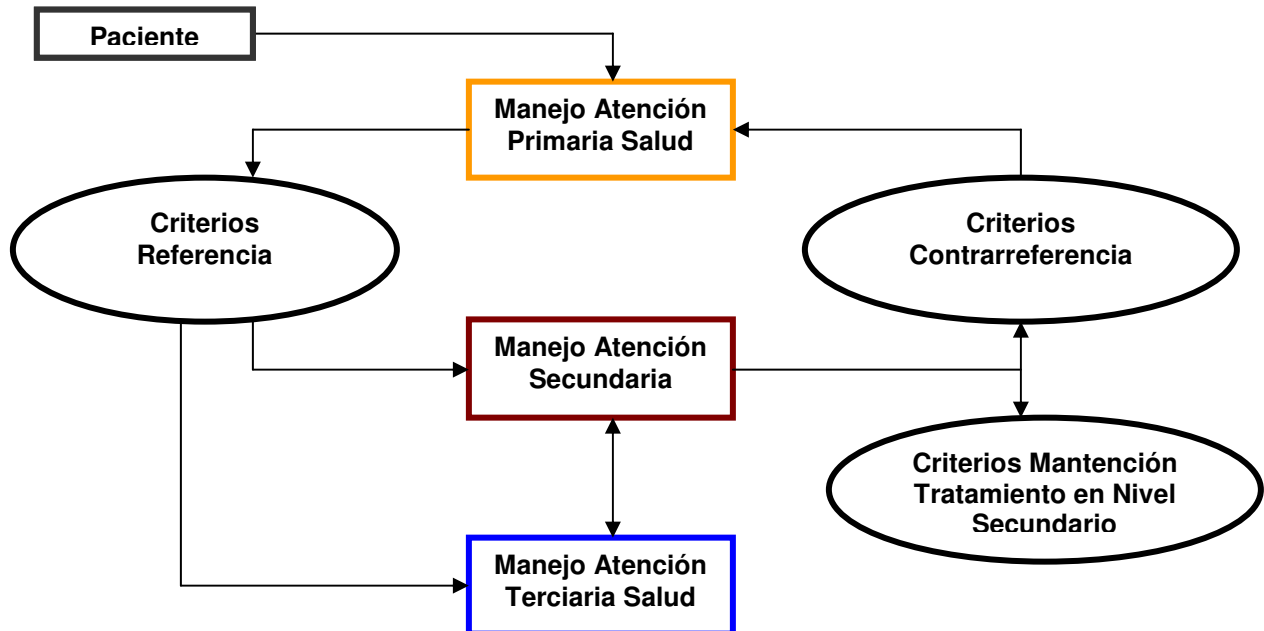
En relación a las patologías derivadas a Psiquiatría Infanto-Juvenil desde la Atención Primaria, es necesario considerar algunas características tales como la demanda de atención, la factibilidad de realizar un manejo adecuado a nivel primario y la posibilidad de establecer criterios de referencia y contrarreferencia claros, para establecer prioridades. En ese contexto se sugiere sistematizar la atención de:

1. Trastornos del Comportamiento, incluyendo Trastornos Hiperkinéticos.
2. Trastornos de Ansiedad.
3. Trastornos del Humor.
4. Trastornos de la Conducta Alimentaria.
5. Conducta Suicida.
6. Maltrato.

El proceso de referencia y contrarreferencia, se norma a través de procesos administrativos y acciones clínicas, destinadas a resolver el problema del paciente en forma oportuna y eficiente.

FLUJOGRAMA

El proceso se inicia con el ingreso del paciente a la **atención primaria**. Allí, luego de un adecuado y oportuno **manejo** a nivel **primario** y si cumple con los **Criterios de Referencia a Atención Secundaria**, se solicitará una consulta por especialista a través del **Formulario de Interconsulta**, que debe ser completado por el médico de Atención Primaria de Salud (APS) y tramitado por el SOME de APS. El resultado será una hora para evaluación en Atención Secundaria de Salud (ASS). Posteriormente esto generará una respuesta a través de otro **Formulario de Interconsulta**, completado por el médico de ASS y enviado a través del SOME de ASS a la APS. Asimismo, si cumple con los **Criterios de Referencia a Atención Terciaria**, se solicitará una atención por médico pediatra en la Unidad de Emergencia Pediátrica mediante un **Formulario de Interconsulta**.



FORMULARIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

FORMULARIO DE INTERCONSULTA

- Completar los datos es responsabilidad del médico, quién debe escribir con letra legible.
- El trámite de la interconsulta es responsabilidad del SOME.

Requerimientos de la Interconsulta de Referencia

- Datos de identificación del paciente completos.
- Diagnóstico.
- Motivo de derivación.
- Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
- Nombre y timbre del médico.

Requerimientos de Interconsulta de Contrarreferencia

- Datos de identificación del paciente completos.
- Diagnóstico psiquiátrico.
- Exámenes realizados.
- Indicaciones de tratamiento a seguir en atención primaria.
- Indicaciones de necesidad de control en atención secundaria.
- Nombre y timbre del médico.

1.- TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

• TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

Criterios de Referencia a Atención Secundaria

- a) Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos:
 - Trastorno disocial.
 - Trastorno del ánimo depresivo.
 - Trastorno de ansiedad.
- b) Refractoriedad a tratamiento con metilfenidato o anfetaminas, mínimo durante 3 meses cada uno.

Criterios de Contrarreferencia

- a) Comorbilidad tratada.
- b) Pseudorefractoriedad a tratamiento con fármacos mencionados.

• TRASTORNOS DISOCIALES

Criterios de Referencia a Atención Secundaria

- a) Todo trastorno disocial no limitado al contexto familiar, en niños socializados o no socializados.
- b) Trastorno disocial opositor desafiante con sospecha de comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico.
- c) Trastorno disocial opositor desafiante refractario a tratamiento psicológico mínimo durante tres meses.

Criterios de Contrarreferencia

Comorbilidad tratada.

2.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Criterios de Referencia a Atención Secundaria

- Fobia escolar refractaria a tratamiento psicológico durante un mes.
- Fobia social refractaria a tratamiento psicológico durante tres meses.
- Trastorno de ansiedad generalizada refractario a tratamiento psicológico durante tres meses.
- Todo trastorno de pánico.
- Todo trastorno obsesivo compulsivo.
- Todo trastorno de estrés postraumático.

3.- TRASTORNOS DEL HUMOR

Criterios de Referencia a Atención Secundaria

- Todo trastorno del ánimo depresivo en menores de 15 años.
- Todo trastorno del ánimo bipolar o ciclotimia.
- En mayores de 15 años: trastorno del ánimo depresivo severo o refractario a tratamiento según normas GES.

Criterios de Contrarreferencia

- a) Trastornos de adaptación con síntomas anímicos.
- b) En mayores de 15 años: trastornos del ánimo leves y moderados o pseudorefractarios a tratamiento, según normas GES.

4.- TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Criterios de Referencia a Atención Secundaria

- Toda anorexia nerviosa en menores de 10 años y mayores de 15 años que no cumpla con los criterios de referencia a atención terciaria.
- Toda bulimia nerviosa en menores de 10 años y mayores de 15 años que no cumpla con los criterios de referencia a atención terciaria.

Criterios de Referencia a Atención Terciaria

- Anorexia nerviosa con IMC menor o igual a 14.
- Riesgo suicida.
- Complicaciones médicas severas:
 - Alteraciones hidroelectrolíticas.
 - Deshidratación.
 - Bradicardia.
 - Hipotensión.
 - Ruptura esofágica.
- Graves alteraciones familiares:
 - Violencia familiar.
 - Incapacidad de protección parental.
 - Psicopatología severa de los padres.

5.- CONDUCTA SUICIDA

Criterios de Referencia a Atención Secundaria

- Todo intento de suicidio en menores de 10 años y mayores de 15 años que no cumpla con los criterios de referencia a atención terciaria.

Criterios de Referencia a Atención Terciaria

- Método de gran letalidad.
- Uso de varios métodos simultáneos.
- Intentos repetidos de suicidio.
- Ideación suicida persistente.
- Intento de suicidio planificado.
- Trastorno psiquiátrico severo.
- Violencia familiar.
- Incapacidad de protección parental.
- Psicopatología severa de los padres.

2.- ABUSO SEXUAL / MALTRATO INFANTIL

Criterios de Referencia a Atención Secundaria (a Equipo de Maltrato)

- Abuso sexual con penetración (vaginal, anal, oral).
- Abuso sexual sin penetración (vaginal, anal, oral) refractario a tratamiento psicológico mínimo durante seis meses.

Criterios de Referencia a Atención Terciaria (solicitar evaluación por Equipo de Maltrato)

- Maltrato con lesiones físicas graves evidentes.

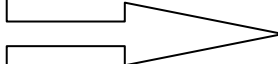
Criterios de Contrarreferencia

- Maltrato físico leve o moderado.

**FLUJOGRAMA DERIVACION ATENCION PRIMARIA
A SALUD MENTAL CRS HPH**

DIAGNOSTICOS URGENTES

- Psicosis
- Trastorno alimentación complejo:
 - Anorexia – bulimia
- Conducta suicida:
 - Intento reciente o ideación activa
- Trastorno generalizado del desarrollo
- T. Conducta severo en la línea disocial
- Enlace paciente crónico
- Trastorno afectivo
 - Depresión moderada y severa
 - Trastorno bipolar
- Trastorno estrés postraumático
- Adicción



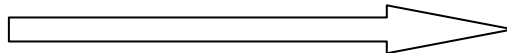
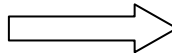
OTROS DIAGNÓSTICOS

Centros de
Salud
San Ramón

Centros de
Salud
La Pintana

Centros de
Salud
La Granja

COSAM



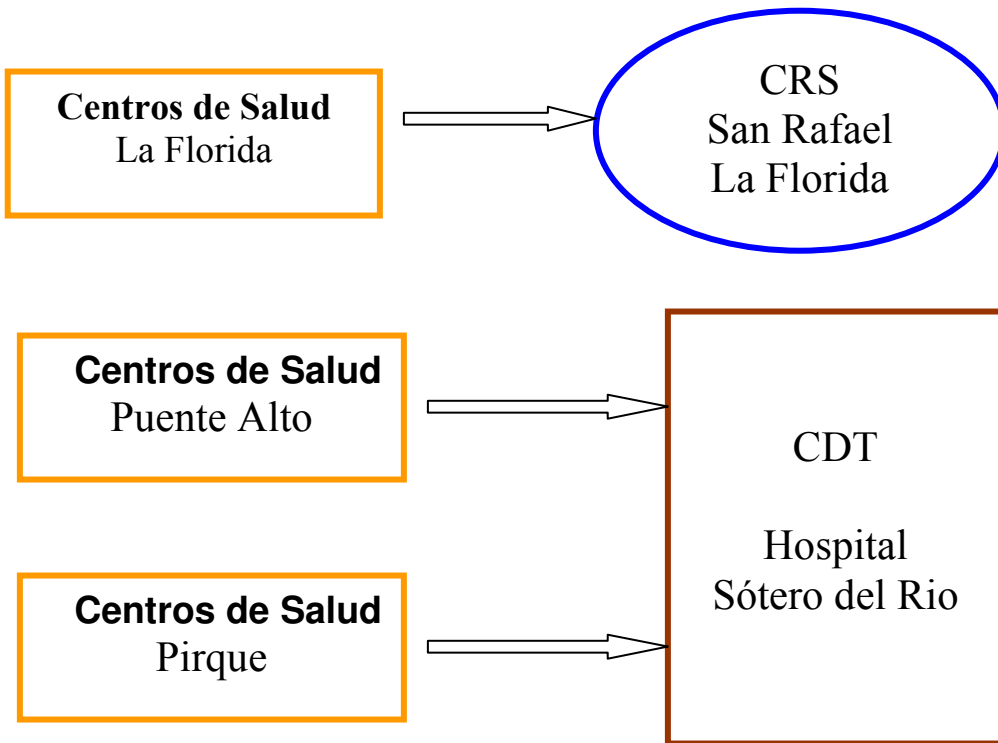
CRS

HOSPITAL

PADRE
HURTADO

NO DERIVAR

- Trastornos específicos de aprendizaje
- Retardo mental
- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos de personalidad puros (sin comorbilidad)
- Disfunción familiar
- Riesgo social
- Psicometrías



Psiquiatras Infanto-Juveniles Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

Dra. Margarita Ronda Cárdenas
Dra. Gabriela Guzmán Morales
Dra. Maria Gloria Moya F.

Equipo Psiquiatría CRS Hospital Padre Hurtado

Dra. Pamela Quezada
Dra. Nati Torrico
Ps. Claudia Mendoza
Ps. Claudia Ibañez

Equipo coordinador

Dra. Elsa Garcia G. CDT Hospital Sótero
Dra. Maritza Ramírez. CRS Hospital Padre Hurtado

Protocolo de manejo y derivación de intento suicida en adolescente de 10 a 15 años	Requerimiento	: 000
	Código	:
	Nº Revisión	:
	Fecha Vigencia	:2010
	Página	:1/7

1. PROPOSITO

Ofrecer una atención integral al adolescente con intento suicida que:

- Evite la reincidencia
- Favorezca las competencias parentales
- Asegure una mejor calidad de vida en el ámbito de la salud mental al adolescente y su familia.

2. CAMPO DE APLICACIÓN

Red de Salud Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río que incluye, Unidad de Salud del Adolescente(USA) en coordinación con Unidad de Urgencia Infantil, Segunda Infancia, Miscelánea, Intermedio, UCI pediátrica, Corta Estadía Infanto Juvenil y Atención Primaria de Salud.

3. DEFINICION: Todo adolescente que presente conductas o actos que intencionalmente busquen causarse daño y o la muerte no logrando la consumación de ésta. También se consideran dentro de este grupo de riesgo aquello paciente que manifiesta ideación activa y planes explícitos de autodestrucción.

4. ETIOPATOGENIA:

Dentro de la etiología del Intento de suicidio (IS) hay factores predisponentes a nivel personal (enfer. siquiátricas y genéticos,) y medioambientales (disfunción familiar, situaciones de stress, vulneración de derechos, etc.) que inciden en el desarrollo de conductas suicidas.

5. NIVEL DE ATENCION: El Intento de suicidio requiere de una atención especializada, y de un equipo interdisciplinario (a nivel secundario) que pueda atender en forma integral las diferentes áreas biosicosociales que inciden o participan en la conducta autodestructiva. De acuerdo a su gravedad requiere de: Hospitalización, Ambulatorio intensivo, y seguimiento.

6. FACTORES DE RIESGO Y DE PREDISPOSICION:

Factores personales:

- Edad: a menor edad mayor riesgo
- Genero: sexo masculino
- Intentos previos
- Conductas de riesgo: Consumo de alcohol y drogas, actividad sexual no protegida, participación en grupos de riesgo
- Patología psiquiátrica: Trastorno desarrollo de personalidad, cuadros depresivos, síndrome déficit atencional, adicciones.
- Enfermedades físicas

Factores familiares

- Competencias parentales disminuidas
- Pobre comunicación con los padres.
- Patología psiquiátrica en los padres.
- Pérdida de algún miembro de la familia
- Divorcio o separación.
- No vivir con ambos padres.
- Familia disfuncional
- VIF y/o maltrato

Factores Educativos

- Bullying
- Mal rendimiento escolar

Factores sociales

- Trastornos adaptativos
- Conflicto con pares
- Problemas afectivos (pareja)
- Pertenencia a grupos de riesgo
- Contagio suicida

7. CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD

a) Ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte, esto abarcaría un plan y la disponibilidad de métodos para llevar a cabo un intento, junto con la aceptación de los pensamientos suicidas.

b) Intento de suicidio: todo acto realizado por el individuo, mediante el cual puede ocasionarse la muerte. Según letalidad y recurrencia es posible clasificar en:

Baja letalidad	- Riesgo bajo de recurrencia
Mediana letalidad	- Riesgo mediano de recurrencia
Alta letalidad	- Riesgo alto de recurrencia

c) Suicidio consumado: todos los actos autoinflingidos por adolescente y que dan como resultado la muerte del mismo.

9. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

a.- Valoración del riesgo vital: La primera intervención de un adolescente que presente auto agresión esta basado en el proceso de atención de emergencia, donde se evalúa la condición física y el riesgo vital que presente el adolescente, estableciendo las medidas iniciales de contención, estabilización y manejo de efectos adversos (fármaco, cuchillo, arma etc.) permitiendo el equilibrio biológico. Se debe considerar la letalidad y características del método utilizado así como el riesgo de recurrencia.

b. Valoración de la conducta suicida

bi)- Explorar los sentimientos acerca de la muerte, lo que piensa , dar la posibilidad de expresar sus preocupaciones y hablar sobre los pensamientos y sentimientos que posee en ese momento y lo que pudiera haber desencadenado el intento actual, Si el adolescente no desea hablar del tema, se sugiere no tocarlo ni insistir en ello. Evaluar y atender especialmente el nivel de desesperanza, por el peligro que este entraña en la posibilidad de un reintento.

Evaluar presencia simultanea de sentimientos ambivalentes de vida y muerte, de odio y amor que se pueden sentir o expresar. Reforzando lo sentimientos positivos y las apreciaciones que estimulen el vivir.

bii) Investigar sobre la intención, que quería obtener o comunicar con el intento de suicidio, ya que a menudo es una forma desesperada de expresar sentimientos sobre si mismo, sobre la situación en que se siente atrapado y su necesidad de atención y ayuda. Tratar de descifrar cual es el mensaje que nos quiere transmitir.

biii)-Características del intento: Se debe evaluar

- Grado de elaboración;
- Oportunidad y factibilidad;
- Sentido de capacidad para realizarlo;
- Grado de anticipación y certidumbre.
- Actualización del intento: grado de preparación;
- Actitud de revelación o encubrimiento
- Circunstancias: aislamiento;
- Momento escogido;

- Precauciones contra la interrupción;
- Revelación;
- Actos finales;
- Nota suicida

biv) Factores protectores y de riesgo:

- Evaluar presencia de sicopatología
- Valorar la presencia de conductas violentas y de otros riesgos sico sociales a los que pudiera estar expuesto el adolescente
- Valorar factores protectores: relaciones afectivas significativas, asistencia a escuela, presencia de redes de apoyo dentro y fuera del ámbito familiar intereses, habilidades, participación en grupos de la comunidad, etc.

c.- Valoración familiar: Realizar una evaluación en la familia acerca de:

- Contexto y dinámica familiar en que se desarrolló el intento
- Congruencia de la información entregada por la familia
- Apreciación de la familia en relación a los desencadenantes del intento y de la conducta del adolescente en los días previo a este.
- Figuras protectoras y cuidado del adolescente durante el día, quien queda a cargo de el.
- Evaluación de los estilos de comunicación y pautas de crianza,
- Pérdidas y estresores a nivel familiar
- Competencias parentales.

d.- Instrumentos de diagnostico

- Escala de SAD- PERSONS (anexo 1)
- Escala de puntuación del intento de suicidio (anexo 2)

10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

a) Ingesta de drogas con fines recreacionales o exploratorios,

b) Ingesta accidental o errónea en sobredosis de medicamentos con fines terapéuticos

c) Agresión por tercero. Sospechar en paciente que no puede entregar historia y/o acompañantes que entregan datos confusos. Puede darse en contexto de agresión sexual.

11. TRATAMIENTO:

a.- En APS:

- Acogida y contención emocional
- Manejo farmacológico de angustia o agitación si es pertinente: Lorazepam 0.02 a 0.06 mg/Kg o Alprazolam 0.25 mg via oral en niños de más de 30 kg. En caso de agitación mayor Haloperidol 0.01-0.1 mg/Kg, máximo 0.5 mg/kg/día oral; Clorpromazina 0.5 a 2 mg por kilo por dosis, máximo 20 mg por kilo; o Risperidona 0.02mg/kg oral
- Evaluar criterios y emitir hipótesis diagnóstica en el ámbito psiquiátrico y social.
- Si hay riesgo biomédico y criterios de hospitalización, dar primera atención y derivar a Servicio de Urgencia
- Si no hay riesgo biomédico, y sin criterios de hospitalización, referir a nivel secundario según red de atención (CRS – CDT- COSAM) con indicación a la familia de adoptar medidas antisuicidales y mantener en control con especialistas.
- Derivación asistida, el equipo de atención primaria debe proporcionar apoyo a la familia y continuidad de la atención mientras es evaluado por especialista.
- Seguimiento del caso por parte del equipo territorial de cabecera, después de alta en nivel secundario. Evaluar riesgo de reincidencia. (10% de los casos consuma suicidio en 10 años siguientes)

b.- En Emergencia:

- Iniciar manejo de lesiones o intoxicaciones de acuerdo al agente y condiciones biomédicas del paciente

En caso de dudas sobre la acción de algún fármaco ingerido, debe consultarse al centro de información toxicológica (CITUC) al fono 02-3653800

- Mantener en observación mientras:
 1. Es evaluada la necesidad de hospitalización de acuerdo a condiciones biomédicas
 2. Es evaluado por Psiquiatra y equipo especializado (USA)
 3. Se evalúa condiciones medioambientales y familiares en que se encuentra inmerso el adolescente (USA)

Todo paciente con requerimiento de sostén vital artificial (hipo ventilación) o riesgo de eventos cardiovasculares agudos (arritmias) que requiera monitoreo continuo de signos vitales debe ingresarse a Unidad de Paciente Crítico. La indicación y duración de permanencia en UPC estará comandada por las características específicas de las lesiones y condición de estabilidad del paciente.

Una vez estabilizado vitalmente el paciente, con auto valencia fisiológica (caminar, comer, vestirse) y requiera atención psiquiátrica cerrada se trasladara a Unidad de Corta Estadía Infanto Juvenil, manteniendo su hospitalización hasta que se logre la estabilidad del cuadro psicopatológico que presenta, y esté en condiciones de continuar su tratamiento en forma ambulatoria. Confirmado por especialista.

Pacientes que requieran cuidados de enfermería cuya complejidad no pueda proveerse en psiquiatría (En recuperación de complicaciones médicas o quirúrgicas) y pacientes que teniendo indicación de hospitalización en psiquiatría, no tengan cupo actual, se mantendrán hospitalizados en pediatría general. Se dará de alta con informe de especialista psiquiatra. Y continuara control ambulatorio con equipo interdisciplinario de nivel secundario (Unidad de Salud del Adolescente)

c.-En seguimiento

Tratamiento específico de tipo farmacológico: manejo por especialista.

- **Contención farmacológica si es necesario:**

Ansiolisis

Lorazepam 0.02 a 0.06 mg/Kg o Alprazolam 0.25 mg vía oral en niños de más de 30 kg.

Agitación:

Clorpromazina 0.5 a 2 mg IM por kilo por dosis, máximo 20 mg por kilo; o Risperidona 0.02mg/kg oral

Si no acepta medicación oral, en caso de agitación mayor Haloperidol 0.01-0.1 mg/Kg, IM, máximo 0.5 mg/kg/día; puede asociarse a Lorazepam oral o IV, en este último caso 0.05 – 0.2 mg/kg

- **Manejo del cuadro de base: evaluar si hay elementos depresivos para iniciar tratamiento gradualmente, evaluando respuesta, los días posteriores al intento**
- **Especial atención a presencia de síntomas sicóticos, en este caso la ideación suicida puede estar subyacente y es de alto riesgo.**

Tratamiento psicoterapéutico:

1.-Individual:

- Autoconocimiento
- Evaluar y potenciar los recursos individuales cognitivos y de personalidad (capacidad de resiliencia)
- Refuerzo de habilidades para la resolución de problemas y afrontamiento de situaciones de stress.
- Reconocimiento de proyectos vitales
- Resignificación de hechos vitales
- Identificación de figuras significativas

2.-Familiar:

- Fortalecimiento de competencias parentales a través de talleres psicoeducativos
- Redes de apoyo
- Capacitar en comunicación efectiva
- Psicoeducación en características del adolescente

d.- Tratamiento coadyudante integral:

- Evaluación medica destinada a la detección de patologías físicas y tratamientos específicos
- Evaluación nutricional.
- Evaluación enfermera - matrona, refuerzo capacidades de autocuidado y desarrollo adolescente, evaluación de desarrollo sicosexual y consejería de acuerdo a las necesidades percibidas. Indicación métodos de regulación de fecundidad.
- Evaluación social, evaluar entorno familiar, coordinación con redes, apoyo y/o reinserción escolar, refuerzo adherencia a tratamientos.

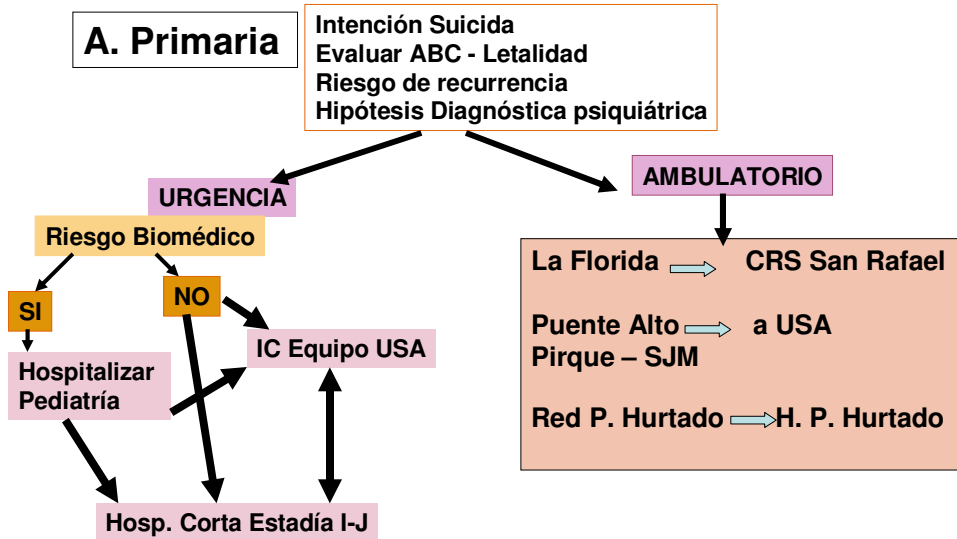
12. TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO: Se sugiere como tratamiento complementario la incorporación a actividades y grupos de desarrollo que funcionen en su comunidad (Talleres, grupos de desarrollo, actividades recreativas etc)

13. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Alto riesgo biomédico
- Adolescentes con intentos de alta letalidad y alto riesgo de recurrencia
- Intentos recurrentes
- Métodos activos y medidas violentas (ahorcamiento, salto al vacío, herida por arma de fuego, cortes profundos).
- Ideas suicidas activas
- Presencia de patología psiquiátrica de riesgo con presencia de conducta voluble, impredecible y de alta impulsividad.
- Ausencia de figuras protectoras a nivel familiar, competencias parentales disminuidas, patología psiquiátrica en los padres, maltrato y/o abuso.

14. CRITERIOS DE REFERENCIA

Flujograma de derivación al intento suicida entre 10 y 15 años



15. CRITERIOS DE ALTA:

- **Desde el equipo medico:** Ausencia de riesgo objetivo de reintento (sin ideas suicidas, sin situaciones de estrés que puedan actuar como gatillante, incorporación a actividades propias de su edad, estabilidad en síntomas de enfermedad de base, presencia de figuras significativas contenedoras, ambiente familiar que cumpla con criterios mínimos para la protección del adolescente)
Derivación a otro servicio
- **Desde familia:** Traslado de área.

16. REGISTROS:

- Hoja de atención Urgencia Infantil
- Interconsulta de APS
- Ficha CLAPS OPS
- Registro de enlace
- Ficha Clínica Hospitalizados
- Cuaderno registro ingresos USA

17. INDICADOR

- 1. Numero ingresos anuales:** Suma del total de ingresos con diagnostico de IS en un año
- 2. Numero altas:** Suma del total de altas en un año
- 3. Numero de pacientes en tratamiento intensivo:** Suma de pacientes con controles a lo menos semanales.
- 4. Numero de adolescentes hospitalizados por IS:** Suma de pacientes hospitalizados por IS
- 5. Numero de adolescentes con reintentos:** Numero de adolescentes que reitera su autolisis
- 6. Sobrevida de los paciente a los 5 años y 10 años.** Porcentaje de pacientes que vive a los 5 años y 10 años.
- 7. N° de adolescentes bajo control que consuma el suicidio**
- 8. % de padres que asisten a talleres de competencias parentales**
$$= \frac{\text{Numero padres o tutores que asisten}}{\text{N° de adolescentes ingresados con IS}} * 100$$

18. META

- Pesquisar y atender al 100% de adolescentes ingresados al servicio de Urgencia pediátrica del CADSR
- Disminuir la reincidencia de IS de acuerdo a lo señalado en la literatura (<10% anual)
- Evitar el suicidio en adolescentes bajo control
- Favorecer lo años vida de adolescentes con IS, mayor a lo que señala la literatura.
- 100% de padres o tutores reciban sicoeducación que favorezca el manejo de crisis y apoye en el desarrollo del adolescente.

Elaborado por: - Dr. Gonzalo Menchaca, Jefe Pediatría, médico adolescencia - Hilda Ithurralde- Enfermera y matrona Unidad de Adolescencia - Elizabeth Ripoll- Sicologa Unidad de Adolescencia - Dra. Alejandra Abarzúa – Psiquiatra Unidad de Adolescencia Fecha:	Revisado por: - Dra. M ^a Luisa Alcázar, jefe Unidad de Salud del Adolescente - Dr. Gonzalo Menchaca, Jefe Servicio de Pediatría - Dra. Ana Valdes, Encargada de Salud Mental SSMSO - Dra. Luz Maria Durango Encargada de R-C SSMSO	Aprobado por:
--	---	---------------