

## **ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**

*Milagros Toledo Castillo (psiquiatra Hospital Herminio Valdizán, Perú)*

[militc@terra.com.pe](mailto:militc@terra.com.pe)

### **RESUMEN:**

El presente trabajo es una revisión estadística de la demanda de atención de adolescentes de 13 a 17 años en cuatro servicios finales del Hospital Hermilio Valdizán durante los años 2003 al 2005 en Lima -Perú.

Se describe ampliamente el Departamento de Niños y Adolescentes, que atiende el mayor porcentaje de adolescentes (72%). Los otros tres departamentos atienden población de 13 a 17 años en menor porcentaje, el de Análisis y modificación de conducta (17 %), el de Salud Mental de Adultos y Gerontes (9 %) y el de Adiccionología (2 %), en todos se mencionan las edades de atención, el sexo y los tipos de diagnóstico psiquiátrico.

Las patologías de mayor prevalencia en adolescentes son: los Trastornos psicóticos, los Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, los Trastornos depresivos, los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de conducta alimentaria. También se presentan algunas recomendaciones para los cuatro servicios finales a fin de optimizar la atención de la población adolescente.

**Palabras Clave:** Atención psiquiátrica, Adolescencia, epidemiología hospitalaria

### **SUMMARY**

This work is an statistical review of the plea for assistance to teenagers from 13 to 17 in four final services in Hermilio Valdizan Hospital from year 2003 to 2005 in Lima Peru.

It is described widely the Child and Teenager Department which assist the higher percentage of teenagers (72 %). The other three departments assist people from 13 to 17 in a lower percentage, the one of analysis and modification of behavior (17 %), the one of Adult and Elderly Mental Health (9%) and Addiction Department (2 %). In all of them it is stated the age, sex and the kinds of psychiatric diagnosis.

The pathologies of higher percentage in teenagers are: disorders for consumption of psychoactive substances, depressive disorders, anxiety disorders and disorder of alimentary behavior.

It is also showed some recommendations for the four final services in order to optimize the assistance to teenagers.

**Key Words:** Psychiatric service, adolescence, hospital epidemiology.

## I.- INTRODUCCION

El propósito principal de un buen servicio de salud es conocer las necesidades sanitarias de una población y proporcionar el mejor tratamiento posible. Para conseguir este objetivo es necesario hacer una evaluación epidemiológica de la demanda, de los servicios y de las intervenciones. Así, por ejemplo, el grado de accesibilidad y el tipo de oferta del servicio, modulan la demanda y ésta depende de los recursos disponibles en él.

En la medida que deseamos que un servicio de salud mental sea más eficiente, equitativo y de mejor calidad es necesario recoger información para la planificación de programas y una adecuada distribución de los recursos humanos.

Particularmente nos interesa los servicios de Salud Mental para adolescentes, dado que en la adolescencia se inician muchos trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno depresivo, el riesgo de suicidio, los trastornos relacionados con el uso de sustancias, las conductas violentas, los trastornos alimentarios, entre otros.

En el Perú existen tres establecimientos públicos de referencia nacional: El Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, el Hospital Larco Herrera y el Hospital Hermilio Valdizán; cada uno cuenta con un Departamento de Psiquiatría Infantil donde se atienden los pacientes adolescentes. Cada hospital tiene una población que está sectorizada por distritos y departamentos. Sin embargo cada establecimiento determina la edad límite para la atención de adolescentes en los servicios de Psiquiatría Infantil.

La Organización Mundial de la Salud establece que la adolescencia se encuentra comprendida entre los 10 y 19 años de edad; autores como: Noshpitz señala dos etapas en la adolescencia, la primera comprendida entre los 12 a 14 años y la segunda entre 15 a 16 años. En Perú, Perales establece la primera etapa de la adolescencia entre 12 a 14 años y la segunda etapa de 15 a 17 años. Mientras que a nivel institucional el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social considera que la adolescencia está comprendida entre los 12 y los 17 años, el Ministerio de Salud establece el mismo intervalo de edad de la OMS de 10 a 19 años para la Etapa de Vida Adolescente, con una subdivisión la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia propiamente dicha entre los 15 y 19 años.

En el Hospital Hermilio Valdizán, en 1986, se establecieron 3 grupos de edad para la atención de pacientes en psiquiatría infantil: niños pequeños de 0 a 5 años, escolares de 6 a 12 años y adolescentes de 13 a 16 años. En el año 2004 se amplió el intervalo de atención de los adolescentes hasta los 17 años para pacientes continuadores.

En el presente trabajo haremos una revisión de los servicios que atienden adolescentes entre 13 a 17 años en el Hospital Hermilio Valdizán, a fin de contribuir a mejorar la atención en éste grupo etáreo en el Departamento de Salud Mental de niños y adolescentes (DSMNA), implementando programas de intervención dirigidos a las principales patologías de los adolescentes, optimizando la distribución de los recursos humanos y coordinando más activamente con otros departamentos que atienden

adolescentes. Para ello hemos contado con información de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital y el registro estadístico de Enfermería del Departamento de Salud Mental de niños y adolescentes.

## **II.- HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN:**

El Hospital Hermilio Valdizán, es una institución pública, dependiente del Ministerio de Salud del Perú, se encuentra en la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima-Este y desde su inauguración, el 09 de Setiembre de 1,961, desarrolla acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental. Se ubica en la ciudad de Lima, en el distrito de Santa Anita, en la parte central de la costa del país a una altitud de 155 mts. sobre el nivel del mar. El Hospital tiene un área de 50,874 m<sup>2</sup> y esta ubicado en el cono este de Lima, en el Km 3.5 de la carretera central.

Su área de influencia comprende 7 distritos del Cono Este de la provincia de Lima y los 32 distritos de la Provincia de Huarochirí, con una área geográfica de 6,341 Km<sup>2</sup>. La población proyectada al 2003 para la DISA IV fue de 1 millón cincuenta mil habitantes, localizada mayormente en la zona urbana y peri-urbana del Cono Este de Lima Metropolitana. La población económicamente activa está constituida por trabajadores obreros de la zona industrial y de la zona rural dedicada a actividades agrícolas. en su mayoría de escasos recursos económicos.

El Hospital brinda atención a los pacientes con problemas de Salud Mental y Psiquiatría y para tal fin cuenta con los siguientes servicios: Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente (DSMNA), Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte (DSMAG), Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC), Departamento de Adicciones, Departamento de Salud Mental en Familia, Departamento de Promoción de la Salud Mental y el Centro de Rehabilitación de Ñaña para Farmacodependientes (CRÑ).

## **III.- DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (DSMNA)**

### **3.1- ANTECEDENTES:**

En el Hospital Hermilio Valdizán se brinda atención a la población infantil desde 1970 inicialmente en un consultorio de Consulta Externa, en 1982 se crea el Departamento de Salud Mental de Niños y Adolescentes y se establecen tres servicios: consulta externa, extensión comunitaria y hospitalización; posteriormente en 1986, se reorganizan los servicios en función del grupo etáreo: en niños pequeños de 0 a 5 años, en escolares de 6 a 12 años y en adolescentes de 13 a 16 años. En el año 2004 se amplía el intervalo de atención para pacientes continuadores hasta los 17 años.

### **3.2 MISIÓN**

El Departamento de Salud Mental del Niño y del Adolescente brinda atención a la población comprendida entre los 0 y 17 años de edad, por profesionales especializados, que trabajan coordinadamente en equipos interdisciplinarios brindando evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de niños, adolescentes y sus familias. También realiza acciones de promoción y prevención en el área de la salud mental infantil y actividades de docencia y capacitación.

### **3.3.- VISION**

Ser un Departamento especializado de Salud Mental del Niño y del Adolescente que brinde atención integral, diferenciada y oportuna al niño, al adolescente y a su familia, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación; utilizando intervenciones individuales, grupales y familiares, según diversos modelos psicoterapéuticos a cargo de profesionales especializados y actualizados en las diferentes áreas de la salud mental infantil, además de realizar actividades de investigación, a fin de mejorar la calidad de vida de la población infanto-juvenil.

### **3.4.- OBJETIVOS GENERALES DEL DSMNA:**

- Brindar atención de salud mental en forma integral, eficiente y oportuna a niños, adolescentes y sus familias por personal altamente calificado.
- Realizar actividades de prevención y promoción de Salud Mental dirigidas hacia la población infanto-juvenil.
- Promover la investigación, la docencia y la capacitación en el área de salud mental de niños y adolescentes a fin de contribuir a su desarrollo.
- Optimizar el uso de los recursos humanos y materiales.
- Propiciar un ambiente laboral que favorezca el desarrollo personal y profesional de los integrantes del DSMNA.

### **3.5.- INFRAESTRUCTURA**

El Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente físicamente consta de dos módulos, en el primer módulo se encuentran: 1 ambiente de triaje, 1 tópico de enfermería, 5 consultorios, 1 sala de terapia, 1 área administrativa, y 2 servicios higiénicos. El segundo módulo ha sido acondicionado para 6 consultorios y 2 servicios higiénicos. Ambos módulos están al costado de una cancha de fútbol y rodeado por áreas verdes donde se han ubicado juegos infantiles, a fin de brindar un ambiente de esparcimiento a los niños y adolescentes.

### **3.6.- RECURSOS HUMANOS**

El DSMNA cuenta con recursos humanos especializados en salud mental de niños y adolescentes. (Cuadro N° 1).

**CUADRO N° 1:  
 RECURSOS HUMANOS DEL DSMNA**

<b>GRUPO OCUPACIONAL</b>	<b>CANTIDAD</b>
MEDICOS PSIQUIATRAS	4*
PSICÓLOGOS	5
ENFERMERA	1
TRABAJADORA SOCIAL	1
TECNICA DE ENFERMERIA	1
PERSONAL ADMINISTRATIVO	1
TOTAL	13

(\*) 1 Jefe del Departamento, 2 psiquiatras a tiempo completo y 1 a tiempo parcial  
 Durante los últimos seis años disminuyó el número de psiquiatras infantiles, durante algunos meses se contrató un psiquiatra a tiempo parcial, a fin de mantener los 4 equipos de atención: 1 para niño pequeño, 1 para escolar y 2 para adolescentes.

**CUADRO N° 2:  
 PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DEL DSMNA DEL 2000-2005**

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
PSIQUIATRAS	3	2*	3**	4	4	4***
PSICÓLOGOS	5	5	5	5	5	5
TRABAJADORA SOCIAL	2	2	1	1	1	1
TERAPISTA DE PSICOMOTRICIDAD	1	0	0	0	0	0
ENFERMERA	0	1	1	1	1	1
TEC. ENFERM.	1	1	1	1	1	1

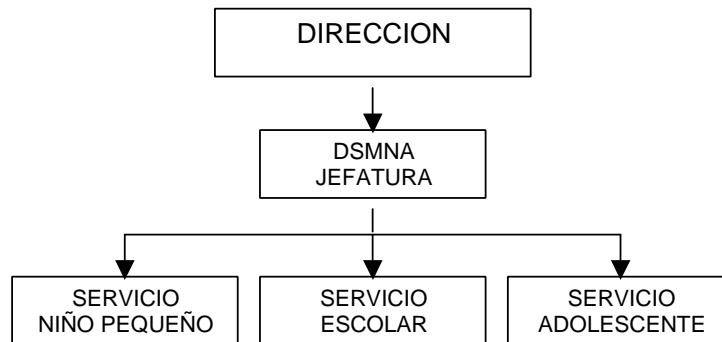
- (\*) Son promovidos 2 psiquiatras infantiles a Dirección e ingresa 1 psiquiatra a tiempo completo al DSMNA.
- (\*\*) Se contrata 1 psiquiatra a tiempo parcial
- (\*\*\*) Es promovido 1 psiquiatra infantil de adolescentes a Dirección e ingresa 1 psiquiatra a tiempo parcial

### 3.7.- ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

El Departamento de Salud Mental de Niños y Adolescentes depende directamente de la Dirección Ejecutiva. Por la modalidad de atención se han establecido 3 servicios: El de niño pequeño, el de escolar y el de adolescente.

El personal que atiende adolescentes está conformado por: 2 psiquiatras con formación psicoterapéutica, uno a tiempo completo especializado en terapia cognitiva conductual y uno a tiempo parcial (3 veces por semana) especializado en terapia sistémica y 3 psicólogas. La trabajadora social, la enfermera y la técnica de enfermería participan en los 4 equipos de atención.

ORGANIGRAMA:



### 3.8.- ACTIVIDADES:

En el Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente (DSMNA) se realizan las siguientes actividades:

- Atención integral a niños y adolescentes entre 0 a 17 años de edad y a sus familias, mediante el trabajo interdisciplinario.
- Diagnóstico y evaluación psiquiátrica, psicológica, socioeconómica y familiar de los niños y adolescentes usuarios del servicio.
- Atención psiquiátrica especializada a niños y adolescentes.
- Atención psicoterapéutica cognitiva conductual y sistémica a niños y adolescentes.
- Intervención psicoterapéutica en situación de crisis (familiar, social, etc).
- Atención psiquiátrica en casos de Urgencia de niños y adolescentes.
- Atención psiquiátrica de adolescentes hospitalizados
- Actividades de docencia dirigidas a estudiantes de pre grado de medicina psicología, enfermería y trabajo social, y de post grado de psiquiatría.

En el DSMNA se brindan los siguientes servicios finales:

- Consultas médicas psiquiátricas
- Consultas psicológicas
- Consultas sociales
- Hospitalización de adolescentes según la demanda

- Emergencia (Interconsulta de niños y adolescentes)
- Sesiones Psicoterapéuticas Individuales
- Sesiones Psicoterapéuticas Grupales
- Sesiones psicoeducativas dirigidos a Niños
- Sesiones psicoeducativas dirigidos Adolescentes
- Sesiones psicoeducativas dirigidos a Padres de familia (Escuela para padres)

### **3.9.- MODELO DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DEL DSMNA**

#### **3.9.1.- Admisión:**

Los padres o la persona responsable del adolescente solicitan la consulta, se realiza la ficha de triaje y se le cita para el día de consulta de pacientes nuevos. Las citas se dan entre 30 a 45 días.

Hay pacientes nuevos opcionales no tienen cita previa, son atendidos, si algún paciente citado no asiste.

#### **CUADRO N° 3:**

#### **ASISTENCIA DE PACIENTES NUEVOS A LA PRIMERA CONSULTA**

Pacientes nuevos	Año 2004		Año 2005	
	Nro.	%	Nro.	%
Citados que asistieron	392	43	519	57
Citados que no asistieron	518	57	394	43
Pacientes Opcionales	460	48	207	23

En el cuadro observamos que los pacientes nuevos citados asistieron en 43 % y 57 % durante los años 2004 y 2005. Mientras los que no asistieron a su cita fueron de 57 % y 43 % respectivamente. El número de pacientes nuevos opcionales fue de 48 % en el 2004 y de 23 % en el año 2005.

#### **3.9.2 Recojo de información:**

El día de la cita son atendidos por la enfermera o el personal técnico de enfermería, se apertura la Historia Clínica, se le explica el funcionamiento de la atención de paciente nuevo y pasan a las entrevistas por los 3 profesionales del equipo.

La atención de pacientes adolescentes nuevos se realizan por dos equipos, los días Jueves y Viernes respectivamente. Se atienden de promedio 6 pacientes nuevos en un turno de 6 horas.

#### **3.9.3 Evaluación:**

Se emplea una historia clínica semiestructurada.; que cuenta con tres secciones: la primera dedicada a la enfermedad actual y el examen mental del adolescente, la segunda al proceso evolutivo y de desarrollo psicológico y, la tercera al contexto social y familiar. Cada una de estas secciones son registradas por el psiquiatra, la psicóloga y la trabajadora social respectivamente. El adolescente y

los padres son entrevistados el mismo día por los 3 profesionales del Equipo correspondiente.

Los adolescentes ingresan al sistema de atención general, en él se atienden todos los trastornos psicopatológicos. En el año 2004 se implementaron 3 programas pilotos de atención específica dirigidos a adolescentes:

- Con maltrato o abuso.
- Con primer episodio psicótico.
- Con consumo de sustancias psicoactivas

Cada programa tiene una historia clínica diferenciada.

Los programas se desarrollaron durante un año, no se continuó, por disminución de los recursos humanos en el DSMNA.

#### **3.9.4.- Diagnóstico:**

Terminada la elaboración de la Historia Clínica por los integrantes del equipo, se realiza el diagnóstico respectivo según CIE 10.

#### **3.9.5.- Tratamiento:**

Se comunica el plan de tratamiento al paciente y a su familia, se especifican las responsabilidades mutuas, las metas y el tiempo aproximado de tratamiento. De ser necesario se prescribe tratamiento psicofarmacológico.

El tratamiento psicoterapéutico de preferencia se brinda en el mismo DSMNA, si el caso fuera de mayor complejidad pasa al Departamento de Análisis y Modificación de Conducta (DAMOC) o al Departamento de Familia.

### **3.10.- DSMNA: ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**

#### **3.10.1 Consulta Externa:**

La atención psiquiátrica de adolescentes, en Consulta Externa, se ha incrementado en los últimos 5 años y ha coincidido con ausencias temporales de uno de los psiquiatras de adolescentes.

Durante el año 2001, el modelo de atención cambió, al contar con 2 psiquiatras infantiles, para la atención de niños pequeños, escolares y adolescentes. Para atender la mayor demanda se implementó la consulta médica de tarde (De 2.00 am a 8.00 pm) y la contratación de un psiquiatra a tiempo parcial del 2001 al 2003.

En el año 2005 se ha contratado un psiquiatra a tiempo parcial (3 veces a la semana) a fin de mantener los 2 equipos de adolescentes, sin embargo persiste el incremento en la demanda de atención de adolescentes.

#### **CUADRO N° 4:**

#### **ATENCIONES MEDICAS EN CONSULTA EXTERNA DEL DSMNA POR GRUPO ETAREO DEL 2003 AL 2005**

AÑOS	0 - 5		6 - 12		13 - 17		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
2003	442	10	2432	53	1686	37	4560	100
2004	368	9	1930	45	1973	46	4271	100
2005	339	8	2017	47	1956	45	4312	100

En el cuadro se presentan las atenciones médicas de los 3 grupos etáreos del DSMNA, observándose que las atenciones de adolescentes de 13 a 17 años se incrementaron a 46 % y 45 % en los dos últimos años.

### 3.10.2 Condición del paciente en Consulta psiquiátrica del DSMNA

En consulta externa los pacientes acuden como nuevos, reingresos (los que demandan atención después de un año) y los pacientes continuadores.

#### CUADRO N° 5:

#### ATENCIONES MEDICAS DE ADOLESCENTES SEGUN SU CONDICION EN CONSULTA EXTERNA DEL DSMNA DEL 2003 AL 2005

AÑOS	NUEVOS		REINGRESOS		CONTINUADORES		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
2003	284	17	217	13	1185	70	1686	100
2004	339	17	228	12	1404	71	1973	100
2005	313	16	305	16	1338	68	1956	100

Los pacientes adolescentes nuevos que acuden al DSMNA han disminuido de 17 % a 16 %. Mientras los reingresos se han incrementado de 13 % a 16 % y los continuadores han disminuido de 70 % a 68% del año 2003 al 2005.

#### CUADRO N° 6:

#### ATENCIONES DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD EN AÑOS EN EL DSMNA DEL 2003 AL 2005

EDAD (Años)	Año 2003	Año 2004	Año 2005	TOTAL	
	N°	N°	N°	N°	%
13	351	354	437	1142	20
14	406	411	403	1220	21
15	476	456	418	1350	24
16	354	551	488	1393	25
17	99	201	210	510	9
18	21	21	20	62	1
TOTAL	1707	1994	1976	5677	100

En el DSMNA se atendieron adolescentes de 16 años ( 25 %), los de 15 años (24 %), los de 14 años (21 %). Los adolescentes de 17 años se atienden en 9 % y los de 18 años en 1 %.

**CUADRO N° 7:  
 PORCENTAJE DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO ATENDIDOS EN DSMNA  
 DEL 2003 AL 2005**

SEXO AÑO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
	%	%	NRO	%
2003	47	53	1707	100
2004	49	51	1994	100
2005	42	58	1976	100

Los adolescentes de sexo masculino son los que demandan mayor atención y se han incrementado en el 2005 (58 %).

**CUADRO N° 8:  
 CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DEL DSMNA EN  
 ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DEL 2002-AL 2005**

N <sup>ra</sup>	CODIGO CIE 10	DIAGNOSTICOS EN ADOLESCENTE	NRO	%
1	F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	1396	19
2	F20	ESQUIZOFRENIA	1279	18
3	F94	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE INICIO EN LA NIÑEZ O ADOLESCENCIA	628	9
4	F32	EPISODIO DEPRESIVO	579	8
5	F50	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	271	4
6	F70	TRASTORNO MENTAL LEVE	217	3
7	F19	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MULTIPLES DROGAS	200	3
8	F71	RETRASO MENTAL MODERADO	182	2.5
9	F42	TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	181	2.5
10	F43	REACCION AL STRESS GRAVE Y TRAST DE ADAPTACIÓN	168	2
11	F91	TRASTORNO DISOCIAL	164	2
12	F98	OTROS TRAST. EMOCIONALES Y DEL COMPORT. QUE APARECEN EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	146	2
13	F81	TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	144	2
14	F90	TRASTORNOS HIPERQUINETICOS	144	2
		OTROS DIAGNOSTICOS	1527	21

Entre las 5 causas de morbilidad más frecuentes de adolescentes en el DSMNA están: Otros trastornos de Ansiedad 19 %, Esquizofrenia 18 %, Trastorno de comportamiento 9 %, Trastorno depresivo 8 % y Trastornos de la conducta alimentaria 4 %.

### 3.10.3 Talleres Psicoterapéuticos Grupales:

Durante el año 2004, se desarrollaron 3 talleres psicoterapéuticos de 8 sesiones cada uno.

- Taller psicoeducativo para adolescentes con consumo de sustancias
- Taller de Habilidades Sociales para adolescentes psicóticos
- Taller de individuación para adolescentes

Estuvieron a cargo de un psiquiatra. Y se suspendió los talleres al tener que asumir la atención de adolescentes en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.

### 3.11.- DSMNA: ATENCIÓN PSICOLOGICA

Las actividades de psicología se distribuyen en: Entrevista de pacientes nuevos, evaluaciones psicológicas y psicoterapias individuales y grupales.

El servicio de adolescentes cuenta con 3 psicólogas, cada una atiende de promedio 4 pacientes por día.

El registro de atenciones de psicología se ha informatizado desde el año 2004.

#### CUADRO N° 9:

#### ATENCIONES PSICOLOGICAS DE ADOLESCENTES EN CONSULTA EXTERNA DEL DSMNA

AÑOS	NUEVOS		EVALUACIONES		TERAPIA		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
2004	452	24	712	38	690	37	1854	100
2005	382	22	622	36	734	42	1738	100

Las atenciones psicológicas de pacientes nuevos han disminuido de 24 % a 22 % , las evaluaciones psicológicas han disminuido de 38 % a 36 % y las terapias se han incrementado de 37 % a 42 % del año 2004 al 2005.

#### Internado de Psicología:

Desde Junio del 2005, se ha implementado el programa de internado de psicología en el DSMNA.

Las internas con supervisión desarrollaron talleres de Autoestima, Habilidades Sociales y Sexualidad para adolescentes.

### IV.- DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA (DAMOC)

En el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) se brinda atención especializada a niños, adolescentes y adultos, a cargo de 3 médicos psiquiatras y 6 psicólogos con formación en Terapia Cognitivo Conductual.

Se cuenta con 2 psicólogas dedicadas exclusivamente a niños pequeños, escolares y adolescentes, sin embargo los adolescentes también pueden ser vistos por terapeutas conductuales de adultos. La atención de adolescentes en DAMOC se ha incrementado de 12% a 17 % en los años 2004 y 2005.

En cuanto al modelo de atención los pacientes son derivados por el DSMNA o el DSMAG, deben sacar la cita para la Evaluación Inicial, y generalmente se dá al mes. Luego de la Evaluación del adolescente se le asigna un terapeuta de acuerdo al tipo de patología.

**CUADRO N° 10:  
 ATENCIÓN PSICOTERAPEUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL SEGÚN  
 GRUPO ETAREO DEL 2003 AL 2005**

AÑOS	0 - 5 Años		6 - 12 Años		13 - 17 Años		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
2003	28	10	73	26	176	64	277	100
2004	15	6	71	26	182	68	268	100
2005	29	10	79	28	173	62	281	100

De los tres grupos etáreos, la población adolescente es derivada con mayor frecuencia a DAMOC. En los últimos tres años se observa que las atenciones de adolescentes han disminuído de 64 % a 62 %, mientras que las del grupo escolar se han incrementado de 26 a 28 %.

**CUADRO N° 11:  
 ATENCIONES DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD EN AÑOS ATENDIDOS  
 EN DAMOC DEL 2003 AL 2005**

EDAD (Años)	Año 2003	Año 2004	Año 2005	TOTAL	
	N°	N°	N°	N°	%
13	98	104	264	466	23
14	32	60	126	218	11
15	111	107	96	314	15
16	97	70	89	256	13
17	277	224	267	768	38
TOTAL	615	565	842	2022	100

El número de adolescentes de 13 años se han incrementado de 98 a 264 del año 2003 al año 2005. Los adolescentes que demandan mayor atención son los de 17 años con 38 % y los de 13 años con 23 %. Durante el año 2005 se ha incrementado la atención de adolescentes de 13 y 14 años.

**CUADRO N° 12:  
 PORCENTAJE DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO ATENDIDOS EN DAMOC  
 DEL 2003 AL 2005**

AÑO	SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
		%	%	NRO	%
2003		60	40	615	100
2004		48	52	565	100
2005		45	55	842	100

La atención de adolescentes mujeres ha disminuido de 60 % en el año 2003 a 45 % en el año 2005, mientras la atención de varones se ha incrementado de 40 % a 55 % en los 3 últimos años.

**CUADRO N° 13:  
 DIAGNOSTICOS EN ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS CON  
 PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DEL 2002 AL-2005**

Nª	CODIGO CIE 10	DIAGNOSTICOS EN ADOLESCENTE	NRO	%
1	F32	EPISODIO DEPRESIVO	91	12
2	F40	TRASTORNO DE ANSIEDAD FOBICA	68	9
3	F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	44	6
4	F50	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	41	5
5	F12	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE CANNABINOIDES	38	5
6	F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	31	4
7	F42	TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	29	4
8	F43	REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y T ADAPTACION	28	4
9	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	26	3
10	F19	T. DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MULTIPLES DROGAS	19	2.5
11	F10	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO POR USO DE ALCOHOL	19	2.5
12	F34	TRASTORNO DEL HUMOR PERSISTENTE	19	2.5
13	F98	T. EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA	15	2
14	F94	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	14	2

		SOCIAL DE COMIENZO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA		
15	F91	TRASTORNO DISOCIAL	13	2

Los diagnósticos más frecuentes en adolescentes que son derivados para Terapia Cognitiva Conductual son: Trastornos Depresivos 16 %, Trastornos de Ansiedad 15 %, Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas 10 % y trastornos alimentarios 5 %.

## V.- DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL ADULTO Y GERONTE (DSMAG)

El Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte brinda atención especializada a la población mayor de 18 años, considerando adultos de los 18 a 64 años y gerontes a los mayores de 65 años; en los servicios de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización, contando para ello con un equipo multidisciplinario altamente especializado.

### 5.1.- SERVICIO: EMERGENCIA

El Servicio de Emergencia cuenta con una Sala de Observación con 5 camas para internamiento breve de 24 a 48 hrs y está a cargo del psiquiatra de guardia.

El DSMNA no cuenta con Servicio de Emergencia, los adolescentes de 13 a 17 años acuden a Emergencia de adultos, son evaluados por el psiquiatra de Guardia y si el caso lo requiere, solicitan la interconsulta a Psiquiatría Infantil.

Se ha observado que cuando el adolescente es menor se solicita con mayor frecuencia la evaluación por el psiquiatra infantil mientras que si tiene 16 ó 17 años son atendidos directamente por el psiquiatra general.

Las interconsultas en Psiquiatría Infantil se atienden de Lunes a Sábado de 8.00 am. a 1.00 pm., cuando se presentan en la tarde o durante los domingos y feriados son atendidas por el psiquiatra de Guardia y son evaluados al día siguiente por el Psiquiatra Infantil; quien determinará la permanencia en la Sala de observación, la Hospitalización en pabellón o el Alta médica.

Se ha observado que las atenciones por interconsulta del Psiquiatra Infantil no se registran en el cuaderno de Emergencias y son atenciones que no ingresan al sistema estadístico del Hospital. Tampoco se está registrando el antecedente de conducta suicida en el diagnóstico de ingreso, solo se menciona el diagnóstico psiquiátrico de fondo, como depresión, trastorno de personalidad borderline, adicciones, etc.

#### 5.1.1 Atención Médica en Emergencia

### CUADRO N° 14: ATENCIONES PSIQUIATRICAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EMERGENCIA DURANTE LOS AÑOS 2003 AL 2005

AÑOS	0 - 5		6 - 12		13 - 17		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
2003	1	1	8	6	127	93	136	100
2004	0	0	15	10	130	90	145	100
2005	1	0.4	25	9.6	225	90	251	100

De los tres grupos etáreos, el grupo de mayor demanda son los adolescentes entre 93 % a 90 % del 2003 al 2005. Mientras el grupo de 6 a 12 años ha presentado un incremento de 6 % a 10 % en los 2 últimos años.

**CUADRO N° 15:  
 TIPO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL 2003 AL 2005**

AÑOS	ATENDIDO PSQ. NRO	INF %	ATENDIDO PSQ. NRO	GUARDIA %	TOTAL NRO	%
2003	44	35	83	65	127	100
2004	60	46	70	54	130	100
2005	54	24	171	76	225	100

Los adolescentes en el servicio de emergencia fueron atendidos por el psiquiatra de guardia en el 65 % en el año 2003 y 76 % en el año 2005, mientras que las atenciones por el psiquiatra infantil han disminuido de 35 % a 24 %. durante los últimos 3 años.

**CUADRO N° 16:  
 ATENCIONES DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD EN AÑOS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL 2003 AL 2005**

EDAD (Años)	2003	2004	2005	TOTAL	
	N°	N°	N°	N°	%
13	6	3	20	29	6
14	13	19	25	57	12
15	25	23	32	80	17
16	26	37	65	128	26
17	57	48	83	188	39
TOTAL	127	130	225	482	100

Los adolescentes que demandan mayor atención en Emergencia son: Los de 17 años (39 %), los de 16 años ( 26 %) y los de 15 años ( 17 %).

**CUADRO N° 17:  
 PORCENTAJE DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO ATENDIDOS EN EL  
 SERVICIO DE EMERGENCIA DEL 2003 AL 2005**

AÑO	SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
		%	%	NRO	%
2003		55	45	127	100
2004		59	41	130	100
2005		54	46	225	100

Las adolescentes han incrementado las atenciones por Emergencia, de 55 % a 54 % del 2003 al 2005. La demanda de atención de adolescentes varones se ha incrementado a 46 % en el año 2005

**CUADRO N° 18:**  
**CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DEL 2003 AL 2005**

Nª	CODIGO CIE 10	DIAGNOSTICOS EN ADOLESCENTE	NRO	%
1	F20	ESQUIZOFRENIA	230	43
2	F23	TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSIT.	44	8
3	F32	EPISODIO DEPRESIVO	38	7
4	F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	28	5
5	F06	TRAST. MENTALES DEBIDOS A DISFUNCIÓN CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA	18	3
6	F43	REACCION AL STRESS GRAVE Y T. ADAPTACION	18	3
7	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	18	3
8	F19	TRAST. DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS	14	2.6
9	F70	RETARDO MENTAL LEVE	13	2
10	F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	12	2
11	F50	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	9	1.7
12	F71	RETRASO MENTAL MODERADO	9	1.7
13	F10	TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE ALCOHOL	8	1.5
14	F12	TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE CANNABINOIDES	6	1.1
15		OTROS DIAGNOSTICOS	68	15.4

Las causas de morbilidad más frecuentes en adolescentes que acuden a Emergencia son: Trastornos psicóticos 51 %, Trastornos Depresivos 12 %, Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas 7.2 %, Trastornos Mentales debidos a disfunción cerebral 3 %, Reacción al Stress Grave y trastornos de adaptación 3 % y Trastornos específicos de la personalidad 3 %.

## 5.2.- SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

El Departamento de Salud Mental de Adultos y Gerontes atiende pacientes mayores de 18 años, sin embargo la información estadística nos muestra que se han atendido adolescentes entre 13 a 17 años durante los años 2002 al 2005..

Desde el año 2004 se estableció que los adolescentes con 17 años que inician la atención sean atendidos en el DSMAG.

**CUADRO N° 19:  
 ADOLESCENTES ATENDIDOS SEGUN EDAD EN AÑOS DEL 2003 AL 2005**

Edad (Años)	Año 2003	Año 2004	Año 2005	TOTAL	
	N°	N°	N°	N°	%
13	1	0	0	1	0.1
14	1	0	0	1	0.1
15	30	6	8	44	3.8
16	134	21	50	205	16
17	454	253	320	1027	80
TOTAL	620	280	378	1278	100

En el DSMAG se atienden adolescentes de 17 años ( 80 %), y de 16 años (16 %). Durante el 2004 disminuyó la atención de adolescentes de 16 años en el DSMAG.

**CUADRO N° 28:  
 PORCENTAJE DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO ATENDIDOS EN EL  
 DSMAG DEL 2003 AL 2005**

SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
AÑO	%	%	
2003	40	60	100
2004	40	60	100
2005	52	48	100

En el DSMAG, la atención de las adolescentes se ha incrementado de 40 % hasta 52 %, mientras la atención de varones ha disminuido de 60 % a 48 % durante los últimos tres años.

**CUADRO N° 21:  
 DIAGNOSTICOS DE ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS ATENDIDOS EN  
 CONSULTA EXTERNA DEL DSMAG DEL 2002 AL 2005**

N <sup>a</sup>	CODIGO CIE 10	DIAGNOSTICOS EN ADOLESCENTE	NRO	%
1	F20	ESQUIZOFRENIA	458	24
2	F32	EPISODIO DEPRESIVO	243	13
3	F14	TRAST. DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE COCAINA	130	7
4	F12	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE CANNABINOIDES	115	6
5	F60	TRAST. ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	86	4
6	F19	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MULTIPLES DROGAS	85	4
7	F43	REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y T ADAPTACION	79	4
8	F50	TRASTORNO DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	75	4
9	F41	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	73	4
10	Z63	OTROS PROBLEMAS PRIMARIOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO	69	4
11	F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	60	3
12	F70	RETRASO MENTAL LEVE	50	3
13	F10	TRAST. DEL COMP. DEBIDO AL USO DE ALCOHOL	48	2
14	F23	TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	39	2
15	F18	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES	34	2

En el DSMAG los diagnósticos más frecuentes de adolescentes atendidos son: Trastornos Psicóticos 26 %, Trastornos por consumo de sustancias 21 %, Trastornos Depresivos 16 %, Trastornos de Ansiedad 4 %, Trastornos de personalidad 4 %, trastornos a stress grave 4 % y trastornos alimentarios 4.

### 5.3.- SERVICIO: HOSPITALIZACION

El Hospital cuenta con 6 pabellones de internamiento: el Sector Varones (Pabellones 1 y 2), el Sector Mujeres (Pabellones 3 y 4), el Pabellón 5 destinado a pacientes crónicos y pacientes con problemas legales y el pabellón 6 para varones con adicciones.

El DSMNA no cuenta con un servicio exclusivo para hospitalización de adolescentes, se han asignado 5 camas en el Sector de Varones (Pabellón 1) y otras 5 en el Sector de mujeres (Pabellón 3). En ambos pabellones comparten con pacientes internados en el Sector de Clínica de Seguridad Social.

Los adolescentes son hospitalizados directamente de Consulta Externa o por Emergencia.

#### 5.3.1.- Hospitalización por DSMNA:

El ingreso de pacientes adolescentes realizado por un psiquiatra infantil se registra en el DSMNA y esta a cargo del personal de enfermería del Departamento.

**CUADRO N° 22:  
 NUMERO DE HOSPITALIZADOS POR PSIQUIATRIA INFANTIL**

AÑO	HOSP. PSIQ INFANTIL		TOTAL HOSPITALIZADO	
	NRO.	%	NRO.	%
2003	23	30	77	100
2004	24	28	85	100
2005	15	17	88	100

Fuente: Registro de Enfermería del DSMNA

Las adolescentes hospitalizados por psiquiatría infantil han disminuído del 30 a 17 %, durante los años 2003 al 2005, el 70 % al 83 % son internados por psiquiatras del DSMAG.

**CUADRO N° 23:  
 HOSPITALIZACION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES POR GRUPO ETAREO DEL 2003 AL 2005**

EDAD (Años)	Año 2003		Año 2004		Año 2005	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
6 – 12	3	4	2	2	2	2
13 – 17	77	96	85	98	88	98
TOTAL	80	100	87	100	90	100

Fuente: Oficina de Informática y Estadística

De la población infanto juvenil, los adolescentes de 13 a 17 años se hospitalizaron en el 98 % durante los años 2004 y 2005, mientras escolares de 6 a 12 años se internaron en el 2 % durante los dos últimos años.

**CUADRO N° 24:  
 HOSPITALIZACION DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD EN AÑOS DEL  
 2003 AL 2005**

EDAD (Años)	Año 2003	Año 2004	Año 2005	TOTAL	
	N°	N°	N°	N°	%
13	2	2	3	7	2
14	5	14	8	27	11
15	17	24	16	57	23
16	26	18	23	67	27
17	27	27	38	92	37
TOTAL	77	85	88	250	100

La hospitalización de adolescentes de 17 años corresponde a 37 %, los de 16 años a 27 % y los de 15 años a 23 %.

**CUADRO N° 25:  
 HOSPITALIZACION DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO DEL 2003 AL 2005**

SEXO AÑO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
	%	%	NRO	%
2003	48	52	77	100
2004	51	49	85	100
2005	42	58	88	100

En el cuadro observamos un predominio de hospitalizados varones de 52 % en el año 2003 y 58 % en el año 2005.

**5.3.2.- Tipo de Internamiento:**

En el Hospital Hermilio Valdizán se internan pacientes del sector público y de Seguridad Social, éstos últimos son los pacientes ingresados por el convenio con ESSALUD en la modalidad de clínica.

Los adolescentes varones han estado internados en los pabellones 1, 2 (sector varones), en el pabellón 5, en el pabellón de adicciones y en el área de clínica de ESSALUD mientras las adolescentes han sido internadas en los pabellones 3 y 4 (sector mujeres) y en el área de clínica de ESSALUD.

El promedio de hospitalización de adolescentes es generalmente de un mes.

**CUADRO N° 26:**  
**HOSPITALIZACION DE ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS POR SECTOR DEL 2003 AL 2005**

SECTOR DE HOSPITALIZACION	AÑO 2003		AÑO 2004		AÑO 2005	
	NRO	%	NRO.	%	NRO.	%
SECTOR MUJERES	31	40	41	48	32	37
SECTOR VARONES	21	27	15	18	24	27
PABELLÓN 5	0	0	5	6	1	1
PABELLÓN ADICCIONES	12	16	14	16	16	18
CLINICA DE ESSALUD	13	17	10	12	15	17
TOTAL	77	100	85	100	88	100

En el cuadro se observa que se han incrementado las hospitalizaciones de adolescentes y se han internado en todos los pabellones. El porcentaje de hospitalizados en el sector de clínica de ESSALUD se mantiene en 17 % durante los años 2003 y 2005.

**CUADRO N° 27:**

**CAUSAS DE HOSPITALIZACION EN ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DEL 2003 AL 2005**

Nª	CODIGO CIE 10	DIAGNOSTICOS EN ADOLESCENTE	NRO	%
1	F20	ESQUIZOFRENIA	79	32
2	F19	T. M. DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS	36	14
3	F14	T. M. Y DEL COMP. DEBIDO AL USO DE COCAINA	15	6
4	F23	TRAST PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	14	6
5	F32	EPISODIO DEPRESIVO	13	5
6	F12	T.M. Y DEL COMP. DEBIDO A CANNABINOIDES	13	5
7	F50	TRAST. DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	11	4
8	F33	TRAST. DEPRESIVO RECURRENTE	10	4
9	F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	5	2
10	F70	RETRASO MENTAL LEVE	5	2
		OTROS DIAGNOSTICOS	49	20
		TOTAL	250	100

Las causas de hospitalización más frecuentes en adolescentes son: Trastornos psicóticos 38 %, Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas 25%, Trastornos Depresivos 9 % y trastornos alimentarios 4 %.

### **5.3.3.- Alta de Hospitalización**

El alta de los pacientes hospitalizados puede darse por 4 modalidades: el Alta Médica con recuperación clínica, el Alta Voluntaria, para aquellos donde la familia solicita el Alta, los pacientes pueden haber mejorado parcialmente o no muestran mejoría, el Alta Administrativa para aquellos que tienen problemas en el cumplimiento de las reglas del pabellón y el Alta por Transferencia cuando se presenta algún problema médico y el paciente es derivado a un Hospital General.

Por las características de la hospitalización en pabellones de adultos, algunos padres de familia de adolescentes solicitan el Alta Voluntaria en los primeros días de internamiento y generalmente en los menores de 16 años.

**CUADRO N° 28:**  
**TIPO DE ALTA DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS**

TIPO DE ALTA	AÑO 2003		AÑO 2004		AÑO 2005	
	NRO	%	NRO.	%	NRO.	%
ALTA MEDICA	52	68	57	68	58	73
ALTA VOLUNTARIA	14	18	8	10	14	18
ALTA ADMINISTRATIVA	8	10	14	17	7	9
ALTA TRANSFERENCIA	0	0	4	5	0	0
TOTAL	77	100	84	100	79	100

Los adolescentes tienen alta médica (73 %), alta voluntaria (18 %) y alta administrativa (9%) en el año 2005. Durante el año 2004 se registro altas administrativas en 17 %.

**VI.- DEPARTAMENTO DE ADICCIONES:**

El Departamento de Adicciones brinda atención ambulatoria y hospitalización a pacientes con problemas de dependencia a sustancias psicoactivas y dependencias no convencionales (juego patológico, Internet, etc.) mediante diferentes modalidades de tratamiento como terapia individual y grupal, con psicoterapias de tipo comportamental y familiar sistémica, con el objetivo de lograr la rehabilitación de personas con problemas de conductas adictivas y su reinserción a su medio ambiente familiar y social.

**6.1.- CONSULTA EXTERNA:**

**CUADRO N° 29:**  
**NUMERO DE ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES ATENDIDOS POR EDAD EN AÑOS EN CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS DEL 2002 AL 2005**

EDAD (Años)	2002	2003	2004	2005	TOTAL	
	N°	N°	N°	N°	N°	%
13	6	0	0	0	6	1
14	1	0	0	0	1	0.2
15	5	12	1	6	24	5
16	74	44	7	20	145	27.8
17	97	121	44	83	345	66
TOTAL	183	177	52	109	521	100

Los adolescentes con problemas de drogas que acuden a Consulta Externa de adultos corresponden a los de 17 años (66 %), de 16 años (28 %) y de 15 años (5 %).

**CUADRO N° 30:**  
**TIPO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIA PSICOACTIVA EN**  
**ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS DE**  
**13 A 17 AÑOS DEL 2002 AL 2005**

<b>TRASTORNOS</b>		<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>TO</b>	<b>%</b>
<b>Años MENTALES</b>		<b>N°</b>	<b>N°</b>	<b>N°</b>	<b>N°</b>	<b>N°</b>		
<b>DEBIDOS</b>							<b>T.</b>	
<b>AL USO:</b>							<b>N°</b>	
<b>F10</b>	ALCOHOL	0	1	2	1	47	51	9.8
<b>F12</b>	CANNABINOIDES	0	0	7	44	93	144	28
<b>F13</b>	SEDANTES	0	0	0	0	4	4	1
<b>F14</b>	COCAINA	4	0	5	47	117	173	33
<b>F15</b>	OTROS ESTIMULANTES	0	0	0	0	7	7	1
<b>F16</b>	ALUCINOGENOS	0	0	0	2	3	5	1
<b>F17</b>	TABACO	0	0	0	0	1	1	0.2
<b>F18</b>	DISOLV. VOLATILES	2	0	1	20	11	34	6.5
<b>F19</b>	MULTIPLES DROGAS	0	0	9	31	62	102	19.5
	<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>145</b>	<b>345</b>	<b>521</b>	<b>100</b>

Los tipos de dependencia en adolescentes que se atienden en Consulta Externa son: Dependencia a cocaína 33 %, Dependencia a Cannabinoides 28 %, Dependencia a múltiples drogas 19.5 %, Dependencia a Alcohol 9.8 % y Dependencia de Disolventes volátiles 6.5 %.

**6.2.- HOSPITALIZACIÓN:**

Los adolescentes con Trastornos de comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas se internan en el Pabellón 6, previa coordinación con el médico jefe de Adicciones, mientras las mujeres adolescentes se hospitalizan en el pabellón 3.

El ingreso al Pabellón 6 se realiza por Consulta Externa del DSMNA o del DSMAG, el programa de internamiento es único, para adolescentes y adultos, y esta a cargo del Equipo especializado en Adicciones (3 psiquiatras, 3 psicólogos y personal de enfermería y técnico). Al salir de alta, el seguimiento es por Consulta Externa de Adicciones o por Consulta Externa del DSMNA.

En el pabellón 3, las adolescentes están a cargo del psiquiatra infantil que la hospitalizó y al salir de alta continúa el seguimiento en Consulta Externa del DSMNA.

**CUADRO N° 31:**  
**TIPO DE ADICCION EN ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS**  
**HOSPITALIZADOS DEL 2003 AL 2005**

N <sup>a</sup>	CODIGO CIE 10	DIAGNOSTICOS EN ADOLESCENTE	NRO	%
1	F19	T. M. DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS	36	14
2	F14	T. M. Y DEL COMP. DEBIDO AL USO DE COCAINA	15	6
3	F12	T.M. Y DEL COMP. DEBIDO A CANNABINOIDES	13	5

La Hospitalización de adolescentes con Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas representa el 25% de todas las patologías causales de internamiento en el grupo de 13 a 17 años. La adicción más frecuente es la debido a múltiples drogas (14 %)

**CUADRO N° 32:**  
**TIPO DE ALTA DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN**  
**ADICCIONOLOGIA**

TIPO DE ALTA	2003		2004		2005	
	NRO	%	NRO.	%	NRO.	%
ALTA MEDICA	14	74	19	66	7	41
ALTA VOLUNTARIA	4	21	4	14	4	24
ALTA ADMINISTRATIVA	1	5	5	17	6	35
ALTA TRANSFERENCIA	0	0	1	3	0	0
TOTAL	19	100	29	100	17	100

Durante los 3 últimos años observamos que las altas médicas han ido disminuyendo de 74 %, a 66 % y 41 %. Mientras las altas voluntarias han sido de 21%, 14 % y 24 % del 2003 al 2005 y las altas administrativas han ido incrementándose de 5 % a 17 % y 35 % respectivamente.

**CUADRO N° 33:  
 ATENCIONES DE ADOLESCENTES SEGÚN DEPARTAMENTO FINAL DEL  
 2004 AL 2005**

<b>DEPARTAMENTO FINAL</b>	<b>AÑO NRO.</b>	<b>2004 %</b>	<b>AÑO NRO.</b>	<b>2005 %</b>
<b>DSMNA *</b>	<b>3848</b>	<b>80</b>	<b>3714</b>	<b>72</b>
<b>DAMOC *</b>	<b>565</b>	<b>12</b>	<b>842</b>	<b>17</b>
<b>DSMAG – CE</b>	<b>228</b>	<b>5</b>	<b>269</b>	<b>5</b>
<b>EMERGENCIA</b>	<b>130</b>	<b>2</b>	<b>225</b>	<b>4</b>
<b>ADICCIONES - CE</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>109</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4823</b>	<b>100</b>	<b>5159</b>	<b>100</b>

(\*) Incluyen atenciones médicas y psicológicas

En el cuadro se observa que la atención de adolescentes se realiza fundamentalmente en el DSMNA durante el año 2004 fue del 80 %, mientras el año 2005 disminuyó a 72 %. En DAMOC se aprecia un incremento de atenciones de adolescentes de 12 % a 17 % durante el año 2004 y 2005 respectivamente. Las atenciones de adolescentes en Consulta Externa del DSMAG se mantiene constante con 5 %. Las atenciones en Emergencia y en Consulta Externa de Adicciones se han incrementado a 4 % y 2 % respectivamente en el año 2005.

**VII.- CONCLUSIONES:**

La atención de adolescentes de 13 a 17 años, en el Hospital Hermilio Valdizán se caracteriza por:

- Una alta y creciente demanda de atención en salud mental y psiquiatría de adolescentes.
- Atención diferenciada en los 4 departamentos finales. Durante el 2005, se atendió población adolescente, 72 % en el Departamento de Salud Mental de Niños y Adolescentes (DSMNA), 17 %, en el Departamento de Modificación de Conducta (DAMOC), en el Departamento de Salud Mental de Adultos y Gerontes (DSMAG), 5 % en el servicio de Consulta Externa, 4 % en Emergencia y 2 % en el Departamento de Adicciones.

- Una alta prevalencia de Trastornos psicóticos, Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, Trastornos depresivos, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de conducta alimentaria.

#### **En Consulta Externa del DSMNA:**

- Se trabaja en equipos de atención específicos para niño pequeño (1 Equipo), para escolar (1 Equipo) y para adolescentes (2 Equipos).
- La atención de adolescentes en el DSMNA varió entre el 80 % a 72 % del año 2004 al 2005. Esta disminución se explica porque durante el año 2005 se contó con 1 psiquiatra de adolescentes a tiempo parcial.
- En la asistencia de niños y adolescentes a la primera consulta se encontró un porcentaje de incumplimiento a las citas de 57 % en el año 2004 y de 43 % en el año 2005, debido a que las citas se dieron entre 30 a 45 días. Los pacientes opcionales ocuparon las citas de los que no asistieron.
- El registro de información es más detallado en psiquiatría. En las atenciones psicológicas y sociales no se especifican las terapias individuales o grupales. No se registran los casos que son derivados al Departamento de familia para terapia sistémica.
- El psiquiatra de adolescentes realiza las atenciones de consulta externa, las interconsultas de emergencia, la atención de pacientes hospitalizados y los talleres psicoterapéuticos grupales y la psicóloga de adolescente realiza la evaluación de pacientes nuevos, las evaluaciones psicológicas y las terapias individuales y grupales.
- Las atenciones médicas de adolescentes de 13 a 17 años se incrementaron de 40 % a 45 % en los últimos 5 años.
- Se atienden principalmente adolescentes de 16 años (25 %), de 15 años (24 %), de 14 años (21 %). Los adolescentes de 17 años se atienden en 9 % y de 18 años el 1 % y corresponden al grupo de pacientes continuadores.
- Los adolescentes de sexo masculino son los que demandan mayor atención y se han incrementado en el año 2005 a 58 %.
- Las 5 causas de morbilidad más frecuentes en adolescentes son: Otros trastornos de Ansiedad 19 %, Esquizofrenia 18 %, Trastorno de comportamiento 9 %, Trastorno depresivo 8 % y Trastornos de la conducta alimentaria 4 %.
- Las atenciones psicológicas de pacientes nuevos y las evaluaciones psicológicas han disminuido y las psicoterapias se han incrementado, falta especificar si es individual o grupal

#### **En DAMOC:**

- La atención de población adolescente en DAMOC se ha incrementado de 12 a 17 % del año 2004 al 2005, de las atenciones totales de adolescentes en el Hospital.
- De los 3 grupos etáreos, las atenciones de adolescentes de 13 a 17 años han disminuído de 64 % a 62 %; mientras que las del grupo escolar se han incrementado de 26 a 28 %, del año 2003 al 2005.

- Los adolescentes que demandan mayor atención son los de 17 años con 38 % y los de 13 años con 23 %. Durante el año 2005 se ha incrementado la atención de adolescentes de 13 y 14 años.
- Los diagnósticos más frecuentes en adolescentes que son derivados para Terapia Cognitiva Conductual son: Trastornos Depresivos 16 %, Trastornos de Ansiedad 15 %, Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas 10 % y trastornos alimentarios 5 %.

### **En DSMAG:**

#### **Emergencia:**

- La atención de adolescentes por el Servicio de Emergencia se ha incrementado de 2 a 4 % en los dos últimos años.
- La atención de Emergencia de adolescentes por el psiquiatra de guardia se ha incrementado de 65 % a 76 % durante los años 2003 al 2005, mientras que las atenciones por el psiquiatra infantil disminuyeron de 35 % a 24 % durante los últimos 3 años.
- De los tres grupos etáreos, el grupo de mayor demanda lo constituyen los adolescentes, con 90 % en el año 2005. Mientras el grupo de 6 a 12 años se ha incrementado de 5 % a 10 % en los 2 últimos años.
- Los adolescentes que demandan mayor atención en Emergencia son: los de 17 años (39 %), de 16 años (26 %) y los de 15 años (17 %).
- Las adolescentes han requerido mayor atención en Emergencia, 54 % en el año 2005. La demanda de atención de adolescentes varones se ha incrementado a 46 %.
- Entre las causas de atención más frecuentes en Emergencia están: los Trastornos psicóticos 51 %, los Trastornos Depresivos 12 %, los Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas 7.2 %, los Trastornos Mentales debidos a disfunción cerebral 3 %, Reacción al Stress Grave y trastornos de adaptación 3 % y Trastornos específicos de la personalidad 3 %.

#### **Consulta Externa:**

- Los adolescentes que acuden a Consulta Externa de adultos constituyen el 5 % de todas las atenciones en éste grupo etáreo.
- En el DSMAG, se atienden con mayor frecuencia los adolescentes de 17 años (80 %) y los de 16 años (16 %). Desde el año 2004 ha disminuído la atención de adolescentes de 16 años en el DSMAG, luego de haberse ratificado las edades de atención para el DSMNA.
- Se ha incrementado la atención de adolescentes mujeres de 40 % a 52 %, mientras la atención de varones ha disminuido de 60 % a 48 % durante los últimos tres años.
- Los diagnósticos más frecuentes de adolescentes atendidos en Consulta Externa de Adultos son: Trastornos Psicóticos 26 %, Trastornos por consumo de sustancias 21 %, Trastornos Depresivos 16 %, Trastornos de Ansiedad 4 %, Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas 10 % y Trastornos alimentarios 5 %.

Trastornos de personalidad 4 %, trastornos a stress grave 4 % y trastornos alimentarios 4 %.

### **Hospitalización:**

- Se ha incrementado la hospitalización de adolescentes, a predominio de internamientos indicados por el psiquiatra general o de guardia.
- De los 3 grupos atáreos de la población infantil, los adolescentes fueron hospitalizados el 98 %, mientras los escolares de 6 a 12 años fueron internados el 2 % durante el año 2005.
- Se hospitalizaron adolescentes de 17 años (37 %), de 16 años (27 %) y de 15 años (23 %).
- Existe un incremento de internamiento de varones de 52 % a 58 % del año 2003 al 2005 respectivamente. Mientras el porcentaje de adolescentes mujeres ha variado de 40 %, 48 % y 37 % en los 3 últimos años.
- Los adolescentes menores de 16 años generalmente son internados por un psiquiatra infantil, en los Pabellones 1 y 3, mientras los de 17 años son ingresados por el psiquiatra de guardia en los otros pabellones.
- Las causas de hospitalización más frecuentes en adolescentes son: Trastornos psicóticos 38 %, Trastornos de conducta por uso de sustancias psicoactivas 25 %, Trastornos Depresivos 9 % y trastornos alimentarios 4 %.
- Los adolescentes con alta médica se han incrementado de 68 % a 73 % del año 2003 al año 2005. Y los de alta voluntaria de 10 % a 18 % en los años 2004 y 2005.

### **DEPARTAMENTO DE ADICCIONOLOGÍA**

- El registro informático de Consulta Externa de Adicciónología se encuentra dentro de la información de DSMAG.
- Los adolescentes con problemas de drogas que acuden a Consulta Externa de adultos tienen 17 años el 66 % y 16 años el 28 %. Los pacientes de 17 años son nuevos, mientras que los de 16 y 15 años corresponden en su mayoría a los que han salido de alta y acuden a seguimiento.
- Los tipos de dependencia en adolescentes atendidos en Consulta Externa de adultos son: Dependencia a cocaína 33 %, Dependencia a Cannabinoides 28 %, Dependencia a múltiples drogas 19.5 %, Dependencia a Alcohol 9.8 % y Dependencia de Disolventes volátiles 6.5 %.
- La Hospitalización de adolescentes con Trastornos por uso de sustancias psicoactivas representa el 25 % de todas las patologías que requieren internamiento.
- Los Trastornos Mentales debidos al uso de múltiples drogas es la adicción más frecuente de internamiento de adolescentes.
- Durante los 3 últimos años observamos que las altas médicas de adolescentes han ido disminuyendo de 74 %, a 66 % y 41 %. Mientras las altas voluntarias han sido de 21%, 14 % y 24 % del 2003 al 2005 y las altas administrativas han ido incrementándose de 5 % a 17 % y 35 % respectivamente. Probablemente

debido a que el programa de internamiento para pacientes adictos, es único, resultando muy rígido para adolescentes.

## **VIII.- RECOMENDACIONES:**

### **DSMNA:**

- Continuar brindando una atención diferenciada con procedimientos de evaluación y tratamiento específicos para adolescentes.
- Garantizar el mantenimiento de los 2 equipos de atención de adolescentes en forma permanente.
- Reevaluar el intervalo de atención para adolescentes de 13 a 16 años a fin de fortalecer la atención de éste grupo etáreo con el reducido personal. del servicio de adolescentes.
- Modificar el modelo de atención del DSMNA para brindar una atención más rápida.
- Priorizar la atención de adolescentes de acuerdo a la gravedad del caso
- Optimizar la distribución de los recursos humanos, con programación de turnos de tarde y de días sábados, a fin de atender la demanda insatisfecha.
- Mejorar el rendimiento de psicología y trabajo social.
- Implementar programas específicos de atención para: Trastornos de Ansiedad, Primer episodio psicótico, Depresión y prevención de suicidio, Trastornos Alimentarios, etc.
- Elaborar las guías clínicas de las patologías más frecuentes en adolescentes, a fin de establecer los procedimientos unificados.
- Desarrollar Terapias Grupales psicoterapéuticas de las patologías más frecuentes
- Continuar con los Talleres de Escuela para padres
- Mejorar el registro de información estadística de psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería
  - Registrar en el Diagnóstico Clínico de Emergencia la comorbilidad, la conducta suicida, la violencia familiar, el abuso sexual, etc.y no sólo el diagnóstico psiquiátrico de fondo.
  - Especificar las actividades psicoterapéuticas: individuales, grupales y/o familiares
- Coordinar periódicamente con otros Departamentos Finales, la atención de adolescentes que requieren derivación para psicoterapia específica.
- Coordinar con el Departamento de Promoción de la Salud Mental el desarrollo de actividades preventivas.
- Incrementar 2 profesionales para el servicio de adolescentes, una asistente social y una enfermera.
- Implementar un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

### **DAMOC:**

- Brindar psicoterapia específica con terapeutas entrenados en trabajo con adolescentes.
- Implementar protocolos de atención psicoterapéutica cognitivo conductual de las principales patologías atendidas, donde se establecerá el tiempo de duración, los objetivos específicos, etc.
- Desarrollar Terapias Grupales psicoterapéuticas de las patologías más frecuentes en adolescentes.

- Coordinar periódicamente sobre los avances o dificultades presentados en las terapias de adolescentes

## **DSMAG**

### **En Emergencia:**

- Mejorar el registro de información clínica: el tipo de comorbilidad, la conducta suicida, etc.
- Registrar las Interconsultas por psiquiatría infantil en el cuaderno de Emergencias.
- Registrar el destino del paciente de Sala de Observación,: si fue dado de alta o si fue internado en Pabellón.

### **En Hospitalización**

- Realizar el internamiento de adolescentes con patología severa a moderada, procurando que sean hospitalizaciones breves.
- Brindar un ambiente diferenciado de internamiento para adolescentes en los pabellones 1 y 3.

### **En Consulta Externa:**

- Formalizar la disminución de la edad de atención a 17 años, .conforme se viene realizando en la actualidad

## **DPTO. ADICCIONES**

- Elaborar un programa de atención para adolescentes (hombres y mujeres) con problemas mentales por consumo de sustancias psicoactivas y adicciones no convencionales, que comprenda:
  - Tratamiento ambulatorio por Consulta Externa
  - Hospitalización
  - Seguimiento

## **BIBLIOGRAFIA**

- Agüero, A.(1998). Las psicosis infantiles. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Prensas Universitarias. tomo II, p. 805-854.
- Alva V. (1973) Tesis Doctoral, Psiquiatría Infantil en el Perú: Aspectos asistenciales, epidemiológicos y de organización en Lima.
- Chinchilla A. (2004).Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Masson, S.A. p 393-400
- Kaplan, H. (1998). Tratado de Psiquiatría. Argentina: Intermedica
- López-Ibor, J.; Crespo, M.(2000) El reto de la psiquiatría actual en la atención al niño y al adolescente. Revista Española de Pediatría.56:21-6.
- Moreno E.(1990) Servicios de Salud para Adolescentes y jóvenes: Los desafíos de Acceso y calidad - Encuentro Internacional sobre salud del adolescente. Brasil
- Noshpitz J., Flaherty L.(1997), Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Editorial Richard Charles,Volumen # 3, New York
- OPS (1995) La salud del Adolescente y del Joven. Publicación Científica Nro. 552. Washington.
- Pedreira, J.L.(1996): Evaluación de un Servicio de Psiquiatría Infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos. Revista. de Psiquiatría. Infanto-juvenil, 4 (octubre-diciembre), p. 285-295.
- Perales A., Sogi C.(1996) Conductas violentas en adolescentes: Identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Monografía de Investigación Nro. 3. I.N.S.M. "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi".
- Perales A., Sogi C.(1996). Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena. Monografía de investigación Nro, 4. I.N.S.M. "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.
- Rice, P.(2000). Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice Hall.
- Toledo M.(2004).”Variables Clínicas y Demográficas de las Urgencias Psiquiátricas Infantiles en el Hospital Hermilio Valdizán. Vol V. Nº 1. Enero-Junio.