

# **CRISIS**

## **GUIA DE PLANEAMIENTO PARA PADRES**

Confidencial

Evaluación

Equipo para la Crisis

Servicios de Apoyo

Salud Mental

Tratamiento Durante el Día

**CRISIS**  
**GUIA DE PLANEAMIENTO PARA PADRES**

La publicación de esta guía fue consolidada conjuntamente por:

**El Departamento de Salud Mental de Massachusetts Central**

*El Estado de Massachusetts*  
*El Departamento de Salud Mental*  
*Area Central de Massachusetts*

**Asociación de Comportamiento y Salud de Massachusetts**

**MBHP**

Todos los derechos reservados.  
Publicado en los Estados Unidos de Norte América  
©Derechos Registrados 1998  
Marian Butler, Carol Gramm y Lisa Lambert

Los editores de esta guía alientan y permiten la copia  
y distribución de estos materiales, con la condición de que su uso  
no sea lucrativo para el individuo (s) o la organización, y con la condición de que  
se reconozca a la fuente del material.

## INTRODUCCION

Estimados padres y proveedores del cuidado de niños(as)/adolescentes con serios trastornos emocionales:

Muchas familias en Massachusetts han compartido sus preocupaciones y luchas, al mismo tiempo que tratan con una crisis de salud mental que involucra a sus niños. Las voces de estas familias y sus historias han ayudado a crear este manual.

Este folleto fue creado para facilitarles a aquellas familias que no han experimentado una hospitalización psiquiátrica un manual de los pasos a seguir. A fin de estar bien preparado, estos son los temas con los que usted debe de estar familiarizado.

- **identificar a su compañía de seguros para servicios de salud mental**
- **localizar al equipo para una crisis**
- **localizar al hospital de admisión**
- **aprender qué decir al equipo para una crisis**
- **preguntas que hacer en caso de que se nieguen los cuidados a nivel de hospital**
- **preguntas que hacer en caso de que se hospitalice a su niño(a)**
- **consentimiento informado**
- **planeamiento para la dada de alta**
- **apelaciones e injusticias**
- **acrónimos usados frecuentemente**
- **glosario**

## TABLA DE CONTENIDOS

PLAN PARA MEJORES RESULTADOS DURANTE UNA HOSPITALIZACION	3
ANTES QUE SURJA UNA CRISIS	4
LLAMAR AL EQUIPO PARA UNA CRISIS	5
EJEMPLOS DE PRESENTACIONES DE UNA CRISIS CLARAS Y SIN CLARIDAD	6
QUÉ HACER CUANDO EL EQUIPO PARA LA CRISIS DETERMINA QUE SU NIÑO(A) NO NECESITA UN CUIDADO AL NIVEL DE UN HOSPITAL	10
PLAN PARA LOS PADRES PARA EL ACCESO AL CUIDADO EN CASO DE CRISIS	12
CONSENTIMIENTO INFORMADO	14
PLANEAMIENTO PARA LA DADA DE ALTA	17
APELACIONES E INJUSTICIAS	21
ACRÓNIMOS USADOS CON MÁS FRECUENCIA	22
GLOSARIO	23

## UN PLAN PARA LOS MEJORES RESULTADOS DURANTE UNA EMERGENCIA

Cuando su niño(a) o adolescente está experimentando una crisis de salud mental seria, él/ella está en gran riesgo de herirse a sí mismo, de herir a otros, o está experimentando serios pensamientos confusos o dañinos, usted tiene que hacer que su niño(a)/adolescente sea evaluado para determinar si necesita ser hospitalizado. Darse el tiempo durante una situación sin crisis puede ayudarle a hacer una situación difícil menos tensa. **Aquí hay algunas sugerencias sobre qué hacer en caso de emergencia:**

- ❖ Llame a su compañía de seguros y pregúntele quién les brinda servicios de equipos para crisis. El equipo para crisis y el hospital podrían estar en locales diferentes.
- ❖ Llame a su equipo para crisis y al hospital e infórmeles que no es una emergencia. Explíqueles que está estableciendo un plan para su niño(a) antes de que sea necesario.
- ❖ La terminología y el lenguaje cambian con todas las compañías de seguros. Manténgase familiarizado con la terminología de su proveedor de servicios de salud mental de emergencia.
- ❖ Haga sus preguntas antes de que ocurra una emergencia. Es más fácil para el equipo de una crisis ayudarle si usted está familiarizado con los términos que ellos usan.
- ❖ En una emergencia médica, usted irá automáticamente a la sala de emergencias más cercana. Las emergencias de salud mental pueden ser evaluadas en diferentes locales aparte del hospital. Los equipos para crisis de salud mental también se conocen como Programas de Servicios de Emergencia, Equipos de Evaluación de una Crisis, Equipos de Evaluación de Emergencia, entre algunos. Usted le debe pedir a su compañía de seguros que identifique el equipo para crisis de salud mental y el hospital psiquiátrico.
- ❖ Mantenga un archivo de los números de teléfonos y direcciones.
- ❖ Usted debe ir al equipo para crisis y al hospital psiquiátrico antes de que surja una crisis. Manténgase familiarizado con la ruta así como con los edificios. Localice el parqueo, encuentre la entrada correcta, identifique la sección de admisión y el área de espera. Podría ser que usted no sea el que lleve a su niño(a) al local del equipo para crisis o al hospital. A su niño(a) lo puede llevar una ambulancia.

Este manual está diseñado para dar a las familias un instrumento para guiarlas a través de una crisis de salud mental. **Dese el tiempo y complete el formulario Plan para Padres para el Acceso a los Servicios de Emergencia (localizado en las páginas 12-13).**

## LLAMANDO AL EQUIPO PARA CRISIS

Cuando esté hablando con el equipo para crisis, mantenga su calma. Mantenga la conversación enfocada en por qué su niño(a) no está seguro(a). Describa el comportamiento arriesgado y los pensamientos confusos que requieren un cuidado a nivel de hospital. Asegúrese de dar el diagnóstico de su niño(a). Recuerde que el equipo para crisis está ahí para ayudarles a su niño(a) y a usted. Cuanto más preparado(a) esté durante una crisis, mejor lo podrá ayudar el equipo para crisis.

### Empiece su diálogo con el equipo para crisis expresando:

Ponga énfasis en el hecho de que el comportamiento y los pensamientos de su niño(a) están impactando seriamente la seguridad de su niño(a) y la de otros. Asegúrese de dar ejemplos específicos y claros de por qué éste no es un comportamiento típico en su niño(a) y haga la conexión clara entre la crisis de su niño(a) y su perfil psiquiátrico. Dé ejemplos de cómo estas acciones han escalado durante las últimas 72 horas. Comparta su preocupación con respecto a las otras personas presentes en la vida de su niño(a), tales como maestros, consejeros, vecinos, amigos, etc. Cuando llame al equipo para crisis asegúrese de que ellos tengan una imagen completa de la crisis mental de su niño(a).

***Mi niño(a) es un peligro para sí mismo(a) o para otros y/o está teniendo pensamientos dañinos y confusos. Pídale al equipo para crisis que evalúe a su niño(a).***

Dé ejemplos claros de por qué su niño(a) no puede mantenerse seguro. Dé ejemplos claros de por qué los miembros de la familia o miembros de la comunidad no están seguros.

Dé una descripción breve de cómo se ha agudizado la situación de crisis dentro de las últimas 72 horas.

Si su niño(a) tiene un historial de haber requerido el cuidado a nivel de hospital y actualmente su situación requiere un cuidado a nivel de hospital, asegúrese de compartir esta información con el equipo para crisis. Esto permitirá que el equipo para crisis dé los pasos necesarios.

Mantenga una lista de los individuos con los que usted habla durante esta crisis.

Nombre	Organización	Título	Fecha/Hora
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## ANTES QUE EMPIECE UNA CRISIS

### HÁGASE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. *¿Seré yo la mejor persona para transportar a mi niño(a) durante una crisis?*

- Si no, cuáles son mis opciones:  
¿policía, ambulancia, amigo, familia?
- ¿Cómo planearé mis opciones por adelantado?

2. *¿Necesitaré ayuda al llevar a mi niño(a) del automóvil al local del equipo para crisis? En caso sea así, ¿quién me ayudará?*

3. *¿Necesitaré coordinar el cuidado de otros niños(as) durante la crisis? En caso sea así, ¿cuáles son mis opciones: padres, suegros, hermanos(as), vecinos?*

## EJEMPLO PARA EL EQUIPO PARA CRISIS

### *Ejemplo de pensamientos dañinos*

#### **Presentación sin Claridad**

Yo no puedo hacer que Jimmy entre a la casa. El sólo quiere estar solo, a Jimmy le gusta sentarse en el techo para asustarme. He tratado de decirle que entre a la casa, pero el sólo me grita y me dice que lo deje solo. La escuela no sabe qué hacer con él. El ha estado peleando con los niños(as) en la escuela. No importa qué es lo que le diga, él sólo me grita y me dice que no lo moleste. El se queda levantado toda la noche viendo televisión y después yo no lo puedo despertar en la mañana para que vaya a la escuela. Cuando él va a la escuela, el director me llama y me pide que lo recoja, porque ellos no saben qué hacer con él. Jimmy está o peleando con los(as) maestros(as) y estudiantes o está durmiendo durante las clases. Alguien tiene que hacer algo con este niño. Yo no lo puedo controlar.

#### **Presentación Clara**

Jimmy está sentado en el techo y está amenazando con saltar. Jimmy cree que puede saltar del techo sin herirse. Sus pensamientos están acelerados con la fantasía de que él es Superman. Jimmy ha sido diagnosticado con trastorno bipolar. A él lo trata un psicólogo y un psiquiatra. Yo he llamado y dejado mensajes para cada uno de ellos pero no me han devuelto las llamadas. Yo no siento que Jimmy está seguro. Quiero que sea evaluado por los servicios de emergencia. El no responde a su nombre y está más agitado y desafiante cuando hablo con él. Cuando hablo con él, me grita declaraciones absurdas. El piensa que lo estoy tratando de herir y que necesita escapar a su mundo de fantasía para estar seguro. Jimmy ha estado actuando más distante durante los últimos días. El duerme gran parte del día y está levantado durante gran parte de la noche. El no ha estado comiendo y se duerme en la escuela. El ha estado en varias peleas en la escuela con los(as) maestros(as) y amigos(as). El principal de su escuela me llamó para decirme que el comportamiento de oposición de Jimmy es más acentuado que el comportamiento de oposición típico. El principal está preocupado sobre cómo disciplinarlo porque Jimmy parece estar emocionalmente frágil e inestable.

## PRESENTACION CLARA Y PRESENTACION SIN CLARIDAD DE UNA CRISIS

**Ejemplos de llamadas al equipo para crisis están en las páginas siguientes.**

La **presentación sin claridad** del comportamiento de su niño(a) se enfoca en cómo el comportamiento de su niño(a) está impactando al niño(a) o a su familia. El equipo para crisis puede determinar este escenario como el de un niño(a) que tiene problemas de comportamiento y no como el de un niño(a) que está experimentando una crisis de salud mental.

Una **presentación clara** da información específica con respecto al diagnóstico y a las acciones de su niño(a). Muestra claramente que su niño(a) está:

- experimentando pensamientos dañinos
- presentando un peligro a otros o
- presentando un peligro a sí mismo(a)

Los siguientes escenarios son sólo ejemplos de comunicaciones efectivas e inefectivas entre los padres y el equipo para crisis. Su propósito no es para utilizarlas como argumentos cuando se está llamando al equipo para crisis. Cada niño(a) es único y tiene necesidades individuales que necesitarán ser compartidas con el equipo para crisis.

## EJEMPLO PARA EL EQUIPO PARA CRISIS

### *Ejemplo de daño a sí mismo(a)*

#### **Presentación sin Claridad**

Danny está encerrado en el baño y no quiere salir. El está faltando a la escuela y se niega a hablar con alguien en el hogar o en la escuela. No respeta sus cosas. El repartió todos los regalos de su cumpleaños a sus amigos(as) de la escuela sólo para molestarte. El ha amenazado con tomar todas las medicinas de la casa para matarse. El está haciendo todo lo posible para asustarme.

#### **Presentación Clara**

Danny está encerrado en el baño amenazando con matarse y se pone más agitado cuando trato de calmarlo. Danny no es capaz de entender mi preocupación por su seguridad. El ha escondido medicinas por toda la casa como parte de su plan para matarse. Las amenazas de Danny para matarse han aumentado durante los últimos días. El se ha alejado de la familia, ha faltado a la escuela, y ha expresado que estaría mejor muerto. El consejero de Danny en la escuela está preocupado por su comportamiento. Danny repartió sus regalos de cumpleaños a los niños(as) de la escuela diciendo que no los necesitará. Me han llamado de la escuela durante los últimos tres días para que lo recoja porque él no se siente seguro.

## EJEMPLO PARA EL EQUIPO PARA CRISIS

### *Ejemplo de daño a otros(as)*

#### **Presentación sin Claridad**

Karen está bien molesta y está rompiendo muebles y ventanas en el hogar. Yo ya no puedo más con ella y sus acciones. Karen no me contesta mis preguntas. Le sigo preguntando por qué está haciendo esto, pero ella se dirige a mí con groserías y me llama terribles nombres. Ella es mala con su hermano y hermana. A Karen le gusta pelear con todos(as). Ella odia a su hermano, a su hermana y a mí. A Karen no le gusta ninguna figura de autoridad. Ella no va a hacer lo que ningún adulto le diga que haga. Yo ya no puedo vivir más así.

#### **Presentación Clara**

Karen ha sido diagnosticada con una depresión severa y un trastorno de oposición desafiante. Nosotros(as) hemos estado tratando de estabilizarla con medicinas y no hemos logrado la combinación perfecta. Karen fue hospitalizada tres meses atrás y ha estado teniendo muchas dificultades desde entonces. Yo he llamado a su psiquiatra y él piensa que el equipo para crisis la debe de ver. La cólera y furia de Karen han aumentado durante la semana pasada. Ella ha roto espejos y ventanas sin reparar en su propia seguridad o en la seguridad de sus hermanas y hermanos. Karen está en la sala apuñalando las paredes con un cuchillo. Su furia está fuera de control y ella no puede explicar por qué tiene tanta rabia. Parecería que está controlada por sus pensamientos de furia y destrucción. Cuando yo trato de intervenir ella me amenaza a mí y a mis otros niños(as) en forma física y verbal. Ella ha amenazado con herir a cualquiera que vaya a la habitación. Tengo temor de que pueda herir a su hermano o hermana. Karen no termina con este actuar a pesar de que pido que así sea. Yo le tengo miedo y tengo miedo por ella.

## DETERMINACION DEL EQUIPO PARA CRISIS

### **EL EQUIPO PARA CRISIS DETERMINA QUE SU NIÑO(A) NO NECESITA UN CUIDADO A NIVEL DE HOSPITAL:**

**Cuando llame al equipo para crisis, asegúrese de que su llamada la evalúe un personal médico.**

Cuando usted llega al local del equipo para crisis, a su niño(a) lo debe evaluar un personal médico entrenado para el tratamiento de niños(as) para determinar si necesita un cuidado a nivel de hospital. Si se toma la decisión de que será mejor para su niño(a) de que reciba los servicios fuera de un hospital, usted puede pedirle a ese personal médico que le entregue un documento por escrito que determine el por qué su niño(a) no requiere el cuidado a nivel de hospital. Se pueden recomendar niveles de cuidado alternos para su niño(a), tales como pero no limitados a, tratamiento durante el día, hospital durante el día, albergue terapeuta o talvés servicios de “wraparound”. Usted puede pedirle a este personal clínico que escriba un informe sobre su evaluación de su niño(a) y un plan para mantenerle seguro.

Si usted no se siente cómodo con la decisión de llevar a su niño(a) a su hogar, explíquelo su preocupación al personal clínico. Recuerde, usted sabe cómo se estaba comportando su niño(a) antes de traerlo al equipo para crisis. Usted necesitará ser claro al explicar el hecho de que su niño(a) está experimentando una crisis mental. Explique por qué su comportamiento no es típico y vuelva a indicar el hecho de que su niño(a) presenta un peligro para sí mismo y para los demás.

Si el comportamiento de su niño(a) se empieza a deteriorar apenas usted se haya ido del local del equipo para crisis, usted puede regresar al equipo para crisis para obtener una nueva evaluación. Pregúntele al personal clínico qué es lo que indica la necesidad de un cuidado a nivel de hospital que no estaba presente durante la primera evaluación.

Si su niño(a) obtiene un contrato para su seguridad y no puede o no quiere seguir el plan, lleve inmediatamente de vuelta a su niño(a) al equipo para crisis, si él/ella presenta un peligro para sí mismo o para los demás.

El equipo para crisis deberá tener un plan para su niño(a) sin importar qué es lo que determinan con respecto a su caso. Pida que le entreguen un plan por escrito y asegúrese de comprender el plan y que usted y su niño(a) lo puedan seguir con seguridad.

El Plan deberá incluir:

1. Acción y Pasos a seguir para la familia cuando y si es que una crisis ocurre nuevamente.
2. Una llamada telefónica por parte del personal clínico después de tres horas de haberlo visto.
3. Referencias médicas y psiquiátricas.
4. Recursos de la comunidad: grupos de apoyo para los padres, clínicas, iglesias.

**Haga preguntas mientras que esté en el local del equipo para crisis. Usted siempre puede llamar al equipo para crisis si la situación cambia. Asegúrese de ser claro con respecto a lo que su niño(a) necesita y cómo es que usted podrá dárselo antes de que se retire del local del equipo para crisis.**

## PLAN PARA LOS PADRES PARA EL ACCESO AL CUIDADO DE CRISIS

El Plan para los Padres para el acceso a los servicios de crisis les provee a los padres un formulario claro y específico que debe cubrir las preguntas e información básicas necesarias para que su experiencia sea menos complicada cuando usted se comunique con el equipo para crisis, con la admisión al hospital o con el plan para la dada de alta. Le alentamos para que complete lo más posible este formulario antes de que se presente una crisis.

### **Talvés usted desee sacarle varias copias al Plan para Padres (páginas 12 & 13) para:**

- formularios en blanco para cuando la información cambie
- equipo para crisis
- hospital
- psiquiatra
- escuela
- doctor de familia
- coordinador del caso

PLAN PARA LOS PADRES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE CRISIS

**Identifique e ubique todos los datos necesarios antes de una crisis.**

Nombre Completo del Niño(a) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad del Niño(a) \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

# de Seguro Médico Medicaid \_\_\_\_\_

Médico que Trata su Salud Mental \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Psiquiatra que lo Trata \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de Familia \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Persona que Carga el Seguro Médico \_\_\_\_\_ # de Identidad \_\_\_\_\_

Proveedor de Servicios de Salud Mental \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Equipo para crisis \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ # de Identidad \_\_\_\_\_

Proveedor de Servicios de Salud Mental \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Salud Mental \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicinas: (indique todas), en caso ninguna, por favor indíquelo así

Hora	Dosis	Nombre	Dosis
------	-------	--------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Alergias: (en caso ninguna, por favor indíquelo así)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLAN PARA LOS PADRES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE CRISIS (continuación)

**Indique las Hospitalizaciones en caso de alguna durante los últimos 18 meses**

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Tiempo de Estadía \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Alta \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Razón de la Hospitalización  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Tiempo de Estadía \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Alta \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Razón de la Hospitalización  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Tiempo de Estadía \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Alta \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Razón de la Hospitalización  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Otros Nombres y Direcciones Importantes**

Terapeuta Externo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Psicofarmacólogo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Psicólogo de la Escuela \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Director del Caso del D.M.H. \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Director del Caso del D.S.S. \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UN TRATAMIENTO

En el momento en que se admite a su niño(a) al hospital o durante la hospitalización, se le pedirá que firme formularios consintiendo a ciertos tipos de tratamientos. Si bien es necesario que se permitan pruebas de medicinas, exámenes médicos y psicológicos, también es importante comprender las ventajas y desventajas de cada procedimiento.

La administración de cualquier medicina requiere un consentimiento. Los hospitales le pueden pedir que firme un formulario en blanco permitiéndoles la administración de aquellas medicinas que está tomando actualmente, así como también el agregar nuevas medicinas. Si usted elige hacer esto, es buena idea insistir firmemente que le informen antes de administrar cualquier medicina nueva. Usted también puede decidir firmar un formulario que permita que su niño(a) reciba sólo aquellas medicinas que él/ella ya está tomando. Su consentimiento para medicinas nuevas puede darlo por teléfono y un consentimiento por escrito puede ser vía fax si es imposible que usted esté en el hospital cuando lo necesiten.

En el momento en que usted dé el consentimiento, el doctor le indicará los pros y los contras de la medicina. Si usted tiene cualquier tipo de preocupación, asegúrese de hacérselo saber. Asegúrese de haber recibido la información suficiente para satisfacer y calmar sus preocupaciones.

A usted también le podrán pedir que firme un formulario en blanco para hacer pruebas. Algunas pruebas tales como la de sangre y el ECG's se hacen con cierta rutina antes de comenzar con ciertas medicinas y su consentimiento autorizará estas pruebas. Una vez más, pida que se comuniquen con usted antes de que hagan cualquier prueba para que usted pueda comprender el propósito y los riesgos, de haber alguno, de cada procedimiento. Esto también le permite discutir cada prueba con su niño(a) y le permite a él/ella compartir sus temores y preocupaciones con usted. Algunos niños(as), por ejemplo, pueden pensar que un EEG permite que el doctor lea sus pensamientos. Usted puede ayudar a su niño(a) a comprender lo que cada prueba es.

Si se hacen pruebas psicológicas, asegúrese de obtener el nombre y número de teléfono del psicólogo que efectúa la prueba. Usted podrá desear tener una entrevista en persona o por teléfono para entender mejor los resultados. Ya que los resultados de esta prueba "pintan" la figura psicológica de su niño(a), es sabio revisar los resultados antes de dar esta información a otras personas u organizaciones .

Asegúrese de saber a quién le van a dar la información. El hospital tiene "Formularios de Circulación de Información" que les permiten enviar información directamente a escuelas, doctores, terapeutas, agencias, etc. El envío de esta información requiere su consentimiento. Asegúrese de incluir copias para cualquier persona importante en la continuación del tratamiento de su niño(a). Pida firmar un formulario para que le envíen a usted los resultados de pruebas psicológicas, evaluación de admisión y resumen de alta.

PREGUNTAS IMPORTANTES PARA LOS PADRES

**Preguntas Importantes para hacer durante la primera noche de hospitalización**

¿Quién es la enfermera a cargo de esta unidad?

Nombre \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

¿Quién es el doctor a cargo?

Nombre \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Asegúrese de declarar sus metas y objetivos con respecto a la hospitalización de su niño(a) a la persona que lo atiende durante la admisión.

---

---

---

¿Cuáles son los procedimientos y normas con respecto a las visitas y llamadas telefónicas?

---

---

¿Los hermanos(as), familia, amigos(as), etc. pueden visitar? ¿Algún límite en cuanto a la edad del visitante?

---

---

Horas de visita \_\_\_\_\_

# de Teléfono para llamar al niño(a) \_\_\_\_\_

¿Puedo obtener el manual de procedimientos y normas?

---

---

¿Tiene un manual para niños(as)?

---

---

Necesidades del niño(a):

¿Mi niño(a) puede traer sus objetos favoritos personales del hogar, tales como su almohada, manta, muñeco de peluche, Walkman, CD's, juguetes, etc.? ¿Hay algún objeto que no se permite traer al hospital?

---

---

PREGUNTAS IMPORTANTES PARA LOS PADRES (continuación):

**Preguntas Importantes para la Primera Noche** (continuación):

¿Qué necesita el hospital que traiga en mi próxima visita?

Esto puede incluir informes de la escuela, copia de recetas médicas actuales y sobre cualquier otro individuo o agencias involucradas.

---

---

---

¿Con cuánto tiempo de anticipación me avisarán que se dará de alta a mi niño(a)?

---

---

¿Quién se comunicará conmigo con respecto a la fecha de alta de mi niño(a)?

Nombre \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_

NOTAS: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

## PLANEAMIENTO PARA EL DÍA DE ALTA

El planeamiento para el día de alta es una parte importante en la hospitalización de su niño(a). Hoy en día las hospitalizaciones controladas por la administración del cuidado de la salud tienden a ser cortas siendo su meta el identificar un diagnóstico y/o estabilización. Usted debe obtener cuanta información le sea posible antes de que den de alta a su niño(a). Este también es el momento en el que usted querrá coordinar para que estén juntas todas las personas involucradas y que estarán trabajando con su familia y su niño(a) en el futuro. Una reunión para el planeamiento del momento en que su niño(a) sea dado de alta se lleva a cabo para asegurar que todos entiendan lo que su niño(a) necesitará cuando se le de de alta. Esto podrá incluir la escuela, el hogar y la continuación de un tratamiento de salud mental.

Si es posible, no vaya a esta reunión sólo. Planee llevar a su defensor, terapeuta de su niño(a), amigo(a), familiar, o vecino quien también pueda escuchar lo que el psiquiatra o personal del hospital esté recomendando. Esta puede ser una reunión emotiva y tensa y generalmente es el último contacto importante que tendrá con el personal del hospital y es bueno tener a otra persona quien pueda escuchar la conversación. Asegúrese de tener respuestas para todas sus preguntas antes de retirarse de la reunión.

### **Preguntas que hacer en la Reunión del Planeamiento para el Día de Alta:**

Cuando usted se retira de esta reunión y se le da de alta a su niño(a), usted va a querer tener un plan completo. Este debe de incluir:

- Que los padres o cualquier persona sin un entrenamiento médico puedan comprender claramente el diagnóstico.
- La suficiente medicina o recetas médicas, si es que ha recibido la prescripción médica, para que le dure hasta la primera cita con el psiquiatra de su niño(a).
- Cambios, de haber alguno, en el plan de la escuela o en el ambiente de la escuela.
- De ser aplicable, las solicitudes para referencias al Departamento de Salud Mental o al programa de tratamiento diurno.

PLANEAMIENTO PARA EL DIA DE ALTA CONTINUACION

**El planeamiento para el día de alta debe de comenzar la primera noche de hospitalización.**

¿Quién es la persona que debemos contactar en el hospital para el planeamiento del día de alta?

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_

¿Cuándo se llevará a cabo la reunión para el planeamiento del día de alta?

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

¿Quién coordinará para que todos los representantes necesarios estén presentes en la reunión del planeamiento para la dada de alta?

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_

¿Quién es la persona responsable para el desarrollo del planeamiento del día de alta?

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_

¿Con cuánto tiempo de anticipación me avisarán para prepararme para la reunión del planeamiento de la dada de alta? \_\_\_\_\_

¿Invitarán a mi niño(a) a asistir a toda, parte, o a ninguna parte de la reunión?  
\_\_\_\_\_

¿Cómo le informarán a la escuela sobre los cambios necesarios para el regreso exitoso de mi niño(a) a la escuela?  
\_\_\_\_\_

PLANEAMIENTO PARA EL DIA DE ALTA CONTINUACION

¿Quién es la persona responsable de proveer esta información a la escuela?

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_

¿Quién es la persona con la que nos debemos de comunicar en caso el plan fracase al poco tiempo de haber sido dado(a) de alta?

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_

**Los individuos a los que usted quisiera invitar a la reunión del planeamiento para la dada de alta, pueden incluir pero no están limitados a:**

**Padres**

**Niño(a)**

**Familiares**

**Hermanos(as)**

**Amigo(a)/Defensor**

**Terapeuta Externo**

**Director o Persona de Enlace con el Programa de Educación Especial**

**Maestro(a) del Salón**

**Director del Caso DMH o DSS**

PLANEAMIENTO PARA EL DIA DE ALTA CONTINUACION

PERSONAS ASISTENTES A LA REUNION

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Día en que fueron invitados \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Individuo quien hizo el contacto \_\_\_\_\_

Respuesta a la invitación                      Sí asistiré \_\_\_\_\_      No podré asistir \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Día en que fueron invitados \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Individuo quien hizo el contacto \_\_\_\_\_

Respuesta a la invitación                      Sí asistiré \_\_\_\_\_      No podré asistir \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Día en que fueron invitados \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Individuo quien hizo el contacto \_\_\_\_\_

Respuesta a la invitación                      Sí asistiré \_\_\_\_\_      No podré asistir \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

Día en que fueron invitados \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Individuo quien hizo el contacto \_\_\_\_\_

Respuesta a la invitación                      Sí asistiré \_\_\_\_\_      No podré asistir \_\_\_\_\_

## APELACIONES E INJUSTICIAS

Cuando se le informa a la familia de un niño(a) o adolescente que los servicios han sido negados o reducidos y la familia cree que la decisión es clínicamente errónea o que no se tomó en cuenta toda la información antes de tomarse la decisión, se puede presentar una apelación.

Una **apelación** es una solicitud para la revisión de la decisión de beneficios. Por ejemplo, si se negó una aplicación, y la familia o terapeuta externo, etc. cree que la decisión fue tomada equivocadamente, se puede presentar una apelación. La apelación debe completarse dentro de un período de tiempo de acuerdo a la urgencia de la situación. Esto significa que una apelación con respecto al cuidado de una crisis debe tener una respuesta rápida (48 horas es un buen procedimiento); una apelación con respecto a los beneficios de un paciente externo puede tomar más tiempo.

Una **injusticia** es un reclamo hecho al hospital, compañía de seguros, clínica, agencia, etc. a fin de que se reconsidere o proteste una decisión de tratamiento. Se debe responder a una injusticia en un corto período de tiempo. Se procede con una injusticia para corregir prácticas de tratamientos que son de pobre calidad, o para presentar un reclamo con respecto a un incidente o práctica que es injusta o que ha causado algún daño.

Todas las apelaciones e injusticias deben hacerse por escrito. Si se hacen verbalmente (por teléfono o en persona), éstas generalmente no iniciarán el proceso de revisión formal. Más bien, el reclamo verbal será considerado simplemente como una llamada para dar información.

Cuando el acceso a servicios o a información es limitado, siempre “vaya al siguiente nivel”. Por ejemplo, si usted está tratando de encontrar un psiquiatra de niños(as) y el representante de su compañía de seguros solamente le ofrece tres nombres a la vez, él/ella está limitando el acceso a la información. Imagínese que dos de los tres nombres nos son psiquiatras para niños(as) o que no están tomando nuevos pacientes - no se le ha ofrecido una selección de proveedores calificados. Para obtener lo que usted necesita – una selección de profesionales calificados – pida hablar con un supervisor. Si aún así, se le niegan sus selecciones, vaya a un nivel más alto. Conforme más alto sea el cargo de la persona, su habilidad será mas flexible para ayudarle a resolver su problema.

Aún si usted no desea presentar un reclamo o apelación, vale la pena pedir una aclaración de cualquier decisión o práctica que usted no comprenda. Por ejemplo, si se selecciona un hospital pero otro no, pregunte por qué. Si las visitas son restringidas o la información es limitada, haga preguntas. Frecuentemente estas prácticas son un asunto de normas, y no ley.

## SOPA DE ALFABETO

ADD	Trastorno de Deficiencia de Atención
ADHD	Trastorno de Deficiencia de Atención Hiperactiva
AMI	Asociación para Aquellas Personas con Enfermedad Mental
ART	Tratamiento Residencial para Adolescentes
BD	Comportamiento Perturbado
CAP	Programa de Evaluación en Colaboración
CHINS	Niño(a) con Necesidad de Servicios
CIRT	Tratamiento Intensivo para Niño(a) Residente
DMA	División de Asistencia Médica
DMH	Departamento de Salud Mental
DSM	Manual del Sistema de Diagnósticos
DSS	Departamento de Servicios Sociales
DYS	Departamento de Servicios para Jóvenes
ED	Emocionalmente Perturbado
EEG	Electroencefalograma
EKG	Electrocardiograma
ESP	Programa de Servicio de Emergencia
FAPE	Educación Apropiaada y Gratuita
HMO	Organización para el Mantenimiento de la Salud
ICM	Administración del Caso Intensivo
IEP	Plan de Educación Individual
I&R	Información y Referencia
IRTP	Programa Residencial de Tratamiento Intensivo
ISP	Plan de Servicio Individual
ITP	Plan de Tratamiento Individual
LEA	Autoridad Local de Educación
LRE	Ambiente Menos Restringido
LSS	Sistema de Servicio Local
LSW	Trabajador Social Licenciado
MCO	Organización de Cuidados Administrados
MSW	Maestría en Asistencia Social
MRC	Centro de Rehabilitación de Massachusetts
MRI	Imagen de Resonancia Magnética
NAMI	Alianza Nacional para los Enfermos Mentales
NIMIH	Instituto Nacional para la Salud Mental
OCD	Trastorno de Estado Neurótico Obsesivo-Compulsivo
ODD	Trastorno de Oposición Desafiante
PA	Aprobación Previa
PAI	Liga de Defensores Profesionales para Padres
PDD	Trastorno de Desarrollo Penetrante
PO	Agente de Vigilancia
PSTP	Programa de un Plan de Tratamiento Específico
PTSD	Trastorno de Estrés Pos-Traumático
SED	Serriamente Emocionalmente Perturbado
TS	Síndrome de Tourette

## GLOSARIO

Actuar Teatralmente	Daño a sí mismo, agresivo, violento y/o comportamiento destructivo.
Afectar	Sentimiento, emoción.
Agudo	Marcado por un comienzo repentino y de duración muy corta pero que requiere una atención urgente.
Ambiente Menos Restrictivo	Un establecimiento educativo y/o de tratamiento que ofrece servicios para un niño(a) a la vez que impone los menos impedimentos y limitaciones posibles.
Comportamiento de Aislamiento	Un comportamiento que exhibe un interés decreciente en actividades y en el contacto con otros. Puede incluir la ausencia del habla, regresión a la infancia, exhibición de temores y depresión.
Confidencial	El límite del acceso a los archivos de su niño(a) para los padres y el personal directamente involucrados con el niño(a).
Consentimiento	Permiso generalmente dado al firmar un formulario que le permite a la persona asignada a administrar una prueba o tratamiento o para enviar información. El permiso de consentimiento requiere que la persona dando el permiso entienda los riesgos, beneficios y posibles ramificaciones.
Crónico	Que tiene una duración larga o repeticiones frecuentes.
Cuidado de la Salud Administrado	Una práctica para supervisar los servicios de cuidados de salud. El cuidado de la salud administrado puede especificar los proveedores de la salud mental que la familia puede visitar así como el número de visitas y tipos de servicios que serán cubiertos.
Cuidado Terapéutico Provisto en otro Hogar de Crianza	Un hogar donde un niño(a) con perturbaciones emocionales vive con padres adoptivos entrenados y con acceso a otros servicios de apoyo.
Director del Caso	Un individuo que organiza y coordina los servicios para un individuo.
DSM-IV desarrollado (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición)	Un manual de referencia de trastornos mentales por la Asociación Psiquiátrica Americana. Usado por doctores para entender y diagnosticar un problema de salud mental. También usado por las

## GLOSARIO CONTINUACION

	compañías de seguros para determinar los servicios necesarios.
Doctor de Familia	Un doctor que ofrece el cuidado general de la salud y refiere al paciente a los especialistas cuando es necesario.
Enfermedad Mental	Un término usado generalmente para referirse a problemas severos de salud mental en los adultos.
Enfermera a Cargo	Enfermera a cargo de la unidad de un hospital.
Episodio de Gran Depresión	Un trastorno del estado anímico con un estado de ánimo depresivo que interfiere con el funcionamiento diario.
Equipo para una Crisis	Servicios disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana durante una crisis de salud mental. El equipo para la crisis determinará la severidad de la crisis y determinará los siguientes pasos a seguir. También conocido como <i>Servicios de Emergencia y Crisis, Programas de Servicios de Emergencia, Equipos de Evaluación de Crisis, Equipos de Evaluación de Emergencia.</i>
Esquizofrenia	Un trastorno caracterizado por disturbios en el proceso de pensamientos, relaciones impedidas con las personas y efectos inapropiados o bruscos. El niño(a) también puede exhibir creencias falsas o alucinaciones.
Evaluación	Una evaluación para determinar los servicios y/o establecimientos apropiados para un niño(a).
Evaluación	Una revisión profesional de las necesidades de un niño(a) y familia que generalmente incluye una revisión de salud física y mental, inteligencia, desempeño escolar, situación familiar y comportamiento en la comunidad.
Evaluación Psicológica	Una evaluación que examina la inteligencia, las aptitudes y habilidades, habilidades sociales, el desarrollo emocional y habilidades del pensamiento del niño(a).
Evaluación/Selección	El proceso de coleccionar información sobre el niño(a) a través de una serie de pruebas, observaciones y entrevistas que resultan en la opinión sobre el estado mental y emocional del niño(a). Puede incluir las recomendaciones sobre el tratamiento o el establecimiento.

## GLOSARIO CONTINUACION

Fobia a la Escuela	Miedo de asistir a la escuela asociado con la ansiedad de dejar su hogar y los miembros de su familia.
Fobia Simple	Temores irracionales a un objeto, actividad o situación específicos.
Formulario de Consentimiento en Blanco	Un formulario de consentimiento que permite un tratamiento, pruebas o el envío de información que no especifica los procedimientos individuales o la distribución de la información.
Hogares de Grupos Terapéuticos	Establecimientos similares a un hogar basados en la comunidad que brindan servicios de tratamiento intensivo con 24 horas de supervisión. Los servicios ofrecidos en este establecimiento evitan la hospitalización y colocan al niño(a) en un lugar menos restrictivo.
Hospitalización de un Paciente Residente	Tratamiento de salud mental en un hospital durante 24 horas al día. El propósito de la hospitalización de un paciente residente es estabilizar y ofrecer un tratamiento a un niño(a) dentro de una crisis y que está bajo riesgo de un posible daño a sí mismo o a otros, y para diagnosticar y evaluar cuando esto no es posible hacerlo en un establecimiento de pacientes externos.
Médico	Un individuo que provee servicios de salud mental tales como un psicólogo, trabajador social u otro terapeuta que no es un investigador.
Neurólogo	Un doctor especialista en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso.
Paciente Externo	Tratamiento disponible en clínicas de salud mental locales o en las oficinas de terapeutas privados. Este puede incluir el diagnóstico, la evaluación y el asesoramiento para el individuo y la familia. El niño(a) generalmente vive en el hogar.
Proveedor Principal del Seguro Médico	La compañía de seguros asignada para cubrir los gastos médicos cuando el individuo está asegurado por más de una compañía. Por ejemplo, cuando tanto el padre como la madre tienen un seguro médico para el niño(a), una compañía asumirá los costos de la cobertura principal, y la otra compañía pagará aquellos gastos no cubiertos.

## GLOSARIO CONTINUACION

Programa de Educación Individualizado (IEP)	Un plan escrito para un estudiante de educación especial, que describe las necesidades individuales del estudiante y el programa y servicios de educación especial que serán provistos a ese estudiante.
Psicofarmacólogo	Un psiquiatra que se especializa en tratar los trastornos de salud mental con medicinas.
Psicólogo	Un profesional de salud mental con entrenamiento avanzado que puede administrar pruebas psicológicas, evaluar y tratar trastornos emocionales.
Psicosis	Un trastorno caracterizado por un aislamiento social, distorsiones de la realidad y pérdida de contacto con el medio ambiente.
Psiquiatra	Un doctor especialista en los trastornos emocionales, de comportamiento y mentales. Está calificado para recetar medicamentos y para admitir pacientes al hospital.
Salud Mental	La salud mental incluye los sentimientos, pensamientos y acciones de una persona cuando se enfrenta con situaciones comunes de la vida diaria. También incluye cómo la gente reacciona a las tensiones, relaciones con otros, toma de decisiones y cómo se ven a sí mismos.
Seguro Secundario	La compañía de seguros asignada a pagar los costos no cubiertos por la compañía de seguros principal. Por ejemplo, cuando tanto el padre como la madre tienen seguro médico para el niño(a), una compañía asumirá los costos de la cobertura principal, y la otra compañía pagará aquellos gastos no cubiertos.
Servicios Basados en el Hogar	Servicios dados en el hogar de la familia por un tiempo definido para tratar con un problema de salud mental. La meta es generalmente evitar que el niño(a) sea colocado fuera del hogar (incluyendo una hospitalización).
Servicios de Apoyo	Transporte, ayuda financiera, grupos de apoyo, servicios de respiro y otros servicios específicos para niños(as) y las familias.

## GLOSARIO CONTINUACION

Servicios de Respiro	Un servicio que ofrece el cuidado temporal a un niño(a) para brindar una pausa de descanso a sus padres, y así permitir una mejor total eficiencia. Se puede ofrecer en el hogar o en otro local.
Servicios de Tratamiento Residencial para una Crisis	Tratamiento de corta duración provisto durante una crisis las 24 horas al día en un establecimiento fuera del hospital. El propósito de este tratamiento es evitar la hospitalización, estabilizar al niño(a) y determinar los siguientes pasos a seguir.
Servicios de “Wraparound”	Una gama amplia de servicios diseñados para las necesidades específicas del niño(a) y la familia. Estos servicios deben incluir una variedad de servicios de apoyo así como servicios tradicionales para la salud mental.
Servicios Residenciales	Tratamiento en un establecimiento que ofrece instrucción educativa y cuidado las 24 horas para niños(as) que requieren supervisión y cuidado constante.
Trabajador Social	Un profesional de salud mental entrenado para ofrecer servicios a individuos, familias o grupos.
Trastorno Bipolar	Un trastorno del estado de ánimo con un estado de ánimo elevado o irritable acompañado generalmente por un episodio de gran depresión. También se conoce como depresión maníaca.
Trastorno de Ansiedad	Reacción inapropiada o exagerada a la percepción de peligros internos o externos.
Trastorno de Comportamiento	Que muestra un comportamiento destructivo en el hogar, escuela u otros lugares. Este comportamiento es generalmente muy diferente a aquel aceptado por las normas sociales para la edad y situación del niño(a).
Trastorno de Conducta	Ejemplos de comportamiento persistentes que violan los derechos de otros o normas sociales apropiadas para la edad.
Trastorno de Desarrollo Penetrante	Atrasos serios en el desarrollo del comportamiento social y/o de lenguaje.

## GLOSARIO CONTINUACION

Trastorno de Oposición	Una continua agresión demostrada a través de un comportamiento obstinado, pero frecuentemente pasivo. Los niños(as) con este trastorno generalmente exhiben un comportamiento negativo, terco, pierden el tiempo y se demoran para provocar a los adultos.
Trastorno Emocional	Un trastorno que exhibe un deterioro emocional, de comportamiento y/o social que interfiere con el desarrollo, progreso social, académico y de desarrollo, y con las relaciones del niño(a) con la familia y otras personas.
Trastorno Pos Traumático	Trastorno de ansiedad debido a un evento traumático.
Transición	El proceso de mudarse de un establecimiento a otro. También puede significar el pasar de una actividad a otra, tal como de la hora del anochecer a la hora de acostarse.
Tratamiento	Una intervención diseñada para cambiar los comportamientos relacionados con las dificultades emocionales o de comportamiento del niño(a). También utilizado para ayudar al niño(a) y a la familia a sobrepasar los problemas resultantes de las dificultades del niño(a).
Tratamiento Diurno	Programa no-residencial de servicios intensivos que le permiten al niño(a) regresar al hogar en la noche.





## RECONOCIMIENTOS

Este manual fue creado con la ayuda de varias personas de los sectores públicos y privados. Nosotros les agradecemos por su generoso apoyo al:

### **Departamento de Salud Mental de Massachusetts,**

#### **Area Central de Massachusetts:**

Constance P. Doto, Directora del Area

Rita Barrette, Directora de Asuntos de los Comitentes

Joseph R. Mara, Director de Servicios para Niños(as) y Adolescentes

Richard R. Breault, Director de Educación de la Comunidad

### **Departamento de Salud Mental de Massachusetts,**

#### **Area del Metrosurbio:**

Theodore Kirousis, Director del Area

Jack Rowe, Director de Servicios para Niños(as) y Adolescentes

### **Sociedad de Comportamiento y Salud de Massachusetts,**

Richard Sheola, Jefe Ejecutivo

### **Sociedad de Comportamiento y Salud de Massachusetts,**

#### **Area Central de Massachusetts:**

Lori Button, Directora Regional

Greg Byrne, Director de Casos Intensivos de Niños(as)/Adolescentes

### **Sociedad de Prevención de Crueldad a los Niños(as) de Massachusetts,**

Framingham, Massachusetts

### **Red de Apoyo Wayside para Jóvenes y Familias**

### **Red de Padres Coordinadores a Nivel Estatal**

*Un agradecimiento especial a todos los padres de Massachusetts que tienen niños(as) con serios problemas emocionales. Sus historias y apoyo generoso brindaron la inspiración para crear este manual.*

ESTE DOCUMENTO FUE CREADO POR:

Marian Butler  
**Departamento de Salud Mental  
de Massachusetts Central**  
*Coordinadora de Apoyo a los Padres*  
508 795 1197 x1251

Carol Grimm  
**Departamento de Salud Mental  
del Metrosurbio**  
*Padre Asociado*  
M.S.P.C.C. Conexión del Proyecto  
508 820 3127

Lisa Lambert  
**Departamento de Salud Mental  
del Metrosurbio**  
*Coordinador de Apoyo a los Padres*  
*Red de Apoyo para Jóvenes y Familias Wayside*  
781 736 0960 x22

## NÚMEROS TELEFÓNICOS DE EMERGENCIA