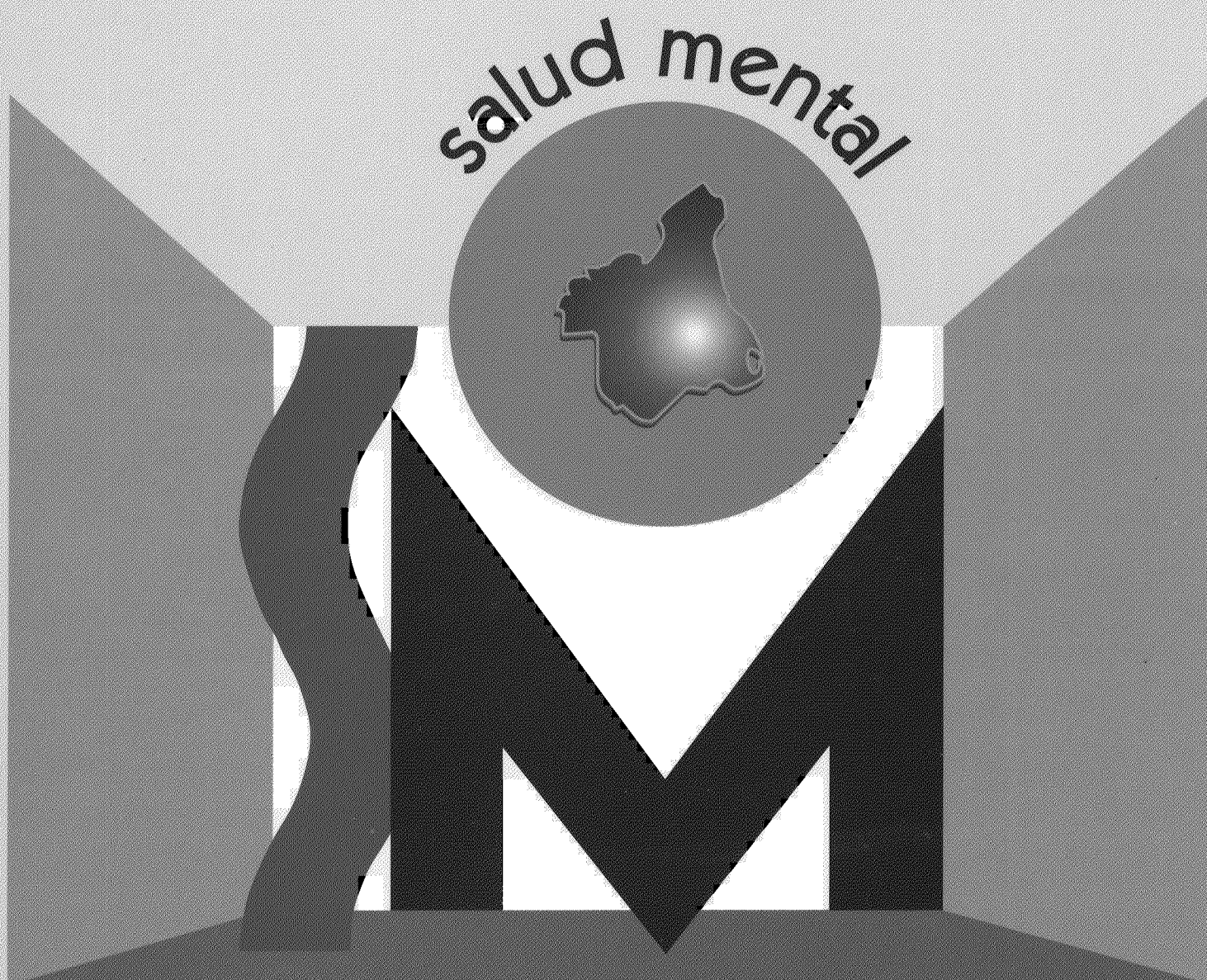


**PLAN DE SALUD MENTAL  
DE LA REGIÓN DE MURCIA  
1999 - 2001**



**GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO  
Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE  
HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

**GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO  
Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS  
DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

**PLAN DE SALUD MENTAL**

**1999-2001**

**Impresión y Fotocomposición:**

INTEGRAF MAGENTA, S.L.

(Empresa de Inserción Sociolaboral)

Telf. 968 30 47 91 - 30006 PUENTE TOCINOS (Murcia)

**Depósito Legal:** MU - 712 - 2000

**I.S.B.N.:** 84 - 95393 - 14 - X

# COMISIÓN DE ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO TÉCNICO. (UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN)

## COORDINADOR

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

## COMPONENTES

DEMETRIO BARCIA SALORIO  
Catedrático de Psiquiatría. Jefe de Servicio de Psiquiatría.  
Hospital General Universitario de Murcia.

MANUEL GALIANA CELA  
Psiquiatra. Jefe de Servicio. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" de Murcia.

ESPERANZA GARCÍA ELOSEGUI  
Enfermera. Directora de Enfermería. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" de Murcia.

JOSÉ MARÍA GARCÍA BASTERRECHEA  
Médico Internista. Hospital General Universitario de Murcia.

FRANCISCO GARCÍA RUIZ  
Psiquiatra. Director Médico Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" de Murcia.

FRANCISCO MANZANERA LÓPEZ  
Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" de Murcia.

FERNANDO NAVARRO MATEU  
Psiquiatra. C.S.M.-Altiplano. Área V-Murcia.

JOAQUÍN NIETO MUNUERA  
Psiquiatra. Jefe de Departamento de Psiquiatría y Psicología Psicosocial.  
Facultad de Medicina de Murcia.

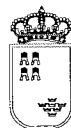
GONZALO PAGÁN ACOSTA  
Psiquiatra.

SOFÍA RUIZ FABEIRO  
Psiquiatra. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"-Murcia.

JOSÉ MANUEL PEÑALVER  
Psiquiatra. Hospital "Rafael Mendez"-Lorca.

M<sup>ª</sup> EULALIA RUIZ FERNÁNDEZ  
Psiquiatra. Jefe de Sección. Hospital General Universitario de Murcia.

PILAR SALORIO DEL MORAL  
Psicóloga. Hospital General Universitario de Murcia.



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad  
y Consumo



# COMISIÓN PRIMER PLAN DE SALUD MENTAL. PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (1995)

## COORDINADOR

MANUEL GALIANA CELA

Psiquiatra. Director Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia.

## COMPONENTES

MARIO FLORES

Psiquiatra. Jefe de Servicio del Hospital Morales Meseguer de Murcia.

JESÚS JIMÉNEZ

Enfermero. Supervisor de Enfermería Unidad Psiquitría. Hospital "Rafael Méndez" de Lorca.

MIGUEL ÁNGEL LARROSA SÁNCHEZ

Coordinador General de Enfermería. Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia.

CELIA MARÍN CORBALÁN

Trabajadora Social. Unidad de Agudos. Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia.

JOAQUÍN NIETO MUNUERA

Psiquiatra. Facultad Medicina. Hospital General Universitario.

JOSÉ MANUEL PEÑALVER

Psiquiatra. Hospital "Rafael Méndez" de Lorca.

SOFÍA RUIZ FABEIRO

Psiquiatra. Hospital General Virgen de la Arrixaca. Murcia.

JUAN MANUEL SORIA GARCÍA

Psiquiatra. Centro de Salud Mental II de Murcia.

PILAR SUÁREZ ALONSO

Psicóloga. Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia.

MATÍAS VALVERDE GARCÍA

Jefe de Servicio de Agudos. Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN-DEFINICIÓN</b> .....	13
<b>2. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (U.P.H.)</b> .....	17
<b>2.1. Objetivos y Fines</b> .....	19
<b>2.2. Características Físicas y Estructurales</b> .....	20
a) <u>Unidades de Hospitalización Psiquiátrica U.P.H.</u> .....	20
b) <u>Número de Camas</u> .....	20
<b>2.3. Personal</b> .....	21
a) <u>Plantilla</u> .....	21
b) <u>Organización</u> .....	21
<b>2.4. Funciones de los Profesionales</b> .....	22
a) <u>Funciones del Médico-Psiquiatra</u> .....	22
b) <u>Funciones del Psicólogo</u> .....	22
c) <u>Función del Personal de Enfermería</u> .....	23
d) <u>Funciones del Trabajador Social</u> .....	24
<b>2.5. Organización Funcional</b> .....	25
a) <u>Aspectos Generales</u> .....	25
b) <u>Programas de Intervención. Protocolización</u> .....	25
<b>3. UNIDAD DE INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA (U.L.P.)</b> .....	27
<b>3.1. Objetivos y Funciones</b> .....	30
a) <u>Psiquiatría de Enlace</u> .....	30
b) <u>Interconsulta</u> .....	30
<b>3.2. El Proceso de la Consulta Psiquiátrica</b> .....	31
a) <u>Petición de Consulta</u> .....	31
b) <u>Valoración Psiquiátrica del Paciente</u> .....	31
c) <u>Informe Psiquiátrico</u> .....	32
<b>4. HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL DE 0 A 15 AÑOS</b> .....	33
<b>4.1. Objetivo de la Hospitalización en Niños</b> .....	33
<b>4.2. Justificación</b> .....	35

4.3. Criterios de Hospitalización Infanto-Juvenil .....	36
4.4. Características de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil .....	36
a) <u>Espacio</u> .....	36
b) <u>Personal</u> .....	36
<b>5. UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (U.D.H.) .....</b>	<b>39</b>
5.1. Objetivos y Fines .....	41
5.2. Objetivos Específicos .....	42
5.3. Organización Sanitaria .....	42
5.4. Criterios de Ingreso en la U.D.H. ....	44
5.5. Características Físicas y Estructurales .....	45
5.6. Personal .....	45
<b>6. UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (U.T.A.) .....</b>	<b>47</b>
6.1. Organización Sanitaria .....	49
6.2. Criterios Asistenciales .....	50
6.3. Tratamiento Ambulatorio u Hospitalización Parcial .....	52
6.4. Unidad de Hospitalización .....	53
a) <u>Criterios de Hospitalización</u> .....	53
b) <u>Objetivos</u> .....	53
c) <u>Contrato Terapéutico</u> .....	53
d) <u>Tratamiento</u> .....	54
e) <u>Características Técnicas</u> .....	54
<b>7. HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO .....</b>	<b>57</b>
7.1. Definición del Hospital de Día Psiquiátrico .....	59
7.2. Organización Sanitaria .....	59
7.3. Criterios Asistenciales .....	59

7.4. Características Técnicas .....	61
a) <u>Personal</u> .....	61
b) <u>Características Estructurales</u> .....	61
<b>8. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA HOSPITALARIA (UME)</b> .....	63
8.1. Objetivos de la Unidad de Media Estancia .....	65
8.2. Organización Sanitarila .....	66
8.3. Criterios de Hospitalización .....	66
8.4. Características de la Unidad de Media Estancia .....	67
a) <u>Espacios-n.º de camas</u> .....	67
b) <u>Personal</u> .....	67
8.5. Organización Funcional .....	68
<b>9. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b> .....	69
<b>10. COORDINACIÓN</b> .....	73
<b>11. EVALUACIÓN ASISTENCIAL</b> .....	77
11.1. Indicadores Cuantitativos .....	79
a) <u>Indicadores de nivel de recursos</u> .....	79
b) <u>Indicadores de actividad</u> .....	80
c) <u>Indicadores de funcionamiento</u> .....	81
11.2. Indicadores Cualitativos .....	82
a) <u>Indicadores basados en el análisis de los resultados</u> .....	82
b) <u>Indicadores de satisfacción</u> .....	82
c) <u>Indicadores de calidad de vida</u> .....	83
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	85

## NOTA INTRODUCTORIA

---

*La presente Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica, que forma parte del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, está basada en la realizada para su inclusión en el anterior Plan de Salud Mental, sin cambiar el sentido general de la organización, funcionamiento y evaluación de las unidades de hospitalización psiquiátrica.*

*No obstante, presenta modificaciones e inclusiones en el texto, que se han considerado imprescindibles para su actualización y encuadre en la actividad que se realiza, así como se han incluido varios apartados relativos a: Hospital de Día, Unidades de Trastornos de la Alimentación, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Unidades de Media Estancia Hospitalarias.*



## **1. INTRODUCCIÓN**

### 1. INTRODUCCIÓN-DEFINICIÓN

Las acciones realizadas en el ámbito comunitario por los Centros de Salud Mental constituyen el elemento básico de la Red Asistencial de Salud Mental, de ahí que la atención psiquiátrica deba realizarse preferentemente fuera del hospital, invirtiendo el ordenamiento sanitario que ha primado el desarrollo de estructuras hospitalarias.

El Informe Ministerial para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de 1985 y más definitivamente el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril), consolidan que la hospitalización psiquiátrica se realice en el marco de los hospitales Generales, abandonándose la utilización para estos fines de los Hospitales psiquiátricos.

La hospitalización es un instrumento técnico importante en el tratamiento del enfermo psíquico y tiene que contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico. Dentro de la atención en Salud mental aparece como una opción de carácter secundario, que se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizadas en el entorno familiar y social. Su utilización ha de ser breve y estará en función de criterios terapéuticos. El Servicio de Hospitalización Psiquiátrica (S.H.P.) se define como un servicio, compuesto de varias unidades, que se encarga de la atención de la patología psiquiátrica que generen los hospitales donde se ubiquen. Las unidades mínimas de aquellos S.H.P. ubicados en Hospitales Generales serían la Unidad de Interconsulta Psiquiátrica (U.I.P.) y la Unidad Psiquiátrica Hospitalaria (U.P.H.) para tratamientos y cuidados intensivos de la patología psiquiátrica en régimen de atención continuada 24 horas al día, con dotación de personal especializado, y con un tiempo de estancia media breve.

La UPH deben estar física y funcionalmente integrada en un Hospital General, y utilizar, por tanto, los servicios generales de este al igual que el resto de las unidades médico-quirúrgicas, sin perjuicio de las peculiaridades que, en la distribución del espacio y dotación, exija la función específica que ha de desempeñar. Debe tener las características funcionales que la legislación vigente atribuya a las unidades médico-quirúrgicas de un Hospital General, complementadas y/o perfeccionadas con las específicas que se detallarán posteriormente.

## **2. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN...**

## 2. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (U.P.H.)

### 2.1. Objetivos y Fines

Los objetivos de la unidad deberán englobarse dentro de los objetivos y modelos de actuación generales del plan Regional de Salud Mental y de acuerdo con las directrices dadas por la Ley General de Sanidad con respecto a la Salud Mental, debiendo estar definidos explícitamente teniendo en cuenta la adecuación de los mismos al dimensionamiento de dicha unidad.

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica deben ser de corta estancia, no superando su estancia media, en líneas generales, los 20 días.

Deben atender a enfermos psiquiátricos en situación aguda o de crisis que no puedan ser tratados en la comunidad y cuando la hospitalización reporte mayores beneficios terapéuticos.

Atenderán en régimen de internamiento con atención las 24 horas del día a todos los pacientes que, cumpliendo los criterios de derivación establecidos, le son remitidos desde el Servicio de Urgencias del hospital o de los Centros de Salud Mental, debiendo cubrir el diagnóstico (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica y social) y tratamiento (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico, etc.), así como la atención a la salud general pertinente y en su caso los cuidados intensivos psiquiátricos necesarios.

Debe existir una coordinación con el resto de recursos de Salud Mental del área constituyendo con ellos el circuito asistencial de Salud Mental de su área de referencia, estableciéndose las conexiones funcionales necesarias con los dispositivos asistenciales ambulatorios del área, así como con los dispositivos de Rehabilitación, tanto en cuanto a la recepción de pacientes como el alta o remisión de los mismos.

La atención en Salud Mental en el Hospital General por parte del Servicio de Psiquiatría Hospitalario no se limita exclusivamente a la atención de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (U.P.H.). También asume la atención de las urgencias psiquiátricas del área sanitaria de referencia, así como las interconsultas psiquiátricas que se generen en los otros servicios medico-quirúrgicos del Hospital. En los casos en que estos hospitales Generales dispongan de Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, Unidad de Trastornos de Alimentación, y/o Hospital de Día Psiquiátrico, este Servicio de Psiquiatría Hospitalario asumirá también estas otras unidades.

### 2.2. Características Físicas y Estructurales

#### a) Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.H.P.)

Deben de tener asegurados los espacios, instalaciones, equipos y suministros necesarios para llevar a cabo las funciones que derivan de sus objetivos y fines, dentro del sistema general de funcionamiento del Hospital en el que se encuentran ubicadas.

Deben localizarse preferentemente en la planta baja del Hospital para facilitar el acceso a zonas ajardinadas o de esparcimiento, así como para evitar el riesgo potencial de la altura, debiendo disponer de las medidas de seguridad pasiva necesarias y suficientes para garantizar la seguridad de los enfermos. Ventanas, puertas y escaleras deberán estar protegidas, evitando cristales fracturables en puertas y aseos, así como todos los elementos que puedan ser un riesgo potencial para el paciente.

La disposición arquitectónica de la Unidad debe permitir desde el Control de Enfermería la observación directa del paciente.

Además de contar con las dependencias propias de una Unidad de Hospitalización General deben de tener: comedor, sala de estar-TV., salas de juegos y/o terapias ocupacionales, sala de visitas o salas de uso múltiple, contando todas ellas con aseo, así mismo dispondrá de despachos de uso individual para psiquiatras y psicólogos.

Las habitaciones serán de una o dos camas, con baño completo por habitación. Estas dispondrán de armario, sillón y mesilla para uso individual de cada paciente.

#### b) Número de camas

Como regla general la Unidad debe cubrir el ratio de 1 cama por cada 10.000 habitantes del Área de influencia del hospital.

El número de camas no debería ser inferior a 15 ni superior a 25, y no sobrepasar el 15% del número de camas totales del Hospital.



### 2.3. Personal

#### a) Plantilla

- \* Psiquiatras:
  - 1 por cada 7 camas
  - Interconsulta: 1 por cada 250 camas
  
- \* Psicólogos:
  - 1 por U.H.P.
  - Interconsulta: - 1 por cada 500 camas
  
- \* Terapeutas ocupacionales:
  - 1 por Unidad
  
- \* Enfermería:
  - El ratio mínimo de personal de Enfermería será de 0.2 por cama y turno.
  - Al menos el 40% del personal de Enfermería deberá tener titulación de Diplomado.
  - Debe existir un Enfermero responsable de Unidad en turno de mañanas con una dedicación del 40% de su tiempo a tareas de gestión y coordinación del Equipo y la Unidad.
  
- \* Auxiliar Administrativo:
  - 1 por UPH , dependiendo de los Servicios Generales del Hospital.
  
- \* Trabajador Social:
  - 1 a tiempo parcial dependiendo de los Servicios Generales del Hospital.

#### b) Organización

Uno de los médicos-psiquiatras tendrá la función de responsable/coordinador de la Unidad debiendo de dedicar al menos el 25% del tiempo a las tareas de gestión, coordinación y dirección.

Todo el personal asistencial deberá dedicar un 20% de su tiempo a actividades asistenciales indirectas (revisiones de equipo, formación,....).

Para garantizar la atención continuada deberá de estar de presencia física un médico-psiquiatra.

La atención a urgencias deberá ser realizada por la totalidad de los psiquiatras del área de referencia de la Unidad Hospitalaria (Equipo de Salud Mental de Área).

### 2.4. Funciones de los Profesionales

#### a) Funciones del Médico-Psiquiatra

- Atención especializada los pacientes hospitalizados.
- Indicación de la necesidad de hospitalización.
- Derivación de pacientes a otros especialistas.
- Indicación de alta y elaboración del informe de alta, con derivación al C.S.M.
- Atención a urgencias y realización de guardias.
- Interconsulta y psiquiatría de enlace.
- Participación en Sesiones Clínicas.
- Participación en programas de docencia e investigación.
- Participación en programas de formación.
- Responsabilidad de los registros psiquiátricos.
- Colaboración en la elaboración de los indicadores asistenciales, estadísticos, memoria anual...

#### b) Funciones del Psicólogo:

Las funciones del psicólogo se inscriben al conjunto de las marcadas para la unidad y en el trabajo multidisciplinario.

- 1.- Atención especializada a los pacientes ingresados en la unidad, realizada a través de la evaluación psicológica: estudio o análisis de variables conductuales, cognitivas, emocionales y ambientales del paciente a través de entrevistas y/o pruebas psicológicas.
  - Pruebas psicométricas.
  - Pruebas proyectivas.
  - Pruebas neuropsicológicas, de deterioro, etc., así como la identificación y valoración de los factores de riesgo de los pacientes ingresados.
- 2.- Tratamiento: Dada la corta estancia de los pacientes en la Unidad Hospitalaria este tipo de intervención sería a través de técnicas de psicoterapia breve y de apoyo, obedeciendo a un programa diagnóstico y/o terapéutico estimado y tendrá una duración limitada. Los tratamientos psicológicos se realizarán tanto a nivel grupal como individual.
- 3.- Realización de informes psicológicos.
- 4.- Preparación y evaluación de programas terapéuticos específicos para el abordaje de problemas detectados, y en función de las distintas patologías presentadas en los pacientes ingresados.
  - Programas terapéuticos para pacientes depresivos.
  - Programas terapéuticos enfocados a aspectos regresivos, de desresponsabilización y pérdida de autonomía.
  - Programas terapéuticos enfocados a facilitar y restablecer las capacidades de relación.

## UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN...

- Protocolos dirigidos a la actuación del personal de enfermería dependiendo de la patología presentada por el paciente.
- 5.- Intervención a nivel familiar de los pacientes ingresados con el fin de evitar conductas disfuncionales y para hacer frente a situaciones de conflicto.
  - 6.- Organización y supervisión de la Terapia Ocupacional, con el fin de planificar tareas a realizar con el paciente en función de su patología psíquica.
  - 7.- La interconsulta hospitalaria: La intervención psicológica se dirige a la atención tanto de los problemas psicológicos y emocionales de los enfermos hospitalizados en otros servicios, como a mejorar la calidad de las relaciones personal sanitario-enfermo, que se establecen en el Centro.
  - 8.- Participación en las reuniones del Equipo Asistencial.
  - 9.- Participación en las Sesiones Clínicas de la Unidad y aquellas que se fijan en colaboración con otros equipos.
  - 10.- Función docente.
  - 11.- Función de investigación

### c) Función del Personal de Enfermería

El personal de enfermería, además de realizar las funciones propias de una Unidad de Hospitalización General, deberá realizar una serie de actividades encaminadas a fomentar el autocuidado y la autosuficiencia del paciente. Así como realizar actividades complementarias con una función terapéutica (Expresión plástica, lectura y comentario de prensa en grupo, relajación en grupo, etc...). También se deberán organizar actividades de tipo lúdico (juegos de mesa, paseo paseos por jardines, etc...).

El trabajo de enfermería debe estar enfocado a la realización y aplicación de planes de cuidados al paciente. Cada Unidad debe disponer como mínimo de los siguientes Planes de Cuidados.

- \* Plan de cuidados del paciente psicótico.
- \* Plan de cuidados del paciente depresivo.
- \* Plan de cuidados del paciente anoréxico.

Estos serán considerados como indicadores de calidad en Enfermería Psiquiátrica.

Cada Unidad dispondrá de un libro o archivador, donde quedarán recogidos los protocolos de técnicas y procedimientos de enfermería. Estará claramente descrita la secuencia de trabajo del personal de enfermería.

Los Protocolos de Enfermería mínimos de que debe disponer una Unidad de hospitalización Psiquiátrica son:

- Ingreso del paciente.
- Alta del paciente.
- Contención mecánica.
- Terapia electroconvulsiva (si dispone).
- Riesgo autolítico.

Estos serán considerados como indicadores de calidad en Enfermería Psiquiátrica.

### d) Funciones del Trabajador Social

- Realización de la Historia Social del paciente.
- Atención directa de casos a demanda del usuario
- Información y orientación de casos a los Servicios Sociales comunitarios.
- Tramitar la localización de familiares.
- Tramitación de ayudas, residencias, etc.
- Intervención a nivel social y/o familiar del paciente en casos puntuales.

### 2.5. Organización Funcional

#### a) Aspectos generales

Existirá en cada Unidad un plan escrito que recoja los procedimientos de actuación y la organización necesaria para llevar a cabo los objetivos y fines de la Unidad.

La unidad deberá contar con un organigrama con delimitación claramente explicitada de las funciones y responsabilidades de cada uno de los profesionales que lo conformen.

Existirá una normativa escrita para asegurar que la información generada por los pacientes sea confidencial, y por otra parte, fácilmente accesible a los miembros del equipo profesional.

Deberá existir una normativa de funcionamiento que recoja las actividades institucionales de la Unidad y la distribución temporal de las actividades de los distintos profesionales.

Deberán estar establecidos, de forma explícita, las relaciones con los centros de referencia, tanto ambulatorios como hospitalarios, y tanto asistenciales como de rehabilitación.

Deberán estar institucionalizados los canales de comunicación con todos los centros y dispositivos mencionados.

Deberán estar protocolizadas las relaciones de la Unidad con todos los Centros y dispositivos de Salud Mental del Área.

#### b) Programas de intervención. Protocolización

La unidad deberá contar con un plan escrito, donde se especifiquen los programas y actividades asistenciales a realizar, así como, en su caso, los protocolos establecidos para los mismos. Dicho plan deberá asegurar la continuidad de la asistencia al paciente, así como la coordinación entre los diversos profesionales que participen en la misma.

Deberá existir unos criterios de atención en la Unidad, que serán explícitos y concretos.

Deberá contarse con un criterio de prioridad en la admisión de pacientes, que permita establecer la lista de espera y las excepciones a tener en cuenta (orden de prioridades).

Debe existir un manual de procedimiento que detalle la distribución del tiempo y los procedimientos a seguir con el paciente ingresado en la Unidad desde el momento de su admisión.

La documentación clínica deberá ser individual por paciente, conteniendo necesariamente la evaluación del caso, el diagnóstico según alguna clasificación normalizada, el plan terapéutico y las correspondientes hojas de evaluación.



## UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN...

La documentación del paciente también deberá incluir informe psicológico e informe social.

Los tratamientos biológicos (psicofármacos, TEC) deben estar protocolizados. También deberán protocolizarse las intervenciones psicoterapéuticas y las actividades de terapia ocupacional y de rehabilitación básica, llevadas a cabo en la Unidad.

El alta o derivación a otros servicios asistenciales, deberá ir acompañada del correspondiente informe de alta. Deberán establecerse con carácter general unos contenidos de alta.

Debido a las características propias de estas Unidades, deben estar claramente descritas las variaciones en las normas generales de funcionamiento del hospital. (Pase de familiares, horario de información médica, visitas y teléfono, etc...).

Todas las Unidades dispondrán de una Hoja de Información a familiares, que se les entregará en el momento del ingreso del paciente, en la que debe constar:

- Número de habitación del paciente.
- Nombre del médico responsable.
- Nombre del Supervisor de la Unidad.
- Horario de visitas y teléfono.
- Número de teléfono de la Unidad.
- Horario de información médica.
- Ropa y enseres necesarios para la estancia del paciente en la Unidad.
- Normas de seguridad que deben tener en cuenta los familiares.

La Unidad deberá disponer de las medidas necesarias para que los pacientes puedan tener acceso a patios y jardines dentro del recinto del Hospital.

Los ingresos se realizarán según establece la legislación correspondiente y podrán ser:

- Voluntarios.
- Involuntarios con Autorización Judicial.
- Urgencia, por indicación médica.
- Con Orden Judicial, para evaluación y tratamiento.

En el tercer caso, el ingreso debe ser comunicado al Juzgado en un plazo no superior a 24 horas. Igualmente, excepto en el primer supuesto, se deberá comunicar el alta y/o la baja en el mismo plazo de tiempo. Deberá existir un documento específico para cada tipo de comunicación.

En la forma de ejecución, los ingresos podrán ser programados o de urgencia. En el primer caso la indicación deberá hacerse por un psiquiatra del Centro de Salud Mental, debiendo protocolizarse el procedimiento de derivación a la U.P.H. (Unidad Psiquiatría Hospitalaria).

### **3. UNIDAD DE INTERCONSULTA...**

### **3. UNIDAD DE INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA (U.I.P.)**

Denominamos Unidad de Interconsulta Psiquiátrica (U.I.P.) a aquella unidad del Servicio de Psiquiatría de un Hospital General, cuyas actividades y funciones están orientadas hacia el resto de la institución.

Resulta un servicio fundamental para conseguir una integración de la atención psiquiátrica y psicológica en un marco de salud general.

El campo de actuación es la problemática psiquiátrica de los pacientes ingresados en áreas médicas o quirúrgicas de la institución, y el modelo operativo está constituido por la situación triangular que incluye al paciente, al médico que solicita la consulta y al equipo psiquiátrico consultor.

En aquellos hospitales que dispongan de unidades de internamiento psiquiátrico específicas, deberán contar con el apoyo de un psiquiatra que se responsabilizara de la atención a las interconsultas psiquiátricas que se generen en los pacientes hospitalizados por otras causas no psiquiátricas y que sirva de asesoramiento a los servicios de urgencia de dichos hospitales.

La dotación de personal de la Unidad de Interconsulta, dependerá del número de camas no psiquiátricas del hospital, siendo recomendable un psiquiatra y un psicólogo por cada 250 camas. Formarán parte del equipo uno o más residentes.

### 3.1. Objetivos y Funciones

#### a) Psiquiatría de Enlace

Colaboración, compartiendo responsabilidades con equipos médicos o quirúrgicos de unidades en las que se presentan, a menudo, problemas psicológicos importantes, acompañando a trastornos somáticos graves o que requieren tratamiento ininterrumpido (UCI, Unidad Coronaria, Diálisis, Oncología, Unidad de Quemados, etc...).

La intervención del equipo psiquiátrico irá dirigida a facilitar la aceptación de la enfermedad, disminuir la angustia y, en definitiva, fomentar todas aquellas actitudes que incidan favorablemente en la evolución y en una respuesta terapéutica positiva.

#### b) Interconsulta

La función del equipo psiquiátrico consultor debe ser asistencial y docente.

Entre las posibilidades asistenciales figuran:

- Valoración clínica, especialmente diagnóstico diferencial y tratamiento de patología psiquiátrica concomitante con enfermedades somáticas, trastornos mentales orgánicos, trastornos funcionales, etc...
- Intervención sobre la situación cuando, por la actitud del enfermo, se perturba el ambiente terapéutico.

Desde el punto de vista docente, el objetivo fundamental de la consulta debe orientarse a ayudar al equipo facultativo que consulta, a comprender los factores psíquicos del enfermo y a potenciar sus posibilidades terapéuticas.

### **3.2. El Proceso de la Consulta Psiquiátrica**

Consta esencialmente de.

- a) Petición de consulta por parte del médico.
- b) Valoración psiquiátrica del paciente.
- c) Comunicación de los hallazgos y recomendaciones terapéuticas.

#### a) Petición de consulta

Va a depender, además, de la patología que presente el paciente, de las actitudes del médico frente a la psiquiatría y de la imagen y eficacia del equipo consultor. Es fundamental discriminar las motivaciones manifiestas y latentes de la petición de consulta.

#### b) Valoración psiquiátrica del paciente

La valoración psiquiátrica del paciente debe englobar:

- La valoración clínica (exploración psicopatológica, revisión de la historia clínica, examen físico y hallazgos patológicos), que nos conduzca a un diagnóstico sindrómico.
- Antecedentes psiquiátricos, personalidad previa, conductas biográficas coincidentes con el comienzo de la enfermedad, estado de salud habitual.
- Actitud y conducta frente a la enfermedad.
- Análisis de la relación médico consultor-paciente, para lo cual es fundamental la comunicación verbal con el médico, que nos orientará acerca de las dificultades y problemas surgidos en la relación médico-enfermo.



c) Informe Psiquiátrico

Al final de la consulta, se elabora un informe escrito para incluirlo en la historia clínica del paciente. El informe escrito no debe sustituir nunca la comunicación verbal entre el equipo de Psiquiatría y los médicos consultantes, eligiéndose esta vía de comunicación para señalar y aclarar las dificultades en la relación médico-enfermo o del paciente con el equipo de enfermería, así como las orientaciones terapéuticas dirigidas a resolver estos problemas.

El informe escrito debe cumplir las siguientes normas:

- Redacción concisa, clara y concreta.
- Exento de tecnicismos y de terminología excesivamente profesional.
- Organizado en forma ordenada, desde el motivo de consulta a las propuestas específicas.
- Contestar a las cuestiones específicas planteadas por el médico no psiquiatra.
- Destacar datos y hallazgos significativos y evitar las formulaciones especulativas.
- Servir de guía para el tratamiento, con recomendaciones bien definidas y al alcance del médico.

## **4. HOSPITALIZACIÓN...**

### 4. HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL DE 0 A 15 AÑOS

En la psicopatología infanto-juvenil existen cuadros clínicos con la suficiente gravedad psíquica para el niño y la familia y que no pueden ser atendidos desde el nivel ambulatorio, por carecer éste de medios adecuados para el diagnóstico y/o abordaje terapéutico de estos casos.

Después de más de 10 años de funcionamiento, las unidades de salud mental infanto-juvenil de la Región de Murcia, especializadas en el tratamiento de esta población constatan la carencia de camas hospitalarias para el abordaje de esta problemática y de personal especializado en salud mental infanto-juvenil en el medio hospitalario produciéndose una dispersión y confusión con la aparición de unas prácticas puntuales de tratamiento en lugar de una atención coordinada y continuada a esta población.

#### 4.1. Objetivo de la Hospitalización en Niños

Conseguir una atención integrada en el tratamiento de la salud mental infanto-juvenil de la Región de Murcia, en la cual la hospitalización formaría parte del conjunto de dispositivos asistenciales necesarios para la observación, exploración, tratamiento y contención de la problemática que presenta el joven, generalmente grave y de la cual pueda beneficiarse.

#### 4.2. Justificación

Desde esta perspectiva surge la necesidad de la creación y puesta en marcha de una Unidad de Hospitalización infanto-juvenil de 0 a 15 años en un Hospital General de nuestra Región.

Las unidades de ingreso en Hospitales Generales para la población infanto-juvenil, se crean con unas indicaciones y objetivos terapéuticos distintos a los de otras instituciones y tratamiento residenciales psiquiátricos. Supone la posibilidad de aunar el trabajo de psiquiatras, médicos de otras especialidades, psicólogos, trabajadores sociales y maestros en su caso, así como la utilización de exploraciones complementarias y tecnologías diagnósticas avanzadas necesarias en ciertos trastornos mentales. Facilitando el tratamiento y la observación de los resultados, así como la evolución en diversos cuadros en los que los cuidados domiciliarios harían más difícil la necesaria estrecha colaboración del equipo y la familia o dificultaría el manejo del paciente.

#### **4.3. Criterios de Hospitalización Infanto-Juvenil**

Consideramos que la hospitalización infanto-juvenil debe evitarse en lo posible, pero existen casos en los que se hace necesaria su utilización. Los criterios que los profesionales especializados en el tratamiento de esta población sugieren para la hospitalización infanto-juvenil son los siguientes:

1. En aquellos casos que presentan una psicopatología grave que atenta peligro contra su propia vida o la de los demás (intento de autolisis, anorexia, problemas graves de conducta, etc ...)
2. En aquellos casos en los que esta población precise que se puede beneficiar de la observación continuada, exploraciones complementarias y tratamiento hospitalario.
3. Cuando la familia presenta una desestructuración importante y no puede contener ni afrontar la problemática que presenta el niño, impidiendo su colaboración en el tratamiento.

#### **4.4. Características de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil**

La ubicación de esta unidad deberá estar en un Hospital General con servicio de pediatría y psiquiatría, y tener asegurada los espacios, instalaciones, equipos y suministros para llevar a cabo las funciones necesarias en la hospitalización infanto-juvenil dentro del sistema general de funcionamiento del Hospital en el que se encuentre ubicado.

##### a) Espacio

Dentro del Hospital, la ubicación de las camas será en el servicio de pediatría o psiquiatría (dependiendo de la edad del paciente y la estructuración de los servicios).

Además de contar con las dependencias propias de una unidad de hospitalización general, debería de contar con espacios específicos para poder desarrollar tratamiento y garantizar una estancia del niño o joven lo menos traumática posible. Estos espacios específicos serían: Sala de estar (juegos, T.V.), sala educativa, sala para tratamientos psicoterapéuticos individuales, familiares y de grupo.

##### b) Personal

Una condición indispensable para el buen funcionamiento de esta Unidad es que el personal que la atiende esté especializado en salud mental infanto-juvenil. Este personal estará adscrito al servicio de psiquiatría del hospital.

Además de este equipo específico, intervendrían también los recursos humanos que tuviera el hospital (trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares de clínica, etc, ...).

### Propuesta recomendada para la hospitalización infanto-juvenil en la Región de Murcia

Es una estimación realizada a través de las hospitalizaciones indicadas desde las distintas unidades de salud mental infanto-juvenil en la Región. Se calcula que aproximadamente se precisaría en torno a los 40-50 ingresos anuales de casos muy graves, que superan su atención en los servicios ambulatorios y que puedan beneficiarse del tratamiento hospitalario.

Por tanto, la propuesta de esta Unidad de Hospitalización sería que su ubicación se realizara en el Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que en él existe un servicio de psiquiatría y un hospital materno-infantil.

El personal por el que debe estar atendida esta Unidad deberá estar formado por un Equipo profesional básico de: 1 Psiquiatra infanto-juvenil y 1 Psicólogo infanto-juvenil, dependiendo del Servicio de Psiquiatría.

Las funciones a desarrollar por este equipo serían las siguientes:

- Atención a pacientes psiquiátricos entre 0 a 15 años inclusive que sean ingresados.
- Interconsultas con otros servicios hospitalarios.
- Coordinación con los profesionales de los Centros de Salud Mental, (Unidades de infanto-juvenil) de aquellos casos que sean ingresados.
- Atención psiquiátrica y psicológica a niños y jóvenes hospitalizados por enfermedades somáticas o intervenciones quirúrgicas graves.

## **5. UNIDAD DE DESINTOXIC...**

## **5. UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH)**

### **Introducción**

En el conjunto de las necesidades fundamentales incluidas en el Plan Nacional sobre Drogas, y en particular en el Plan Regional de Drogodependencias, uno de los aspectos básicos es la oferta de una atención terapéutica diversificada, la cual se realiza a través de los diferentes servicios asistenciales (Centros de Atención a Drogodependientes –CAD–, Unidad de Tratamiento con Opiáceos –UTO–, etc.).

Articulado entre esos dispositivos y absolutamente coordinado con ellos, una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), está concebida como una unidad ubicada en un centro de máxima calidad asistencial, para el ingreso programado de enfermos dependientes a distintas drogas, para su desintoxicación, así como para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades orgánicas y psíquicas asociadas. Además, desde la UDH se atenderán a los pacientes drogodependientes ingresados en el hospital por otros motivos médico-quirúrgicos, pudiendo en caso necesario programarse una desintoxicación.

### **5.1. Objetivos y fines**

Los objetivos de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, deberán englobarse dentro de los objetivos y modelos de actuación generales del Plan Autonómico sobre Drogas, del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, y de acuerdo con las directrices dadas por la Ley General de Sanidad y el Plan Nacional sobre Drogas, debiendo estar definidos explícitamente, teniendo en cuenta la adecuación de los mismos al dimensionamiento de dicha unidad.

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, deben ser de corta estancia, no superando su estancia media, en líneas generales, los 10 días.

Deben atender a pacientes derivados por los Centros de Atención a Drogodependencias (CAD) y/o Centros de Salud Mental (CSM) que no puedan ser desintoxicados de forma ambulatoria y cuando la hospitalización reporte mayores beneficios terapéuticos.

Atenderán en régimen de internamiento, con atención las 24 horas del día, a todos los pacientes que cumpliendo los criterios de derivación establecidos, le son remitidos desde los CAD, debiendo cubrir el diagnóstico, tratamiento, así como la atención a la salud general pertinente, y en su caso los cuidados intensivos propios del proceso de desintoxicación.

Debe existir una coordinación con el resto de recursos de drogodependencias, constituyendo con ellos el circuito asistencial de su área de referencia, estableciéndose las conexiones funcionales necesarias con los dispositivos asistenciales ambulatorios del área, así como con los dispositivos de rehabilitación, tanto en cuanto a la recepción de pacientes, como el alta o remisión de los mismos.

La atención a los pacientes drogodependientes en un centro hospitalario por parte de la UDH, no se limita exclusivamente a la atención dentro de la propia Unidad, asumiendo también las interconsultas que se generen en los demás servicios médico-quirúrgicos del Hospital.

**5.2. Objetivos Específicos**

1. Alejamiento del medio.
2. Atención terapéutica continuada.
3. Tratamiento farmacológico de la dependencia física.
4. Diagnóstico y tratamiento de patología orgánica, si la hubiese.
5. Estudio de los factores psicológicos y sociales que pueden incidir en el consumo de drogas.(Tienen frecuentemente carácter pronóstico).
6. Iniciar cambios conductuales para implantar nuevos hábitos.
7. Preventivo para disminuir morbimortalidad: sobredosis, enfermedades infecciosas, patología orgánica, etc.
8. Mejorar el nivel de información sobre toxicomanías y sus complicaciones, motivando a los pacientes para que abandonen las drogas, o al menos para que los periodos de abstinencia sean mayores y las dosis mas bajas, así como para mejorar los hábitos higiénico-sanitarios, previniendo en lo posible, enfermedades asociadas. Ingresar para desintoxicar, puede evitar ingresos posteriores por patología infecciosa u orgánica.
9. Docencia, contribuyendo a la formación y sensibilización de los futuros médicos, psicólogos y enfermeros, así como a la formación continuada de estos profesionales.
10. Investigación. En todos los campos (médico, psicológico, enfermería), y en diferentes facetas: valoración de la relación coste/beneficio/eficacia, características de la población que se beneficia de la Unidad, efectos de los tratamientos, epidemiología de las diferentes drogadicciones...

**5.3. Organización Sanitaria**

La UDH se localiza en el recinto hospitalario y depende jerárquicamente del Servicio de Psiquiatría de dicho hospital. Está integrada en la red asistencial de Salud Mental en coordinación con el resto de centros y servicios de la misma.

Quedará sometida a las directrices de funcionamiento, evaluación, vigilancia, control y reglamentación establecidos por el Servicio Murciano de Salud.

Prestará la asistencia en régimen de hospitalización las 24 horas del día, a la población de los sectores o áreas que se determinen sin otras limitaciones que las establecidas legalmente, cumpliendo los programas y obligaciones encomendadas por las autoridades sanitarias correspondientes.



## UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN...

La UDH estará organizada como una Sección, dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital, debiendo cumplir los objetivos que anualmente señale la Dirección en sus aspectos asistenciales, docentes, económicos y administrativos.

La UDH tendrá un responsable médico encargado de la misma, que se reunirá periódicamente con el resto de responsables de los demás dispositivos, con el objetivo de analizar, organizar, planificar y evaluar las intervenciones.

Los pacientes para desintoxicación, no llegarán directamente a la UDH, salvo excepciones por especificar, sino que serán los CAD/CSM los encargados de decidir qué pacientes deben realizar la desintoxicación a nivel hospitalario. El responsable del paciente, previo contacto telefónico con el equipo de la UDH, enviará al paciente con un informe, el día acordado para su ingreso.

Llegado el paciente a la UDH, será recibido por el Psiquiatra, Internista y enfermero de la UDH, firmándose el contrato terapéutico. Le será recogida la ropa, siendo revisada al igual que el resto de sus pertenencias. Posteriormente se pasará a hacer una revisión médica y se dispondrá la pauta de desintoxicación para ese día.

A partir de ese momento, el paciente se integra en la dinámica general de la UDH, siempre y cuando no existan causas que justifiquen su retraso temporal.

La medicación propia de la desintoxicación será preparada y administrada en formato no estandarizado, con el fin de que no sea reconocida por el paciente. Esta medicación se tomará siempre en presencia del personal de enfermería.

La sala de medicación permanecerá siempre cerrada, excepto cuando se prepare la medicación o se necesite algún material. Así mismo permanecerán cerradas puertas y ventanas, y el acceso a la Unidad será controlado y limitado por el personal de la Unidad.

El paciente será sometido a control analítico de drogas en orina, además de otros estudios que se consideren oportunos para la valoración de posible patología asociada.

Al finalizar el tratamiento de desintoxicación, se realizará un informe completo de su ingreso en la UDH, siendo remitido al CAD de procedencia.

### 5.4. Criterios de Ingreso en la UDH

1. Edad mínima 14 años.
2. Ingreso voluntario.
3. Ingreso programado. Se desaconseja formalmente el ingreso de pacientes no programados a través del área de urgencias o derivados de otros centros hospitalarios u otras instituciones no coordinadas.
4. Incorporación a un programa de deshabituación, antes de realizar el ingreso, que ofrezca las garantías necesarias para después de la desintoxicación. En ocasiones aisladas, se aceptará el ingreso en pacientes que requieran desintoxicación urgente, aun cuando no continúen después tratamiento ambulatorio.
5. Haber realizado previamente algún tratamiento de desintoxicación ambulatoria, salvo:
  - Existencia de dependencia o abuso a varias drogas.
  - Consumo de altas dosis, que dificulte el tratamiento ambulatorio.
  - Falta de soporte familiar.
  - Fase previa al inicio de tratamiento con antagonistas(Naltrexona).
  - Síndrome de abstinencia en gestantes.
  - Falta de soporte social (Degradación social).
  - Fracaso de modalidades anteriores de desintoxicación.
6. Ausencia de psicopatología grave. \*
7. Ausencia de patología orgánica grave. \*
8. Capacidad de adaptación al régimen de funcionamiento hospitalario.
9. Aceptación y firma del contrato terapéutico.

\* Observaciones: La UDH es con frecuencia el último recurso para el toxicómano, lo cual implica, al estar ubicada en un Hospital General, que se deben asumir ocasionalmente pacientes que en un principio no serían aceptables según protocolos.

Los pacientes con patología psíquica y/u orgánica grave, serán ingresados en plantas de psiquiatría o de medicina interna. (Sobredosis graves, hepatitis vírica aguda complicada, endocarditis, abdomen agudo, alteraciones psiquiátricas del tipo ideación suicida u homicida o estado mental muy desorganizado, SAO en embarazadas,...).

### 5.5. Características Físicas y Estructurales

La UDH estará ubicada en un Hospital General, de acuerdo con los criterios del Plan Nacional sobre Drogas, de potenciar las redes de asistencia general, no creando redes paralelas que dupliquen servicios.

Dadas las características de los pacientes a los cuales está destinada la asistencia, esta unidad estará aislada del resto de servicios.

El número de camas oscilará desde un mínimo de 6 y un máximo de 12, dependiendo de la amplitud del área sanitaria a la que se oferte cobertura, así como de la disponibilidad de espacio y personal especializado.

Como regla general, la UDH debe cubrir el ratio de 1 cama por cada 50.000 habitantes para asistencia a dependencia a alcohol, y 1 cama para cada 200.000 habitantes para atención a otras adicciones.

Su distribución interna podría ser la siguiente:

- De 3 a 6 habitaciones de dos camas, con baño completo en cada una.
- Una sala de estar para los pacientes.
- Un comedor.
- Una sala para grupos y terapias ocupacionales.
- Tres despachos para consultas de medicina, psicología y enfermería.
- Servicio higiénico para el personal.
- Una habitación polivalente para almacén y material diverso.
- De manera opcional, si es posible, terraza o espacio al aire libre.

### 5.6. Personal

- 1 Psiquiatra. \*
- 1 Médico Internista, especializado en drogodependencias.
- 1 Psicólogo.
- 5 ATS/DUE por cada 6 camas.
- 5 Auxiliares de enfermería.
- 1 Trabajador Social a tiempo parcial. \*
- 1 Auxiliar Administrativo a tiempo parcial. \*

\* En caso preciso, este personal puede ser compartido con la UPH.

## **6. UNIDAD DE TRASTORNOS...**

## **6. UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (U.T.A.)**

La patología de la conducta alimentaria ha experimentado en las últimas décadas un incremento significativo de casos; el aumento de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, la demonización de determinados colectivos, la omnipresencia en los medios de comunicación han creado una importante presión social con respecto al tratamiento de estos problemas. Por otro lado, incluso dentro de la profesión médica, existe un "rechazo" hacia estas pacientes, una incompreensión de la patología y hasta hace relativamente poco tiempo una seria duda sobre que profesionales debían tratar estas enfermedades: psiquiatras, endocrinos, pediatras, etc... Para los psiquiatras a veces resulta difícil ingresar a una chica preadolescente con un trastorno de la conducta alimentaria en una unidad de agudos, donde conviven diversas patologías; esta situación se plantea también en las familias.

De este conjunto de factores arranca la necesidad de crear unidades específicas de tratamiento para los trastornos alimentarios (UTA).

Las unidades deben ser multidisciplinarias. La consideración universal de estos trastornos como enfermedades psiquiátricas hace que esta especialidad coordine el plan terapéutico, pero se hace imprescindible la participación de otras especialidades sanitarias: psicólogos, internistas, endocrinólogos, pediatras, ginecólogos y dietistas.

Es el psiquiatra el que indica la ubicación del paciente dentro del plan terapéutico general (hospitalización total, parcial o tratamiento ambulatorio), marca los objetivos terapéuticos en cuanto a intervención psicológica y nutricional y consulta con las demás especialidades.

### **6.1. Organización Sanitaria**

La U.T.A., se localiza en el recinto hospitalario, ubicada en un área de acceso restringido, y a ser posible en unidades de psiquiatría, dependiendo jerárquicamente del Servicio de Psiquiatría de dicho hospital. Está integrada en la red asistencial de Salud Mental en coordinación con el resto de centros y servicios de la misma.

Quedará sometida a las directrices de funcionamiento, evaluación, vigilancia, control y reglamentación establecidos por el Servicio Murciano de Salud.

Prestará una asistencia en régimen de hospitalización a la población de los sectores o áreas que se determinen sin otras limitaciones que las establecidas legalmente, cumpliendo los programas y obligaciones encomendadas por las autoridades sanitarias correspondientes.

## **6.2. Criterios Asistenciales**

Los pacientes vendrán remitidos desde su Centro de Salud Mental correspondiente, donde el psiquiatra habrá hecho una primera valoración y diagnosticado al paciente. Otra vía de acceso a la unidad resultará de consultas realizadas desde otros servicios, bien pacientes ingresados en ellos o pacientes que consultan por otros motivos pero el diagnóstico de sospecha sea el de un trastorno de la alimentación, así como desde Hospital de Día.

### **Evaluación**

Una vez que el paciente accede a la Unidad deberá ser evaluado. Las recomendaciones de la American Psychiatric Association ( AmJ Psy, 150:2, Feb 1993 ) recogen que debe realizarse una valoración multidimensional:

#### 1. HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Donde conste:

- Datos de filiación.
- Antecedentes personales.
- Motivo de consulta.
- Historia de la enfermedad ( signos y síntomas del TA ).
- Datos antropométricos.
- Exploración psicopatológica.
- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.
- Historia personal. Patobiografía.
- Historia familiar.

#### 2. HISTORIA NUTRICIONAL

Se deberá valorar el estado nutricional actual del paciente, conocer los hábitos dietéticos actuales y previos al trastorno del paciente, conocer las conductas relacionadas con la alimentación y en función de estos datos establecer cuál será el método más adecuado para la realimentación. Aspectos a recoger:

- Hábito alimentario. tipo y selección de alimentos, conducta alimentaria.
- Cambios en el apetito.
- Cambios en el peso corporal.
- Uso de medicaciones: orexígenos, anorexígenos, diuréticos, laxantes, etc.
- Patología previa gastrointestinal o alérgica.

### 3. VALORACIÓN DEL ESTADO FÍSICO

La valoración del estado orgánico resultará de una observación directa del paciente así como de una serie de parámetros físicos y analíticos.

- 3.1. Datos básicos: Talla, Peso, T.A, Tº, FC y Fresp.
- 3.2. Medidas antropométricas  
Índice de Masa Corporal: Peso ( KG.) / Talla 2 ( mts. )  
Pliegue tricipital  
Contorno del brazo  
Medición de transferrina plasmática
- 3.3. Exploraciones de laboratorio: sangre  
Hemograma, Glucemia, Ionograma, Urea, Aclaramiento de creatinina, Calcio, Fosforo, Magnesio, Proteinograma, VSG, Colesterol, Triglicéridos, AST, ALT, gGT, LDH, GH, FSH, LH, Estradiol, T3, T4, TSH.
- 3.4. Exploraciones complementarias: orina  
Anormales y sedimentos
- 3.5. Otras exploraciones:  
ECG, Rx tórax, TAC, Densitometría ósea, Esofagogastroscoopia

### 4. VALORACIÓN PSICOLÓGICA. PSICODIAGNÓSTICO.

- 4.1. Escalas de conducta alimentaria:  
*Eating attitudes test, "EAT" (Garner y Garfinkel, 1979)*  
Cuestionario autoaplicado que permite medir sintomatología anoréctica, existe una alta correlación entre puntuaciones superiores a 30 y el diagnóstico clínico de anorexia nerviosa.  
*Eating Disorder Inventory, "EDI" (Garner et al., 1983)*  
Cuestionario autoaplicado que permite evaluar rasgos psicológicos y conductuales propios de pacientes anoréxicos y bulímicos.  
*Anorexia Behaviour Scale, "ECA" (Slade, 1973)*  
Cuestionario utilizado para valorar conductas anormales sobre alimentación, figura y peso. Aplicado por el personal de enfermería.  
*Anoretic Behaviour Observation Scale for Parents "ABOS" (Vandereycken, 1972)*  
Cuestionario autoaplicado para padres, cónyuges o familiares que valora conductas alimentarias anormales.  
*Test de Edimburgo, "BITE" (Henderson et al., 1987)*  
Cuestionario autoaplicado que permite detectar sintomatología bulímica. Contiene dos subescalas, una de síntomas y otra de severidad.
- 4.2. Escalas de Inteligencia: Wais, Raven, D.70.

- 4.3. Escalas psicopatológicas y de personalidad.  
*Escalas de depresión : Beck, Hamilton, Montgomery*  
*Escalas de ansiedad : Hamilton, STAI*  
*Test de personalidad: Cuestionario de Catell (16PF), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II)*
- 4.4. Escalas familiares  
*Family Environment Scale de Moos y Moos.*  
Valora tres dimensiones dentro de las familias: Relaciones (Cohesión, Expresividad y Conflicto), Desarrollo (Autonomía, Actuación, Intelectual, Moralidad y Social y Estabilidad (Organización y Control .

### 5. DIAGNÓSTICO

Utilizando criterios diagnósticos DSM-IV o CIE-10.

Según el diagnóstico al que se llegue: Anorexia nerviosa (AN); Bulimia nerviosa (BN) o Trastorno Alimentario No Especificado (TANE) se seguirá un algoritmo terapéutico.

### **6.3. Tratamiento Ambulatorio u Hospitalización Parcial**

El tratamiento será ambulatorio si:

1. Pacientes motivado y con conciencia de enfermedad.
2. Pacientes con buen apoyo sociofamiliar.
3. Peso no inferior al 75 % del peso ideal. sin pérdida progresiva de peso.
4. En caso de bulimia si esta no es complicada con abuso de alcohol o drogas, laxantes y no existe patología psiquiátrica grave asociada.

La Hospitalización parcial (régimen de comidas en hospital + laborterapia + psicoterapia de grupo + control de peso semanal) está indicada en pacientes anoréxicos con severas dificultades para la ganancia de peso a nivel ambulatorio y para la normalización de la dieta, así como para pacientes cronicados. Los Hospitales de día reducen ostensiblemente la duración de los ingresos hospitalarios ya que impiden que el paciente tenga pérdidas importantes de peso.

Los pacientes inician (si cumplen criterios) el tratamiento ambulatorio, si no se obtienen resultados pasarían a hospitalización parcial y si tampoco hay resultados a hospitalización total. AL recibir el alta de hospitalización total pasarían de nuevo a hospitalización parcial y de aquí al recibir el alta a un programa de seguimiento en consultas externas hasta el alta definitiva.



#### **6.4. Unidad de Hospitalización**

##### *a) Criterios de hospitalización:*

Los criterios para un régimen de ingreso hospitalario en anorexia nerviosa son:

1. Desnutrición severa, pérdida de peso superior al 25 % del peso adecuado.
2. Alteraciones físicas importantes: alteraciones graves del equilibrio hidroelectrolítico, alteraciones graves en signos vitales, infecciones intercurrentes, etc.
3. Trastornos psiquiátricos graves asociados: depresión, suicidio.
4. Dinámica familiar tan alterada que imposibilite el tratamiento ambulatorio
5. Nula conciencia de enfermedad.
6. Fracaso del tratamiento ambulatorio.

Los criterios de hospitalización para bulimia nerviosa son:

1. Alteraciones orgánicas severas, sobre todo alteraciones hidroelectrolíticas.
2. Graves e irreductibles transgresiones dietéticas.
3. Presencia de depresiones graves, suicidio, o conductas adictivas asociadas.
4. Crisis familiar.
5. Fracaso del tratamiento ambulatorio.

##### *b) Objetivos:*

1. Recuperación ponderal.
2. Normalizar la conducta alimentaria.
3. Tratamiento de las complicaciones físicas asociadas.
4. Modificación de pensamientos, creencias y sentimientos disfuncionales.
5. Corrección de trastornos en la afectividad y en el comportamiento.
6. Apoyo familiar y normalización de las relaciones familiares.
7. Prevención de recaídas.

##### *c) Contrato terapéutico:*

La firma de un contrato terapéutico supone la aceptación por parte de la paciente o de sus familiares en caso de una minoría de edad del plan terapéutico diseñado para la paciente.

Este contrato debe recoger información sobre la enfermedad que padece, los riesgos que corre al no aceptar el tratamiento, qué medidas terapéuticas se van a adoptar, que riesgos suponen estas si los hay y que alternativas existen si este contrato no se cumpliera.

Dadas las características de la unidad de hospitalización ( aislamiento, presencia de cámaras de vigilancia, tratamientos contra la voluntad de la paciente, etc. ) debería administrarse un formulario de consentimiento informado donde aparecieran estas situaciones y que fuera aceptado tanto por la paciente como por su familia.

### d) *Tratamiento*

Se pueden considerar varias fases :

- FASE 1.** Orientada a la normalización física:  
Hidratación adecuada  
Normalización del peso con realimentación adecuada ( solo en anorexia ).  
Valoración y tratamiento de las alteraciones somáticas asociadas a la desnutrición o al descontrol alimentario y conductas purgativas.
- FASE 2.** Tratamiento de las alteraciones psicopatológicas:  
Observación y modificación de actitudes y conductas en torno a la alimentación.  
Psicoterapia individual.  
Tratamiento psicofarmacológico  
Terapia familiar
- FASE 3.** Reintroducción del paciente en su medio sociofamiliar.  
Reintegración a su ambiente habitual  
Apoyo psicoterapéutico.
- FASE 4.** Prevención de recaídas.  
Hospitalización parcial  
Programas de seguimiento

### e) *Características técnicas*

#### a) Personal

La U.T.A., contará con la siguiente plantilla (mínima), que conforma un equipo multidisciplinar:

- 1 psiquiatra
- 2 psicólogos
- 1 DUE (entrenados, por turno).
- 1 Aux. de enfermería (entrenados, por turno).
- Máximo apoyo de profesionales de Medicina Interna.

### b) Características estructurales

Anexa o incluida en la Unidad Psiquiátrica, (con una cierta independencia), se deberá contar con esta unidad, que tiene que cubrir las necesidades de toda el área sanitaria I (Murcia), debiendo servir de referencia a aquellos casos complicados de las restantes áreas sanitarias.

Está tipificada como estrictamente necesaria en el "Plan de Salud Mental de la Región de Murcia", tratándose de una patología psiquiátrica que implica una gravedad que puede llegar a provocar la muerte del paciente, y haciendo la salvedad de que no existe ninguna unidad de estas características en la Región.

Debe disponer como mínimo de 6 (seis) camas, distribuidas en habitaciones individuales y/o dobles y con características similares a las descritas en las de la unidad de hospitalización psiquiátrica. (el cuarto de baño debe tener la posibilidad de mantenerse cerrado)

La sala de estar, así como un pequeño comedor, deben de ser independientes a las dependencias reflejadas para la unidad psiquiátrica hospitalaria por el tipo de patología y el control máximo respecto a la alimentación de los pacientes.

Deberá contar, así mismo, con una pequeña sala para terapias grupales, y al menos con dos despachos-consultas, con peso, tallímetro y utensilios para medir pliegues y contornos.

## **7. HOSPITAL DE DÍA...**

### 7. HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO

Uno de los dispositivos asistenciales que surgen como alternativa a los Hospitales Psiquiátricos en el marco de la Reforma Psiquiátrica son los Hospitales de Día. Este dispositivo se ha ido configurando como una alternativa válida de "hospitalización parcial" complementaria a la hospitalización tradicional de 24 horas en las unidades de agudos de los hospitales generales.

#### 7.1. Definición del Hospital de Día Psiquiátrico

El Hospital de Día Psiquiátrico se define como un servicio de hospitalización parcial, de estancias breves y de tratamiento intensivo, que permite al paciente no desvincularse del entorno social al que pertenece, y que se configura como alternativa más económica frente a la hospitalización total de 24 horas.

El Hospital de Día se caracteriza por su adscripción a un marco hospitalario, donde se hace especial hincapié en los aspectos clínicos y terapéuticos como medida alternativa a la hospitalización total. Por el contrario, los Centros de Día se enmarcan dentro de los dispositivos de rehabilitación y reinserción socio-laboral propios de la psiquiatría comunitaria.

#### 7.2. Organización Sanitaria

El Hospital de Día Psiquiátrico se localiza en el recinto hospitalario y depende jerárquicamente del Servicio de Psiquiatría de dicho hospital. Está integrado en la red asistencial de Salud Mental en coordinación con el resto de centros y servicios de la misma.

Quedará sometido a las directrices de funcionamiento, evaluación, vigilancia, control y reglamentación establecidos por el Servicio Murciano de Salud.

Prestará una asistencia en régimen de hospitalización parcial a la población de los sectores o áreas que se determinen sin otras limitaciones que las establecidas legalmente, cumpliendo los programas y obligaciones encomendadas por las autoridades sanitarias correspondientes.

#### 7.3. Criterios Asistenciales

El Hospital de Día Psiquiátrico se constituye como un centro terapéutico en régimen de hospitalización parcial (varias horas al día y varios días a la semana) para estancias de corta duración y tratamientos intensivos (biológicos, psicoterapéuticos y socioterápicos) de enfermos psiquiátricos adultos de ambos sexos sin desinsertar al paciente de su medio habitual (generalmente situaciones subagudas).

El tiempo de estancia en el Hospital de Día se prevé necesariamente lo más limitado posible, debiendo reanudarse el tratamiento en cuanto sea posible en los Centros de Salud Mental de referencia.

## HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO

---

Los pacientes candidatos a este recurso asistencial sería todo paciente psiquiátrico que:

- a. Sea mayor de 16 años de edad.
- b. Cumplan unos criterios de ingreso previamente establecidos.
- c. Pueda mantenerse en su medio de procedencia (con un soporte familiar y/o social adecuado y suficiente).

Quedarían excluidos:

- a. Los menores de 16 años
- b. Los pacientes que requieran un tratamiento en régimen de hospitalización total (de 24 horas), cuya evaluación se realizaría en coordinación con el Centro de Salud Mental y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica correspondiente en función de:
  - Cuadros que exijan de unas técnicas diagnósticos y/o terapéuticas que precisen de hospitalización de 24 horas.
  - Dificultades de contención en régimen de hospitalización parcial (agitación, elevado riesgo de suicidio, ...).
  - Condiciones familiares y/o sociales que impidan el desarrollo normal del régimen de cuidados de hospitalización parcial.

El ingreso es programado y la indicación es responsabilidad del Centro de Salud Mental, que previamente atiende al paciente en régimen de consulta ambulatoria, y/o de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en colaboración con el personal responsable del Hospital de Día.

Todas las actividades asistenciales del dispositivo, así como los cauces de ingreso y alta del mismo deben estar debidamente protocolizados. De la misma forma, que deben ponerse en marcha todos aquellos mecanismos que permitan una adecuada evaluación de la actividad realizada.

### 7.4. Características Técnicas

#### a) Personal

El Hospital de Día Psiquiátrico contará con la siguiente plantilla (mínima), que conforma un equipo multidisciplinar bajo la responsabilidad de un coordinador:

- 1 Psiquiatra por cada 10 plazas.
- 1 Psicólogo
- 2 ATS/DUE
- 1 Trabajador Social
- 1 Terapeuta Ocupacional
- Personal auxiliar adecuado.

#### b) Características estructurales

El Hospital de Día debe contemplar una capacidad aproximada para 15-20 pacientes y debe disponer de:

- Sala de estar de los pacientes
- 1 ó 2 salas amplias para terapias ocupacionales
- Comedor con pequeña cocina anexa
- 4 despachos, uno de ellos para enfermería
- Sala de espera para familiares

## **8. UNIDAD DE MEDIA...**



**8. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA HOSPITALARIA.(UME)**

En psiquiatría existen cuadros clínicos con la suficiente gravedad psíquica, en los que a pesar de los tratamientos intensivos realizados en las Unidades de Corta Estancia, y que superando la fase aguda de su enfermedad (30 días como máximo), no pueden ser reintegrados a su contexto socio-familiar por presentar patología psiquiátrica activa susceptible de tratamiento institucional, y en consecuencia, se precisa de este tipo de unidades en las que los pacientes deberán seguir tratamiento en régimen de internamiento, con atención continuada durante las 24 horas del día..

Las unidades de media estancia son un recurso asistencial imprescindible en aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos de evolución habitualmente crónica y/o discapacitante, tales como esquizofrenias, trastornos maníaco-depresivos, depresiones graves recurrentes, trastornos neuróticos muy graves y trastornos graves de personalidad

Se crean con unas indicaciones y objetivos terapéuticos distintos a los de otras instituciones y tratamiento residenciales psiquiátricos (Unidades de Larga Estancia, dependientes de Servicios Sociales).

Suponen la posibilidad de aunar el trabajo de psiquiatras, médicos de otras especialidades, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, así como la utilización de todos los recursos de rehabilitación.

Se facilita el tratamiento y la evaluación de los resultados, así como la evolución en diversos procesos en los que el tratamiento domiciliario sería muy difícil o complejo, al no tener la necesaria colaboración del equipo y la familia, dificultando el manejo del paciente.

**8.1. Objetivos de la Unidad de Media Estancia**

Se dirigen a facilitar la transición entre la hospitalización y la integración en la comunidad, en la cual la hospitalización formaría parte del conjunto de dispositivos asistenciales necesarios para la observación, exploraciones, tratamientos y contención de la problemática que presenta , generalmente grave y de la cual pueda beneficiarse.

Facilitar la transición entre la hospitalización y la comunidad.

Preparar a los pacientes para opciones de vida y/o residencias más autónomas e independientes.

Facilitar y propiciar la reinserción social.

Propiciar la adquisición de habilidades necesarias para una vida mas autónoma.

### 8.2. Organización Sanitaria

La Unidad de Media Estancia Psiquiátrica se localiza en el Hospital Psiquiátrico y depende jerárquicamente del Director Médico de dicho hospital. Está integrada en la red asistencial de Salud Mental en coordinación con el resto de centros y servicios de la misma.

Quedará sometida a las directrices de funcionamiento, evaluación, vigilancia, control y reglamentación establecidos por el Servicio Murciano de Salud.

Prestará la asistencia en régimen de hospitalización de 24 horas al día a la población de los sectores o áreas que se determinen sin otras limitaciones que las establecidas legalmente, cumpliendo los programas y obligaciones encomendadas por las autoridades sanitarias correspondientes.

### 8.3. Criterios de Hospitalización

Los criterios sugeridos para este tipo de hospitalización son los siguientes:

1. Pacientes con trastorno mental severo, detectados en los centros de salud mental con un alto grado de patología socio-familiar (heteroagresividad, conductas desorganizadas, deficiente adhesión al tratamiento y/o al centro), con posibilidades a corto o medio plazo de ser derivados a otros recursos, y/o desde las unidades de corta estancia hospitalarias, superada la fase aguda de su enfermedad, siempre y cuando no puedan ser reintegrados por presentar patología psiquiátrica activa susceptible de tratamiento institucional.
2. Cuando la familia presenta una desestructuración importante y no puede contener ni afrontar la problemática que presenta el paciente, impidiendo su colaboración en el tratamiento.
3. Los pacientes que sean susceptibles de tratamiento e ingreso en este tipo de unidad, deberán de cumplir criterios básicamente clínicos, no por problemática exclusivamente social, y a modo de sugerencia, los ingresos se realizarían totalmente programados, regulándose dichos ingresos por una comisión compuesta por representantes de las UPHs, Director del H. Psiquiátrico, responsable de la UME, así como del servicio de rehabilitación.
4. El tiempo de estancia es variable, desde un mes hasta un máximo de un año, en cuyo caso, si persiste la necesidad de ingreso, se debería remitir al paciente a unidades de larga estancia (servicios sociales).
5. Se reservará el 10% de sus camas para estancias cortas, entre un fin de semana y un mes, con el propósito de atender urgencias o descansos familiares, separaciones preventivas del ambiente familiar con el objeto de evitar internamiento por abandono, y con el fin de aliviar la sobrecarga familiar, amén de otras situaciones transitorias que pudieran aparecer.

### 8.4. Características de la Unidad de Media Estancia

Se concibe, dadas sus características, como un recurso único para la Región, y deberá estar ubicado en el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" de Murcia, constituyendo parte del área de rehabilitación del mencionado hospital, dadas las características estructurales, espacios libres, servicios que dispone, y tener aseguradas las instalaciones, personal, equipos y suministros para llevar a cabo las funciones necesarias en este tipo de hospitalización.

#### a) Espacios-nº de camas

Dentro del Hospital, las camas estarán ubicadas en un servicio o unidad propia, precisándose al menos de 50-70 camas, aunque el ratio ideal estaría en una cama por cada 100.000 habitantes.

Además de contar con las dependencias propias de una unidad de hospitalización general (ya especificadas en el apartado relativo a unidad de corta estancia), debería de contar con espacios específicos para poder desarrollar los tratamientos y garantizar una rehabilitación de máxima calidad.

#### b) Personal

Una condición indispensable para el buen funcionamiento de esta Unidad es que el personal adscrito a esta unidad, esté especializado en la medida de lo posible, en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Para 50 camas, proponemos la siguiente plantilla básica:

- 2 psiquiatras
- 1 psicólogo
- 1 trabajador social
- 7 ATS/DUE
- 2 terapeutas ocupacionales
- 16 auxiliares de clínica

### 8.5. Organización funcional

Tanto en los aspectos generales, como a los programas de intervención y protocolización, remitimos al lector a los ya expuestos para las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Las funciones a desarrollar por este equipo, de forma resumida serían las siguientes:

- Atención a pacientes psiquiátricos que sean ingresados.
- Interconsultas con otros servicios hospitalarios.
- Coordinación con los profesionales de los Centros de Salud Mental, de aquellos casos que sean ingresados.
- Desarrollo de todas las actividades rehabilitadoras a través de un plan individualizado de rehabilitación en el que se incluirán: los entrenamientos en actividades sociales, autocuidados, actividades de vida diaria, actividades terapéuticas del tipo grupos terapéuticos y psicoterapia individual, tratamiento farmacológico, enfermería básica y medicina general.

## **9. FORMACIÓN...**

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

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

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

## **10. COORDINACIÓN**

### 10. COORDINACIÓN

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

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

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

No obstante, remarcaremos que las U.H.P., se coordinarán estrechamente con sus C.S.Ms. de referencia, desde donde deberán recibir los pacientes para su ingreso.

Con aquellos pacientes cuyo ingreso se genere sin ser remitidos por su CSM, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si el paciente está en tratamiento en un CSM, se comunicará a su CSM el ingreso, aprovechando para solicitar la información necesaria del facultativo que le esté tratando.
- b) Si no ha estado nunca en tratamiento, se comunicará a su CSM de referencia la presencia de este paciente de su zona en la UHP.

Todas las altas que se produzcan en la UHP, serán derivadas para su seguimiento a los CSM correspondientes, debiéndose tener concertada la cita (día y hora) con su CSM antes de ser dado de alta. Esta fecha de cita, deberá ser como máximo a los 7 días del alta. (Según protocolo de derivación UHP-CSM).

En los ingresos procedentes de las unidades residenciales de rehabilitación, la coordinación para su ingreso, tratamiento y alta, se realizará directamente entre la UHP y la Unidad Residencial, siendo informado el CSM correspondiente.



**11. EVALUACIÓN...**

### 11. EVALUACIÓN ASISTENCIAL

La evaluación es un proceso imprescindible para que a través de la misma se logre un aumento y/o mantenimiento de la calidad de las prestaciones, se facilite el proceso de adecuación de los programas de actividad, así como de los recursos, a las necesidades de hospitalización, sirviendo de forma dinámica para la optimización de los resultados.

Se proponen dos tipos de indicadores:

- 1.- Indicadores cuantitativos de efectividad.
- 2.- Indicadores cualitativos de efectividad.

#### 11.1. Indicadores Cuantitativos

- a) Indicadores del Nivel de Recursos.
- b) Indicadores de Actividad.
- c) Indicadores de Funcionamiento.

##### a) Indicadores de Nivel de Recursos

Son aquellos que miden la cantidad de recursos materiales y humanos de que dispone un servicio o programa.

Se utiliza como denominador la cifra de 1.000 habitantes y como numerador en cuanto a recursos materiales:

- N° de camas de Hospitalización Breve.
- N° de camas de Media Estancia.
- N° de plazas de Hospital de Día.
- N° de plazas de Residencia Asistida.
- N° de plazas de rehabilitación ambulatoria.

En cuanto a recursos humanos:

(También se utiliza la cifra de 1.000 habitantes en el denominador).

- N° de psiquiatras.
- N° de psicólogos.
- N° de personal de enfermería especializado.
- N° de personal de enfermería no especializado.
- N° de asistentes sociales.

**Nota:** No se suelen hacer ratios en relación con población general del personal de enfermería hospitalario, ni del personal de terapia ocupacional, así como tampoco del personal específico de los servicios de rehabilitación.

## EVALUACIÓN ASISTENCIAL

El valor de estos indicadores es fundamentalmente comparativo y nunca absoluto.

No existen estándares a partir de los cuales establecer si la cantidad de recursos disponibles es suficiente o no.

Además de su valor comparativo al utilizar este tipo de indicador (sobre todo en lo que hace referencia al número de camas), hay que tener en cuenta la presencia de una serie de variables que pueden modular el uso de recursos y que relativizan aún más el uso absoluto de este indicador y ponen en guardia frente a su empleo sin matizaciones.

Estos factores modulares son:

- 1.- Existencia de dispositivos que produzcan las necesidades de ingreso (plazas de hospital de Día y otros recursos alternativos).
- 2.- Posibilidad de ingresos de pacientes psicogerítricos y crónicos en unidades de corta estancia.
- 3.- Factores que afectan positiva o negativamente la duración de la estancia en pacientes en las unidades de hospitalización:
  - Uso de técnicas y psicoterapia.
  - Uso de técnicas de intervención en crisis.
  - Estancias cortas pactadas.
  - Admisión de pacientes judiciales.
  - Traslado ágil a unidades o programas de rehabilitación.
  - Facilidades de residencia para personas sin soporte social adecuado.
- 4.- Factores que enmascaran las necesidades de ingreso: Altas precipitadas o injustificadas, la restricción intencionada de acceso de determinados grupos de pacientes al servicio en cuestión.

### b) Indicadores de actividad

Son aquellos que miden la cantidad de intervenciones de todo tipo que lleva a cabo el servicio o el programa.

Se trata de un indicador clásico utilizado por los órganos de gestión (ej: índice de frecuentación) y que se sobrevalora en algunos casos y sobre todo cuando se emplea en términos absolutos y aisladamente.

Los que más se utilizan son:

- Nº total de pacientes vistos por unidad de tiempo (generalmente un mes), el cual se desglosa en: número de nuevos y número de reingresos.

## EVALUACIÓN ASISTENCIAL

- N° total de estancias que generan estos pacientes.
- N° de pacientes por diagnóstico.
- Días de estancias por diagnóstico.
- N° de altas por causas de alta.
- N° de altas por diagnóstico.

Son útiles para establecer una comparación entre los servicios de áreas similares, pero no tienen un valor absoluto y no existen estándares prefijados. (Actualmente en revisión los GDR de servicios especializados para diagnósticos de Salud Mental)

Se completan por:

- 1.- Modalidad de atención prestada en cada caso.
- 2.- Tipo de atención y profesional que la presta.

### c) Indicadores de funcionamiento

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

Aunque es un indicador cuantitativo se puede obtener una información valiosa, sobre todo en relación a la dinámica del servicio y sobre su capacidad de dar respuesta a las demandas de la población que atiende.

Entre los que resultan más informativos sobre la dinámica de un servicio son:

- Tiempo en lista de espera antes del primer contacto.
- Número de fugas expresado por diagnóstico.
- Número de urgencias expresado por diagnóstico.
- Número de ingresos nuevos por diagnóstico.
- Número de reingresos por diagnóstico.
- Número de altas por número de pacientes nuevos.
- Número de pacientes nuevos por número de pacientes antiguos vistos en urgencias.
- Estancia media del paciente por diagnóstico.

### 11.2. Indicadores Cualitativos

Estos indicadores miden los resultados de un proceso y su interés y aplicabilidad están más centrados en acciones terapéuticas y clínicas, que en la actividad global de un servicio. Son de tres tipos fundamentalmente:

- a) indicadores basados en el análisis de los resultados.
- b) Indicadores de satisfacción.
- c) Indicadores de calidad de vida.

#### a) Indicadores basados en el análisis de los resultados

Son aquellos que miden el grado de cumplimiento de los objetivos previamente establecidos para la intervención que se trate, en base a la percepción de las necesidades concretas del caso que tiene el profesional que realiza dicha intervención (impresión clínica global: curación, mejoría, no modificación, empeoramiento o muerte).

Actualmente se manejan procedimientos instrumentales "objetivos" que nos permiten complementar la impresión clínica del terapeuta mediante escalas de medida de cambio, y el establecimiento de criterios de curación o de mejoría, en base a la comparación de los resultados de la aplicación de estas escalas antes y después de la intervención terapéutica o del tratamiento prescrito.

#### b) Indicadores de satisfacción:

Miden el grado de conformidad con la atención recibida que tienen el paciente, su familia y el grupo social inmediato. Podemos pensar que existen distintas variables que condicionan las diferencias en la satisfacción que tiene el usuario, manifiestas en las diferencias que tienen para el paciente, su familia o su grupo social.

No obstante parece que existen dos componentes claves principales:

- b.1) Formales o externos: Problemas de acceso, geográficamente y burocráticamente, disponibilidad de los profesionales, trato recibido por éstos, y capacidad de generar confianza y contener o aliviar la ansiedad que acompaña toda demanda por parte de los distintos profesionales.
- b.2) Estructurales o internos: Se relaciona con las expectativas que subyacen a la demanda expresa, realizados por los protagonistas de la misma, paciente, familia y grupo social.

### c) Indicadores de calidad de vida:

Son aquellos que miden la repercusión de un conjunto de acciones terapéuticas, sobre la situación global del paciente, cuyo indicador más importante sería el grado de satisfacción del individuo consigo mismo y con las circunstancias que le rodean. Se señala que este indicador final es el resultante de tres diferencias:

- c.1.- La diferencia con lo previsto, es decir, la comparación que realiza el paciente entre estar sano y enfermo primero, y entre estar enfermo y ser tratado después.
- c.2.- La diferencia social o comparación que el paciente hace entre su situación y la situación de las personas que le rodean.
- c.3.- La diferencia con las metas propias, es decir, la comparación entre lo que el paciente ha conseguido y lo que pretende y desea conseguir.



## **12. BIBLIOGRAFÍA**



BIBLIOGRAFÍA

**12. BIBLIOGRAFÍA**

- BACA BALDOMERO, E. (1991): *Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, vol XI, 37.
- BALLESTEROS ALCALDE, M. C. y cols (1994). *Ingresos psiquiátricos infanto-juveniles. Estudios descriptivos*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, nº 4.
- Bases para un plan de transformación de la Asistencia Psiquiátrica y atención a la Salud Mental de la Región de Murcia*. (1988). Consejería de Sanidad.
- DÍEZ FERNÁNDEZ, M<sup>o</sup> E. (1992). *Legislación, derechos y Salud Mental*. Consejo General del Poder Judicial. Servicio de Salud Mental. Principado de Asturias.
- Estrategias para la Salud Mental en Aragón*. (1995). Servicio Aragonés de Salud.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. (1985). Ministerio de Sanidad. Madrid.
- LINARES VELILLA, M. D. y OCLUSA HERRANDO, J. (1993): *Experiencias de hospitalización desde la Unidad de Infanto-Juvenil*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, nº 3.
- Plan de Salud Mental de Aragón*. (1998). Servicio Aragonés de Salud.
- Plan Regional de Salud Mental de Cantabria* (1998).
- Plan Sectorial de Salud Mental y asistencia psiquiátrica*. Junta de Castilla y León. (1991).
- Plan de Salud de Cataluña*. Salud Mental. (1993-1995).
- Plan de Salud Mental para la Comunidad Autónoma de Extremadura*. (1996).
- Propuestas de desarrollo de la atención a la Salud Mental en Galicia*. Xunta de Galicia. (1997).
- Plan Regional sobre Drogodependencias de la Región de Murcia*. (1998).
- Plan de Salud Mental para la Comunidad Valenciana*. (1991).
- Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias*. (1999).
- Asistencia psiquiátrica y Salud Mental*. Servicio de publicaciones de la Comunidad Autónoma Vasca (1994).
- Plan estratégico de Atención psiquiátrica y promoción de la Salud Mental*. (1990). Documentos técnicos de Salud Mental nº 1 y 2. Servicio Vasco de Salud. Servicio Central publicaciones, Gobierno Vasco.



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad  
y Consumo

