

**ORGANIZACION,
FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION
DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION
PSIQUIATRICA**

R. 0. 200

ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

CENTRO DE DOCUMENTACION									
CONSEJERIA DE SANIDAD									
Unidad									
Registro	0	0	0	4	8	3	2		

Edita: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
C/. Ronda de Levante, 11
Telf. 36 26 71
30008 Murcia

I.S.B.N.: 84-87686-64-8

Depósito Legal: MU-888-1995

Diseño de portada: Lola Gómez Medina

Composición: CompoRapid

Imprime: Imprenta Regional

ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

GRUPO DE EXPERTOS

Coordinador:

Manuel Galiana Cela

Psiquiatra. Director Hospital Psiquiátrico
Román Alberca de Murcia

Componentes:

Mario Flores Peña

Psiquiatra. Jefe de Servicio del Hospital
Morales Meseguer de Murcia

José Hernández Martínez

Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital
General Virgen de la Arrixaca Murcia

Jesús Jiménez Murcia

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

Miguel Angel 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 Clínica. Hospital Psiquiátrico
Román Alberca de Murcia

Matías Valverde García

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

INDICE

1. INTRODUCCION	7
2. OBJETIVOS Y FINES	9
3. CARACTERISTICAS FISICAS Y ESTRUCTURALES	11
3.1. Las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas (U.H.P.).....	11
3.2. Número de camas	11
4. PERSONAL	13
5. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES.....	15
6. ORGANIZACION FUNCIONAL	19
6.1. Aspectos generales	19
6.2. Programas de intervención. Protocolización	19
7. COORDINACION.....	23
8. UNIDAD DE INTERCONSULTA.....	25
9. HOSPITALIZACION INFANTO-JUVENIL DE 0 A 15 AÑOS INCLUSIVE	29
10. EVALUACION ASISTENCIAL	33
Indicadores cuantitativos	33
Indicadores cualitativos	36
11. BIBLIOGRAFIA	39
ANEXO	41

1. INTRODUCCION

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 ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico, aunque dentro de la atención en Salud mental, aparece como una opción de carácter secundario, que se llevará a cabo cuando porte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizadas en el entorno familiar y social, y su derivación, que ha de ser breve, estará en función de criterios terapéuticos. La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (U.H.P.) se define como una Unidad de hospitalización para tratamientos y cuidados intensivos en régimen de atención continuada 24 horas al día, con dotación de personal especializado, y con un tiempo de estancia media breve.

Esta unidad debe 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. 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.

Estos objetivos deben 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 debiendo superar su estancia media, en líneas generales, los 30 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 a 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 no se limita a la hospitalización psiquiátrica, debiéndose de atender las urgencias psiquiátricas del Área de referencia, así como las Interconsultas y Psiquiatría de enlace del Hospital.

3. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y ESTRUCTURALES

3.1. Las 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.

Deberán 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 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. 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.

3.2. 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 será inferior a 15 ni superior a 25. No sobrepasará el 10% del número de camas totales del Hospital.

4. PERSONAL

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 a tiempo parcial, dependiendo de los Servicios Generales del Hospital.
- Trabajador Social:
 - 1 a tiempo parcial dependiendo de los Servicios Generales del Hospital.

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 será realizada por la totalidad de los psiquiatras del área de referencia de la Unidad Hospitalaria (Equipo de Salud Mental de Área).

5 FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES

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 investigación.
- Participación en programas de formación.
- Responsabilidad de los registros psiquiátricos.
- Colaboración en la elaboración de los indicadores asistenciales, estadísticos, memoria anual.....

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.
 - 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 fijen en colaboración con otros equipos.
10. Función docente.
11. Función de investigación

Función del Personal de Enfermería

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.

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.

6. ORGANIZACION FUNCIONAL

6.1. Aspectos generales

Existirá en cada Unidad un plan escrito 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, en su caso, 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.

6.2. 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.

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)

7. COORDINACION

La Unidad Hospitalaria de Psiquiatría, se coordinará con los C.S.M., desde donde recibirán los pacientes para su ingreso. Estos pacientes se acompañarán de una información completa que justifique la petición de ingreso. Las altas hospitalarias se enviarán a los Centros de Salud Mental, así mismo con una información también completa sobre tratamientos, pruebas realizadas y evolución durante el ingreso.

A tales efectos informativos deberán disponerse los informes/protocolos correspondientes de ingreso y alta hospitalarios.

Con aquellos pacientes cuyo ingreso se genera desde la iniciativa propia, que en este momento siguen siendo la mayoría de los ingresos:

1. Si el paciente está en tratamiento en un C.S.M., se produce el ingreso por iniciativa propia o familiar. Se comunicará al C.S.M. este ingreso, aprovechando para solicitar la información necesaria del terapeuta que le esté tratando.
2. Si el paciente no ha sido visto nunca en un C.S.M., se comunicará al mismo la presencia de un paciente de su zona en la unidad.

Todas las altas que se produzcan en la unidad serán derivadas para su seguimiento a los C.S.M. correspondientes, disponiéndose la fecha de recepción en el C.S.M. desde la propia Unidad Hospitalaria.

El C.S.M. en el contacto con la Unidad Hospitalaria para la notificación de la fecha de recepción, recabará la información suficiente para contactar con el paciente, en caso de incumplimiento de cita si la hubiera.

El método para llevar a cabo esta coordinación se dispondrá por los responsables de las Unidades implicadas, utilizando los recursos de que disponen.

A modos orientativo, consideramos que el personal de enfermería de ambas unidades es idóneo para desarrollar esta actividad.

En los ingresos procedentes de las unidades residenciales de rehabilitación, la coordinación para su ingreso, tratamiento y alta, se realizará directamente entre la Unidad Hospitalaria y la Unidad de Rehabilitación, siendo informado el C.S.M. correspondiente.

8. UNIDAD DE INTERCONSULTA

Denominamos Unidad de Interconsulta, a la Sección 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.

La dotación de personal de la Unidad de Interconsulta, dependerá del número de camas no psiquiátricas del hospital, siendo recomendable un psiquiatra por cada 250 camas y un psicólogo por cada 500 camas. Formarán parte del equipo uno o más residentes.

Objetivos y Funciones

1. 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.

2. 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.

El Proceso de de la Consulta Psiquiátrica

Consta esencialmente de:

- 1) Petición de consulta por parte del médico.
- 2) Valoración psiquiátrica del paciente.
- 3) Comunicación de los hallazgos y recomendaciones terapéuticas.

1. 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.

2. 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.
- A-P psiquiátricos, personalidad previa, c. 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.

3. 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.

9. HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL DE 0 A 15 AÑOS

Introducción

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 este de medios adecuados para el diagnóstico y/o abordaje terapéutico de estos casos.

Después de 8 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.

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.

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 tratamientos residenciales psiquiátricos. Supone la posibilidad de aunar el trabajo en equipo de psiquiatras, médico 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.

Criterios de hospitalización infanto-juvenil

Consideramos que la hospitalización infanto-juvenil debe evitarse en lo posible, pero existen casos en los que se hace necesario 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 pueda 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.

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.

ESPACIO

Dentro del Hospital, la ubicación de las camas será en el servicios 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 tratamientos 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.

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

En 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 25-30 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 la Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que en este existe 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.
- Atención en el nivel ambulatorio de los pacientes entre 0 y 15 años de la subárea I del Area I de salud correspondiente para una mejor redistribución de recursos a nivel ambulatorio, completando a su vez su trabajo en relación a los tan sólo 25 a 30 ingresos anuales.

10. EVALUACION ASISTENCIAL

Definición

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.

10.1. Indicadores Cuantitativos

- Indicadores del Nivel de Recursos.
- Indicadores de Actividad.
- Indicadores de Funcionamiento.

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:

- Nº de camas de H.B.
- Nº de camas de media estancia.
- Nº de plazas de Hospital de Día.
- Nº de plazas de Residencia Asistida.
- Nº de plazas de rehabilitación ambulatoria.

En cuanto a recursos humanos:

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

- Nº de psiquiatras.
- Nº de Psicólogos.
- Nº de personal de Enfermería especializado.
- Nº de personal de enfermería no especializado.
- Nº 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.

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.

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.
- Nº total de estancias que generan estos pacientes.
- Nº de pacientes por diagnóstico.
- Días de estancias por diagnóstico.
- Nº de altas por causas de alta.
- Nº 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.

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.

10.2. 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:

- Indicadores basados en el análisis de los resultados.
- Indicadores de satisfacción.
- Indicadores de calidad de vida.

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.

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:

- a) 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) 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.

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:

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.
2. La diferencia social o comparación que el paciente hace entre su situación y la situación de las personas que le rodean.
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.

BIBLIOGRAFIA

1. BACA BALDOMERO, E. (1991). Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, Vol XI, 37.
2. BALLESTEROS ALCALDE, M. C. et al. (1994). Ingresos Psiquiátricos Infanto-Juveniles. Estudio descriptivo. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, nº 4.
3. Bases para un plan de transformación de la Asistencia Psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia. (1988).Consejería de Sanidad -
4. DIEZ FERNANDEZ, M^ª EUGENIA. (1992). Legislación, derechos y Salud Mental. Consejo General del Poder Judicial. Servicio de Salud Mental. Principado de Asturias.
5. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985).Ministerio de Sanidad.Madrid.
6. LINARES VELILLA, M. D.; OCLUSA HERRANDO, J. (1993). Experiencias de hospitalización desde la Unidad de Infanto-Juvenil. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, nº 3.
7. Plan de Salud Mental de Aragón. (1991). Servicio Aragonés de Salud. (Documento no publicado).
8. Plan estratégico de Atención psiquiátrica y promoción de la Salud Mental. (1990).Documentos técnicos de Salud Mental nº1 y nº2. Servicio Vasco de Salud. Servicio Central publicaciones, Gobierno Vasco .

ANEXO

Historia clínica hospitalaria

Nº. CAMA CONSULTA EXTERNA

U.H.P. U.I.E.P. U.A.D.

U.I.P.H. U.D. OTRAS

U.S.M. U/C. DE DÍA

N.H.CLINICA: _____

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

SEXO: V H EDAD: ____

FECHA NAC: ___/___/___ Nº.S.S.: ___/___

MED. RESPONSABLE: _____

1. ESTADO CIVIL	2. TIPO DE CONVIVENCIA	3. NIVEL EDUCACIONAL	4. COBERTURA SANITARIA	5. CODIGO IDENTIFICACIÓN
- SOLTERO 01	- SOLO 01	- ANALFABETO 01	- SEGURIDAD SOCIAL 1	NOMBRE O APELLIDOS COMPUESTOS USAR SIEMPRE EL PRIMERO
- CASADO 02	- CON CONYUGE 02	- SIN ESTUDIOS 02	- MUTUALIDADES FUNCIONARIOS (MUFACE) 2	
- VIUDO 03	- CON PAREJA (Sin matrimonio) 03	- TÍTULOS 1º GRADO 03	- MUTUALIDADES PRIVADAS 3	SEXO (V-M) INICIALES (nombr. apell.)
- DIVORCIADO O SEPARADO 04	- CON PADRES 04	- TÍTULOS 2º GRADO 04	- SIN COBERTURA SANITARIA 4	
	- SÓLO CON PADRE 05	- 1º CICLO 04	- OTRAS 5	DÍA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO
	- SÓLO CON MADRE 06	- TÍTULOS 2º GRADO 05		
	- CON HIJOS 07	- 2º CICLO 05		
	- CON OTROS FAMILIARES 08	- TÍTULOS 3º GRADO 06		
	- EN INSTITUCIONES 09	- TÍTULOS NO CLASIFICABLES POR GRADO 07		
	- ADOPCIÓN 10			
	- AMIGOS 11			
	- OTROS 12			

6. PROCEDENCIA	7. OCUPACIÓN O PROFESIÓN	8. SITUACIÓN LABORAL
- E.A. MÉDICO CABECERA 01	- PROFESIONALES Y TÉCNICOS 01	- CUMPLIENDO SERVICIO MILITAR 01
- ESPECIALISTA 02	- DIRECTIVOS Y GERENTES 02	- TRABAJANDO 02
- H. GENERALES/U. H. PSIQUIÁTRICA 03	- PERSONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS 03	- BUSCANDO PRIMER EMPLEO (en paro) 03
- S. SOCIALES/S. MUNICIPALES 04	- COMERCIANTE Y VENDEDORES 04	- EN PARO (no primer empleo) CON SUBSIDIO 04
- INSPECCIÓN 05	- HOSTELERÍA SERVICIOS Y SEGURIDAD 05	- EN PARO (no primer empleo) SIN SUBSIDIO 05
- INICIATIVA PROPIA Y O FAMILIAR 06	- AGRICULTURA Y GANADERÍA 06	- RETIRADO, JUBILADO, PENSIONISTA 06
- CENTROS PENITENCIARIOS 07	- PERSONAL INDUSTRIA CONSTRUCCIÓN Y TRANSPORTES 07	- RENTISTA 07
- CENTROS DE REHABILITACIÓN 08	- PROFESIONALES DE LAS FUERZAS ARMADAS 08	- ESCOLAR O ESTUDIANTE 08
- SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA 09	- OCUPACIONES NO BIEN ESPECIFICADAS 08	- LABORES DOMÉSTICAS 09
- SERVICIO DE URGENCIA INTRAHOSPITALARIA 10	OBSERVACIONES	- INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (provisional) 10
- POLICIA 11		- INCAPACIDAD PERMANENTE 11
- JUZGADO 12		
- CADUASM 13		
- OTROS (especificar) 14		

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	PRESTACIONES ECONÓMICAS
- NINGUNO 1	
- AMBULATORIOS 2	
- HOSPITALARIOS 3	

LUGAR DE NACIMIENTO _____ D.N.I. _____

DOMICILIO ACTUAL _____ LUGAR _____

RÉGIMEN DE LA S.S. (Gra/Pensionista) _____ TITULAR / BENEFICIARIO _____

TELS. _____ / _____ MÉDICO CABECERA _____

FAMILIAR RESPONSABLE _____

DIRECCION _____ TELS. _____ / _____

OBSERVACIONES: _____

(ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE A BOLÍGRAFO O TINTA)

INSTRUCTIVO

Esta Historia Clínica (H.C.) se ha diseñado para facilitar la recogida de información y que ésta se realice de modo riguroso y exhaustivo y con buen estilo, lo cual depende además de la caligrafía y buen hacer de los facultativos (Fs.). Es deseable que junto a la H.C. coexista el informe clínico mecanografiado para que cualquier F. obtenga con rapidez y claridad lo esencial de lo recogido por otro, permitiendo que, sobre todo en las Unidades de Salud Mental (U.S.M.), la H.C. pueda usarse como un instrumento de trabajo casi particular de cada F.; Esto, sin embargo, no debe llevar a descuidar su correcta ejecución, pues aparte de un instrumento básico para el diagnóstico y las revisiones, la H.C. constituye un indicador de calidad asistencial y un documento clave para la protección legal del F.

Este formato de H.C. 1) orienta la recogida de datos no confiandola solo a la memoria de residentes y Fs.; 2) establece un orden en los puntos de cada apartado; y 3) trata de armonizar orden y libertad de exposición, disponiendo que el espacio pueda acomodarse a la extensión de cada caso con la "hoja supletoria".

RECOMENDACIONES:

- Ayúdese de corrector líquido para las tachaduras.
- Gane tiempo y calidad con notas en hoja aparte antes de verter a la H.C. Use abreviaturas usuales como:
HTA; EPOC; ADVP; DMNID; CA; HDA; N. normal; Ss: síntomas; Pcte.: paciente; Enf.: enfermedad
E/P.N.: embarazo y parto normal; >: más; <: menos M.C.: médico de cabecera = : aproximadamente
Hospitales: M.Meseguer; HMM; V.Arrixaca; HVA; General: HG

FILIACIÓN (pag. 1)

*Recuadro sup. izq.:

- Parte sup.: Se rellena cuando el pcte. es de hospital.
 - Nº cama: Se rellena aunque la cama no sea de psiquiatría.
 - Cons. externa: Se señala cuando el pcte. ha pasado a Cons. Ext.; se obvia nº de cama si durante su ingreso el pcte. no fue atendido por psiquiatría.
 - Unidades hospitalarias: Se señala la Unidad psiquiátrica que asistió al pcte. Si durante el ingreso el pcte. pasa a otra Unidad Psiquiátrica el nuevo F. responsable (o su residente) realizará nueva H.C.

U.H.P.: U. de Hospitalización Psiquiátrica.	U.I.E.P.: U. de Interconsulta, Enlace y Psicopatología
U.A.D.: U. de Alcoholismo y Drogodependencias	U.I.P.H.: U. de Intervención Psicológica Hospitalaria
U.D.: U. de Día.	
- Parte inf.: Se llena cuando el pcte. no es de hospital.

U.S.M.: U. de Salud Mental	U/C.D.: U./Centro de Día
----------------------------	--------------------------

*Recuadro sup. dcho.: En el hospital los datos van por pegatina y solo se rellena nombre del médico responsable.

*Recuadros intermedios: encierre en círculos los dígitos apropiados y rellene lo que corresponda.

I. HISTORIA DE ACOGIDA/URGENCIA (H.A/U) (anverso y reverso):

Recoge lo mínimo imprescindible para resolver intervenciones no programadas. Es una hoja (anverso y reverso) que se usa tanto en las U.S.M. que reciben pctes. a demanda, como para pctes. que accedan a urgencia hospitalaria atendanse en puerta o en planta. Si a quien toca realizar la acogida/urgencia dispone de tiempo y luego va a seguir el caso, puede obviar la H. A/U y realizar directamente los Apts. II y III.

- A) A DEMANDA: Recogerá superpuestos y consecutivos todos los puntos 1 a 6.
- B) AREA DE SALUD: Recogerá superpuestos y consecutivos todos los puntos 1 a 4.
Cuando no exista dato se aclarará. Ej.: 4. Ttos. en curso: Ninguno desde hace...

- C) AREA FAMILIAR:
- D) AREA ECONOM.-LAB y SOCIOCULTURAL.
- F) RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCION.

De lo señalado en sus recuadros redáctese lo que proceda.

- E) EVALUACION: Recogerá superpuestos y consecutivos todos los puntos 1 a 5.

II. HISTORIA BIOGRÁFICA Y PSICOSOCIAL (tríptico; pags. 2, 3 y 4):

- A) GENOGRAMA: De los hnos. e hijos del pcte. se recogerán: nombres, sexo (♀, ♂), edad, soltero/casado (S/C) y si falleció (+). Si el pcte. o su cónyuge ha procreado otra familia cada miembro se coloca al nivel de su generación. Salvo excepción en el genograma no se anotan datos patológicos, ya que se recogen en Antecedentes.
- B) CONDICIONES SOCIOFAMILIARES: Los nombres se pueden obviar si antes se recogieron en el genograma y viceversa.
- C) BIOGRAFIA: Se pide al pcte. contar su vida y ésta se recoge resumida, resaltando lo relacionado con sus patologías.

III. HISTORIA CLINICA (tríptico; pags. 5, 6 y 7):

Escribir los apts. A, B y C (pags. 6 y 7) en este orden, añadiendo hojas supletorias si faltare espacio.

*A continuación se expone una manera de desarrollar esta parte III.

A) ANTECEDENTES

Ej.: A.I.: A.F.: Abuelo pat desde 60a demente, +68a/EPOC; Madre: +85a./senilidad; Padre: HTA, vive
A.Z.: A.P., P/E.N; enuresis >9a. Resto desarrollo N.

- B) ANAMNESIS: Solo se recogerán los puntos en que existan síntomas referidos al episodio patológico actual. Siguiendo el ej.:

-a). Pcte. enviado por su M.C. ("Insomne, triste, agresiva hacia hijos hace meses"), sin maquillar; no colabora. Expone el esposo: "No quería venir, a poco de casar la hija comenzó a perder apetito y peso (15 kg / 4m.), pasa demasiadas horas en cama, no quiere trabajar, sin gusto por nada, llorando a diario, no soporta a los crios".

-b.1). Lo expuesto, b.2/3). Conservadas; b.4). lo expuesto, b.5) Ideas pesimistas y de muerte (cree tener CA),
b.6) C.I. medio; b.7). Insomnio tardío, anérgica, sin coitos hace 6 meses; b.8). Hasta este episodio dormía bien de 24-8h; dieta variada sin fijaciones; b.9). Hábitos normales, sin cambios notables en el tiempo. b.10). Lo expuesto

- C) ACTUALIDAD: Siguiendo el ej. anterior...: Lo expuesto en B se instauró en 1-2 meses y persisten todos los Ss. agravados hace 2 semanas.

- D) PRUEBAS ESPECIFICAS Y COMPLEMENTARIAS
- E) TRATAMIENTOS
- F) DIAGNÓSTICOS
- G) INDICACIONES Y RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Recogerá superpuestos y consecutivos todos los puntos.

Redáctese lo que proceda

Fecha _____

I. HISTORIA DE ACOGIDA/URGENCIA

(A rellenar cuando sea pertinente y sólo lo que proceda)

A) DEMANDA (Relato del paciente)

1. ¿Quién le deriva? (Entrecomille el texto). 2. ¿Qué le pasa? 3. ¿Desde cuándo? 4. ¿Cuál cree que es la causa?
 5. ¿Tratamientos recibidos? Resultados 6. ¿Qué espera de esta consulta

B) AREA DE SALUD (Estado actual)

1. Enfermedades, accidentes, cirugías 2. Hábitos (alimentarios, tóxicos de sueño, de actividad física, etc.).
 3. Pruebas realizadas. 4. Tratamientos en curso

T.A.

FREC. CARDIACA

PESO

TALLA

C) AREA FAMILIAR (Convivencia actual)

- ¿Con quiénes convive? ¿Cómo son las relaciones con sus familiares? Incidencia en el motivo de consulta.

(Escriba con letra legible a bolígrafo o tinta)

D) AREAS ECONOMICO-LABORAL Y SOCIO-CULTURAL

Evolución, estatus y expectativas económicas; grado de satisfacción laboral. Incidencias de estos aspectos en el motivo de consulta.

¿Qué otras actividades sociales/culturales relevantes realiza habitualmente?

E) EVALUACION DE LA ACOGIDA/URGENCIA

1. Observaciones 2. Valoración psiquiátrica 3. Decisiones adoptadas 4. Tratamiento indicado

5. Impresión diagn. (DSM-IV / CIE-10)

F) RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCION (farmacológica, psicológica, Enfermería, Trabajo Social, Médico de Cabecera, otros)

PSIQUIATRA RESPONSABLE

OTROS PARTICIPANTES

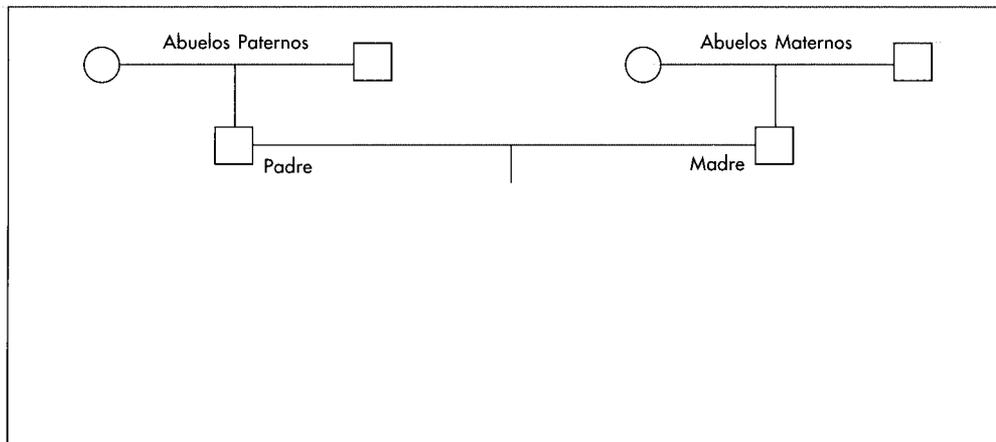
Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

II. HISTORIA BIOGRÁFICA Y PSICOSOCIAL

A) GENOGRAMA



B) CONDICIONES SOCIOFAMILIARES

Familia parental				Familia propia			
Nombres	V/H Edad	Estudios Profesión	Act. Lab.	Nombres	V/H Edad	Estudios Profesión	Act. Lab.
Padre				Padre			
Madre				Hijos			
Hermanos							
Otros				Otros			

Situación laboral y económica; Situación familiar; Ocio y tiempo libre; Relación con la enf. actual.

(Escriba con letra legible a bolígrafo o tinta)

C) BIOGRAFIA

1. Datos de interés (nacimiento, escolaridad, relaciones con familia de origen, pareja, familia propia y otras; autovaloración del presente).
2. Personalidad previa y comportamientos premórbidos.
3. Ideal y expectativas

Fecha _____

III. HISTORIA CLÍNICA**A) ANTECEDENTES (somáticos y psiquiátricos en orden cronológico)**

1. Familiares

2. Personales (incluido el desarrollo)

B) ANAMNESIS

- a) ENF. ACTUAL (relato/descripción: anote fuente de los datos y vínculo del paciente con los otros informantes).
- a.1) Procedencia (texto de la derivación entrecomillado).
 - a.2) Descripción general del paciente.
 - a.3) Relato inicial (Motivación aducida, auto-descripción espontánea y detallada de su padecimiento).
 - a.4) Síntomas iniciales (circunstancias biográficas, eventos favorecedores o desencadenantes).
 - a.5) Cronología de los síntomas e intervenciones.
 - a.6) Comportamiento general durante la entrevista.

- b) EXPLORACIONES PSICOPATOLÓGICAS
- b.1) Conducta general y lenguaje.
 - b.2) Atención. Orientación. Memoria.
 - b.3) Nivel de conciencia. Emotividad.
 - b.4) Afectividad (ánimo/humor).
 - b.5) Curso y contenido del pensamiento.
 - b.6) Motricidad y trastornos sensorio-perceptivos.
 - b.7) Valoración del nivel intelectual.
 - b.8) Sueño, energía, volición, pulsiones.
 - b.9) Hábitos (sueños, alimentarios, tóxicos anteriores y actuales).
 - b.10) Conciencia de enfermedad.

C) ACTUALIDAD: Enumere resumidos los *síntomas activos actuales* al momento de la consulta.

(Escriba con letra legible a bolígrafo o tinta)

D) PRUEBAS ESPECIFICAS Y COMPLEMENTARIAS (previas y actuales)

1. Realizadas 2. Solicitadas (Anótense fechas, resultados y fuente, o adjunte fotocopias)

E) TRATAMIENTOS (Somáticos y psiquiátricos)

1. Anteriores. 2. Actuales. (Dosis, pautas, fechas de inicio y finalización, beneficio, médico prescriptor).

F) DIAGNOSTICO (DSM - IV / CIE.10).

En lo sucesivo anote también aquí las actualizaciones del diagnóstico con la fecha de éstas. CODIGO

G) INDICACIONES Y RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS

(Añada y grape las sucesivas hojas de revisiones)

REVISIONES. (Si actualiza el diagnóstico anótelos al final de la revisión y en la página 7-F)

Fecha	

(Añada y grape las sucesivas hojas de revisiones)

HOJA SUPLETORIA. (Adjúdiqúele número y letra y grápela)