PROCESOS DE UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA

Unidad de Corta Estancia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Román Alberca
Hospital Psiquiátrico

Servicio Murciano de Salud

2015

Relación de autores: Martínez Serrano, José; Alcaraz Barbero, Fuensanta; Del Baño Sandoval, Salvador; Duque Asensio, Joaquina; Gálvez Alcoba, Irene; García Hernández, Manuel; López Jiménez, Dolores; López Nicolás, Mª Dolores; Lorente Iniesta, Ester; Martí Esquitino, Jesús; Martínez Ballester, Mª Begoña; Muñoz Pina, Enrique; Nicolás López, Teresa; Pascual Olmos, Montserrat; Sáez Sáez, Carmen; Sánchez Pedreño, Maravillas; Sánchez Ruiz, Manuel José; Vera Arce, Mónica; Zapata Arroyo, Ana.

Edita: Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Servicio Murciano de Salud

ISBN: 978-84-608-7152-1.

Depósito Legal: MU 393-2016.

Edición: Primera

Cómo citar este libro: Martínez Serrano, José; Alcaraz Barbero, Fuensanta; Del Baño Sandoval, Salvador; Duque Asensio, Joaquina; Gálvez Alcoba, Irene; García Hernández, Manuel; López Jiménez, Dolores; López Nicolás, Mª Dolores; Lorente Iniesta, Ester; Martí Esquitino, Jesús; Martínez Ballester, Mª Begoña; Muñoz Pina, Enrique; Nicolás López, Teresa; Pascual Olmos, Montserrat; Sáez Sáez, Carmen; Sánchez Pedreño, Maravillas; Sánchez Ruiz, Manuel José; Vera Arce, Mónica; Zapata Arroyo, Ana. (2015). *Procesos de una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia. Unidad de Corta Estancia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.* Murcia: Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Servicio Murciano de Salud.

Contenido

PREFACIO 4

1.1.-MARCO NORMATIVO 5

I.2.- PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN 8
1.2.1.- Objetivos y Fines 8
1.2.2.- U.C.E. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" 9
Características Físicas y Estructurales 10
Características Funcionales 10
1.2.3.- U.C.E. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES 12
Funciones del Médico Psiquiatra 12
Funciones de Psicología Clínica 13
Funciones de Medicina Interna 14
Funciones de Enfermería 15
Funciones del Auxiliar de Enfermería 17
Funciones del Trabajador Social 18
Funciones de los Terapeutas Ocupacionales 22

PROCESOS DE LA U.C.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA 24

2.1.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES 24

2.2.- MAPAS DE PROCESOS 26
Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". Procesos Nivel 0. 26
Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". Proceso 3. Unidad de Corta Estancia 26
Índice de Ocupación 27
Porcentaje de reingresos dentro de los 30 días tras el alta. 28
SUBPROCESO (3.1): ACOGIDA EN PLANTA. 30
Porcentaje de pacientes ingresados voluntariamente 32
Porcentaje de valoraciones del riesgo de violencia al ingreso 33
SUBPROCESO (3.2): VALORACIÓN DIAGNÓSTICA. 35
Porcentaje de diagnósticos asignados dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso. 36
Porcentaje de exploraciones físicas documentadas dentro de las primeras 72 horas tras el ingreso. 37
SUBPROCESO (3.3) PLAN TERAPÉUTICO. 39
Porcentaje de episodios de Contención Mecánica 41
Porcentaje de complicaciones por episodios de Contención Mecánica 42
Porcentaje de agresiones a personas y objetos 43
Porcentaje de intentos de suicidio/autolesiones durante el ingreso 44
Subproceso (3.3.1): Intervención Psiquiatría. 46
Protocolo Solicitud Pruebas Complementarias Para pacientes ingresados en UCE 47
Subproceso (3.3.2): Intervención Psicología 48
Subproceso (3.3.3): Intervención Medicina Interna. 49
Subproceso (3.3.4): Intervención Enfermería 50
EDUCACIÓN PARA LA SALUD 51

Subproceso (3.3.5): Intervención Trabajo Social. 59
Subproceso (3.3.6): Funciones de Terapia Ocupacional. 60
SUBPROCESO (3.4): DECISIÓN Y EJECUCIÓN DE ALTA. 61
Estancia Media 64
Porcentaje de Pacientes con un ingreso en UCE de más de 30 días de duración 65
Porcentaje de pacientes con cita programada en el recurso al que son derivados tras el alta 66
Porcentaje de Informes de alta al finalizar su proceso de UCE 67
Porcentaje de pacientes que rellena la encuesta de satisfacción 68
Proceso: Alta 69
Proceso: Continuidad asistencial 70

2.3 COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL 71
Coordinación interinstitucional 72

2.4 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN 73
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN 73
Resultados de las encuestas de Satisfacción de Usuarios de la UCE del Hospital "Román Alberca" durante el año 2014 74
RESULTADOS 2014 80

ANEXOS. 96

CONJUNTO MÍNIMO DE NORMAS BÁSICAS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA 96

NORMAS BÁSICAS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA. INFORMACIÓN PARA FAMILIARES 98

REGISTROS INFORMÁTICOS EN CASOS DE AGITACIÓN Y AGRESIONES A PERSONAS Y/U OBJETOS 99

TRÍPTICO INFORMATIVO DE LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 100

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 101

PREFACIO

Las organizaciones sanitarias son comunidades, pequeñas sociedades con su propia manera de hacer las cosas, sus hábitos y su cultura.

Las actividades que en ellas se desarrollan son complejas, están sometidas frecuentemente a una gran variabilidad y regidas por personas, con formaciones y criterios dispares, que condicionan el transcurrir de cada proceso con sus decisiones.

La gestión por procesos aporta una visión sobre la que rediseñar el flujo del trabajo, para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de las personas que atendemos.

Visualizar nuestra forma de hacer las cosas, sin duda, nos puede ayudar a mejorar nuestra labor y nuestra imagen, tanto dentro como fuera de nuestra organización.

Este documento es el espejo donde queda reflejado el Trabajo de la Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico “Román Alberca”. A todos los profesionales que trabajan en ella y que no dudan en “dejarse ver” en esta imagen: gracias.

María Asunción de Concepción Salesa

Directora

Hospital Psiquiátrico “Román Alberca”

INTRODUCCIÓN

1.1.-MARCO NORMATIVO

La atención a la salud mental en nuestro país, se articula a través de un marco legislativo que implica tanto al Sistema Nacional de Salud como a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y que deriva del reconocimiento expreso que recoge la Constitución Española sobre el derecho a la protección de la salud y de las competencias que otorga a las Comunidades Autónomas para su desarrollo.

Así, el artículo 43 de la Constitución Española, reconoce el derecho a la Protección de la Salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y de la prestación de servicios necesaria. En su artículo 148.1.26, establece que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias, entre otras, en materia de sanidad.

En la década de los años noventa, a partir de la creación del Servicio Murciano de Salud (Ley 2/1990), es cuando se produce el mayor desarrollo de los programas asistenciales. Se publican los dos primeros Planes de Salud Mental y los dos primeros Planes Autonómicos de Drogodependencias, y se sectoriza la asistencia psiquiátrica[1].

A efectos sanitarios, la Región está dividida en la actualidad en nueve áreas sanitarias territoriales, que respondiendo a la Ley General de Sanidad, son las denominadas Áreas de Salud, diseñadas por criterios exclusivamente geográficos, no siendo homogéneas ni desde el punto de vista poblacional, ni por la cantidad de recursos asistenciales en materia de salud mental. La distribución de recursos continúa manteniendo desigualdades que deberían subsanarse en los próximos años con arreglo al principio de equidad.

De conformidad con la Ley 4/1994 de 26 de Julio de Salud de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad es la encargada de asumir el desarrollo y ejecución de las competencias y funciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia sanitaria, siendo el Servicio Murciano de Salud (SMS), el Ente responsable de la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de la gestión de los servicios sanitarios públicos que integra, correspondiendo a la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica a través de los distintos Programas, hacerla efectiva en su ámbito de actuación.

El Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000, preveía en su Objetivo nº11, la aprobación del Plan Regional de Salud Mental, que buscaba: la ordenación de los recursos existentes en el campo de la salud mental con el fin de evitar su actuación dispersa; la consecuente coordinación entre los niveles asistenciales mediante el establecimiento de los cauces apropiados; y por último, el establecimiento de una cartera de servicios de los dispositivos de Atención de adultos, atención de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospitalización y Rehabilitación.

---

[1] Anteproyecto Plan Salud Mental 2010 – 2013. Consejería de Sanidad. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/175419Anteproyecto__PlanSalud_Mental_2010_2013_b.pdf

Para cumplir el Objetivo, el Consejo de Gobierno, en reunión de Julio de 1998, aprobó las directrices que debían presidir la elaboración del Plan regional de Salud Mental 1999/2001. Cabe destacar entre estas directrices el establecimiento como ámbito de actuación el comunitario, constituyendo los Centros de Salud Mental el elemento básico de la Red Asistencial de Salud Mental.

De acuerdo con lo anterior, resulta de interés citar los principios básicos del modelo comunitario[2]:

- Autonomía: Capacidad del sistema para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- Continuidad: Capacidad de la red asistencial para proporcionar *tratamiento*, *rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente* a lo largo de la vida, y coherentemente entre los servicios que la componen.
- Accesibilidad: Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familias cuando y donde la necesiten.
- Comprensividad: Fomentando el reconocimiento y la efectividad del derecho a recibir asistencia en todas las necesidades causadas por el trastorno mental.
- Equidad: En la distribución de recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población
- Recuperación personal: La recuperación implicaría por un lado, la atención a los aspectos clínicos de la enfermedad y por otro, la atención dirigida a superar en la medida de lo posible los efectos de la misma.
- Responsabilidad: de las instituciones sanitarias frente a los pacientes, sus familias y la comunidad.
- Calidad: Implica la utilización de procedimientos basados en pruebas, lo que supone para los usuarios lograr resultados positivos; para los profesionales, hacer mejor uso de los conocimientos y evidencias científicas.

En el Plan se estableció una Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica dentro de este marco comunitario.

El Informe Ministerial para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de 1985 y más definitivamente el artículo 20 de La Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, establecían que la hospitalización psiquiátrica se realizara en el marco de los hospitales Generales, abandonándose la utilización para estos fines de los Hospitales psiquiátricos. Aunque la persistencia de la unidad de agudos en el Hospital Psiquiátrico “Román Alberca” puede ser malinterpretada, es preciso recordar el error en el que se puede caer al equiparar los conceptos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica con el cierre de los hospitales psiquiátricos, sin tener en cuenta que dichos procesos son mucho más

[2] Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.

complejos[3]. La transformación definitiva de este hospital psiquiátrico será una consecuencia indirecta del cambio asistencial que se está produciendo (ubicación en los próximos años de camas psiquiátricas en los hospitales generales de las actuales áreas IV y V, ampliación del número de estas en el área II, y aumento del número de camas de desintoxicación hospitalaria)[4], con todas las dificultades inherentes, y no un objetivo en sí mismo. Esta situación transitoria no debe enmascarar el hecho más importante de todo este proceso: la implantación de un modelo de atención a los problemas de Salud Mental desde una orientación comunitaria en la Región de Murcia.

Alineándose con la Estrategia Nacional de Salud Mental del 2009-2013, se prepara el IV Plan de Salud Mental y Drogodependencias 2010-2013 de la Comunidad Autónoma de Murcia. Los principios básicos del modelo de atención a la salud mental en los que se basa la realización de este Plan, pueden resumirse en los siguientes:

- Carácter público, equitativo y participativo.
- Eficaz y eficiente, procurando la mejor atención al paciente.
- Integrado en el Sistema Sanitario General dentro de la asistencia especializada.
- Orientado a un desarrollo en el marco comunitario, con distribución de recursos por áreas sanitarias y en coordinación con el resto de los dispositivos sanitarios y no sanitarios del área, y a la promoción de la Salud Mental.
- Concepción integral de la salud mental, desde una perspectiva biopsicosocial del enfermar, e incluyendo las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales.
- Contemplando la continuidad de cuidados, centrada en el paciente, y el abordaje multidisciplinar del mismo.
- Equidad, reduciendo las desigualdades detectadas en la atención o protección de las personas más vulnerables (T.M.G.) condiciones de género o diversidad cultural, en una sociedad cada vez más compleja.

[3] García y Vázquez-Barquero, 1999.

[4] Plan Salud Mental 2010 – 2013. Consejería de Sanidad. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/234247-plan_salud_mental.pdf

I.2.- PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN[5]

1.2.1.- Objetivos y Fines

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. La Unidad Psiquiátrica Hospitalaria se orienta al tratamiento y cuidado intensivo 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.

Si bien las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica deberían estar física y funcionalmente integradas en un Hospital General, la actual coyuntura de la Región impide, por el momento, el cierre y transformación de la Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico.

El ingreso y la permanencia de los pacientes en este tipo de unidades deben ser única y exclusivamente por razones de tipo médico. 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. Desde el primer momento del ingreso se debe estar preparando el Alta del paciente a fin de que regrese en el menor tiempo posible al medio socio-comunitario de donde procede, siguiendo allí el plan terapéutico propuesto.

El tiempo medio de permanencia en estas Unidades se estima en torno a los 20 días, y no debería sobrepasar los 30 días.

Ingresarán todos los pacientes que padezcan una enfermedad psiquiátrica de suficiente gravedad o intensidad como para que dé lugar a un trastorno afectivo, cognitivo o conductual, y que además:

- Ponga en claro riesgo la vida del propio enfermo, porque:
  - ✓ Exista riesgo alto de suicidio manifestado por intentos recientes o ideación persistente en el curso de un cuadro psiquiátrico agudo.
  - ✓ Haya riesgo de automutilación
  - ✓ Presente un cuadro médico grave por muy bajo peso o gran presencia de vómitos en el curso de un Trastorno de la conducta alimentaria.
  - ✓ Enfermedad psiquiátrica grave que impida al enfermo cuidarse a sí mismo en cuanto alimentación, alojamiento o cuidados médicos básicos.
  - ✓ Presente un comportamiento de origen psicótico que afecte la reputación, el cuidado de su patrimonio o sus relaciones sociales.

[5] Plan regional de Salud Mental 1999-2001/Hospitalización Psiquiátrica. Consejería de Sanidad. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2351-salud_mental.pdf

- Ponga en claro riesgo la vida de otras personas teniendo la peligrosidad un claro origen en una enfermedad mental.
- Suponga el acatamiento de una orden judicial, siendo en este caso la duración del ingreso la necesaria para realizar la valoración pericial y solamente debería permanecer en razón de que el paciente reúna las mismas condiciones que se exijan al resto de los ingresos psiquiátricos en estas unidades.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio de una enfermedad mental grave que afecte de forma importante al funcionamiento de la familia y del paciente, que se trate de un episodio o exacerbación reciente y que se espere una mejoría tras su permanencia en la UCE.
- Separación del entorno socio-familiar, por ser negativo para el paciente o viceversa, cuando la enfermedad del paciente no puede ser atendida en condiciones por la familia.
- Ingresos programados para evaluación y proceso diagnóstico

En todos los casos deberían revisarse los pacientes que superen los 30 días de estancia, valorando las siguientes posibilidades:

- ✓ Trastornos de personalidad agravados con otras psicosis.
- ✓ Trastornos depresivos asociados a abusos de drogas.
- ✓ Complicaciones con las medicaciones.
- ✓ Resistencias terapéuticas.
- ✓ Problemas sociales y judiciales.

El paciente que cumple los criterios de derivación establecidos, accede al régimen de internamiento remitido desde el servicio de Urgencias del hospital o de los Centros de Salud Mental.

Durante el ingreso se debe cubrir el diagnóstico (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica y social) y tratamiento (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico, etc.), así como la atención a la salud general pertinente.

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, tanto en relación a la recepción de los pacientes como al alta o remisión de los mismos.

1.2.2.- U.C.E. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca"

Aunque el informe Ministerial para la Reforma 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[6], la ausencia de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en dos de las áreas de salud de la Región obliga a mantener esta unidad en el Hospital Psiquiátrico para ofrecer este servicio a la población de dichas zonas.

Esta situación, no deseada, menoscaba los principios de accesibilidad y equidad en la prestación sanitaria de los habitantes de las áreas IV y V de la Comunidad, los cuales,

[6] Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica.

cuando necesitan un ingreso por causa psiquiátrica, no disponen de los servicios de un Hospital General y precisan ser trasladados a estos para la realización de pruebas complementarias e interconsultas con otras especialidades médico-quirúrgicas.

Características Físicas y Estructurales

La U.C.E. del Hospital Psiquiátrico Román Alberca está ubicada en la primera planta de uno de los cuatro edificios que componen el hospital.

La unidad dispone, desde octubre de 2015, de 22 camas para pacientes, distribuidas en 4 habitaciones de cuatro camas, dos de 2 camas y dos individuales. Cada dos habitaciones comparten un baño completo, excepto una de las de dos camas, que no dispone de baño, y en la que normalmente se alojan aquellos pacientes que están en Terapia Electroconvulsiva ambulatoria, y las dos individuales.

Otros espacios para los internos son un comedor y un salón de estar-TV, así como otros aseos accesibles desde los espacios comunes. En el comedor hay una cocina, y el salón dispone de una terraza enrejada para que los pacientes puedan salir al exterior sin abandonar la unidad.

Además de estos espacios en la primera planta, los pacientes pueden utilizar una sala de terapia ocupacional en la planta baja del edificio, y pasear por un jardín cerrado anexo a la misma. En este jardín los pacientes que lo tienen autorizado reciben las visitas.

El acceso a la UCE, la cual es una unidad cerrada, puede hacerse a través de dos ascensores o por la escalera.

Toda la Unidad dispone de las medidas de seguridad pasivas necesarias y suficientes para garantizar la seguridad de los enfermos. Ventanas, puertas y escaleras están protegidas, y se han evitado cristales fracturables en puertas y aseos, así como todos los elementos que puedan ser un riesgo potencial para el paciente.

En la primera planta también se encuentran cuatro despachos para psiquiatras, un botiquín para enfermería, el despacho de la supervisora de enfermería y un cuarto de control acristalado para los Auxiliares de enfermería, que permite la observación directa de los pacientes. Los despachos para el psicólogo clínico y la trabajadora social de la Unidad están situados en la planta baja.

Características Funcionales

La Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, dentro del modelo provisional actual de sectorización de los recursos asistenciales en nuestra Región, da asistencia psiquiátrica hospitalaria a la población de las Áreas de Salud IV Noroeste (Barranda – situado a 81,8 km del Hospital Psiquiátrico -, Bullas - 53,6 km -, Calasparra – 67,1 km -, Caravaca – 70,6 km -, Cehegín – 66,3 km - y Moratalla – 80,7 km -) y V Altiplano (Yecla – 108,5 km - y Jumilla – 75,8 km -).

En el periodo comprendido entre los años 2008-2013 los residentes de estas Áreas de Salud (ambas sin servicio de Psiquiatría en su hospital de área) fueron los que

presentaron una mayor frecuentación hospitalaria, superior a 200 episodios por 100.000 habitantes/año, de la Comunidad[7].

Áreas	Zonas de Salud	Población	Total
IV	Caravaca	26.280	73.926
	Barranda*	884	
	Calasparra	10.527	
	Cehegín	15.955	
	Bullas	12.061	
	Moratalla	8.219	
V	Yecla	34.130	59.606
	Jumilla	25.476	

Fuente: INE. Censo de Población y Padrón Municipal de Habitantes. Año 2013. (Excepto *. Año 2009)

Esto supone una ratio de 16,5 Camas/100.000 hab., bastante más alta que la ratio de Camas de Corta Estancia para el resto de la población de Murcia, que en 2013 era de aproximadamente 6,9 Camas/100.000 hab., y algo mayor que la estimada como adecuada en el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001 (1 cama/10.000 hab.)[8].

Por este motivo, la Unidad de Corta Estancia del Román Alberca sirve provisionalmente de apoyo a las Unidades Psiquiátricas Hospitalarias de otras áreas sanitarias, cuando estas se quedan sin camas libres para realizar ingresos de urgencias. En este caso los pacientes son remitidos desde su Hospital de referencia, tras valoración psiquiátrica, con indicación de ingreso y comunicación previa con el psiquiatra de guardia en el Hospital Psiquiátrico, solicitando ingreso por falta de camas.

Otro tipo de ingresos, realizado en la UCE del psiquiátrico, responde a los pacientes de la Región que son internados para cumplir medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico tras sentencia mediante una orden judicial[9].

[7] Informes sobre el Sistema Regional de Salud/1501. Asistencia sanitaria a la enfermedad mental. Frecuentación hospitalaria y reingresos a un mes, 2008-2013. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación Sociosanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano. Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social.

[8] Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica.

[9] PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA PACIENTES CON ORDEN JUDICIAL DE INTERNAMIENTO. Hospitalización En Unidad Psiquiátrica De Corta Estancia De Pacientes Judiciales. Documento interno del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

1.2.3.- U.C.E. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES

Funciones del Médico Psiquiatra

Las funciones del médico psiquiatra en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica incluye la atención especializada de los pacientes hospitalizados[8]. Es responsabilidad suya indicar la necesidad o no de la hospitalización[8]. Esta tarea implica la decisión, cuando así lo considere, de proceder a un ingreso involuntario cuando el paciente, necesitado del mismo, no esté de acuerdo con este proceso. El tomar esta medida extrema supone, por parte del facultativo, velar por que se cumplan todos los derechos y garantías legales que protegen al paciente sometido a una medida de intervención en contra de su voluntad.

También corresponde al psiquiatra, en colaboración con el médico internista del hospital, derivar a los pacientes a otros especialistas cuando aquellos presenten otras enfermedades comórbidas que requieran de su atención[8].

Por último, corresponde al psiquiatra la indicación y elaboración del informe de alta, con derivación al recurso de la red sanitaria (en la mayoría de casos el C.S.M.) que corresponda para que el paciente continúe con su proceso terapéutico[8].

Las responsabilidades del médico psiquiatra con los pacientes ingresados en la U.C.E. en cumplimiento de una medida de seguridad judicial son las mismas, salvo por algunas peculiaridades, que con cualquier otro. Las diferencias residen, fundamentalmente, en los procesos de ingreso y alta de estos usuarios.

Al estar condicionado el ingreso por una orden judicial, la valoración psiquiátrica de la necesidad de hospitalización no va a determinar el que este tenga o no lugar. En muchos casos, podemos encontrar que los usuarios no padecen una patología mental grave que, en condiciones habituales, requiriera tratamiento hospitalario. Otras veces el paciente, afectado por una enfermedad mental crónica y deteriorante, puede ser traído al hospital en un periodo de estabilización de la misma. El tiempo transcurrido entre el delito juzgado y la ejecución de la sentencia puede facilitar esta circunstancia. Los jueces, no estando obligados a conocer la organización real de los Servicios de Salud Mental, pueden dejarse llevar por las peticiones de abogados bien intencionados, pero mal informados, a la hora de aplicar una medida de internamiento como pena por el delito cometido por una persona diagnosticada de trastorno mental.

Independientemente de que el ingreso se considere o no necesario, el usuario será convenientemente valorado desde el punto de vista psicopatológico tanto al ingreso como durante la estancia en la unidad psiquiátrica. Fruto de esta valoración psiquiátrica, se tomarán las decisiones pertinentes respecto a la posible necesidad de pruebas complementarias, con el fin de realizar un adecuado diagnóstico diferencial, y a la prescripción de un tratamiento psicofarmacológico adecuado a los síndromes psiquiátricos que puedan estar presentes. También se colaborará con el resto del equipo en la toma de decisiones sobre el mejor Plan Terapéutico Individualizado (P.T.I.) recomendable para las alteraciones mentales presentadas por el paciente. Así mismo, se trabajará junto con el equipo multidisciplinar de la unidad en conseguir, mientras la estancia en la unidad del

paciente sea determinada por mandato judicial, en intentar durante la misma el tratamiento se acerque lo más posible a este P.T.I.

La U.C.E. está organizada, estructural y funcionalmente, para el ingreso breve de los trastornos mentales en crisis, dando el alta a los pacientes lo antes posible una vez se haya estabilizado su situación clínica. En caso de no conseguirse una recuperación suficiente, que permita la reintegración del paciente a su medio sociofamiliar, debemos derivar a aquel al recurso sociosanitario que consideremos más adecuado: Unidad Regional de Media Estancia, Comunidad Terapéutica, Hospital de Día, Recursos Residenciales, etc. Los pacientes ingresados por orden judicial exceden habitualmente el tiempo medio de estancia en nuestra unidad.

Cómo responsables últimos de las intervenciones sobre estos pacientes durante su estancia hospitalaria, debemos velar por la realización de un exhaustivo estudio diagnóstico (que incluya la valoración por cada uno de los grupos profesionales del equipo multidisciplinar) y la aplicación de la medida terapéutica más adecuada a cada caso. Independientemente de la frecuencia con la que el juzgado solicite ser informado respecto a la evolución del paciente, es nuestra obligación informar al mismo de cuál es el estado clínico actual del paciente, realizar una valoración pronóstica y recomendar el tratamiento y dispositivo asistencial que consideremos más adecuado a su evolución. El encierro innecesario en una Unidad de Corta Estancia por un tiempo demasiado prolongado, corre el riesgo de ser deteriorante y poco rehabilitador. El paciente puede desarrollar actitudes dependientes y síntomas afectivos y conductuales como consecuencia de la escasez de estímulos y actividad propios de una unidad pensada para personas en crisis. La sentencia a internamiento queda matizada por la frecuente apostilla judicial “para que reciba el tratamiento más adecuado a su dolencia psíquica” o similar. Nuestro deber hacia la justicia no puede hacernos olvidar nuestro compromiso con el paciente, para el cual debemos solicitar la modificación de la pena de internamiento por la del sometimiento a un tratamiento adecuado a su estado mental presente, modificable en la medida que este estado va evolucionando de forma favorable. En base a este compromiso deberíamos estar en condiciones de realizar un informe en este sentido en el plazo comprendido entre los 20 y 30 días de estancia del paciente en la unidad.

Funciones de Psicología Clínica

El psicólogo clínico tiene como función principal la evaluación psicológica y neuropsicológica, diagnóstico e intervención breve en personas y familiares de personas ingresadas que el equipo terapéutico estime conveniente. Asimismo, realiza otras tareas relacionadas con diferentes funciones, que se detallan a continuación:

Tareas clínicas: las citadas de diagnóstico, evaluación, intervención breve individual o familiar y la realización de grupos de apoyo semanales:

- Los grupos de apoyo se realizan 3 veces por semana, la temática principal se refiere a la vivencia de los usuarios de su ingreso en la UCE aunque con frecuencia se dedica uno de los días a debate e información sobre temas relacionados con la salud mental (estigma, consumo de sustancias psicoactivas, diagnósticos psiquiátricos, modelo de recuperación, asociacionismo en primera persona, relaciones sociales, personales y familiares, medicación, dependencia, discapacidad, protección jurídica, relaciones afectivo-sexuales, etc).

- Ingresos judiciales: Independientemente de la sospecha diagnóstica que haya motivado el ingreso forzoso, la evaluación psicológica se realizará a todos los internos por orden judicial. Los resultados de esta valoración, así como su opinión sobre el plan terapéutico a seguir, formarán parte del informe inicial que, tras un máximo de 30 días en la Unidad de Corta Estancia, realizará el psiquiatra responsable del paciente para enviar al Juzgado de Vigilancia. Con los pacientes que cumplen una orden judicial, dado que pueden cumplir ingresos más prolongados en espera de una resolución judicial, las intervenciones psicoterapéuticas no sólo son más factibles, sino convenientes. Durante la estancia del paciente en la unidad se le proporcionará el tratamiento psicológico que se estime posible y necesario obedeciendo al programa terapéutico aprobado para el diagnóstico estimado.

Tareas de coordinación con otros recursos: dentro del trabajo en equipo, el psicólogo clínico se coordina con otros recursos para recabar información importante sobre la situación de la persona ingresada. El psicólogo clínico también es miembro del Equipo de Comunicación del hospital y debe trasladar la información importante que de este se derive.

Tareas administrativas: se refiere a las tareas de organización de comisiones de trabajo de la UCE, grupos más pequeños de trabajo sobre temas específicos, registro de los cuestionarios de satisfacción, contenciones mecánicas realizadas…

Tareas de investigación: principalmente el apoyo en proyectos de investigación realizados en la unidad o en el hospital.

Tareas que fomenten la creación y mantenimiento de una sana cultura organizacional: se refiere a las tareas que tienen como objetivo la creación de una conciencia organizacional, de grupo que facilite la cohesión y el trabajo en equipo.

Tareas de apoyo a otros profesionales: se refiere a las tareas de apoyo al equipo comunitario, ocasionalmente cuando algún paciente ingresa en la unidad, y a los demás profesionales del equipo que lo requieran, o bien para facilitar la mediación en determinados conflictos.

Tareas de comunicación: como miembro del equipo de comunicación, el psicólogo clínico, junto con otros profesionales, será el encargado de acompañar y facilitar las visitas de diferentes colectivos al hospital o a la unidad, siempre preservando la intimidad de las personas ingresadas y del personal.

Funciones de Medicina Interna

Al ingreso en la unidad de corta estancia los pacientes son valorados por el médico general del Hospital. A través de la anamnesis y una exploración física por aparatos se llegará al diagnóstico de las posibles patologías somáticas padecidas por el paciente.

Como parte de la evaluación rutinaria, y salvo que se dispongan de datos previos a través de las distintas fuentes documentales, se solicitará en todos los ingresos:

- EKG: en todos los casos. Tras su realización el psiquiatra de guardia se asegurará de que no existe ninguna urgencia cardiológica.

- ANALITICA:

    - HEMOGRAMA

- ANALÍTICA GENERAL: PROTOCOLO DE UCI
  - En los pacientes candidatos a TEC se solicitará además Colinesterasa
  - En pacientes depresivos, ansiosos y en tratamiento con Litio se solicitarán TSH y T4L
  - En pacientes en tratamiento con Litio, Carbamazepina y/o Valproico, se solicitarán niveles de fármacos

- COAGULACIÓN en los casos siguientes:
  - Pacientes con alcoholismo
  - Hepatopatías
  - Paciente candidato a TEC.

- TÓXICOS EN ORINA en pacientes intoxicados o con antecedentes adictivos

- Pacientes con deterioro cognitivo y alteraciones de la memoria:
  - TSH y T4L
  - Folatos
  - Vit. B12

- SEROLOGÍA: en pacientes con problemas de adicción a sustancias, conductas de riesgo. No se pedirá en pacientes que tengan una Serología de menos de 6 meses (salvo que hayan presentado conductas de riesgo durante esos últimos tras los últimos análisis).
  - LUES
  - HEPATITIS: B Y C
  - VIH

- TEST DE EMBARAZO en mujeres en edad fértil.

- MANTOUX, en pacientes con adicciones a sustancias y conductas de riesgo.

Dependiendo de los resultados de la anamnesis, exploración física y analíticas se determinará la necesidad de solicitar otras pruebas complementarias y /o el traslado a un hospital general para el estudio o tratamiento por otra especialidad médica. En el caso de pacientes ingresados por orden judicial el traslado siempre será comunicado al juez de vigilancia y, en caso de tratarse de un traslado programado, se solicitará el permiso de aquel antes de proceder al mismo.

Durante la estancia en el Hospital Psiquiátrico de los pacientes el Médico General será el principal responsable de pautar los tratamientos médicos que precisen por patologías somáticas. En su ausencia será el psiquiatra responsable del caso (o en casos urgentes el de guardia) los encargados de pautar este tratamiento.

Funciones de Enfermería

La Enfermería de Salud Mental en U.C.E. es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en Salud Mental mediante la prestación de cuidados de Enfermería.

La aportación profesional de la Enfermería de Salud Mental deriva del trabajo que desarrolla con las personas y con las respuestas que debe dar a las alteraciones de la Salud Mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de estos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos.

Competencias asistenciales de la Enfermería en la UCE:

Programar y desarrollar planes de cuidados individualizados de Enfermería de Salud Mental en el ámbito hospitalario utilizando el ingreso para crear una relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y realizar las intervenciones que precisen.

De acuerdo con el concepto de atención integral, la intervención de Enfermería va dirigida además a las familias.

Elaborar aplicar y evaluar guías clínicas y/o procedimientos de cuidados de Enfermería de Salud Mental basadas en la evidencia científica

Manejar e identificar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de Enfermería en el ámbito de la Salud Mental, de acuerdo con la legislación vigente.

Coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, informar del alta a la correspondiente unidad de Salud Mental comunitaria mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de Enfermería.

Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las unidades de Salud Mental comunitaria y otros dispositivos asistenciales de Salud Mental de su ámbito de influencia.

Competencias docentes de la Enfermería en UCE:

Educar en materia de salud a personas, familias y grupos.

Formar en materia de Salud Mental a los futuros profesionales y especialistas de Enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.

Competencias investigadoras:

Generar conocimiento científico en el ámbito de la salud, impulsar líneas de investigación y divulgar la evidencia.

Liderar y/o participar como miembro del equipo investigador en proyectos de investigación multidisciplinar.

Intervenciones específicas de la Enfermería en UCE:

Trabajar la conciencia de enfermedad con la persona ingresada: enseñanza de la enfermedad, sintomatología, fomentar la adherencia al tratamiento (conocimiento de la medicación y posibles efectos secundarios).

Talleres de Educación para la Salud (ver contenido de estos talleres en pg.57).

Asesoramiento y supervisión en la realización de las actividades de la vida diaria fomentando el autocuidado.

Control y registro del balance hídrico y de ingesta alimentaria. Asesoramiento de dieta adecuada según necesidades.

Seguimiento individual de patologías orgánicas, agudas o crónicas, como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Curas de heridas, …

Intervención en situaciones de crisis: terapia de relajación simple, control ambiental, administración de fármacos,…

Prevención de conductas agresivas e identificación de factores de riesgo, entrenamiento en el control de impulsos y control de la conducta.

Registro general de todas las incidencias relevantes.

Funciones del Auxiliar de Enfermería

Su función primordial es el cuidado integral de los pacientes ingresados, fomentando en todo momento su autocuidado y autosuficiencia y velando por el respeto de sus derechos a la vez que se lucha para la prevención de riesgos potenciales.

Los Auxiliares colaboran en la realización de los protocolos y programas terapéuticos:

- Acogida al paciente, ayudando al mismo en su aseo al ingreso y revisando sus pertenencias, con el fin de retirarle cualquier objeto que pueda ser peligroso (cinturones, corbata, objetos punzantes o cortantes, encendedores, cerillas, etc.). Igualmente se revisa a los pacientes con permiso de salida a su regreso. Así mismo se les retirará la documentación u objetos de valor que puedan llevar dándoselos, si es posible, a la familia y si no al guardia de seguridad para que los custodie, dejando constancia escrita de todo ello en Selene. Al alta, se recogerán todas las pertenencias del paciente y se le entregarán al paciente o su familia solicitando la firma de un “Recibí” y dejando también una nota en Selene.
- Aseo de pacientes, ayudando a los que no puedan hacerlo por sí mismos, cambio de lencería y arreglo de los armarios. Ante la detección de necesidades y deficiencias de ropa u otros objetos de uso personal, los Auxiliares (salvo decisión en contra del equipo terapéutico) facilitarán al paciente o realizarán personalmente una llamada a los familiares que puedan proporcionarlo. Dejarán constancia escrita en Selene de a quién y para qué se ha llamado, anotando cualquier incidente o dato que pueda ser de interés para el adecuado seguimiento del proceso del paciente.
- Preparación pre-TEC
- Registro de llamadas, visitas, etc.
- Registro de demandas a la trabajadora social
- Protocolos de Fuga, Contención Mecánica y otros

Cuando el estado de los pacientes lo requiere, los Auxiliares acompañan al enfermo a la realización de consultas y pruebas complementarias en otros centros sanitarios. También colaboran en la toma de temperatura, control de ingesta (ayudando a los

pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos) y diuresis, cambios posturales, etc, de los pacientes.

Los Auxiliares son los encargados de velar porque los pacientes estén siempre acompañados, contribuyendo a movilizarlos y estimulando a los que lo requieran a dar paseos, leer, practicar juegos de mesa, etc. La observación de cualquier anomalía o dato importante para el adecuado cuidado del paciente, sería comunicado al enfermero de la Unidad y/o en las reuniones del equipo colaborando en lo posible en su solución.

Funciones del Trabajador Social

La U.C.E. está concebida como servicio asistencial para el tratamiento de patologías psiquiátricas en pacientes agudos mediante hospitalizaciones breves, así como la atención a pacientes derivados por el juez para el cumplimiento de una medida legal que implica internamiento prolongado.

El trabajo social es una disciplina destinada a la totalidad de la población, pero hay grupos más débiles con los que la intervención específica del trabajador social se hace imprescindible. La intervención del trabajador social está motivada por las deficiencias sociales de los pacientes y de sus familias que son expuestas por ellos mismos, por otros profesionales del centro, o por otros servicios que aportan la información necesaria para realizar la valoración y la intervención conjunta con los recursos externos. Para explicar la intervención del Trabajador Social en La Unidad de Corta Estancia hay que hacerlo a partir del funcionamiento y la organización del trabajo social en el centro hospitalario.

El Trabajador Social forma parte de un equipo interdisciplinario que suele estar integrado por Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, Diplomados en enfermería, Auxiliares de enfermería, Terapeuta Ocupacional y monitor/a. Su objetivo es conocer globalmente al paciente a través de la coordinación de sus miembros.

Las características de la población psiquiátrica que normalmente se atiende, son:

-Trastornos esquizofrénicos.
-Psicosis distintas de las esquizofrénicas.
-Trastornos afectivos.
-Trastornos de personalidad.
-Drogodependencias.
-Otros.

5.2.- OBJETIVOS.

Los objetivos del Trabajador Social podemos dividirlos en tres bloques:

1. Socio familiares.

- Conocer el núcleo familiar del paciente.

- Detectar las circunstancias familiares y sociales que puedan ser condicionantes para el enfermo y su tratamiento.

- Potenciar la vinculación entre el paciente y su familia.

- Buscar, derivar y coordinar el recurso socio sanitario que se ajuste a la necesidad del paciente.

2. Enfocados al paciente.

- Acercar al paciente a su realidad socio familiar.

- Propiciar el acceso a los distintos recursos educativos, de ocio y terapéuticos de la UNIDAD.

- Promover y promocionar grupos de apoyo y autoayuda con el fin de que pueda afrontar las dificultades que se oponen a su integración social.

- Garantizar un proceso terapéutico que favorezca la reinserción de los enfermos en su entorno más próximo.

3. Objetivos de implicación del equipo multidisciplinar.

- Aportar la información que ayude a configurar una visión global de los pacientes y a participar en la toma de decisiones sobre los mismos, en relación con su régimen de vida o el proceso terapéutico.

5.3.- FUNCIONES.

1. Trabajo en equipo: Orientar y asesorar de la situación social y familiar de los pacientes.

2. Estudio, diagnóstico y tratamiento de los casos individuales.

3. Estudio de la situación familiar.

4. Fomentar los vínculos socio familiares y lazos afectivos entre paciente y familia.

5. Contención y apoyo.

6. Actividades rehabilitadoras.

7. Proponer recursos alternativos.

8. Participar en asambleas y grupos terapéuticos.

9. Coordinación con otros servicios y entidades.

10. Informar y orientar sobre trámites de pensiones, DNI, empadronamientos, tarjeta sanitaria…

11. Documentación: Historia Social, Informe Social y la derivada del trabajo con el Equipo Interdisciplinar.

12. Asistir y participar en las reuniones de Equipos y Sesiones Hospitalarias.

5.4.- INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON ORDEN JUDICIAL DE INTERNAMIENTO EN LA U.C.E.

Los enfermos mentales envueltos de una manera u otra en la maquinaria judicial, necesitan igual que el resto de la población de unas redes sociales de apoyo, que faciliten el camino para aplicar medidas alternativas a los internamientos.

La intervención del Trabajador Social en Unidad de Corta Estancia con pacientes judiciales se realiza a:

1. Nivel Individual:

-Entrevista con el paciente.

-Estudio, valoración y diagnostico social del paciente.

-Informar al paciente sobre su ubicación, derechos y deberes que conlleva su orden de internamiento.

-Valoración de la demanda realizada por el paciente o por el equipo profesional.

-Valorar el recurso adecuado que le facilite la normalización e integración social al alta hospitalaria.

-Refuerzo de sus capacidades personales encaminadas a prevenir la exclusión social.

-Apoyar al paciente en las gestiones y tramitaciones que correspondan durante el ingreso hospitalario.

2. Nivel Familiar:

En las familias, con un miembro que padece enfermedad mental e ingresado por orden judicial, para cumplir una condena privativa de libertad, se producen unas necesidades específicas, tanto a nivel emocional como en su relación con el contexto social en el que se desenvuelven. Requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad, tratamiento y modo de relacionarse con el paciente y colaborar en su rehabilitación.

La entrevista con la familia nos dará información sobre:

- El medio socio-familiar, sus relaciones con el paciente y las necesidades emergentes.
- Dinámica familiar.
- Factores de riesgo en el entorno social.

3. Nivel Grupal:

Intervención dirigida a favorecer la relación entre pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia y facilitar la resolución de conflictos interpersonales

4. Nivel Comunitario:

Coordinación con los distintos recursos comunitarios dirigida a la integración del paciente en la comunidad.

- Aulas de cultura.
- Centros de día.
- Programas de formación a través de: SEF, consejerías y ayuntamiento.
- Centros ocupacionales y de reinserción socio-laboral.

5.5.- SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL EN LA U.C.E. DIRIGIDOS A PACIENTES INGRESADOS POR ORDEN JUDICIAL.

El paciente será el eje fundamental sobre el que habrá que orientar la Unidad de Trabajo Social. La intervención de Trabajo Social cumplirá con las siguientes consideraciones:

A. Todas las actividades desarrolladas por parte del Trabajador Social, quedaran registradas en el programa Selene, siendo información básica:

-motivo de derivación o consulta

-intervención social

B. A todos los pacientes ingresados por orden judicial con orden de internamiento se les realizará valoración y diagnostico social, que incluirá la apertura de la Historia Social constituida por los documentos que conforman las distintas situaciones y procesos psicosociales del mismo. Esto va a permitir conocer el contexto socio familiar del paciente y de los recursos personales de los que dispone. Es necesaria para la elaboración de un plan terapéutico individualizado factible, como continuación del ingreso en la Unidad de Corta Estancia y de cara a la propuesta realizada en el informe que se emite al Juez de Vigilancia Penitenciaria.

Los soportes documentales de Trabajo Social que, entre otros, forman parte de la Historia Social son:

a) Datos de identificación:

Datos básicos de identidad personal, que permite identificar la historia social del usuario, que son facilitados por el programa informático.

b) Ficha social:

Soporte documental e instrumento de trabajo confidencial, en el que se registra la información susceptible de ser ordenada, permitiendo realizar el estudio, valoración diagnostica, tratamiento y seguimiento de casos sociales.

c) Informe Social:

Síntesis explicativa, respecto de una situación dada, que emite el Trabajador Social como el resultado del estudio, valoración y dictamen para el logro de un objetivo determinado.

d) Hoja de seguimiento social:

En ella se consigna de forma temporalizada, todas las actuaciones que se realizan a lo largo de la intervención y se anotan los actos profesionales que se realicen en el caso, indicando la fecha.

El trabajo social como disciplina contribuye a dar un enfoque global de la salud, aportando específicamente los aspectos socio-familiares que inciden en el nivel de salud de la población. Adecua su intervención según las características de la persona, de su familia y de su entorno, entroncando las carencias y las necesidades socio sanitarias del paciente.

El Trabajador Social es el responsable de la intervención social con las personas con enfermedad mental, con el objetivo de desarrollar capacidades psicosociales para abordar su situación personal, así como su capacidad para desarrollar sus recursos personales y los que ofrece el medio social, por lo tanto el eje de intervención será la persona, la familia y la comunidad.

Funciones de Terapia Ocupacional

Las funciones del Terapeuta en UCE se organizan en tres contextos:

1.- Participación activa en la reunión del Equipo Multidisciplinar para la elaboración del Plan Terapéutico Individual de los nuevos ingresos.

2.- Participación en el seguimiento de la evolución de los pacientes.

3.- Participación en la Valoración al alta.

Cuando son derivados a la Terapia Ocupacional nuestras funciones son:

- Acogida.
- Evaluación mediante observación, entrevistas, y cuando es posible y/o necesario cuestionarios y escalas de su funcionamiento ocupacional.
- Integración a la dinámica de la Terapia Ocupacional (T.O.)
- Evolución y seguimiento a través de la observación en vivo
- Valoración al alta.

El trabajo de TO se enmarca en diferentes intervenciones según las necesidades de los pacientes y objetivos del equipo multidisciplinar, en un espacio orientado hacia la estabilización de las personas ingresadas a través de su “ocupación” y la participación con el grupo. Intentamos que la Terapia sea un espacio de autoayuda, de apoyo y soporte que rebaje la situación de estrés motivada por el ingreso. Compartir sus experiencias con el resto del grupo añade valor a la comprensión de las situaciones de crisis que padecen.

Los pacientes que ingresan en esta Unidad padecen una enfermedad psiquiátrica de suficiente gravedad o intensidad en situación de crisis. Son ingresos con el objetivo básico de obtener la estabilización de su situación clínica, en ámbitos afectivos, cognitivos o conductuales, en el menor tiempo posible. La T. O. ha de ser, pues, intensiva, abierta y flexible, siendo objetivo fundamental normalizar y evitar lo máximo posible la desubicación

de la comunidad (ámbito familiar, laboral, social, etc.) potenciando un rol activo en el paciente en la recuperación de su salud. Se trabajan objetivos a corto plazo para el post alta.

La ocupación contribuye al desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas, así como de las relaciones sociales, las emociones y los vínculos afectivos. Promueve el mantenimiento, restauración o recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas. En función de las áreas afectadas las estrategias utilizadas como intervención se realizan a través de los siguientes Programas y/o Técnicas:

- AVD (Básicas, Instrumentales y Avanzadas)
- Buenos Días
- Estimulación Cognitiva
- Habilidades Sociales
- Planificación de Ocio y Tiempo Libre
- Psicomotricidad y Actividad Física
- Control de Emociones (Audiovisuales, Relajación, Mindfulness, etc.)
- Actividades Técnico-Terapéuticas
- Musicoterapia
- Colaboración en Grupo de Apoyo con Psicólogo Clínico.

En el caso de pacientes ingresados por Orden Judicial, las estancias suelen ser más prolongadas, y, por tanto la tarea del Terapeuta tiene una mayor continuidad y será posible la aplicación de Programas con Objetivos a medio y largo plazo. Intentando que su vida en la Unidad resulte los menos frustrante posible, evitando todos los males derivados de una larga estancia en un medio despersonalizador per se. La intervención se centra en asumir responsabilidades desde su autocuidado personal, realización de actividades domésticas, ejercicio físico, reanudación de actividades académicas, salidas…Todo aquello que le permita adquirir estrategias para posibilitar la prevención o recaídas.

Podríamos concretar que las funciones de Terapia Ocupacional en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, van encaminadas a promover la salud y el bienestar ocupacional, minimizar la perdida de capacidades, recuperando la máxima funcionalidad del usuario y compensando las disfunciones instauradas; utilizando métodos y modalidades específicas para desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de funciones necesarias.

PROCESOS DE LA U.C.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

2.1.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Compartimos, como unidad integrada en el hospital Psiquiátrico, los principios y valores de esta institución.

MISIÓN

Proporcionar atención integral a todas las personas adultas con problemas de salud mental que precisen, por su patología, de un ingreso hospitalario de corta estancia. Esta atención integral va encaminada, dentro de nuestras posibilidades, tanto a labores diagnóstico-terapéuticas como promoción de la salud, prevención de recaídas y rehabilitación psicosocial.

Se realiza mediante la prestación de servicios integrados de atención sanitaria, docencia e investigación de manera eficiente y promoviendo el desarrollo personal y profesional del equipo humano.

VISIÓN

Queremos ser una unidad psiquiátrica hospitalaria que trabaja por la excelencia, orientada al paciente, sus familiares y la sociedad.

Conseguir la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares.

Lograr la mayor eficacia y eficiencia posibles en la gestión de nuestra unidad, con la máxima satisfacción de nuestros trabajadores.

Ser una unidad reconocida interna y externamente como modelo avanzado de atención psiquiátrica y referente en la Gestión de la Calidad Total basándonos en el Modelo de la EFQM.

VALORES

Respeto hacia los pacientes y entre los profesionales sin discriminación alguna.

Trabajo en equipo.

Trato cercano y personalizado.

Honestidad ética y profesional.

Responsabilidad y profesionalidad en el trabajo: el deseo de hacer las cosas bien y cada vez mejor.

Transparencia y veracidad en la transmisión de la información.

Actitud empática en la comunicación con el usuario.

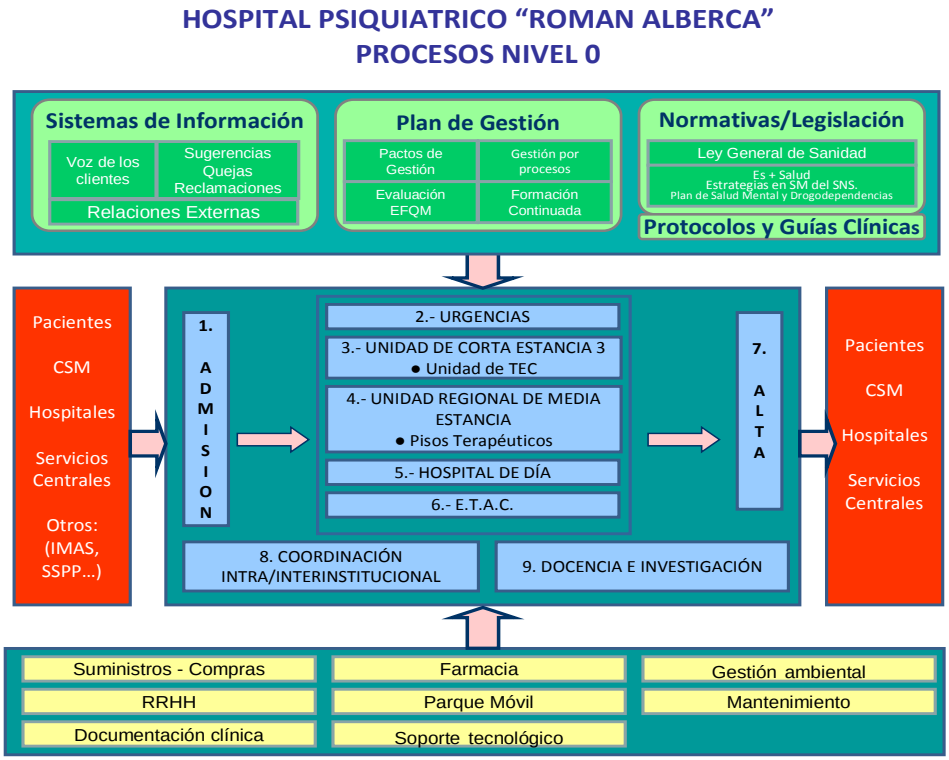
Búsqueda de nuevas ideas, conocimientos, mejores prácticas y desarrollo de proyectos de investigación.

Compromiso personal con los pacientes, la salud mental y la sociedad.

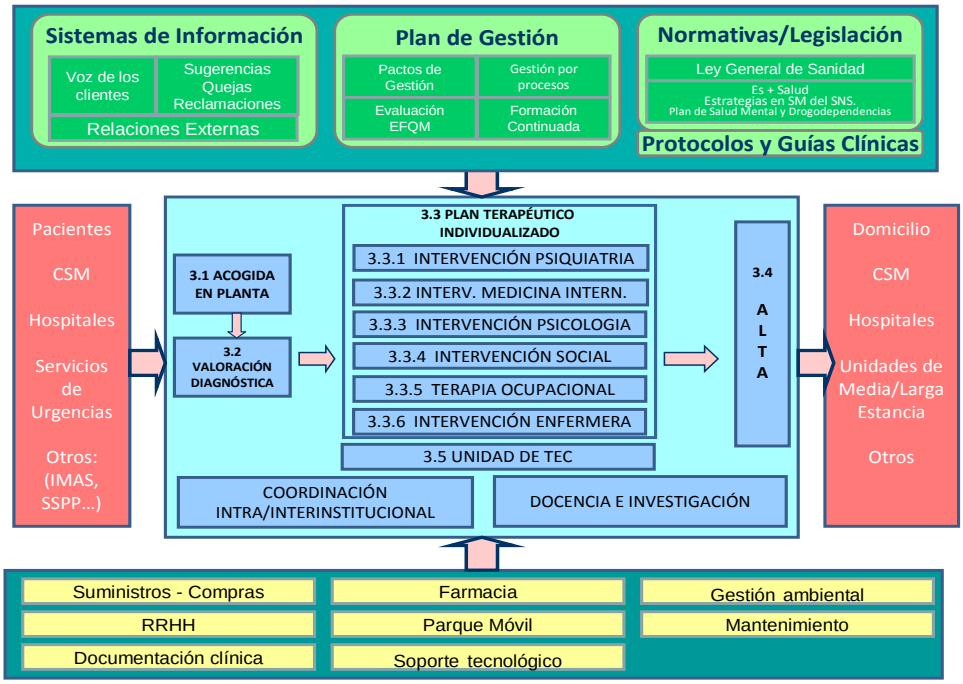
-

2.2.- MAPAS DE PROCESOS

Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". Procesos Nivel 0.



Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". Proceso 3. Unidad de Corta Estancia



El aumento o, en su defecto, el mantenimiento de la calidad de un servicio, hacen imprescindible la evaluación de sus procesos. Entre los posibles indicadores que nos permiten valorar la adecuación de los recursos ofertados a las necesidades de la población atendida, del programa de hospitalización psiquiátrica, utilizamos el Índice de Ocupación.

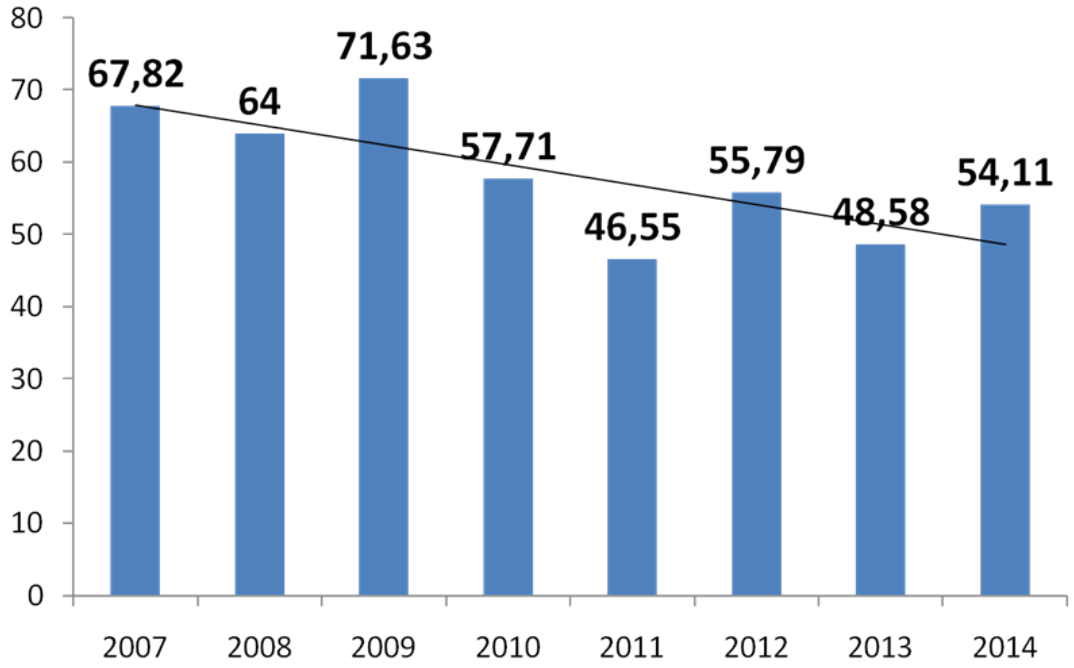
NOMBRE DEL INDICADOR	**Índice de Ocupación**
FÓRMULA	Número total de días que las camas de la UCE han estado ocupadas por pacientes durante un determinado periodo de X100/ Número total de días transcurridos por las camas disponibles durante dicho periodo de tiempo
EXCLUSIONES	No procede.
ACLARACIONES	Se trata de una medida promedio de la ocupación de la cama. Responde a la pregunta: de todo el tiempo disponible en cierto período ¿cuánto tiempo estuvieron, en promedio, ocupadas todas las camas? Su cálculo se obtiene del siguiente cociente: (días-paciente)/(días-cama). Se conoce como día-cama a la disponibilidad de una cama durante un día. Es decir si en 30 días se han tenido 100 camas a disposición de los pacientes, se dice que se ha contado con 300 días-cama en ese período. El concepto es necesario si se tiene en cuenta que no todas las camas están siempre disponibles. Puede haber camas en reparación por ejemplo, y aunque se contemplan dentro de las camas del hospital, durante el tiempo que se estuvieron reparando no podía contarse con ellas para la hospitalización de un paciente. Se conoce como día-paciente a los servicios brindados a un paciente durante un día (24 horas). Si un paciente está 10 días ingresado en un hospital, se dice que éste ha aportado 10 días-paciente; si 10 pacientes están hospitalizados por 10 días entonces se han aportado 100 días-paciente. Ambas partes del cociente se refieren a cierto período. Por ejemplo si del 20 de enero al 30 de enero se han tenido 10 días-cama disponibles y también 10 días-paciente, el índice ocupacional de ese período es de 1 (se suele dar este número como el porcentaje de días-cama utilizado por "días-paciente", en este caso es 100 %). Pero si en ese período se han tenido 10 días-cama pero sólo hubo 8 días-paciente (la cama estuvo vacía 2 días) se dice que el índice ocupacional es de 0,8 o 80 %.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso total del Servicio de UCE, asociado a la dimensión de Eficiencia de los cuidados. Mide el aprovechamiento de la cama hospitalaria. Es deseable un nivel alto de este indicador.
JUSTIFICACIÓN	El aprovechamiento de la cama se mide a partir del principio de que el número de camas de un hospital debe estar acorde con el volumen y gravedad de los pacientes que debe atender. Como este dato es imposible de saber con exactitud, se utilizan aproximaciones. Se supone que para cierta región geográfica, no debe haber ni más ni menos camas hospitalarias de las necesarias. Lo que implica que: 1. Toda persona que necesite una hospitalización debe poder acceder a una cama hospitalaria en el momento que la necesite. 2. Cada paciente hospitalizado debe permanecer en el hospital el tiempo mínimo requerido para lograr que regrese a un estado tal en el que pueda recibir atención ambulatoria. 3. El hospital no debe tener nunca camas vacías.
FUENTES DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización
ORIGEN DEL INDICADOR	Indicadores para la evaluación de sistemas de Salud Mental en España – SEP, 2010.
BIBLIOGRAFÍA	1. Jiménez Paneque, R.E. "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual". Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1): http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm

El objetivo final de la UCE es que los usuarios vuelvan lo antes posible, una vez resueltos los problemas que aconsejaron el tratamiento hospitalario, a su medio habitual, sin que sea necesario un posterior ingreso. Muchos reingresos se consideran evitables y, a menudo, se utilizan como un marcador de problemas de calidad asistencial. El estudio de los reingresos urgentes (inesperados) se centra habitualmente, en los primeros 30 días a partir del alta y podrían estar relacionados con la asistencia hospitalaria y la preparación-transición poshospitalización (reingresos precoces)[10].

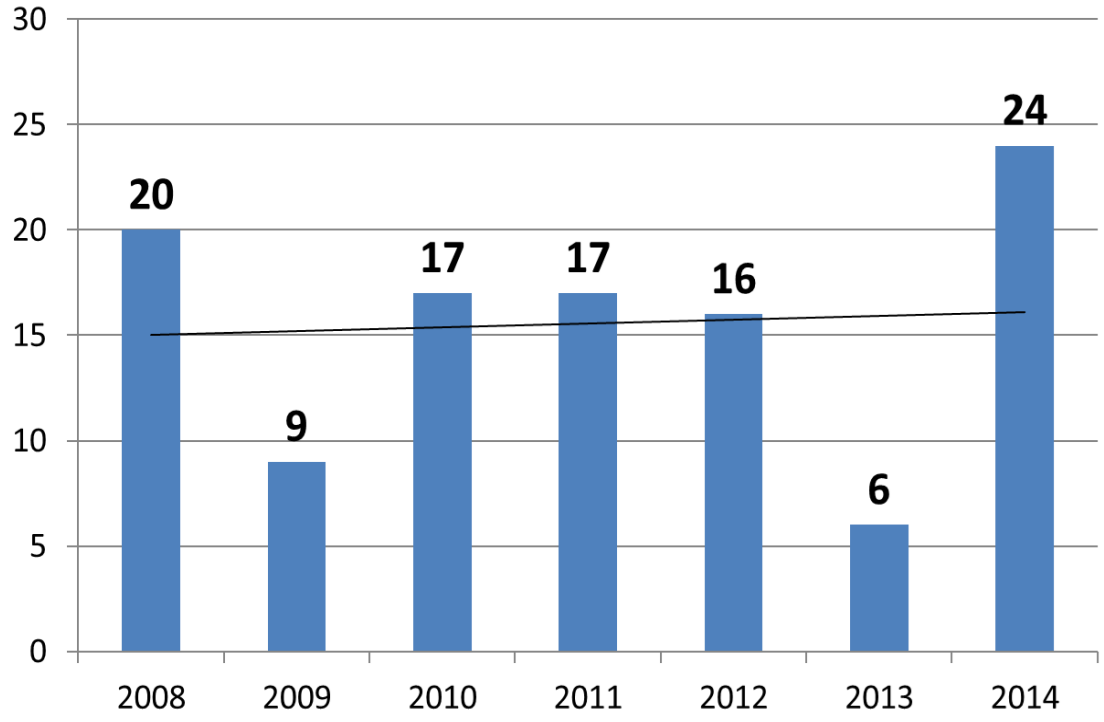
NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de reingresos dentro de los 30 días tras el alta.**
FÓRMULA	Número total de reingresos, de forma no planificada, en la UCE, dentro de los 30 días tras el alta X100/ Número total de ingresos en la UCE
EXCLUSIONES	No procede.
ACLARACIONES	Se contabiliza en el numerador el número total de reingresos independientemente de cual sea el número total de pacientes que hayan protagonizado los mismos. Se considera que un paciente reingresa en un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo, con el mismo diagnóstico, poco después de finalizada una primera hospitalización.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Resultado, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad y Efectividad de los cuidados prodigados por el Servicio de la UCE. Es deseable un Nivel bajo en este indicador
JUSTIFICACIÓN	Si se da por sentado que, durante el período de hospitalización, en la mayoría de los pacientes debe mejorar de manera aceptable el proceso patológico que los llevó al ingreso y que el alta sólo debe decidirse cuando el paciente está en condiciones de ser atendido fuera del ámbito hospitalario, se puede considerar que un reingreso es, por lo menos en principio, un indicador de una falla en la atención recibida en el ingreso anterior. El tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un "reingreso" no está absolutamente establecido pero la mayoría de los autores consideran un período de un mes.
FUENTES DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización
ORIGEN DEL INDICADOR	Estrategia de SM del SNS; PSICOST; OCDE; Indicadores clave del SNS; Adaptado de la Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	1. Jiménez Paneque, R.E. "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual". Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1): http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm

[10] Informes sobre el Sistema Regional de Salud/1503. Asistencia a la enfermedad mental. Reingresos hospitalarios urgentes a un año. Servicio Murciano de Salud, 2011. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación Sociosanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano. Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social.

Evolución del Índice de Ocupación (%) de UCE



Evolución del Porcentaje de reingresos dentro de los 30 días tras el alta.



SUBPROCESO (3.1): ACOGIDA EN PLANTA.

PROPIETARIO: Enfermer@ de UCE.

MISIÓN: Recibir y acoger a los pacientes que son ingresados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) desde el Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, facilitando la integración en la Unidad al recién llegado.

ALCANCE:

• Inicio: Llegada del paciente a la UCE desde la Puerta de Urgencias. El paciente llegará acompañado de un celador@ y del enferme@ de Urgencias. En caso de estar agitado se activará el Protocolo de agitación, llegando acompañado de cinco profesionales, entre ellos del guardia de seguridad. La entrada en la UCE se realiza a través del ascensor.

• Incluye: Recepción del paciente en el botiquín de la Unidad por el enfermer@ y un Auxiliar de Clínica. En el caso de que se haya activado el Protocolo de agitación, la recepción se realizará en la habitación. Se informa al paciente y sus familiares de las normas y horarios de funcionamiento (folleto informativo), se presenta al equipo de personas que le van a atender y es instalado en su habitación. El paciente es acompañado por el auxiliar a la habitación, donde se le invitará a ducharse. Durante la ducha se procederá a la revisión de las pertenencias, retirándole todos los objetos peligrosos y/o valiosos. Estos serán entregados a familiares o bien al celador/guardia de seguridad para su custodia en la caja fuerte del Hospital. El resto de pertenencias se guardarán en la taquilla asignada al paciente en la Unidad. Mientras tanto, el enfermer@ recibe el informe de la enfermer@ de urgencias, comprobando la información y tomando notas de incidencias (alergias, cuidados especiales,…) las cuales comunicará al resto del equipo que trabaja en la UCE. El enfermer@ pide la dieta a cocina para el paciente y comprueba la recepción en la impresora del Plan Terapéutico del paciente. En caso de no disponer de él, lo solicitará al psiquiatra de guardia para poder preparar la medicación que el paciente precise.

• Final: Incorporación del paciente a la dinámica de la UCE.

ENTRADAS: Pacientes ingresados en UCE desde la Puerta de Urgencias de Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

PROVEEDORES: Psiquiatra de Guardia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

SALIDAS: Pacientes incorporados a la dinámica de la UCE en espera de iniciar la Valoración Diagnóstica y el Plan Terapéutico.

CLIENTES: Pacientes que ingresan en la UCE desde la Puerta de Urgencias del Hospital.

INDICADORES:

1. Porcentaje de ingresos voluntarios.

2. Porcentaje de valoraciones de riesgo de violencia al ingreso.

VALIDADO POR: Dirección de Enfermería.

INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Programa SELENE: Informe de ingreso (1 copia en papel) y Formulario de Valoración de enfermería por patrones funcionales. Protocolos aprobados en el Hospital (Pre-TEC, Contención Mecánica, Riesgo caídas). Planilla de dietas. Registro de pertenencias. Encuestas de satisfacción al alta (preguntas sobre la información recibida al ingreso).

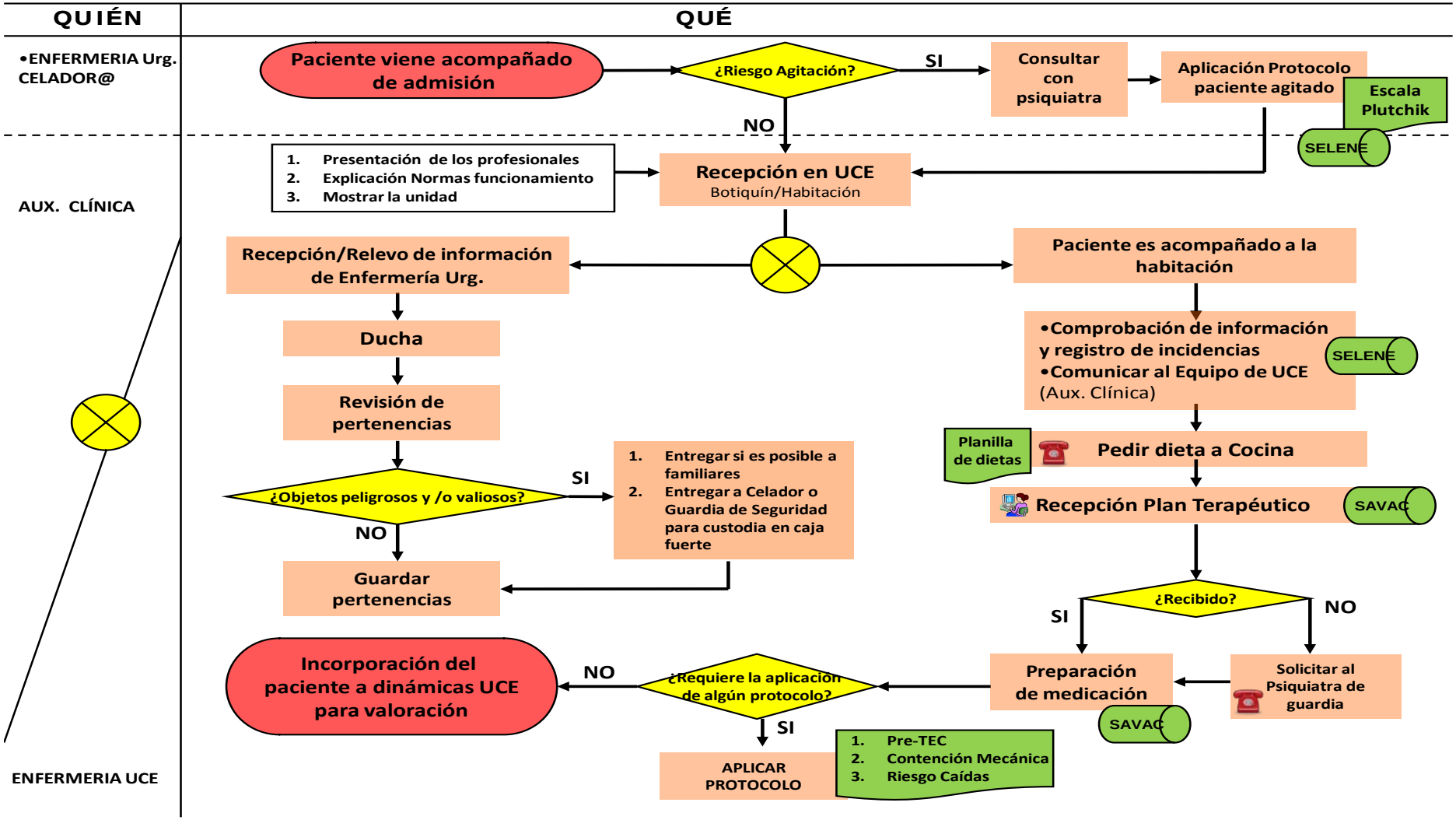
RECURSOS:

- Humanos: Enfermer@s de Urgencias y UCE, Aux. clínico, celador, guardia de seguridad. Psiquiatra de guardia. Cocinera.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Botiquín. Mobiliario de la UCE. Folletos informativos.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de pacientes ingresados voluntariamente**
FÓRMULA	Total de ingresos voluntarios en la UCE durante un año X100/ Total de ingresos en la UCE durante ese año
EXCLUSIONES	No se consideran motivos de exclusión
ACLARACIONES	Los pacientes que ingresan en cumplimiento de una medida judicial son todos, por definición, involuntarios, ya que aunque manifiesten su deseo de permanecer en la unidad el ingreso en la misma no es opcional. Tampoco se deben considerar voluntarios los ingresos de personas incapacitadas legalmente (menores, incapacitaciones legales) aun cuando muestren su conformidad. En todos los casos anteriores el juzgado correspondiente debe ser informado del ingreso para que vele por los derechos civiles del paciente. En la práctica de nuestro hospital todos los ingresos se considerarán involuntarios salvo que el paciente firme, haciendo uso de su libertad y con conocimiento de las consecuencias de su acto, el documento disponible de "Solicitud de Ingreso Voluntario" Los ingresos voluntarios transformados en involuntarios durante el curso de los mismos no se incluyen en el numerador de la fórmula
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Resultado, asociado a las dimensiones de conveniencia, Continuidad y Efectividad de los cuidados.
JUSTIFICACIÓN	En la línea de proteger los derechos de los enfermos mentales, la Oficina del Defensor del Pueblo (Informe del Defensor del Pueblo, 1991) consideró necesaria la constancia documental del consentimiento Informado (CI) otorgado por el enfermo, sin que tal consentimiento pueda en ningún caso presumirse. El CI supone reconocerle al usuario de los servicios sanitarios la capacidad y el derecho de tomar decisiones sobre su atención, situándole en una posición menos pasiva y más presente y participativa en el proceso de la enfermedad y la relación con los servicios de Salud Mental. En la práctica habitual se considera que un paciente que no se opone al ingreso (asiente) es voluntario, en línea con la tendencia generalizada en la atención sanitaria, que plantea la duda sobre la Competencia/Capacidad (C/C) únicamente cuando existe desacuerdo entre el paciente y el médico. Las ventajas y virtudes del ingreso voluntario son innegables, por lo que no es razonable aplicar de manera exigente (CI duro) o fundamentalista los criterios de C/C, al margen de que una excesiva judicialización de la hospitalización psiquiátrico entrañaría retrasos y costes inapropiados. Para facilitar que el ingreso consentido sea realmente competente, es oportuno que las hojas y formularios de solicitud o consentimiento de ingreso tengan una redacción simple y no exhaustiva. Por último, como exigencia ética y legal, es necesario que la historia clínica registre el razonamiento por el cual se ha llegado a la decisión de ingreso y a la modalidad del mismo.
FUENTES DE DATOS	Registros de Admisión en el Hospital
ORIGEN DEL INDICADOR	Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	1. Delgado Bueno, S. Rodríguez Pulido, F. y González de Rivera, J.L. **Aspectos Médico-Legales De Los Internamientos Psiquiátricos.** En: Psiquiatria Legal y Forense. **Editor**: S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez-Pulido y J. L. González de Rivera. **Editorial**: Colex, Madrid, 1994 2. Medrano Albéniz, J. **Ingreso voluntario e ingreso incompetente.** psiquiatria.com Psiq. General Y Otras Áreas/Psiquiatría Legal. 26 febrero, 2001.http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/psiquiatria_legal/ingreso-voluntario-e-ingreso-incompetente/

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de valoraciones del riesgo de violencia al ingreso**
FÓRMULA	Total de Pacientes con Valoración del riesgo de violencia (Escala De Riesgo De Violencia De Plutchik) realizado durante un año X100/ Total de ingresos en la UCE durante ese año
EXCLUSIONES	No se consideran motivos de exclusión
ACLARACIONES	Se hará una detección inicial del riesgo con la aplicación de la escala de Riesgo de Violencia de Plutchik, diseñada para evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas. Esta escala será administrada a todos los pacientes que sean ingresados, durante la acogida de enfermería en la planta del Hospital, o en cuanto las condiciones clínicas de aquellos lo permitan.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad y Riesgo y mejora de la Calidad de los cuidados. Es deseable un Nivel alto, cercano al 100%, en este indicador
JUSTIFICACIÓN	La valoración del riesgo de conducta violenta, como paso previo a la prevención dela misma y sus consecuencias, debe ser lo más objetiva posible. Siempre que se pueda, se utilizarán herramientas como escalas o entrevistas estructuradas que apoyen la evaluación, sin olvidar que no existe un patrón de oro. En base a las recomendaciones encontradas en la literatura, en nuestro Hospital hemos seleccionado la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik, para ser aplicada a los pacientes durante la acogida de enfermería al ingreso como screening,
FUENTES DE DATOS	Formularios de Escala De Riesgo De Violencia De Plutchik en Selene
ORIGEN DEL INDICADOR	Adaptado de la Joint Commission
BIBLIOGRAFÍA	1. **Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad** Hospital Psiquiátrico Román Alberca. 2011. 2. Plutchik, R.; van Praag, H.M. **A self-report measure of violence risk, II**. Compr Psyxhiatry, 1990; 31: 450-456.

U.C.E. del H.P.R.A. — SUBPROCESO 3.1: ACOGIDA EN PLANTA



SUBPROCESO (3.2): VALORACIÓN DIAGNÓSTICA.

PROPIETARIO: Psiquiatra.

MISIÓN: Evaluar el cuadro clínico del paciente acogido en la Unidad de Corta Estancia (UCE), dando lugar al plan de tratamiento individualizado.

ALCANCE:

• Inicio: El paciente acogido en UCE es asignado a un psiquiatra responsable del caso durante la reunión diaria de todo el equipo.

• Incluye: Todos los pacientes ingresados son valorados por el psiquiatra responsable, el cual realizará una primera hipótesis diagnóstica y establecerá un primer plan de tratamiento. Los pacientes también son examinados por el Médico internista, y por los enfermeros de la unidad, los cuales realizaran un diagnóstico de enfermería y establecerán *planes de cuidados individualizados*. Dependiendo de las necesidades específicas de los pacientes (discutidas durante las reuniones diarias del equipo) se decidirá la pertinencia de que sean evaluados también por el psicólogo, el Trabajador social y/o el Terapeuta Ocupacional.

Se realizará a todos los pacientes (salvo excepciones) un EKG, una analítica general con Hemograma y una serología (VIH, Lues, VHC y VHB). El Médico Internista decidirá si son necesarias otras pruebas complementarias según el estado físico del paciente

En caso necesario se solicitarán pruebas complementarias biológicas o psicológicas para realizar un adecuado diagnóstico diferencial que permita realizar un diagnóstico psiquiátrico definitivo

• Final: Se inicia con el paciente un Plan de tratamiento individualizado.

ENTRADAS: Pacientes acogidos en la UCE del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

PROVEEDORES: Psiquiatra del Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

SALIDAS: Pacientes con la Valoración Diagnóstica realizada y un Plan Terapéutico Individualizad decidido.

CLIENTES: Pacientes ingresados en la UCE del Hospital.

INDICADORES:

1. Porcentaje Diagnósticos asignados dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso.
2. Porcentaje de Exploraciones físicas documentadas dentro de las primeras 72 horas tras el ingreso.

VALIDADO POR: Jefe de Servicio de la UCE.

INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Programa SELENE: registro de las valoraciones del equipo multidisciplinar. Protocolos aprobados en el Hospital (Pre-TEC, Contención Mecánica, Riesgo caídas). Formularios de solicitud de pruebas complementarias. Test psicodiagnósticos. Encuestas de satisfacción al alta (preguntas sobre la actuación de los distintos profesionales).

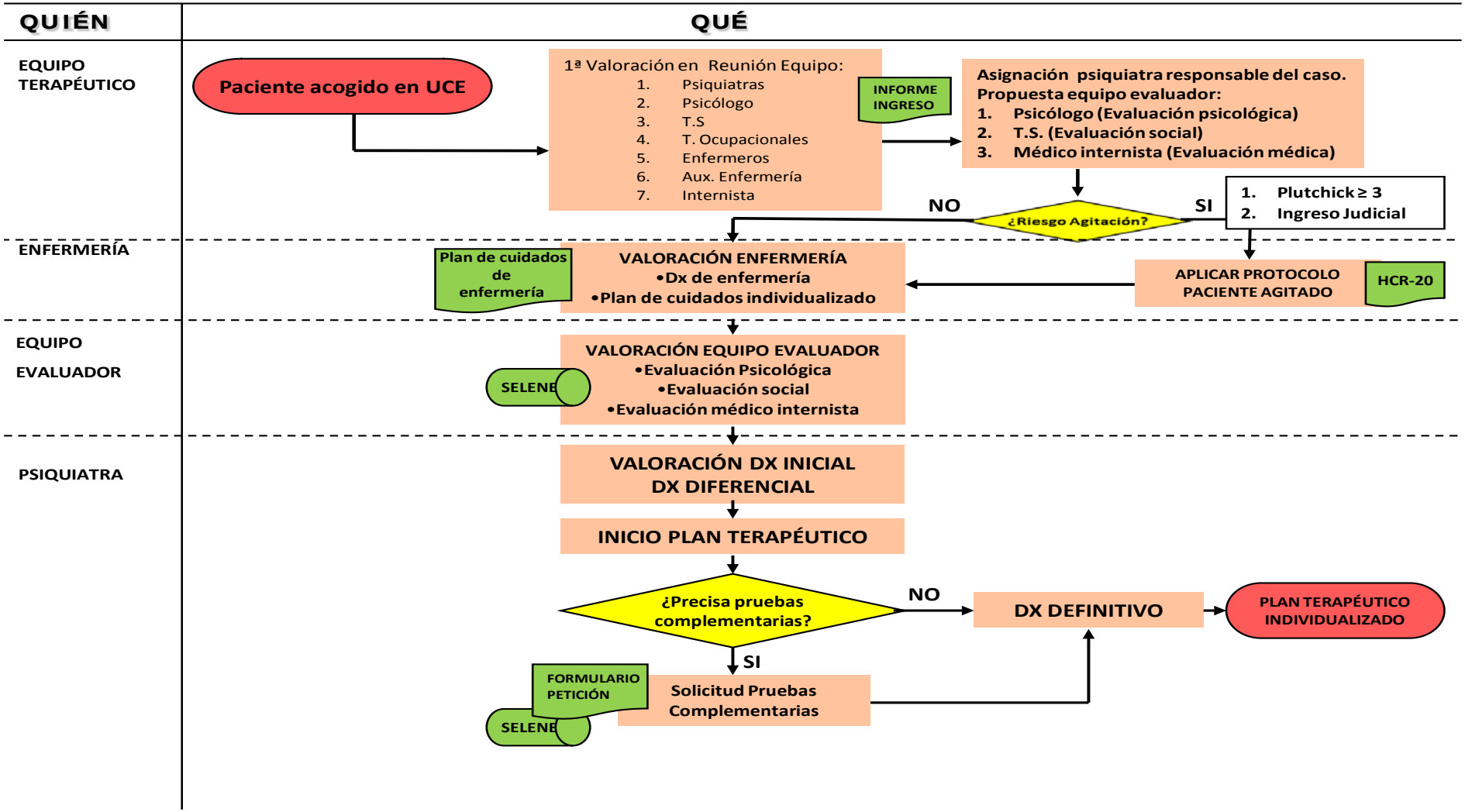
RECURSOS:

- Humanos: Enfermer@s y Auxiliares clínicos de UCE. Terapeuta Ocupacional. Trabajador@ social. Psicólog@. Psiquiatra. Técnic@s de laboratorio y de radiodiagnóstico. Celador@
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Formularios solicitud pruebas complementarias. Test psicológicos. Mobiliario de la UCE.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de diagnósticos asignados dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso.**
FÓRMULA	Total de pacientes ingresados en UCE con diagnóstico psiquiátrico asignado dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso X100/ Total de ingresos en la UCE.
EXCLUSIONES	No se consideran motivos de exclusión
ACLARACIONES	El diagnóstico inicial del paciente debe quedar registrado por escrito en los informes de ingreso, realizados por el psiquiatra de urgencias en todos los casos en los que un paciente es admitido en la UCE. El personal de admisión, al realizar el ingreso administrativo del paciente, comprueba si este diagnóstico se ha asignado.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de conveniencia, Continuidad y Efectividad de los cuidados. Es deseable un nivel alto de cumplimiento.
JUSTIFICACIÓN	El ingreso de un paciente en la UCE debe estar justificado por un diagnóstico de presunción emitido por el psiquiatra que indica el ingreso. Es a partir de este diagnóstico que cobra sentido, no sólo el internamiento del paciente, sino cualquier actividad diagnóstica (con la finalidad de realizar un despistaje de posibles causas del trastorno) y/o terapéutica posterior. Entre los indicadores de proceso se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos. El diagnóstico es uno de los elementos que deben estar presentes en un informe de ingreso de calidad. En un recurso como la Unidad de Corta Estancia, en el que la estancia media de los pacientes está en torno a los 15 días, contar con un diagnóstico inicial lo más acertado posible garantiza que el paciente reciba la atención necesaria desde su entrada en el hospital, pudiendo volver a su entorno en un breve lapso de tiempo.
FUENTES DE DATOS	Registros de Admisión en el Hospital
ORIGEN DEL INDICADOR	Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	1. Jiménez Paneque, R.E. "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual". Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1): http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de exploraciones físicas documentadas dentro de las primeras 72 horas tras el ingreso.**
FÓRMULA	Número total de pacientes ingresados en la UCE con una valoración física realizada dentro de las 72 horas tras su admisión X100/ Número total de pacientes ingresados en la UCE durante 72 horas o más
EXCLUSIONES	Quedan excluidos aquellos pacientes que hayan sido dados de alta (voluntaria o por cualquier otro motivo) en un plazo de tiempo inferior a las 72 horas tras su ingreso.
ACLARACIONES	Esta valoración física es habitualmente realizada por el médico de familia del hospital psiquiátrico y queda reflejada en la Historia Clínica del paciente, junto con los resultados de las pruebas complementarias que se hayan considerado indicadas.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de conveniencia, Continuidad y Efectividad de los cuidados. Es deseable un nivel alto de cumplimiento.
JUSTIFICACIÓN	En la actualidad, existe una evidencia creciente de que los pacientes con enfermedades mentales graves presentan más factores de riesgo metabólico y cardiovascular que la población general. El uso de psicofármacos se encuentra asociado a varios tipos de efectos secundarios, con distintas repercusiones en la salud física de los pacientes. Al margen de realizar un adecuado diagnóstico diferencial con Trastornos orgánicos que puedan ocasionar síntomas psiquiátricos, la recogida de datos de la historia clínica médica y la evaluación física del enfermo mental deberían considerarse un proceso continuo cada vez que el paciente entra en contacto con los dispositivos de Salud Mental, con objeto de identificar o, cuando menos, sospechar de la presencia de problemas de salud física.
FUENTES DE DATOS	Historias Clínicas informatizadas de los pacientes
ORIGEN DEL INDICADOR	Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	1. Bernardo M., Safont G., Oliveira C. **Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos graves. Proyecto "Monitor".** Generalitat de Catalunya**.** Dirección General de Planificación e Investigación en Salud. Departamento de Salud. 2014. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_mental/documents/pdf/recomend_esquizofre_cast.pdf

U.C.E. del H.P.R.A. SUBPROCESO 3.2: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA



SUBPROCESO (3.3) PLAN TERAPÉUTICO.

PROPIETARIO: Psiquiatra.

MISIÓN: Desarrollar el plan de tratamiento individualizado a los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, buscando una mejoría clínica de los mismos que permita considerar el alta fuera de la Unidad.

ALCANCE:

• Inicio: Se inicia inmediatamente tras la evaluación diagnóstica.

• Incluye: El desarrollo del plan de tratamiento incluye programas terapéuticos, plan de cuidados de enfermería, intervenciones sociales, actividades ocupacionales, etc. El tratamiento cuenta como procesos de apoyo con los procesos de Terapia Ocupacional, Farmacia, Análisis Clínicos y Medicina Interna. Asimismo, se han desarrollado protocolos estandarizados para la atención al paciente en situaciones concretas (paciente agitado[11], paciente en TEC[12], y otros en vías de elaboración) con distribución de responsabilidades para los distintos estamentos. El objetivo es prestar una asistencia integral, agilizar la resolución de problemas detectados en el paciente, mejorar el conocimiento del estado del paciente y su evolución, etc.

• Final: El paciente es propuesto para alta por curación, mejoría y/o traslado a otro dispositivo asistencial, o bien solicita el alta voluntaria.

ENTRADAS: Pacientes ingresados en UCE y con la evaluación diagnostica realizada.

PROVEEDORES: Psiquiatras de la UCE del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

SALIDAS: Pacientes tratados integralmente por el equipo multidisciplinar de la UCE en espera de recibir el alta médica.

CLIENTES: Pacientes ingresados en la UCE.

INDICADORES:

1. Porcentaje de episodios que precisan medidas de contención mecánica.
2. Porcentaje de complicaciones por episodios de contención mecánica.
3. Porcentaje de agresiones a personas y objetos.

---

[11] Protocolo de Atención a pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Documento de uso interno.

[12] López Villaescusa M, Medina Garrido L, Pérez García A, Martínez Serrano J. Unidad de TEC ambulatoria y de mantenimiento con carácter regional. Consejería de Sanidad, Subdirección General de Salud Mental, Murcia, 2012.

4. Porcentaje de intentos de suicidio y autolesiones durante el ingreso.

VALIDADO POR: Jefe de Servicio de la UCE.

INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Programa SELENE: Notas de evolución y planes terapéuticos. Encuestas de satisfacción al alta (preguntas sobre tratamiento recibido durante el ingreso).

RECURSOS:

- Humanos: Enfermer@s y Auxiliares clínicos de UCE. Terapeuta Ocupacional. Trabajador@ social. Psicólog@ clínico. Psiquiatra. Celador@.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Botiquín. Mobiliario de la UCE.

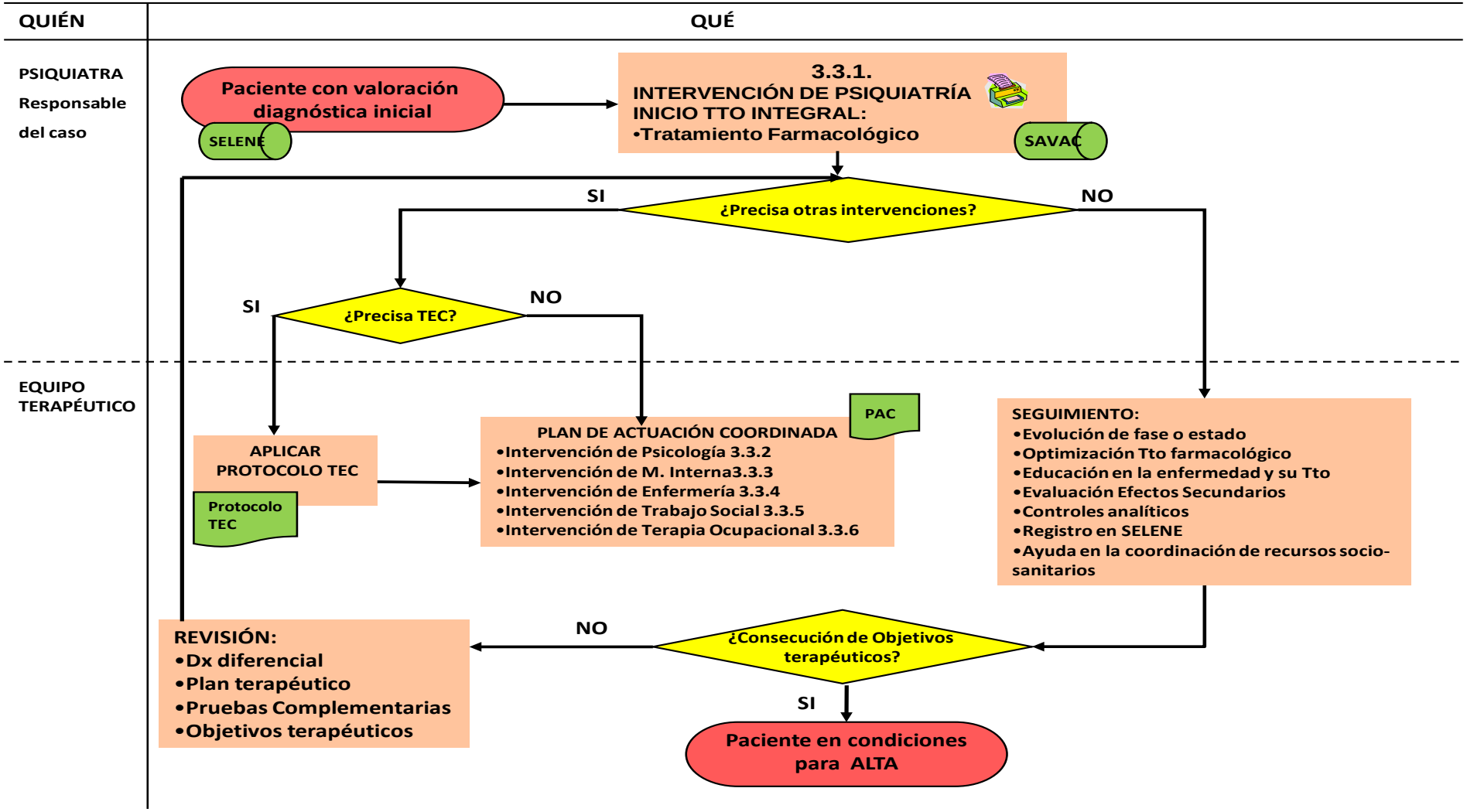
NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de episodios de Contención Mecánica**
FÓRMULA	Número total de pacientes que han necesitado de uno o más procedimientos de Contención Mecánica en la UCE durante su ingreso X100/ Número total de ingresos en la UCE
EXCLUSIONES	No se incluyen pacientes trasladados de otras unidades del Hospital para contención, pero que siguen dependiendo de la unidad de referencia. Tampoco se incluyen los pacientes que son trasladados al hospital para su ingreso en contención, salvo que se mantenga la misma por decisión facultativa una vez realizado el ingreso en la UCE
ACLARACIONES	Se consideran todas las contenciones, incluso aquellas que tengan lugar por petición del paciente o para evitar caídas en el caso de pacientes confusos. Todos los episodios de contención, así como su modalidad y duración, deben quedar debidamente registrados en Selene. Se realizará un formulario por cada episodio de contención física efectuado, quedando registrado el posible mantenimiento del mismo y su final en la Historia clínica del paciente. Para el cálculo del numerador. se contabiliza como 1 caso si se ha usado la contención mecánica (independientemente de las veces que haya sido necesaria) durante el ingreso en la UCE del paciente. Para los pacientes reingresadores se contabiliza cada uno de los ingresos como una situación diferente.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Resultado, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad y Efectividad de los cuidados. Es deseable un Nivel bajo en este indicador
JUSTIFICACIÓN	La contención física es una medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales. Su indicación sólo está justificada en situaciones extremas para evitar que un enfermo se lesione a sí mismo o lesione a otros, siempre que hayan fracasado o sean inaplicables otras medidas alternativas como la contención verbal, ambiental o farmacológica. El uso de esta intervención extrema, que vulnera el derecho constitucional de autonomía y no está exenta de posibles daños para el paciente (fracturas, muerte por asfixia,…) sólo queda justificado por las circunstancias referidas. Las posibles consecuencias legales que se derivan de su uso aconsejan que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa clara respecto a lo adecuado de su prescripción y del procedimiento seguido, incluyendo la obligación de informar a la familia sobre el proceso. Por todo lo anterior existe en nuestro Hospital un protocolo consensuado que regula y establece cuándo debe utilizarse esta medida terapéutica, quién debe indicarla y llevarla a cabo, cómo debe ser realizada y qué evaluaciones posteriores deben seguirse en el caso de tener que aplicarla.
FUENTES DE DATOS	Formularios de Contención mecánica de Selene
ORIGEN DEL INDICADOR	Adaptado de la Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	1. **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA** Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Revisión 2014. 2. **Inmovilización de Pacientes y Sujeción Mecánica.** Protocolo Consensuado. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Revisión 2012.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de complicaciones por episodios de Contención Mecánica**
FÓRMULA	Total de pacientes que han sufrido complicaciones mayores durante los procedimientos de Contención Mecánica X100/ Total de procedimientos de Contención Mecánica
EXCLUSIONES	No se consideran
ACLARACIONES	Se consideran todas las contenciones, incluso aquellas que tengan lugar por petición del paciente o para evitar caídas en el caso de pacientes confusos. Todos los episodios de contención, así como su modalidad y duración, deben quedar debidamente registrados en Selene. Se realizará un formulario por cada episodio de contención física efectuado, quedando registrado el posible mantenimiento del mismo y su final en la Historia clínica del paciente. Se considera un nuevo episodio si, una vez decidida la descontención, vuelve a procederse a tomar la medida por persistir o reaparecer las condiciones clínicas que motivaron la necesidad de la medida. Son posibles complicaciones mayores de la inmovilización de los pacientes: Lesiones en plexos nerviosos, Tromboembolismos, Fracturas, luxaciones, en pacientes con deformidades, etc. Broncoaspiraciones, Lesiones isquémicas, Infecciones nosocomiales, Asfixia., Muerte súbita. No se consideran complicaciones mayores otras consecuencias derivadas de la propia inmovilidad: debilidad, pérdida de fuerza, deterioro funcional de las actividades de la vida diaria, incontinencia…Reducción del apetito, deshidratación, hipotensión con riesgo de síncopes y caídas. Aumento de la agitación. Alteraciones sensoriales, por el aislamiento del entorno y una relación alterada con el personal que da cuidados… Aumento del estrés físico y psicológico.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Resultado, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad y Riesgo y mejora de la Calidad. Es deseable un Nivel bajo en este indicador
JUSTIFICACIÓN	Cuando un paciente es contenido mecánicamente queda en situación de indefensión, por lo que es nuestra obligación garantizar su intimidad y seguridad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado). La contención de una persona es un acto de privación de libertad, aun cuando la propia persona o su familia lo consientan. La contención del paciente implica incrementar la atención y vigilancia del mismo, por parte de todo el personal sanitario, durante el tiempo que se mantenga la medida. Esto es así por la obligación de evitar y tratar posibles complicaciones así como la de atender a las necesidades de un sujeto inmovilizado.
FUENTES DE DATOS	Formularios de Contención mecánica de Selene y registros Sinasp de Riesgos para el paciente.
ORIGEN DEL INDICADOR	Adaptado de la Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	3. **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA** Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Revisión 2014. 1. **Inmovilización de Pacientes y Sujeción Mecánica.** Protocolo Consensuado. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Revisión 2012.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de agresiones a personas y objetos**
FÓRMULA	Total de Episodios de Agresión protagonizados por pacientes ingresados en la UCE durante un año X100/ Total de ingresos en la UCE durante ese año
EXCLUSIONES	No se incluyen daños sufridos por las personas u objetos que hayan tenido lugar de forma accidental, sin intencionalidad por parte del causante.
ACLARACIONES	Se consideran en el numerador todos los episodios de agresión (insultos, amenazas, agresiones físicas) dirigidas por el paciente al personal, visitas u otros pacientes. También se contabilizarán todas las agresiones dirigidas hacia objetos del mobiliario o hacia la estructura de la UCE. Se contabiliza por número de episodios, y no por número de agresiones sufridas durante un solo episodio. Todos estos incidentes son registrados en los formularios correspondientes (Escala de Agresividad Manifiesta. OAS) disponibles a través de Selene.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Resultado, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad, Riesgo y mejora de la Calidad y Efectividad de los cuidados. Es deseable un Nivel bajo en este indicador
JUSTIFICACIÓN	Los episodios de agresión son siempre sucesos indeseables que distorsionan el funcionamiento rutinario de la organización. Como tal, se debe tender a prevenirlos y evitarlos en la medida de lo posible. Existen protocolos de actuación ante la aparición de señales de agitación que pretenden prevenir la aparición y/o disminuir las consecuencias de estos incidentes.
FUENTES DE DATOS	Formularios de Escala de Agresividad Manifiesta. OAS en Selene
ORIGEN DEL INDICADOR	Adaptado de la Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	1. **Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad** Hospital Psiquiátrico Román Alberca. 2011.

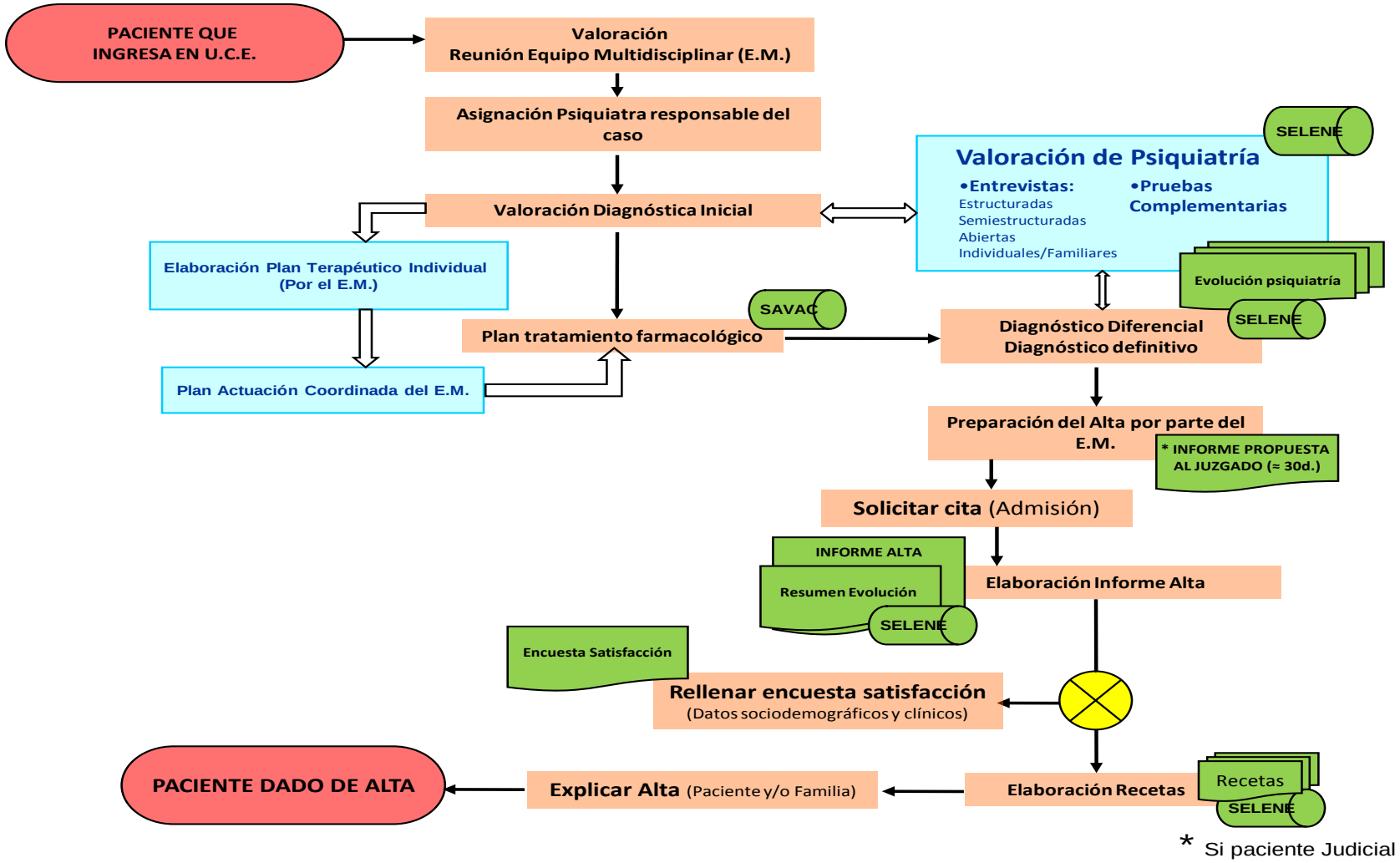
NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de intentos de suicidio/autolesiones durante el ingreso**
FÓRMULA	Número total de pacientes con episodios de Autoagresión y/o intentos autolíticos protagonizados durante su ingreso en la UCE X100/ Total de ingresos en la UCE
EXCLUSIONES	No se incluyen daños sufridos por los pacientes que hayan tenido lugar de forma accidental, sin intencionalidad autolesiva, o por acción de otras personas.
ACLARACIONES	Se consideran en el numerador el número de pacientes que, durante el ingreso en la UCE, hayan protagonizado episodios de autoagresión, independientemente de la gravedad de los mismos o del total de sucesos ocurridos durante el mismo ingreso.. No se contabilizarán los intentos de autolesión que no hayan podido iniciarse y no tengan consecuencias sobre el paciente, por estar funcionando de un modo adecuado el protocolo de prevención de estas conductas. Se contabiliza por número de ingresos durante los cuales hayan ocurrido este tipo de incidentes, y no por el número de autolesiones sufridas durante el mismo ingreso. Todos estos incidentes son registrados en los formularios correspondientes (Sinasp) disponibles a través de Selene.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Resultado, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad y Riesgo y mejora de la Calidad y Efectividad de los cuidados. Es deseable un Nivel bajo en este indicador
JUSTIFICACIÓN	Los episodios de autolesión son siempre sucesos indeseables que distorsionan el funcionamiento rutinario de la organización. Como tal, se debe tender a prevenirlos y evitarlos en la medida de lo posible. Existen protocolos de actuación para la valoración del riesgo y prevención de los episodios autolesivos, que pretenden evitar la aparición y/o disminuir las consecuencias de estos incidentes.
FUENTES DE DATOS	Historias Clínicas y registros Sinasp de Riesgos para el paciente.
ORIGEN DEL INDICADOR	Adaptado de la Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	1. **Protocolo de atención e intervención en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones.** En **Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales.** Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009.

U.C.E. del H.P.R.A. — SUBPROCESO 3.3: PLAN TERAPÉUTICO



Subproceso (3.3.1): Intervención Psiquiatría.

U.C.E. del H.P.R.A. SUBPROCESO 3.3.1: INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA



Protocolo Solicitud Pruebas Complementarias Para pacientes ingresados en UCE

Con el fin de agilizar la solicitud de pruebas complementarias, el psiquiatra de guardia pedirá, para todos los pacientes que ingresen en UCE los viernes, fines de semana y días festivos, las siguientes pruebas y analíticas:

- EKG: en todos los casos. Tras su realización el psiquiatra de guardia se asegurará de que no existe ninguna urgencia cardiológica.

- ANALITICA:
    - HEMOGRAMA
    - ANALÍTICA GENERAL: PROTOCOLO DE UCI
        - En los pacientes candidatos a TEC se solicitará además Colinesterasa
        - En pacientes depresivos, ansiosos y en tratamiento con Litio se solicitarán TSH y T4L
        - En pacientes en tratamiento con Litio, Carbamazepina y/o Valproico, se solicitarán niveles de fármacos
    - COAGULACIÓN en los casos siguientes:
        - Pacientes con alcoholismo
        - Hepatopatías
        - Paciente candidato a TEC.
    - TÓXICOS EN ORINA en pacientes intoxicados o con antecedentes adictivos
    - Pacientes con deterioro cognitivo y alteraciones de la memoria:
        - TSH y T4L
        - Folatos
        - Vit. B12

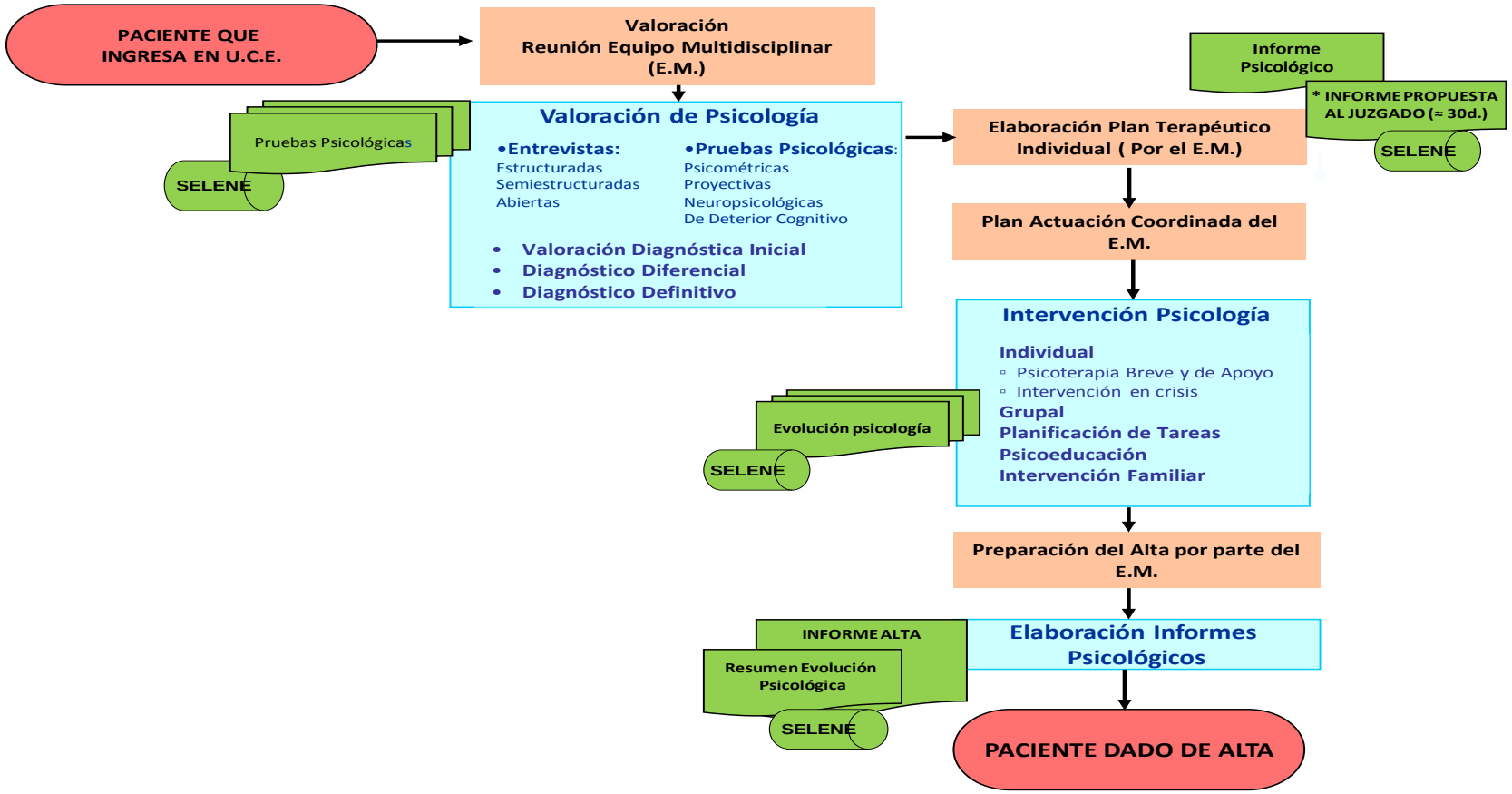
- SEROLOGÍA: en pacientes con problemas de adicción a sustancias, conductas de riesgo. No se pedirá en pacientes que tengan una Serología de menos de 6 meses (salvo que hayan presentado conductas de riesgo durante esos últimos tras los últimos análisis).
    - LUES
    - HEPATITIS: B Y C
    - VIH

- TEST DE EMBARAZO en mujeres en edad fértil.

- MANTOUX, en pacientes con adicciones a sustancias y conductas de riesgo.

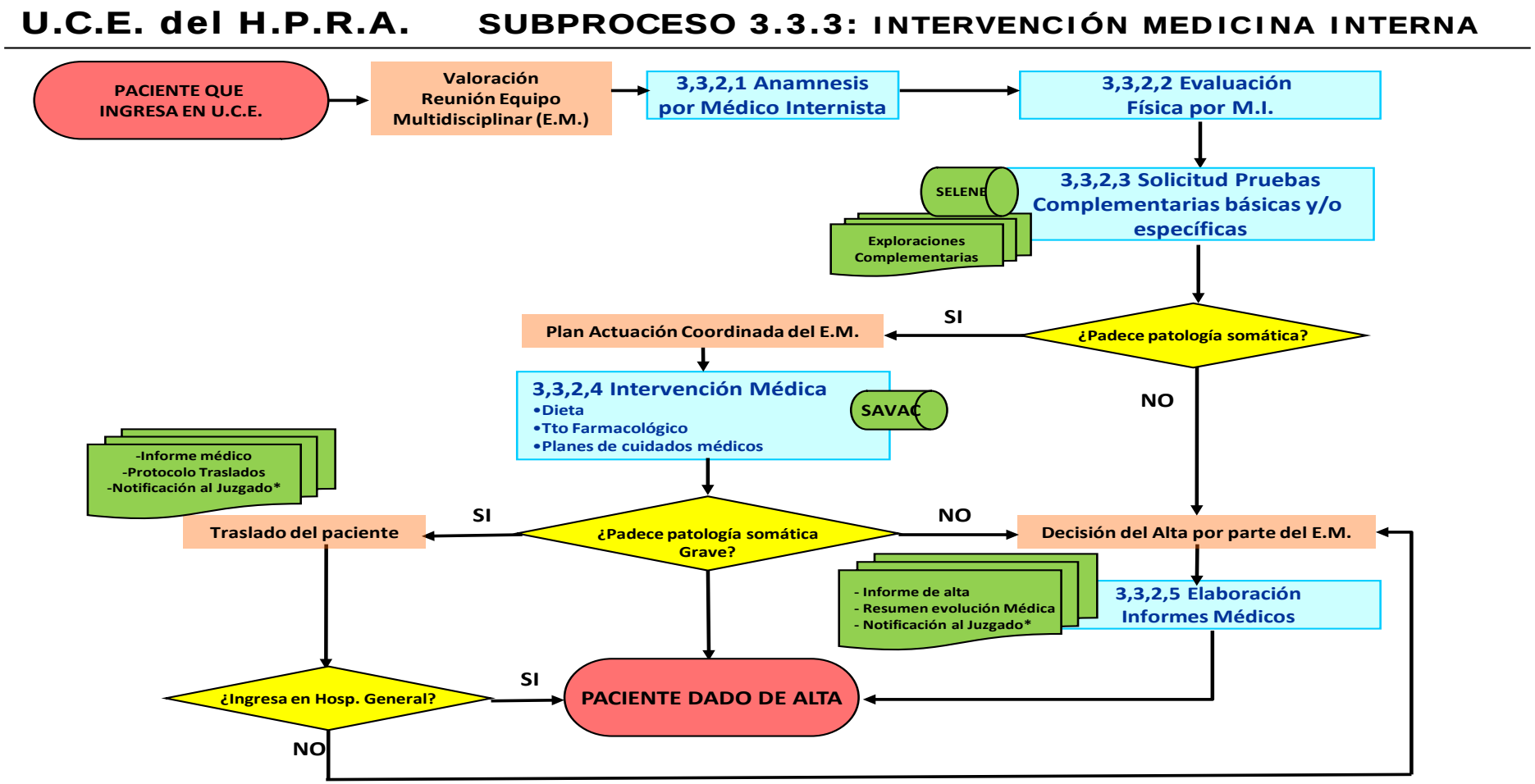
Subproceso (3.3.2): Intervención Psicología

U.C.E. del H.P.R.A. SUBPROCESO 3.3.2: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA



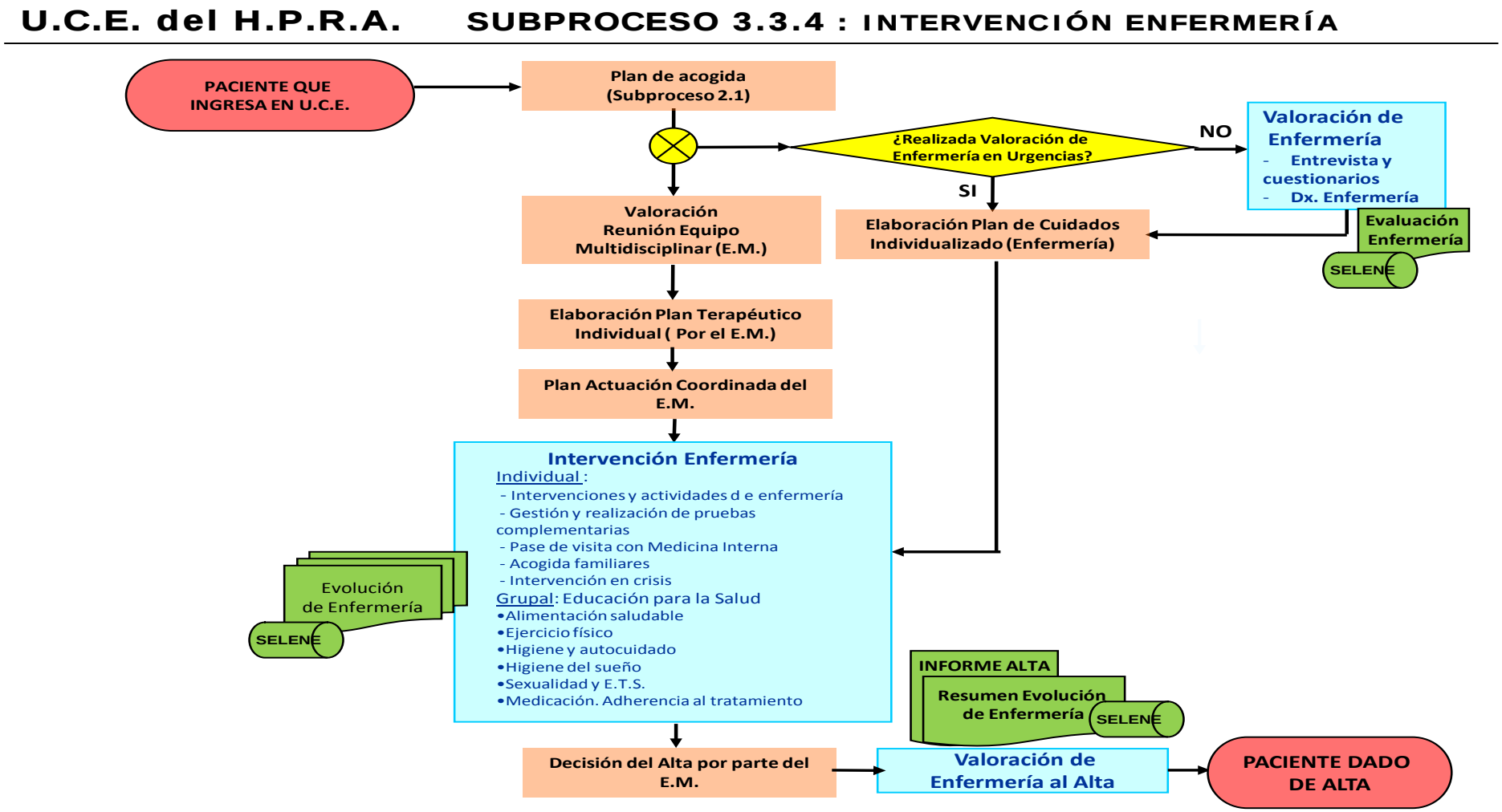
* Si paciente Judicial

Subproceso (3.3.3): Intervención Medicina Interna.



* Si paciente Judicial

Subproceso (3.3.4): Intervención Enfermería



EDUCACIÓN PARA LA SALUD

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN.

Existe conocimiento suficiente para afirmar que las personas que presentan enfermedades mentales tienen asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, de mortalidad para diferentes patologías y una esperanza de vida menor que la población general.

Los altos índices de obesidad, el sedentarismo y las alteraciones metabólicas que están asociadas a los psicofármacos junto con los malos hábitos dietéticos dan resultados pobres en la salud de las personas con enfermedad mental. (Brown et al; Allison y Casey, 2001; McCreadie, 2003; Strassnig et al, 2003; Jones et al, 2004).

La farmacología utilizada produce una serie de efectos secundarios que suman riesgos como aumentar el apetito, aumentar la sedación, por lo que disminuye la actividad y alteran la eliminación intestinal.

Análisis De La Realidad.

- Grupo Diana: Pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Román Alberca
- Inicio del programa: La elección de la sesión se elegirá en base al análisis de las necesidades detectadas y lo más heterogéneo posible.
- Definición de áreas o bloques de necesidades educativas: centrados en estilos de vida saludable.
- Las personas ingresadas que asistan a estas sesiones no deben tener retraso mental moderado- grave, descompensación psicopatológica que le impida mantener la atención y concentración, pacientes que reciben TEC y mantienen el síndrome confusional.

OBJETIVOS

1. Proporcionar a los pacientes información relevante y estrategias que le permitan mejorar aspectos relacionados con los hábitos de vida saludable.

2. Motivar hacia el cambio de conductas en estos hábitos.

3. Ayudar y brindar apoyo en la realización del cambio de estas conductas

Si el paciente no está motivado al cambio o el tiempo de estancia en nuestra Unidad no ha permitido desarrollar todas las intervenciones programadas, se reflejará en el informe de continuidad de cuidados para revisión en su enfermera del CSM.

Qué Entendemos Por Hábitos De Vida Saludable.

- Realizar actividad física.
- Consumir una dieta equilibrada.
- Tener una higiene personal (incluida la higiene bucal) adecuada.
- Tener un patrón y una calidad de sueño óptimo.
- Evitar hábitos tóxicos.
- Procurar una seguridad vial.
- Tener una sexualidad saludable.
- Tener relaciones personales y sociales satisfactorias.
- Saber afrontar los cambios vitales y manejar el estrés

METODOLOGÍA

6 Sesiones

1ª. Alimentación equilibrada.

2ª. Autocuidados: Higiene y ejercicio físico.

3ª. Higiene del sueño

4ª. Hábitos tóxicos.

5ª. Sexualidad saludable.

6ª Adherencia al tratamiento.

El taller será de intervención grupal y paralelamente se les proporcionará apoyo individual para quien lo necesite.

- Duración: 45 min aproximadamente cada sesión.
- Distribución: 2 sesiones por semana, martes y viernes.
- Horario: 12,30 h a 13,30

Desarrollo de cada sesión.

1. Conocimientos previos sobre el tema.
2. Exposición del tema y realización de dinámica de grupo.
3. Motivación al cambio.
4. Discusión, dudas…

5. Entrega material informativo educativo.

6. Oferta apoyo y ayuda si lo necesita.

7. Evaluación.

DESARROLLO DE CADA SESIÓN

1ª SESIÓN: ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

Objetivos:

- Entenderán que una dieta variada ayuda a conseguir una mejora en su estado de salud.
- Entenderán los distintos grupos de alimentos y su importancia en la salud: la fibra, las grasas, azúcares, sal y agua.
- Identificarán los problemas de salud relacionados con los malos hábitos alimentarios.

Los participantes conocerán:

- Ruleta de los alimentos: sabrán asignar cada alimento a su grupo correspondiente.
- Identificarán raciones adecuadas para los alimentos de cada grupo.

Planteamiento Propuesto:

1. Explorar su conocimiento sobre la ruleta de los alimentos.
2. Describir ruleta.
3 Dinámica: (Cada uno nombra un alimento y se agrupa, preguntar que cenaron la noche anterior y agruparlos)
4 Se hace hincapié en cada grupo de alimentos:
    a. Fibra: alimentos que los contienen, beneficios y que contienen vitaminas y minerales.
    b. Grasas: tipo de grasa deben tomar.
    c. Azúcares: formas de reducir el contenido de azúcar en la dieta.
    d. Sal: formas de reducir el contenido de sal en la dieta.
    e. Agua: beneficios de beber agua para la salud en vez de refrescos.

5. Debate: ¿Cómo afecta la nutrición a la salud? Problemas asociados a una alimentación:

6. Entrega de material y Evaluación.

2ª SESIÓN: AUTOCUIDADOS: HIGIENE Y EJERCICIO FÍSICO

Objetivos:

Al terminar esta sesión los participantes conocerán:

- Beneficios de realizar una higiene adecuada.
- La forma correcta de realizar una buena higiene buco-dental.
- Ventajas del ejercicio físico practicado con regularidad.
- Fomentar la actividad física como hábito.

Planteamiento Propuesto:

1. Análisis de la realidad.
2. Instrucciones sobre higiene , frecuencia de esta, beneficios:
    a) Piel: Barrera natural, higiene e hidratación.
    b) Factor psicológico: confort, comodidad, autoimagen, mejora del autoestima, relajación, bienestar.
    c) Factores socioculturales: relaciones interpersonales, imagen social.
3. Forma correcta de la higiene- bucodental, importancia de esta para la prevención de problemas bucodentales. Práctica de cepillado Se utilizará revelador de placa (Plac- control)
4. Debate. Beneficios del ejercicio físico para la salud: A corto plazo y a largo plazo.
5. Comentar las ventajas del caminar como ejercicio (Es seguro, fácil de practicar, no requiere equipamiento especial, se puede practicar en cualquier lugar…).
6. Entrega de material y evaluación.

3ª SESIÓN: HIGIENE DEL SUEÑO

Objetivos:

- Tomar conciencia de la función reparadora del sueño.
- Conocer el patrón del sueño individual.
- Conocer alteraciones del sueño.
- Aprender medidas para inducir y mantener el sueño, para que sea reparador

Planteamiento Propuesto:

1. Autoexplorar: Cuántas horas duermen, problemas para conciliar, causas, propuestas de mejora.

2. Definir el sueño, la importancia de este.
3. Alteraciones del patrón del sueño:
    a) Definir el término insomnio.
    b) Tratamiento no farmacológico.
    c) Tratamiento farmacológico.
4. Recomendaciones para una buena higiene del sueño.
5. Dar material escrito y evaluación.

4ª SESIÓN: HÁBITOS TÓXICOS

Objetivos:

- Identificarán: Consumo excesivo de cafeína, tabaco y alcohol y problemas derivados de este consumo.
- Entenderán: Relación entre consumo de tóxicos y manejo de la enfermedad mental y la repercusión en su salud.

Planteamiento Propuesto

1. Charla informativa sobre el consumo de tóxicos más habituales.
2. Debate sobre los factores de riesgo sobre el consumo.
3. Ventajas de la abstinencia, inconvenientes del consumo
4. Alternativas saludables.

5ª SESIÓN: SEXUALIDAD.

Objetivos:

- Conocer generalidades sobre la sexualidad.
- Conocer ETS y algunos de sus síntomas.
- Concienciar en tomar medidas preventivas contra ETS y embarazo no deseado.

Planteamiento Propuesto.

1. Explorar conocimientos sobre sexualidad, ETS y medidas preventivas.
2. Generalidades sobre sexualidad.

3. ETS y formas de prevenirlas.
4. Exponer métodos anticonceptivos existentes. Uso adecuado.
5. Se entrega información escrita
6. Discusión y dudas.
7. Evaluación.

6ª SESIÓN: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.

Tres líneas importantes:

1. Necesidad o no de tomar medicación.(Conciencia de enfermedad)
2. Efectos negativos y positivos.
3. Medidas que se pueden adoptar para un mejor cumplimiento del tratamiento prescrito por el médico.(Estrategias)

Planteamiento Propuesto.

1. *Necesidad o no de tomar medicación. (Conciencia de enfermedad).*

Expresión de sentimientos, emociones o impresiones de los participantes.

- Hablar sobre por qué creen ellos que es necesario tomar tratamiento.

¿Pensáis que es necesario tomar un tratamiento cuando os den el alta?

- Identificar factores que condicionan una baja adherencia al tratamiento

¿Por qué pensáis que una persona no toma adecuadamente su tratamiento?

¿Por qué habéis dejado alguna vez de tomar el tratamiento?

- Intensidad del tratamiento: número elevado de fármacos, dosis, complejidad,…)
- Falta de conciencia o ignorancia de la enfermedad que se tiene.
- Consumo de tóxicos.

- Consecuencias en su vida o en su entorno familiar de no tomar adecuadamente el tratamiento y/o de su abandono.

¿Qué ha pasado cuándo habéis dejado de tomar un tratamiento?

¿Qué cosas pensáis que podrían pasar si no tomas el tratamiento que te manda tu médico adecuadamente?

- Recaídas en la enfermedad
- No curación o mejora de la enfermedad
- Conflictos en casa
- Pérdidas del trabajo por estar estabilizado.

- Dificultad para educar correctamente a los hijos
- Dificultad para llevar una vida organizada.
- Dificultad para realizar las tareas de casa.
- Peleas frecuentes con marido, esposa, hijos, amigos,…
- Ingresos hospitalarios numerosos.

2. Efectos positivos/negativos de la medicación.

- Hacer una lista, de manera general y sin puntualizar en medicamentos específicos, efectos negativos o no deseados que les provocan los fármacos.

- Hacer otra lista en paralelo, sobre efectos que son positivos y buscados cuando toman la medicación.

  Recalcar qué sienten cuando alcanzan un efecto positivo y qué son capaces de hacer gracias a esos efectos positivos.

3. Estrategias para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

- Enseñar el proceso de su enfermedad.
- Hacer partícipe a la familia del tratamiento que toma.
- Identificar cuáles son las consecuencias individuales de cada uno al no tomar la medicación.
- Preguntar sobre propósito y acción de cada medicamento al enfermero/psiquiatra responsable.
- Informarse y preguntar sobre interacciones o efectos secundarios del tratamiento que cada uno lleva y modo de aliviarlos.
- Saber a quién/dónde hay que acudir cuando surjan dudas sobre el tratamiento.
- Aclaraciones sobre la mejor forma de administración del tratamiento.
- Buscar un apoyo firme, sea familiar y/o enfermero para que refuerce la toma de medicación.
- Incentivar la autoresponsabilidad sobre el tratamiento.

CONCLUSIONES

- Según el enfoque holístico la educación para la salud se considera parte del proceso de Atención Integral al paciente psiquiátrico.

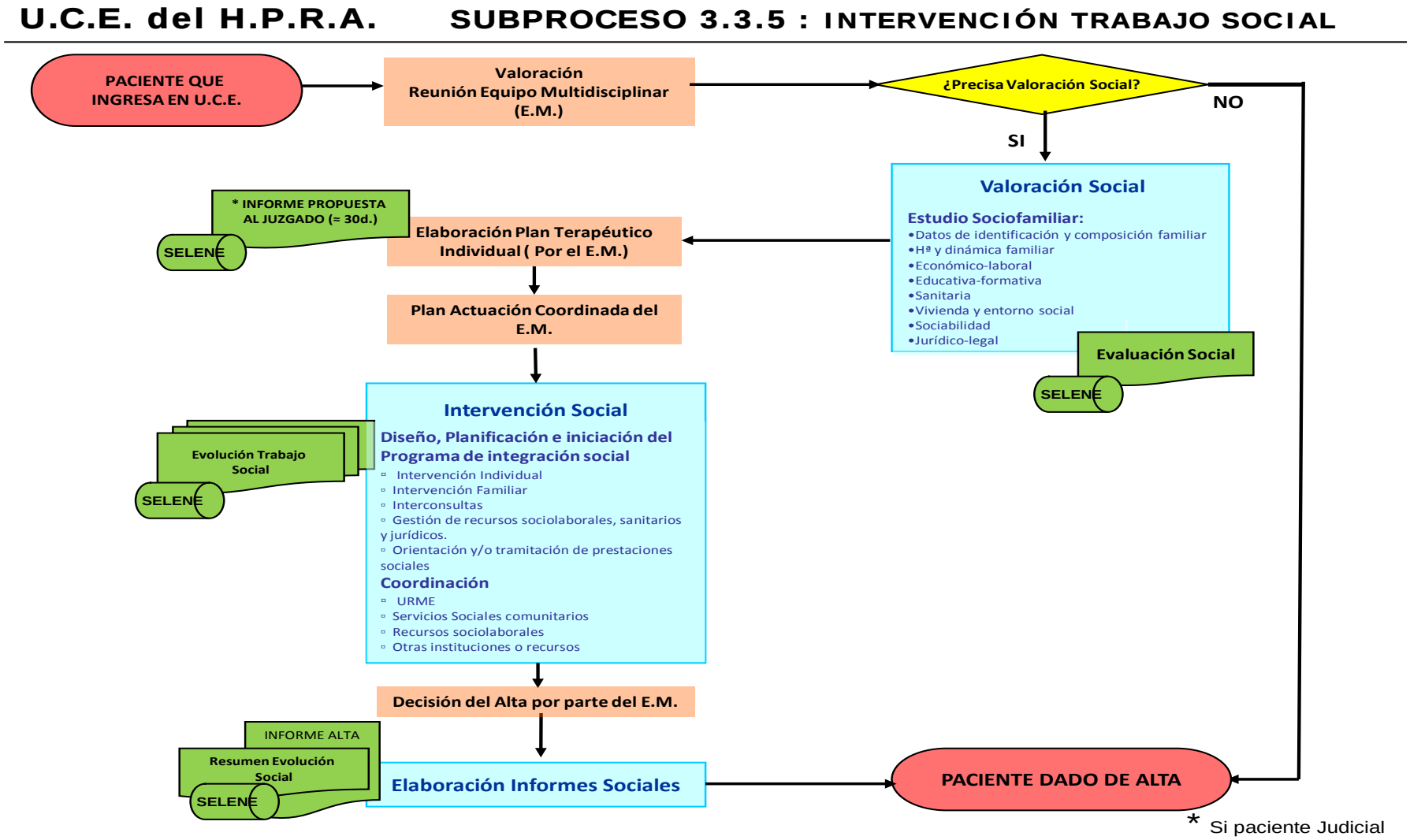
- La educación para la salud potencia los recursos personales para afrontar con éxito los problemas del entorno.

- El fomento de hábitos de vida saludables influyen positivamente en la calidad de vida.

- Los conocimientos y habilidades adquiridos para el autocuidado aumentan la responsabilidad sobre su salud y bienestar y el grado de autonomía personal.

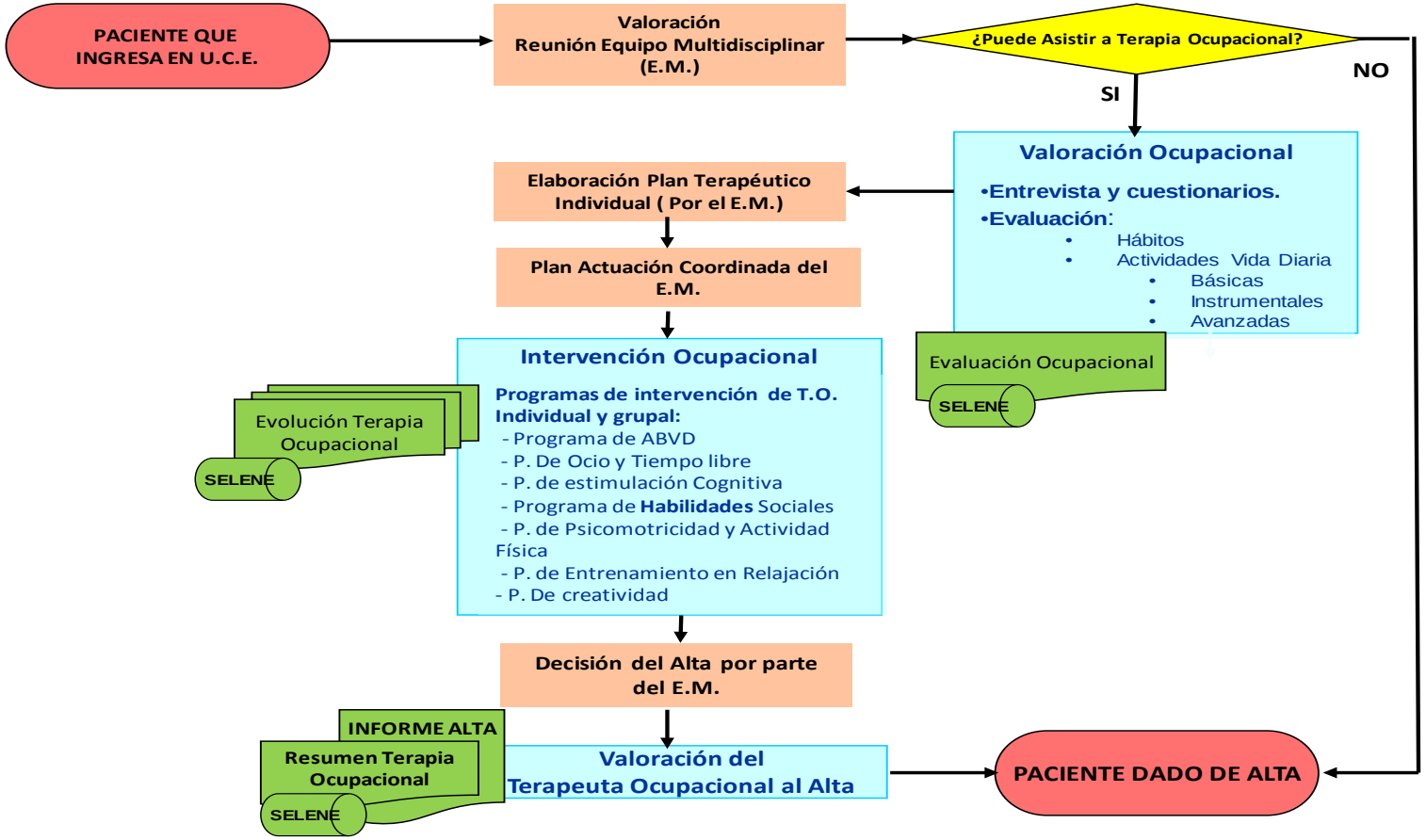
La literatura científica nos aconseja no abandonar la salud física y recomienda realizar programas de vida saludable para mejorar estos hábitos.

Subproceso (3.3.5): Intervención Trabajo Social.



Subproceso (3.3.6): Funciones de Terapia Ocupacional.

U.C.E. del H.P.R.A. SUBPROCESO 3.3.6 : FUNCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL



SUBPROCESO (3.4): DECISIÓN Y EJECUCIÓN DE ALTA.

Queda demostrado que la planificación anticipada y estructurada del alta de la persona ingresada optimiza el proceso de Alta hospitalaria del centro sanitario, mejorando la organización de los servicios asistenciales y la satisfacción global de los usuarios de forma significativa.

El proceso de alta hospitalaria va más allá del propio momento del alta y consecuente salida del medio hospitalario. La transición del hospital al ámbito ambulatorio/comunitario de forma estructura e individualizada disminuye las tasas de reingreso y aumenta el autocuidado.

PROPIETARIO: Psiquiatra UCE.

MISIÓN: Valoración de la propuesta de alta, considerando el motivo de la misma, así como el destino del paciente tras la misma, y supervisando la apropiada despedida del paciente de la UCE.

Proporcionar los conocimientos necesarios para reincorporar a la persona ingresada a su medio habitual, aportándole las herramientas necesarias para la continuidad de sus cuidados, así como la documentación legal pertinente para su salida del centro hospitalario.

DEFINICIONES.

Alta hospitalaria. Conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados a la persona ingresada fuera del medio hospitalario, coordinadoras con otros profesionales sanitarios y no sanitarios si fuera necesario.

Alta voluntaria. Conjunto de actividades que se realizan cuando la persona ingresada expresa su deseo de abandonar el hospital o se niega a recibir tratamiento.

Alta por defunción. Conjunto de actividades que se realizan tras el fallecimiento de la persona ingresada.

ALCANCE:

- **Inicio:** Paciente ingresado en la UCE que reúne criterios para ser dado de alta en opinión del psiquiatra responsable del caso.
- **Incluye:**

MOMENTO DE PRE ALTA.

El alta hospitalaria se comunicara en la reunión de equipo que se realiza todas las mañanas en la Unidad.

El psiquiatra informará al paciente (y a la familia/ tutor si fuese necesario) de la fecha de alta con **dos días de antelación**, de cómo tomar tratamiento en casa y dónde

(recursos asistenciales) continuar el tratamiento al alta. Si el momento de dar la información no se tiene la cita con CSM se informará posteriormente.

El resto de categorías que escriben en el informe de alta hospitalaria, elaborarán sus anotaciones. Además Enfermería redactará el Informe de Continuidad de Cuidados.

A partir de este momento y en lo más próximo posible al momento del alta **(la tarde antes o la misma mañana si es posible**), se ofrecerá al paciente que rellene la encuesta de satisfacción, transmitiéndole la ***voluntariedad de rellenarla de forma motivadora y positiva alegando una mejora de la Unidad a partir de su opinión siempre de forma anónima.***

TEXTO TIPO:

"Llega el momento de marcharse y te damos la oportunidad de ayudarnos a mejorar con tu opinión. Te dejo este cuestionario de satisfacción para que por favor lo rellenes. Es anónimo y también muy importante para saber si lo estamos haciendo mejor o peor".

En caso de que la persona ingresada tuviera alguna dificultad para rellenar la encuesta de satisfacción, cualquier persona del Equipo de enfermería le prestará ayuda. La Unidad cuenta con la traducción de la encuesta en los idiomas Inglés y francés.

MOMENTO DE ALTA.

En el día de alta.

1. Cursar petición de ambulancia si precisa. (Enfermería).
2. Si tiene pertenencias en custodia del Hospital acompañarlo a que las retire según procedimiento. (Auxiliar enfermería).
3. Entregar documentación de Alta (Enfermería):
   a. informe de alta
   b. ICC, revisando con el paciente el tratamiento, cita y cuidados de enferma que deberá continuar fuera del hospital, asegurando de que comprende su contenido.
   c. Folleto informativo sobre autocuidados.
   d. Fotocopia de pruebas complementarias si precisa.
4. Entregar medicación si fuera necesario para continuar con el tratamiento durante las primeras 24 horas. (Enfermería).
5. Despedir al paciente y familia/acompañante.
6. Recoger documentación clínica y depositarla en el Servicio de Admisión para su archivo. (Celador)
7. Acompañar a la persona ingresada hasta el vestíbulo del Hospital e indicarle dónde puede depositar la encuesta de satisfacción. (Celador)

8. Anotar en Libro de incidencias al Alta. (Enfermería)

9. Comunicar a Servicio de Limpieza. (Auxiliares de enfermería).

• Final: Salida del paciente del Hospital Psiquiátrico Román Alberca con sus pertenencias, un informe de alta, recetas de medicamentos si precisa e indicaciones claras sobre continuidad de cuidados.

ENTRADAS: Pacientes ingresados en UCE que reúnen requisitos para ser dados de alta.

PROVEEDORES: Psiquiatra de UCE del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

SALIDAS: Pacientes dados de alta por: consecución de objetivos, incorporación a la red de salud mental normalizada, incorporación a otros recursos de rehabilitación externa, voluntaria u otros motivos (fallecimiento, traslado a otros hospitales o centros sanitarios, ingreso en dispositivos residenciales…).

CLIENTES: Pacientes ingresados en la UCE del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

INDICADORES:

1. Estancia Media.
2. Porcentaje de Pacientes con un ingreso en UCE de más de 30 días de duración
3. Porcentaje de pacientes con cita programada en el recurso al que son derivados tras el alta
4. Porcentaje de Informes de alta al finalizar su proceso de UCE.
5. Porcentaje de pacientes que rellena la encuesta de satisfacción.

VALIDADO POR: Jefe de Servicio de UCE.
INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Programa SELENE: Informe de alta (3 copias en papel). Encuestas de satisfacción

RECURSOS:

- Humanos: Psiquiatra, Psicólog@. Trabajador@ Social, Terapeuta ocupacional, Médico Internista, Enfermer@s, Aux. clínicos y celador@s.

- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Talonario de recetas. Botiquín. Teléfono.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Estancia Media**
FÓRMULA	Suma del número total de días de estancia de todos los pacientes ingresados durante un periodo de tiempo determinado en la UCE/ Número total de ingresos en la UCE durante ese periodo de tiempo
EXCLUSIONES	No se incluyen los pacientes que ingresan en la UCE en cumplimiento de una medida judicial de internamiento. El alta de estos pacientes no responde tanto a una decisión clínica como a la autorización judicial.
ACLARACIONES	Días que, por término medio, están ingresados los pacientes. El número de estancias se calcula mediante la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de Eficiencia y Efectividad de los cuidados. Es deseable un Nivel bajo en este indicador
JUSTIFICACIÓN	Es un indicador de aprovechamiento de la cama y de la agilidad de los servicios prestados en el hospital. Suelen considerarse las largas estancias como indicadores de ineficiencia de la gestión hospitalaria pero esta relación "estadía-eficiencia" no resulta tan elocuente si se considera que una estadía baja podría ser alcanzada a partir de altas prematuras lo que, además de considerarse un problema de calidad, podría generar un gasto mayor de recursos hospitalarios si tales altas se transforman en reingresos.
FUENTES DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización
ORIGEN DEL INDICADOR	WHO AIMS; WHO Europe; PSICOST
BIBLIOGRAFÍA	1. Jiménez Paneque, R.E. "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual". Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1): http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm

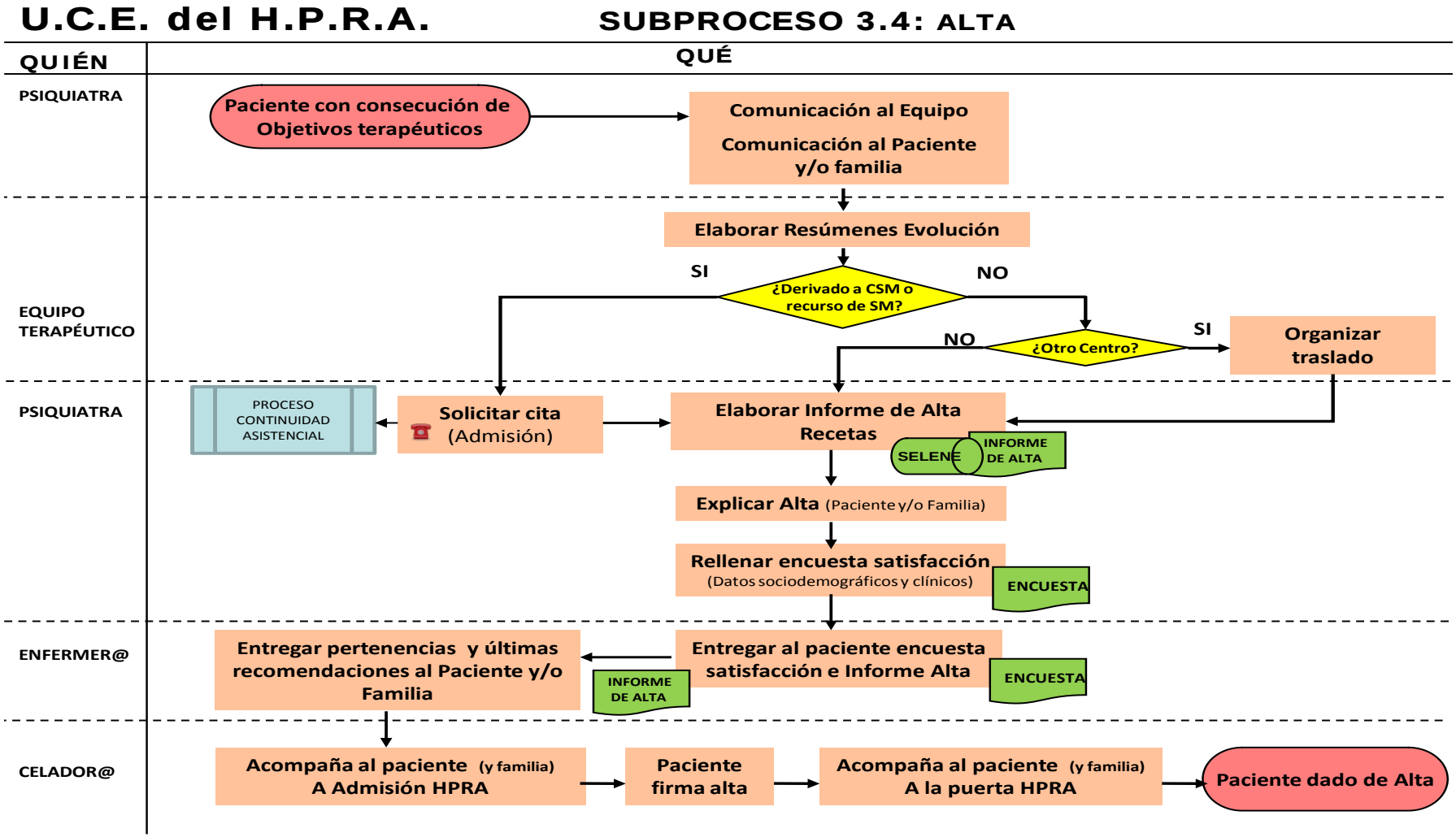
NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de Pacientes con un ingreso en UCE de más de 30 días de duración**
FÓRMULA	Número total de ingresos en la UCE de más de 30 días de duración X100/ Número total de ingresos en la UCE
EXCLUSIONES	No se incluyen los pacientes que ingresan en la UCE en cumplimiento de una medida judicial de internamiento.
ACLARACIONES	No procede
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad y Efectividad de los cuidados. Es deseable un Nivel bajo en este indicador
JUSTIFICACIÓN	El ingreso y la permanencia de los pacientes en las unidades psiquiátricas de corta estancia deben ser, única y exclusivamente, por razones de tipo médico. Desde el primer momento del ingreso se debe estar preparando el Alta del paciente a fin de que regrese en el menor tiempo posible al medio sociocomunitario de donde procede, siguiendo allí el plan terapéutico propuesto. El tiempo medio de permanencia en estas Unidades se estima en torno a los 20 días, y no debería sobrepasar los 30 días. En todos los casos deberían revisarse los pacientes que superen los 30 días de estancia, valorando las siguientes posibilidades: • Trastornos de personalidad agravados con otras psicosis. • Trastornos depresivos asociados a abusos de drogas. • Complicaciones con las medicaciones. • Resistencias terapéuticas. • Problemas sociales y judiciales.
FUENTES DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización
ORIGEN DEL INDICADOR	Adaptado de la Australasian Clinical Indicator Report 2003-2010
BIBLIOGRAFÍA	2. **Procesos de la Unidad de Corta Estancia.** Hospital Psiquiátrico Román Alberca. 2013.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de pacientes con cita programada en el recurso al que son derivados tras el alta**
FÓRMULA	Número total de pacientes dados de alta en la UCE con una cita programada en el siguiente nivel de atención X100/ Número total de altas en la UCE durante ese periodo de tiempo.
EXCLUSIONES	Altas por fallecimiento
ACLARACIONES	Se considera cumplimiento cuando el paciente es dado de alta de la UCE para ingresar en otro centro hospitalario, sociosanitario o penitenciario. También se considera cumplimiento si el paciente, en el momento del alta, dispone de una cita programada en cualquier dispositivo de la red sanitaria.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de Conveniencia, Continuidad y Efectividad de los cuidados. Es deseable un Nivel elevado en este indicador
JUSTIFICACIÓN	Una de las dimensiones de la Calidad Asistencial es la Continuidad de los cuidados, definida como la coordinación efectiva entre los diferentes profesionales y niveles organizacionales que dan atención a lo largo de un proceso asistencial. Dentro de los objetivos e intervenciones sobre la enfermedad mental, contemplados en el Plan de Salud 2010-2015 de la Comunidad Autónoma de Murcia, se mantiene el Asegurar la continuidad de cuidados asistenciales y a la dependencia.
FUENTES DE DATOS	Registro de continuidad asistencial
ORIGEN DEL INDICADOR	Elaboración Propia
BIBLIOGRAFÍA	3. **Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia.** Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.

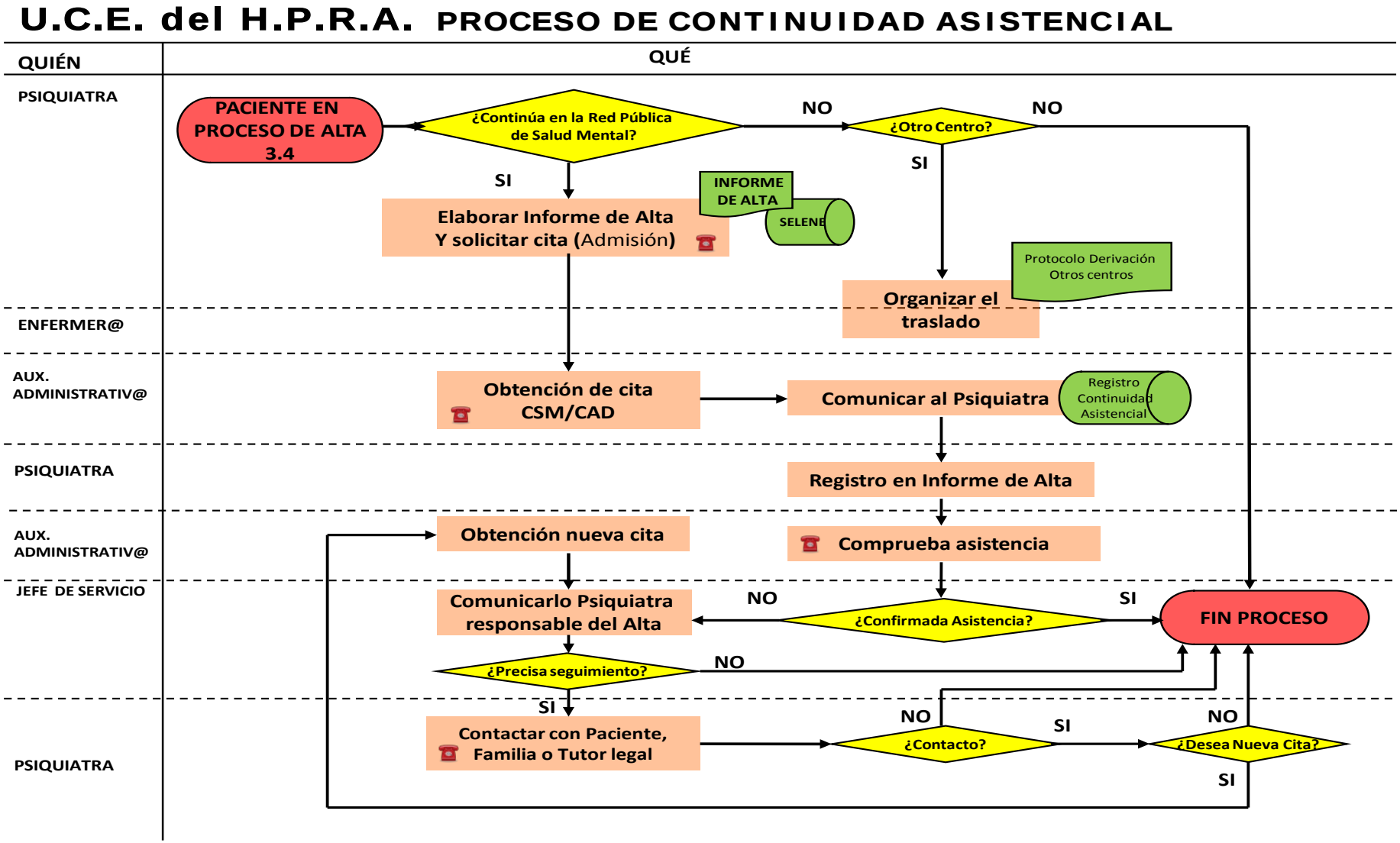
NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de Informes de alta al finalizar su proceso de UCE**
FÓRMULA	Número total de informes de alta entregados al paciente al finalizar su proceso en UCE X100/ Número total de altas en la UCE
EXCLUSIONES	No procede.
ACLARACIONES	Se elaborará informe de alta incluso en los casos de alta voluntaria. Se considera cumplimiento si en el momento del alta administrativa está realizado el informe clínico de alta y esté en la historia clínica, electrónica o de papel,, aunque no haya podido ser entregado directamente al paciente por motivos médicos o legales.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de Conveniencia y Continuidad de los cuidados. Es deseable un Nivel del 100% en este indicador
JUSTIFICACIÓN	El Informe de Alta Hospitalaria tiene múltiples utilidades clínicas, de gestión, investigación, legal y para el análisis de la calidad de la asistencia. Es además una fuente fundamental de información para obtener las bases de datos clínico administrativas tipo CMBD, a partir de las cuales se elaboran los GRD`s y otros sistemas de clasificación de pacientes. La legislación vigente establece la obligatoriedad de su elaboración para todos los pacientes que habiendo ingresado hayan generado al menos un día de estancia.
FUENTES DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización
ORIGEN DEL INDICADOR	Elaboración a partir de la legislación vigentes; Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud - SECA, 2012.
BIBLIOGRAFÍA	1. Real decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. 2. Orden de 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del Informe de Alta. BOE nº 221 de 14 de septiembre de 1984; 26685-26686.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Porcentaje de pacientes que rellena la encuesta de satisfacción**
FÓRMULA	Número total de encuestas de satisfacción entregadas tras el alta de UCE X100/ Número total de altas en la UCE
EXCLUSIONES	No procede.
ACLARACIONES	Se considera que la encuesta de satisfacción está entregada cuando la parte de la misma cumplimentada por el paciente en el momento del alta es depositada en el buzón correspondiente. Este buzón está situado a la salida de la UCE. La encuesta se considera rellena aun cuando no todos los ítems hayan sido contestados. Se considera no rellena sólo en el caso de que no se haya contestado ninguna de las cuestiones, aunque se haya entregado el cuestionario.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de Proceso, asociado a las dimensiones de Conveniencia y Continuidad de los cuidados. Es deseable un Nivel del 100% en este indicador
JUSTIFICACIÓN	Una de las dimensiones da la "Calidad Asistencial" es la satisfacción de los usuarios. Conocer la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado, no sólo es un indicador importante de resultado del trabajo realizado, sino que también se relaciona, indirectamente, con las conductas de salud de los usuarios. La satisfacción es un buen predictor de la adherencia futura al tratamiento y seguimiento de la continuidad de cuidados. Por otra parte, el cuestionario de satisfacción tiene múltiples utilidades clínicas, de gestión, investigación, legal y para el análisis de la calidad de la asistencia. Es además una fuente fundamental de información para obtener las bases de datos clínico administrativas tipo CMBD, a partir de las cuales se elaboran los GRD`s y otros sistemas de clasificación de pacientes. Las guías de calidad asistencial recomiendan encarecidamente el uso de los cuestionarios de satisfacción.
FUENTES DE DATOS	Encuestas de Satisfacción
ORIGEN DEL INDICADOR	Elaboración propia a partir de la política sanitaria del SMS y la Consejería de Sanidad, que han adoptado el Modelo EFQM de Excelencia como herramienta para la mejora continua de la Calidad.
BIBLIOGRAFÍA	1. Caminal, J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:276-279. 2. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000; 114(Supl 3):26-33. 3. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:22-9.

Proceso: Alta



Proceso: Continuidad asistencial



2.3 COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL

En el año 2010 se instauran en la Unidad **Reuniones de Equipo Multiprofesionales**: Dichas reuniones se celebran todas las mañanas de lunes a viernes: Participan psiquiatras, psicólogo, terapeutas ocupacionales, trabajador social, enfermeros y auxiliares. En ellas se comentan los ingresos, evolución de los pacientes y posibles altas.

Junto a la evidente finalidad práctica y clínica de estos encuentros, empezó muy pronto a surgir en ellos el diálogo y la preocupación sobre el cómo y por qué de la actividad: **el foco de atención es poco a poco ampliado de los pacientes a nosotros con los pacientes.**

Aparecen así las primeras preocupaciones y formulaciones explícitas, formales e informales, de la misión, visión y procesos de la unidad; con las miras siempre puestas, dentro de un proceso de reflexión consciente, en la atención centrada en el paciente y en la inserción de nuestra labor en un proceso más amplio de continuidad de cuidados. Fruto de este proceso, se elaboran las Primeras Guías y protocolos.

En 2014, como consecuencia de un periodo durante el cual el personal mantuvo un nivel de estrés elevado, el jefe de servicio convocó una asamblea UCE, con invitación a todo el personal. De dicha asamblea surgió la iniciativa de crear una **Comisión General de UCE** para tratar de solventar las dificultades que van surgiendo en la vida laboral de la unidad. Esta comisión se convocaba en un principio una vez al mes y más tarde, ya en 2015, según necesidades del servicio, siempre que cualquier trabajador solicite convocarla. También se constituyó una comisión de Calidad para tratar aspectos específicos de satisfacción y calidad, aunque más tarde, terminadas varias tareas principales, se decidió unificarla con la comisión general.

Desde la comisión general de UCE surgió la idea de mejorar la coordinación interinstitucional, primero con nuestras áreas de referencia y más tarde con las áreas que nos envían pacientes cuando están saturadas.

Hasta ahora, durante 2015 se han producido 4 reuniones de coordinación entre la UCE y las áreas de Caravaca y Yecla-Jumilla. El objetivo a corto plazo fue coordinarnos en las actuaciones respecto de algunos usuarios que son multirreingresadores en los últimos 3 años, así como de otros con los que haya dificultades a petición de los CSMs. A largo plazo, el objetivo principal es mejorar el clima, crear cohesión y mejorar la atención continuada que se les da a los usuarios de dichas áreas sanitarias.

A la primera reunión asistió un representante de cada grupo profesional de la UCE, excepto de auxiliares de enfermería. Las reuniones están pensadas para ser flexibles, de manera que tras el primer contacto se establecieron reuniones entre enfermería de las áreas y la UCE. Queda pendiente hacer lo propio con psiquiatría y psicología clínica.

Respecto a otras áreas sanitarias, se hace cada vez más recomendable extender algunas de las herramientas de continuidad de cuidados como las llamadas telefónicas al alta de los pacientes o el acceso a los datos médicos que se registran en

otros hospitales, y que a veces son fundamentales durante el tiempo de ingreso de algunos pacientes. En ese sentido, estamos buscando soluciones que redunden en la atención del paciente y faciliten el trabajo de los profesionales.

NOMBRE DEL INDICADOR	**Coordinación interinstitucional**
FÓRMULA	Número total de encuentros anuales entre el personal de la UCE y otros recursos de la red.
EXCLUSIONES	No procede.
ACLARACIONES	Se entiende un encuentro como una reunión entre diferentes profesionales, ya sea del mismo grupo profesional o no, que tiene lugar bien en la UCE, bien en el recurso del área correspondiente, y que tiene como objetivo mejorar la continuidad asistencial y/o buscar soluciones a dificultades que surgen del trabajo en red. En última instancia, es el Jefe de Servicio de la Unidad el responsable de que estas reuniones se lleven a cabo.
TIPO DE INDICADOR	Es un indicador de proceso, asociado a las dimensiones de conveniencia y continuidad de cuidados. Es deseable un mínimo de 3 encuentros anuales.
JUSTIFICACIÓN	La continuidad asistencial está basada en la coordinación entre los diferentes recursos que utilizan los usuarios. Por ello es fundamental que los recursos estén bien coordinados, y favorezcan las mejores soluciones al alcance para cada usuario de los mismos. Las reuniones de equipo entre los diferentes recursos comunitarios y la UCE son necesarias para tratar casos complejos, estar al día de los programas y actividades que se realizan y de los nuevos recursos en cada área. Por otra parte los recursos comunitarios de las áreas de referencia pueden conocer mejor nuestra unidad y nuestro personal. La calidad de las relaciones entre los profesionales redunda en mejores derivaciones y un uso eficiente de los recursos.
FUENTES DE DATOS	Actas de las reuniones de coordinación con el personal de otros recursos de la red
ORIGEN DEL INDICADOR	Elaboración a partir del plan de salud mental 2010-2013
BIBLIOGRAFÍA	1. Estrategia Nacional en Salud Mental en el Consejo Interterritorial del S.N.S. Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

2.4 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

La UCE recibe, desde hace muchos años, a estudiantes universitarios de las facultades de enfermería, auxiliares y psicología, y en los últimos años también estudiantes de máster y residentes de medicina. El equipo de la unidad está concienciado de la necesidad de formar a nuevos profesionales en una cultura de trabajo que incida en el trato respetuoso hacia los pacientes y transmita los valores acordes con ello.

Además, varios de los profesionales del equipo de la UCE colaboran en la universidad y en la unidad de docencia e investigación de salud mental (UDIF-SM).

Por otro lado, el servicio de UCE anima a sus profesionales a realizar estudios de investigación les apoya para acudir a congresos y cursos de formación oficiales, tratando de respetar la conciliación con el trabajo y la familia. El servicio alienta a los trabajadores para asistir, por ejemplo, al taller de lectura crítica de artículos científicos que organiza la UDIF-SM todos los martes desde hace 5 años.

Dentro del servicio, la unidad de TEC ha realizado trabajos de investigación que se han presentado en diferentes congresos nacionales e internacionales.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

La mayoría de definiciones de "Calidad Asistencial" incluye entre sus dimensiones la satisfacción de los usuarios. Conjuntamente, el modelo de evaluación y mejora continua de la calidad, adoptado por el Servicio Murciano de Salud, promueve la máxima implicación en el mismo de todos los participantes en el proceso asistencial, incluyendo a los pacientes y sus familiares.

El conocer la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado, no sólo es un indicador importante de resultado del trabajo realizado, sino que también se relaciona, indirectamente, con las conductas de salud de los usuarios. La satisfacción es un buen predictor de la adherencia futura al tratamiento y seguimiento de la continuidad de cuidados. Por otra parte, es un instrumento útil en la autoevaluación continua de la calidad, que puede orientar a la organización para la adopción de medidas específicas de mejora de los aspectos funcionales y corporativos.

Como método de evaluación, emprendimos en 2010 la adopción del uso sistemático de una "encuesta de satisfacción" para pacientes. Estas encuestas, adecuadamente diseñadas, son fáciles de aplicar de forma rutinaria como parte de los programas de Evaluación y Mejora de la Calidad. En el intento de soslayar la dificultad de comparar resultados entre centros, debido a la tendencia de cada servicio a fabricar sus propias escalas, valoramos las escalas previamente aplicadas y validadas en Unidades Psiquiátricas Hospitalarias de características similares a la nuestra (Hospital Psiquiátrico de Zamudio).

Las encuestas de satisfacción son una herramienta de evaluación de la calidad asistencial de indudable valor, tal y como queda confirmado por

numerosos estudios. En nuestra organización, comprometida con el modelo EFQM, carecíamos de otros instrumentos de evaluación distintos de las hojas de reclamaciones. La adopción de otras encuestas, validadas y aplicadas en instituciones de las mismas características, nos facilitó la adopción de esta mejora y permitió además, la comparación de nuestros resultados iniciales con los de otros centros de reconocida calidad asistencial.

El modelo de encuesta utilizado en el 2014 (V.05-2013), actualmente revisado y actualizado en una nueva versión, se puede ver en el anexo correspondiente.

Resultados de las encuestas de Satisfacción de Usuarios de la UCE del Hospital "Román Alberca" durante el año 2014

La recogida de información, mediante la "encuesta de satisfacción" a los pacientes dados de alta en la UCE del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, se realiza poniendo a disposición de todos los usuarios de la unidad, entrevistas autoaplicadas en el momento de recibir el alta. Los datos aquí analizados corresponden a los recogidos desde el inicio de la aplicación de las encuestas, el 15 de septiembre de 2010, hasta el 31 de Diciembre de 2014. El cuestionario ha sido ampliado en los dos últimos años con preguntas sobre la atención prestada por el psicólogo de la unidad.

Se considera un caso por cada episodio de ingreso/alta.

Cuarenta y uno de los pacientes entrevistados ingresaron más de una vez en nuestro hospital durante el periodo de estudio: veinte y nueve en dos ocasiones, ocho en tres, uno ingresó cuatro veces, dos en cinco ocasiones y otro en seis.

El total de encuestas administradas durante el año 2014 es de 328. En todos los casos disponemos de la hoja de datos completada por el psiquiatra responsable del alta. En ciento noventa y cuatro de las altas (59,2%) los usuarios/pacientes no contestaron ninguna pregunta de la parte autoaplicada de la encuesta (en 2013 esto ocurrió sólo en el 22.8% de las altas):

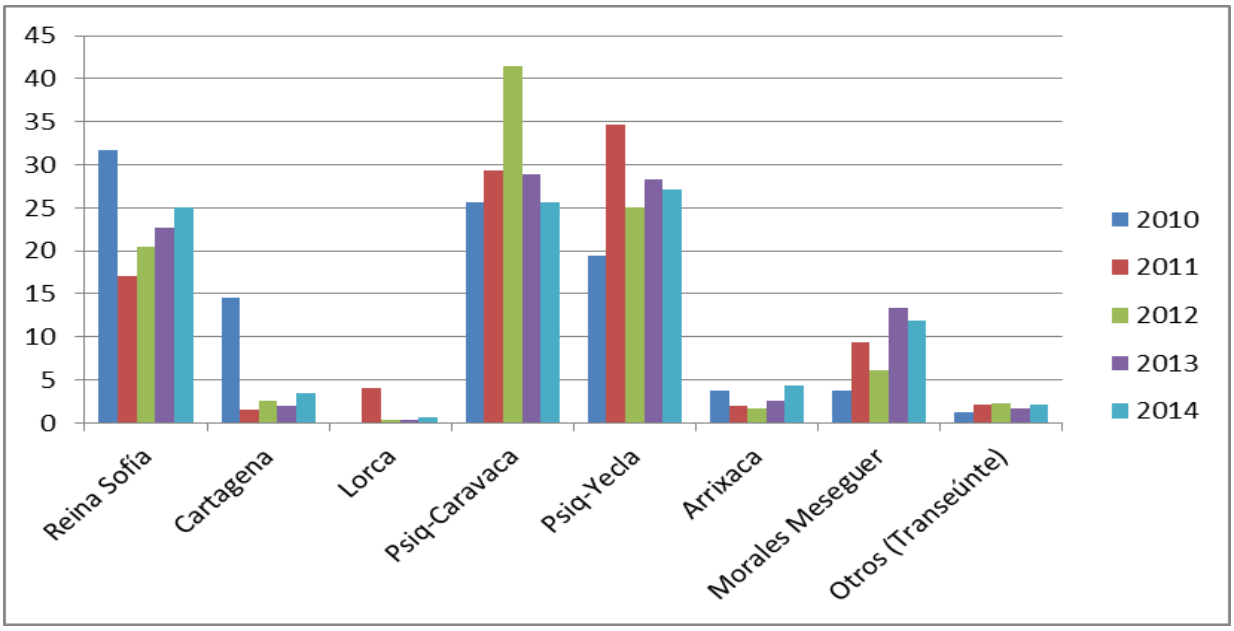
- 7 Rechazan activamente realizar o entregar la encuesta.
- 3 Corresponden a pacientes que no pudieron realizar la encuesta por falta de tiempo (1) y traslado urgente a otro Hospital o Centro (2).
- 184 Encuestas perdidas, bien porque en el proceso de alta no hayan sido facilitadas al paciente, bien porque este haya decidido, posteriormente, no entregarla al alta. Una gran parte de estos casos tienden a concentrarse en los meses de verano, siendo posible que los cambios de personal y sustituciones hayan influido en una irregular aplicación del protocolo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

Variables sociodemográficas	2010	2011	2012	2013	2014
Sexo (%) (N=328)					
Hombres	61.0	58.9	59.1	60.6	65.5
Mujeres	39.0	41.1	40.9	39.4	34.5
Edad (%)(N=328)					
<18	2.4	2.6	1.7	0.3	1.2
18-29	13.5	20.2	15.9	18.7	18.3
30-44	45.1	44.4	46.7	40.2	40
45-59	30.5	22.3	25.9	27.4	32
60-80	8.5	10	9.5	12.8	7.3
>80	0	0.6	0.3	0.6	1.2
Nivel de estudios (%) (n_{2014}=193)					
Sin estudios	15.6	17.7	13.8	17	18.1
Estudios Primarios	36.4	44.1	33.4	40.8	42
Estudios secundarios	26.0	24.5	15.9	24.9	24.4
Estudios universitarios	7.8	4.7	4.6	8.7	12.4
NS/NC	14.3	9.0	9.8	8.7	3.1
Situación laboral (%)(n_{2014}=194)					
Empleado por cuenta ajena	12.8	9.4	6.6	8.3	15.5
En paro	32.1	23.4	23.6	25.7	29.9
Trabaja por su cuenta	3.8	4.1	4.9	4.2	3.6
Jubilado, pensionista	30.8	34.4	23.3	39.2	33
Estudiante	2.6	7.5	3.5	4.2	3.1
Sus labores	5.1	8.1	5.5	8.3	8.2
NS/NC	12.8	13.1	10.1	10.2	6.7
Hospital de referencia (%)(N=328)					
Reina Sofía	31.7	17.1	20.5	22.7	**25**
Cartagena	14.6	1.6	2.6	2	**3.4**
Lorca	0	4.0	0.3	0.3	**0.6**
Psiquiátrico-Caravaca	25.6	29.3	41.5	**28.9**	25.6
Psiquiátrico-Yecla	19.5	34.7	25.1	**28.3**	27.1
Arrixaca	3.7	1.9	1.7	2.6	**4.3**
Morales Meseguer	3.7	9.3	6.1	**13.4**	11.9
Otros (Transeúnte)	1.2	2.1	2.3	1.7	**2.1**

Se mantiene en 2014 (respecto al pico del 41% registrado en 2011) el descenso del porcentaje de pacientes procedentes de una de las áreas sanitarias a las cuales esta Unidad de

Corta Estancia da cobertura: Caravaca. Aumenta respecto al 2013 el porcentaje de ingresos procedentes del Hospital General Universitario Reina Sofía.



Edad (años) al ingreso 2013

N	**Válidos**	343
	Perdidos	0
Media		42.34
Mediana		41.00
Moda		32[a]
Mínimo		17
Máximo		90

Edad (años) al ingreso 2014

N	**Válidos**	328
	Perdidos	0
Media		41.71
Mediana		41.00
Moda		34
Mínimo		17
Máximo		84

a. Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores

Aunque la Unidad de Corta Estancia de nuestro hospital es para pacientes adultos, la falta de Unidad Psiquiátrica Hospitalaria Infanto-Juvenil en la Región de Murcia, obliga en ocasiones al ingreso de pacientes menores. En el año 2012 el usuario más joven tenía 12 años.

Variables Clínicas	2010	2011	2012	2013	2014
Indicación de ingreso (%) (N=328)					
Facultativa/Autorización Judicial	87.8	85.9	73.2	68.2	74.1
Orden Judicial	2.4	2.4	2.6	2.9	2.7
Petición Propia	8.5	11.5	23.3	28	22.9
Otros	1.2	0.3	0.9	0.9	0.3
Tipo de ingreso (%)(N=328)					
Involuntario	70.7	80.8	67.7	44.3	43.3
Voluntario	29.3	19.2	32.3	55.7	**56.7**
Días de ingreso (%)(N=343)					
<8	31.7	45.6	46.1	45.2	**38.4**
8-14	29.3	31.5	28.0	30	31.4
15-21	12.2	12.2	14.1	11.7	14.7
22-28	7.3	5.4	6.6	5.8	8.8
29-35	9.7	2.6	2.3	4.4	3.7
>35	9.8	2.7	2.9	2.9	3
Diagnóstico principal al Alta (%) (N=343)					
F00-F09	1.2	4.0	1.7	2.9	2.4
F10-F19	22.0	16.3	18.8	15.2	14.7
F20-F29	23.1	22.4	25.9	30	**29.2**
F30-F39	29.3	23.5	23.3	19.8	**24.1**
F40-F49	1.2	12.2	11.0	12.0	8.6
F50-F59	0	0	0.6	0	0.3
F60-F69	19.5	13.6	10.9	15.7	**15.8**
F70-F79	2.5	4.6	7.5	4.1	4.9
F80-F89	0	0	0	0.3	0
F90-F99	0.0	0.3	0	0	0
Z	1.2	0.3	0.3	0	0
Destino al Alta (%)(N=328)					
Domicilio/CSM	75.6	84.8	87.3	81.6	**82.6**
Domicilio	2.4	1.3	0.3	1.7	0.3
Alta Voluntaria	1.2	1.6	2.9	5.0	**2.7**
Centros Penitenciarios	0	0.8	0.3	0	0
Fuga	1.2	0	0	0	0.3
Hospitalización médica	2.4	1.9	1.7	1.2	0.6
Traslado Centro Socio-Sanitario	3.7	3.2	3.2	3.8	4.3
Traslado URME	11.0	3.7	3.2	3.5	**6.1**
Traslado Centro de Día	2.4	1.1	0.3	1.2	0.9
Traslado otro Hospital Psiquiátrico	0	1.6	0.9	2.0	2.1
Ingresos anteriores (%)(n2014=199)					
Si	52.6	56.0	63.0	60.8	57.8
No	46.2	43.1	36.7	38.5	41.2
NS/NC	1.3	0.9	0.4	0.8	1

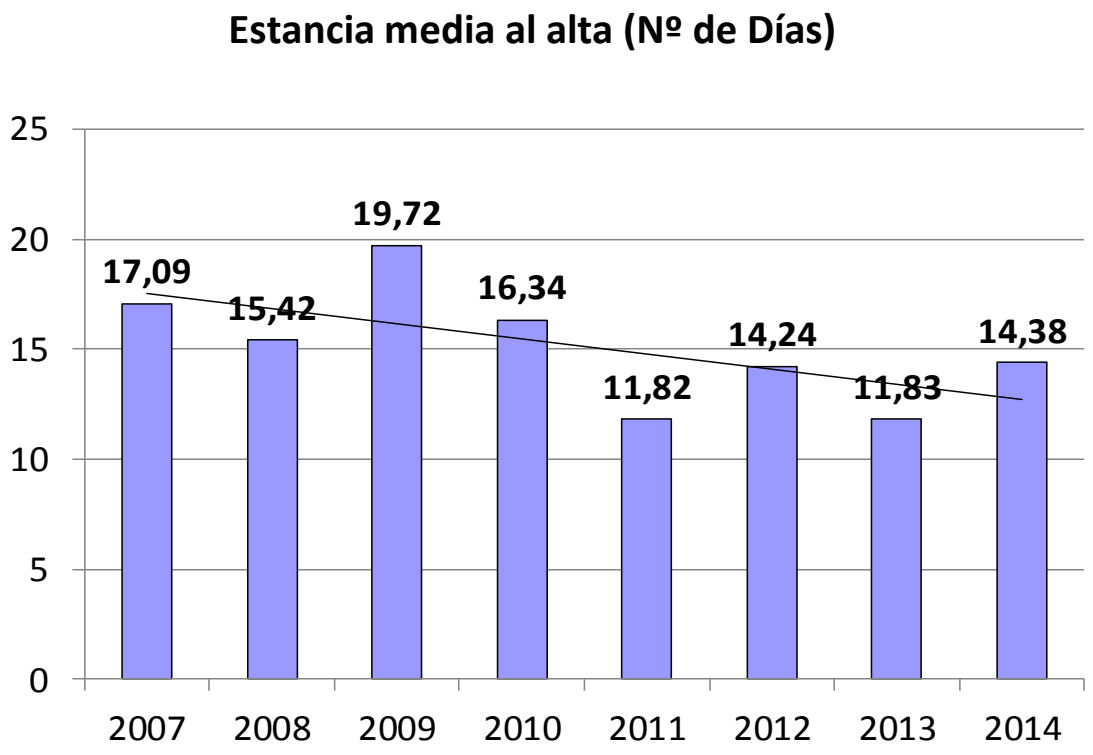
Días de Estancia 2013

N	**Válidos**	343
	Perdidos	0
Media		12.33
Mediana		9.00
Moda		2
Mínimo		<1
Máximo		265

Días de Estancia 2014

N	**Válidos**	328
	Perdidos	0
Media		14.38
Mediana		10.00
Moda		6
Mínimo		<1
Máximo		371

La estancia media durante el 2014 ha sido de 14.38 días, dos días más alta que la obtenida durante 2013. La mitad de los pacientes dados de alta permanecen ingresados en nuestra Unidad 10 días o menos. A la hora de valorar estos datos debemos tener en cuenta que en nuestra Unidad ingresan también pacientes en cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento. Es debido a esto que el máximo de días de estancia pueda ser de 371.



El 44.6 % de los casos atendidos (153 de las altas realizadas) recibieron un diagnóstico secundario, y sólo el 11.1 % (38 altas) recibieron un tercer diagnóstico o más. Los diagnósticos secundarios más frecuentes eran los Trastornos por abuso de drogas (CIE-10 F10-F19) y los Trastornos de personalidad (F60-F69).

Variables Clínicas	1er Dx	2º Dx	3er Dx
Diagnóstico Secundario al Alta (%) (N=328)			
F00-F09	2.4	0.6	0
F10-F19	14.7	**18.3**	**10.7**
F20-F29	**29.2**	0.6	0.6
F30-F39	**24.1**	5.5	0.3
F40-F49	8.6	4.9	1.2
F50-F59	0.3	0.3	0.6
F60-F69	**15.8**	**13.7**	**3.7**
F70-F79	4.9	6.1	1.8
F80-F89	0	0	0
F90-F99	0	0	0
Z	0	0	0
X	0	0	0
Sin Diagnóstico secundario		50	81.1

RESULTADOS 2014

Área de Información	2010	2011	2012	2013	2014
Le informaron sobre las normas de funcionamiento (% Sí) (n=198, 60.4%)	74.0	75.5	58.2	71.7	**73.7**
Le realizaron pruebas complementarias (% Sí) (n=196, 59.8%)	87.0	80.6	90.3	88.3	82.1
Le explicaron los resultados de las pruebas complementarias (% Sí) (n=196, 59.8%)	58.2	59.9	61.7	64.1	61.3
Le informaron sobre las diferentes alternativas terapéuticas (% Sí) (n=188, 57.3%)	58.4	54.0	59.5	58.5	**65.4**
Le pidieron su opinión sobre la opción terapéutica a seguir (% Sí) (n=187, 57%)	64.4	55.4	58.4	66.4	**71.1**
Le explicaron en qué consistía el tratamiento (% Sí) (n=190, 57.9%)	59.7	62.0	65.8	61.1	**65.8**
Le explicaron el resultado del tratamiento (% Sí) (n=187, 57%)	55.8	64.2	65.1	58.5	**66.3**
Valoración positiva de la información dada por el psiquiatra (% E+MB+B) (n=190, 57.9%)	72.0	85	82.2	85.3	**86.3**
Valoración excelente de la información dada por el psiquiatra (% E+MB) (n=190, 57.9%)	48.8	63.2	44.3	57	**62.6**
Valoración positiva de la información dada por el psicólogo (% E+MB+B) (n=164, 50%)				62.3	**81.7**
Valoración excelente de la información dada por el psicólogo (% E+MB) (n=164, 50%)				43.4	**63.4**
Valoración positiva de la información dada por enfermería (% E+MB+B) (n=197, 60.1%)	81.7	87.6	84.7	90.9	89.9
Valoración excelente de la información dada por el personal de enfermería (% E+MB) (n=197, 60.1%)	51.2	63.0	47.5	64.9	**66**
Le avisaron sobre el día del alta con suficiente antelación (% Sí) (n=190, 57.9%)	77.9	82.0	81.4	75.8	**83.7**
Le recetaron medicación para tomar en el domicilio (% Sí) (n=189, 57.6%)	71.4	84.8	96.3	96.2	85.7
Le explicaron sobre cómo tomar la medicación en el domicilio (% Sí) (n=189, 57.6%)	74.5	73.8	69.1	61.6	**64**
Le explicaron sobre régimen de vida a seguir en el domicilio (% Sí) (n=187, 57%)	51.9	72.0	64.3	62.6	**66.3**
Le informaron sobre controles posteriores al alta (% Sí) (n=186, 56.7%)	72.7	80.3	76.9	77.8	**77.9**
Le dieron un informe de alta en el momento de dejar el hospital (% Sí) (n=191, 58.2%)	62.3	74.2	76.2	66	**80.1**

Área de Trato	2010	2011	2012	2013	2014
El psiquiatra que le atendió se identificó (% Sí) (n=199, 60.7%)	77.9	83.4	83.3	81.9	**83.4**
Valoración positiva amabilidad y respeto del psiquiatra (% E+MB+B) (n=198, 60.4%)	93.5	91.1	89.6	92.1	91.4
Valoración excelente amabilidad y respeto del psiquiatra (% E+MB) (n=198, 60.4%)	70.1	71.5	63.6	69.1	**69.7**
El psiquiatra le dedicó suficiente tiempo (% Sí) (n=198, 60.4%)	81.8	85.8	84.4	87.9	85.9
Valoración positiva amabilidad y respeto del psicólogo (% E+MB+B) (n=167, 50.9%)				63.6	**83.2**
Valoración excelente amabilidad y respeto del psicólogo (% E+MB) (n=167, 50.9%)				44	**66.5**
Valoración positiva amabilidad y respeto de enfermería (% E+MB+B) (n=191, 58.2%)	91.0	89.1	88.5	91.3	**94.7**
Valoración excelente amabilidad y respeto de enfermería (% E+MB) (n=191, 58.2%)	58.5	67.3	60.2	67.9	**78**
Valoración positiva de la rapidez del personal en acudir a las llamadas (%poco + ni mucho, ni poco) (n=195, 59.5%)	94.2	89.2	89.4	84.1	**93.4**
Valoración positiva amabilidad y respeto personal Auxiliar (% E+MB+B) (n=198, 60.4%)	91.0	87.8	88.9	89.8	**94**
Valoración excelente amabilidad y respeto del personal Aux. (% E+MB) (n=198, 60.4%)	58.5	61.3	59.9	64.5	**70.7**
Valoración positiva de la amabilidad y el respeto de los Terapeutas Ocupacionales (% E+MB+B) (n=193, 58.8%)	81.9	80.4	79.5	76.6	**90.7**
Valoración excelente de la amabilidad y el respeto de los TO (% E+MB) (n=193, 58.8%)	54.6	61.7	56.5	57	**72**
Valoración positiva del apoyo del personal sanitario (% E+MB+B) (n=196, 59.8%)	83.2	86.3	85.1	87.5	**90.3**
Valoración excelente del apoyo del personal sanitario (% E+MB) (n=196, 59.8%)	52.0	61.7	62.1	67.5	**68.4**
Molesto porque el personal hablara de su enfermedad delante de otras personas (% no + no hablaban) (n=195, 59.5%)	79.2	82.2	83.6	81.1	**84.1**
Molesto porque el personal sanitario hablara de su enfermedad delante de otras personas (% no) (n=195, 59.5%)	53.2	57.3	64.3	54.3	**60.5**
Sintió respetada su intimidad (% Sí) (n=192, 58.5%)	68.8	69.5	69.5	67.9	**71.9**

Área de valoración técnica	2010	2011	2012	2013	2014
Valoración positiva de la competencia profesional del psiquiatra (% E+MB+B) (n=200, 61%)	93.6	92.9	92.6	92.9	92.5
Valoración excelente de la competencia profesional del psiquiatra (% E+MB) (n=200, 61%)	65.0	72	74	69.9	69.5
Valoración positiva de la competencia profesional del psicólogo (% E+MB+B) (n=165, 50.3%)				65.2	**86.7**
Valoración excelente de la competencia profesional del psicólogo (% E+MB) (n=165, 50.3%)				47.2	**71.4**
Valoración positiva de la competencia profesional del personal de enfermería (% E+MB+B) (n=196, 59.8%)	93.6	89.4	88.8	92.1	**96**
Valoración excelente de la competencia profesional del personal de enfermería (% E+MB) (n=196, 59.8%)	57.2	66.3	63.1	69.8	**75**
Valoración positiva de la competencia profesional de los Terapeutas Ocupacionales (% E+MB+B) (n=191, 58.2%)	81.9	82.2	78.4	75.8	**88.4**
Valoración excelente de la competencia profesional de los Terapeutas Ocupacionales (% E+MB) (n=191, 58.2%)	53.3	59.5	52	58.4	**78.6**

Área de coordinación	2010	2011	2012	2013	2014
Fue seguido especialmente por uno de los psiquiatras (% Sí) (n=200, 61%)	93.5	92.3	92.2	91.3	**92.5**
Valoración positiva de la organización del equipo de profesionales que le atendió (% E+MB+B) (n=192, 58.5%)	83.2	88.5	89.2	89.4	**95.8**
Valoración excelente de la organización del equipo de profesionales que le atendió (% E+MB) (n=192, 58.5%)	55.9	66.6	60.9	64.1	**70.3**

Área de hostelería	2010	2011	2012	2013	2014
Valoración positiva de la comodidad de la habitación (% E+MB+B) (n=193, 58.8%)	76.8	85.0	88.1	85.6	**87.1**
Valoración excelente de la comodidad de la habitación (% E+MB) (n=193, 58.8%)	42.7	58.2	59.8	57.7	55.5
Valoración positiva de la limpieza de la habitación y cuarto de baño (% E+MB+B) (n=193, 58.8%)	92.3	96.6	94.5	94.3	**95.4**
Valoración excelente de la limpieza de la habitación y cuarto de baño (% E+MB) (n=193, 58.8%)	61.1	78.5	74.8	75.4	72.6
Problemas con temperatura de comida (% Sí) (n=174, 47%)	22.1	26.4	17.8	21.9	**20.7**
Problemas con la cantidad de comida (% Sí) (n=167, 50.9%)	23.4	18.3	24.9	20.8	**19.2**
Problemas con la calidad de la comida (% Sí) (n=165, 50.3%)	23.4	21.2	19.7	18.9	**19.4**
Problemas con variedad de la comida (% Sí) (n=160, 48.8%)	19.5	16.8	21.2	19.2	**18.1**
Se ha respetado su reposo nocturno (% sí, siempre + casi siempre) (n=189, 57.6%)	79.2	81.6	81.4	81.9	**82.5**
Se ha respetado siempre su reposo nocturno (% Sí)(n=265)	61.0	60.4	60.6	57.7	55
Considera normal el número de visitas (%) (n=186, 56.7%)	62.3	67.6	64.7	69.1	**71**
Considera excesivo el número de visitas (%)(n=186, 56.7%)	2.6	4.4	3	2.6	3.2
Considera normal el tiempo de visitas (%) (n=184, 56.1%)	70.1	68.5	65.8	68.3	**69.6**
Considera excesivo el tiempo de visitas (%)(n=184, 56.1%)	0.0	3.4	1.5	1.1	3.3

Área de resultados	2010	2011	2012	2013	2014
Mejoró del problema por el que ingresó (% mucho + bastante) (n=192, 58.5%)	71.4	77.3	76.2	78.1	**81.2**
No mejoró (% nada) (n=192, 58.5%)	6.5	3.7	4.8	5.7	**4.7**
Contribuyó la TO a su recuperación (% mucho + bastante) (n=191, 58.2%)	54.6	64.8	57.3	65.6	**75.9**
Contribuyó la TO a una mejor estancia Hospital (% mucho + bastante) (n=190, 57.9%)	61.1	66.3	62.4	66.8	**82.2**
Contribuyó Grupo psicotto. a mejoría (% mucho + bastante) (n=170, 51.8%)				62.8	**73.5**

Área de valoración global	2010	2011	2012	2013	2014
Valoración global positiva asistencia recibida (% E+MB+B) (n=194, 59.1%)	81.9	87.0	88.9	87.9	**92.7**
Valoración global excelente asistencia recibida (% E+MB) (n=194, 59.1%)	57.2	63.0	63.2	64.5	**70.6**
Valoración positiva estancia respecto a expectativas (% algo + mucho mejor de lo que esperaba) (n=194, 59.1%)	59.8	61.8	62.1	63.1	**65.5**
Valoración negativa de la estancia respecto a expectativas (% algo + mucho peor de lo que esperaba) (n=194, 59.1%)	10.4	7.2	7.1	4.2	**4.1**
Volvería a este hospital en caso de poder elegir (% sí volvería + probablemente sí) (n=190, 57.9%)	75.3	71.2	74.3	72.8	**75.8**
Aspecto más importante de la atención recibida (%)(n=185, 56.4%)					
Información		19.9	12.3	14.9	16.8
Trato		10.2	9.3	10.3	13
Competencia del personal sanitario		3.4	4.8	6.1	3.2
Aparatos médicos		3.1	2.2	1.1	1.1
Comodidad de la habitación, limpieza, comida		11.2	14.4	15.2	17.3
Seguimiento por el mismo médico		9.0	11.5	12.2	9.2
Alivio de la enfermedad		0	0	0.4	0
Varias opciones		4.0	5.2	4.9	1.5
NS/NC				43.8	37.9

Aspectos positivos destacados por los pacientes

Setenta y nueve (42.5 %) de los pacientes que contestaron las encuestas desearon destacar algún aspecto positivo del ingreso en el momento del alta, aunque sólo 68 dejaron algún comentario escrito. En algunos de estos (los señalados con *) los pacientes hacían mención a varios aspectos de su estancia en la unidad. Los comentarios añadidos son los siguientes:

Más de la cuarta parte (30.9 %) de estos comentarios hacen referencia al trato recibido por parte de los profesionales durante el ingreso. Este dato viene a confirmar que es la calidad de las relaciones que establecemos con los usuarios uno de los aspectos que más puede influir en la valoración global de la atención recibida.

1. *El trato tan agradable de todo el personal*
2. *El buen trato del personal*

3. *El buen trato que he recibido en la Terapia Ocupacional*
4. *El trato*
5. *El trato es excelente*
6. *El trato es formidable y muy atento*
7. *El trato recibido por el personal sanitario me ha ayudado mucho a mejorar mi situación**
8. *La amabilidad de algunos de los auxiliares y enfermeros*
9. *Me han tratado de puta madre*
10. *Que son todos muy amables*
11. *Te tratan como seres humanos sabiéndonos enfermos*
12. *Trato bien*
13. *Trato del personal*
14. *Trato en general*
15. *Trato psiquiátrico muy bueno*
16. *He conocido gente muy buena, tanto pacientes como personal sanitario. Y mi psiquiatra es un encanto**
17. *He conocido personas muy cariñosas*
18. *Es como una gran familia*
19. *Me he sentido atendida como persona*
20. *Me he sentido muy arropada y respetada*
21. *Algunas personas*

Hasta un 19 % de los comentarios mencionan aspectos de la profesionalidad del personal de la unidad

1. *Profesionalidad*
2. *Son los mejores médicos que conozco*
3. *Son todos grandes profesionales*
4. *La buena asistencia médica*
5. *He estado bien atendido y a gusto*
6. *He estado mucho mejor que en el 2005. Ahora hay terapias con psicólogo y terapeuta*
7. *La atención*
8. *La buena atención que he recibido*
9. *Me gusta la atención en este hospital*
10. *Psicólogo y psiquiatra*
11. *Terapia*
12. *El cuidado*
13. *Auxiliares excelentes*

El 16.2 % de los pacientes que aportan un comentario positivo, señalan la mejoría en su estado personal, afectivo o mental, que el ingreso ha supuesto para ellos.

1. *Agradecer que me hayan dado la oportunidad de desintoxicarme. Gracias*
2. *Deseo de salud mental*
3. *El tratamiento me ayudó*
4. *El trato recibido por el personal sanitario me ha ayudado mucho a mejorar mi situación**
5. *En este hospital la recuperación de pacientes como yo es mucho más rápida*
6. *Gracias al ingreso estoy mucho mejor*
7. *Me ha sentado bien para estabilizarme y tranquilizarme*
8. *Me han ayudado a pasar el mono de la heroína*
9. *Me ha hecho madurar y reflexionar*
10. *Me he recuperado muy pronto. No me lo esperaba*
11. *Mejora desde que entré*

Otros once (16.2 %) pacientes señalaron de forma positiva aspectos de hostelería (comida, instalaciones, etc.).

1. *La comida*
2. *La comida está excesivamente buena y rica*
3. *Las croquetas. Y las enfermeras son muy guapas*
4. *Todo muy limpio. Las normas muy respetables**
5. *Buen entorno*

6. *Comida*
7. *El jardín es muy bonito e invita a reflexionar*
8. *Está muy iluminado*
9. *El patio y la música*
10. *El que esté el comedor separado de la sala de estar permite estar leyendo o en tranquilidad*
11. *Las manualidades*

Siete (10.3 %) pacientes no parecen destacar nada concreto

1. *Ha sido buena*
2. *Me encanta*
3. *Me encuentro bien, bien, bien*
4. *Para mí ha sido muy positivo todo*
5. *Todo en general. Buena relación con los demás pacientes**
6. *Fenomenal*
7. *Gracias*

Otros cinco (7.35 %) deseaban destacar las buenas relaciones con otros usuarios durante el ingreso.

1. *Todo en general. Buena relación con los demás pacientes**
2. *He conocido gente muy buena, tanto pacientes como personal sanitario. Y mi psiquiatra es un encanto**
3. *Relación social*
4. *Bueno*
5. *Entretenimiento de interactuación con otros pacientes*

Sólo un paciente menciona la información/organización como aspecto positivo del ingreso

1. *Todo muy limpio. Las normas muy respetables**

Y en dos casos no queda muy claro de que se trate de felicitaciones, sino más bien de críticas moderadas y sugerencias de mejora

1. *Menos puré y más ensaladas con limón y frutas sin pelar*
2. *Las tardes son aburridas*

Aspectos negativos destacados por los pacientes

Del total de pacientes dados de alta durante 2014, cuarenta y dos (22.5 %) de los pacientes que entregaron la encuesta desean destacar algún aspecto negativo del ingreso en el momento del alta. De estos, sólo treinta y seis (85.7 %) dejan constancia de su motivo de queja. Los comentarios añadidos son los siguientes:

Dos (5.5 %) de los comentarios expresados en el apartado de aspectos negativos destacados, no realizan ninguna crítica, siendo varios claramente positivos.

1. *Ninguno*
2. *Normal*

Otros dos (5.5 %) expresan haber experimentado miedo durante su ingreso, aunque sin expresar la causa concreta del mismo.

3. *El comienzo, entré muy asustada*
4. *Miedo*

A diferencia de lo que ocurría con los aspectos positivos, sólo tres (8.33 %) de los comentarios hacen clara referencia al trato recibido por parte de los profesionales de la unidad.

1. *El vacío humano, muy despersonalizante*

2. *Más educación por parte de celadores*
3. *Por parte de los auxiliares no estamos todos en el mismo saco*

Y sólo un paciente menciona la falta de información como aspecto negativo del ingreso

1. *El no saber exactamente cuándo se sale de aquí*

El 27.8 % de los comentarios expresan quejas en el apartado de la hostelería: instalaciones, respeto del descanso nocturno, comidas y visitas.

1. *Cierta inseguridad al haber hombres y mujeres enfermos en la misma planta. Mejor separados*
2. *El tema de la alimentación es un tema muy importante a mejorar*
3. *Falta de sal y aceite en las comidas*
4. *La cama*
5. *La comida*
6. *La comida es escasa*
7. *La comida no es buena*
8. *Las comidas, más variedad y cantidad*
9. *Que pongan almuerzo en vez de zumo*
10. *Terapia individualizada y falta gimnasio**

Otro 22.2 % de los pacientes expresan malestar por aspectos concretos de la organización funcional de la unidad.

1. *Horarios y normas*
2. *La adaptación a las normas y conducta de otros pacientes*
3. *Las horas que puedes pasar en la habitación*
4. *Más apoyo y comunicación con médico o psicólogo. Horario más extenso de visitas y llamadas. Armario cerrado**
5. *Me hubiera gustado menos normas, como dejarme un bolígrafo*
6. *Poca libertad*
7. *Que no dejen estar en las habitaciones ni usar el cepillo eléctrico de dientes*
8. *La falta de actividades para pasar el tiempo*

Hasta un 16.7 % de los pacientes que aportan su opinión personal sobre aspectos negativos de su estancia en el Hospital, señalan su disconformidad con algún aspecto de la terapia y sus resultados.

1. *Asignarme el mismo médico del último ingreso*
2. *El médico me ignora como enfermo*
3. *Que me ataron sin necesidad*
4. *Más apoyo y comunicación con médico o psicólogo. Horario más extenso de visitas y llamadas. Armario cerrado**
5. *Terapia individualizada y falta gimnasio**
6. *Trato psicológico confuso*

Por último, cinco (13.9 %) de los comentarios se refieren a problemas surgidos en la relación con otros usuarios.

1. *El estado anárquico de los pacientes*

2. *El nerviosismo y comentarios de otros enfermos*
3. *He conocido la agresividad de otros pacientes*
4. *Trapicheos*
5. *Hay pocos enfermos y te aburres antes*

COMENTARIOS

Durante el curso del año 2014, tal y como reflejan las respuestas a la pregunta sobre el "Aspecto más importante de la atención recibida", **la Comodidad de la habitación, limpieza, comida**, continúa siendo una de las dimensiones más destacadas por los pacientes. La mayor parte (10 pacientes, el 27.8 %de los de los comentarios negativos) expresan quejas en el apartado de la hostelería: instalaciones, respeto del descanso nocturno, comidas y visitas. Aunque también once pacientes (16.2 % de los comentarios positivos) expresaron una buena opinión sobre estos mismos aspectos.

La percepción por parte del personal, del malestar sentido por los usuarios, es trasladada con regularidad a la dirección del Hospital. Esto motivó que durante el 2013 se tomaran algunas medidas tendentes a mejorar la estancia de los pacientes durante su ingreso:

- Se cambiaron los sillones de la sala de estar, demasiado deteriorados los viejos, aumentando el número de los mismos.
- Se llegó a un acuerdo con el servicio de hostelería en el sentido de aumentar la cantidad y variedad de las dietas. Todo esto bajo la supervisión de un experto en nutrición. Además se ha establecido durante el 2014 un sistema de valoración permanente de la cantidad y calidad de la comida servida, por parte del personal auxiliar de la unidad.
- Se mantiene un horario de visitas ampliado, facilitando además la participación de las familias en el tratamiento y cuidado de los pacientes, siempre que esto sea posible.
- Por otro lado se han conseguido camas de altura regulable para permitir el ajuste de las mismas a la talla de los usuarios. También se ha permitido el uso de material deportivo (pelotas, raquetas, etc.) en el jardín, permitiendo a los pacientes que lo deseen realizar ejercicio físico.

Pensamos que estas mejoras quedan reflejadas en los pequeños aumentos de puntuación obtenidos respecto a la cantidad y variedad de la comida recibida, limpieza de las instalaciones y organización de las visitas familiares. Aun así, 10 de las 36 quejas especificadas, se refieren a los temas de estructura y hostelería del hospital, mencionando el 70 % de ellas el tema de la comida. Se ha bajado un poco en las puntuaciones referidas a la comodidad de la habitación y en el respeto del descanso nocturno, aspectos estos últimos difíciles de mejorar dada la estructura de la Unidad: habitaciones de cuatro camas que dificultan el respeto de la intimidad y mantener un ambiente tranquilo cuando todas quedan ocupadas por pacientes en situaciones de descompensación.

El apartado de **la Información** recibida durante el ingreso sigue siendo una dimensión importante en la valoración global positiva de la estancia en la Unidad. En este espacio se ha conseguido mejorar casi todos los aspectos. Se ha producido, sin embargo, un empeoramiento en lo referente a la transmisión de los resultados de las pruebas complementarias y sobre el tratamiento a seguir tras el alta. Si mejora, respecto al 2013, la percepción de los pacientes en relación a las explicaciones aportadas sobre tratamientos alternativos y consecuencias esperadas y obtenidas del plan terapéutico aceptado.

Empezaron a aparecer durante el 2013 datos sobre la información aportada por otro miembro del equipo terapéutico; el psicólogo clínico. Estos datos deben ser valorados, por el momento, con cautela: a lo largo del 2013, por motivos administrativos, durante un largo periodo no dispusimos de psicólogo en la unidad. Por otra parte, las funciones y tareas del mismo dentro de la unidad han sido mejor definidas, ampliadas y mejoradas en el último año. Los resultados del 2014, tal y como cabía esperar, suponen una gran mejora respecto a los anteriores.

El *Área de Información* sigue siendo una de las que permite un, más fácil de obtener, margen de mejora. Establecer procesos de trabajo en los que nos aseguremos que la información pertinente llega a los pacientes, y es comprendida por los mismos, permitirá mejorar nuestros resultados en este aspecto, y de forma indirecta en la valoración global de la asistencia recibida.

- Enfermería y/o el personal Auxiliar se asegurará al ingreso, o en cuanto las condiciones de los pacientes lo permitan, que estos conocen las normas básicas del funcionamiento de la unidad, aclarando todas las dudas que puedan tener la respecto. Se cuenta con posters informativos situados en puntos visibles de la unidad y folletos que pueden entregarse en mano a los pacientes.

- La necesidad de flexibilizar las normas de estancia en la UCE, adaptándolas a las necesidades específicas de cada paciente, hace necesario que todas estas modificaciones sean puestas en común y aceptadas en las reuniones de equipo. Con ello se pretende evitar la coexistencia de pautas de actuación contradictorias con un mismo paciente, que sean motivo de confusión respecto a cómo se espera que ha de comportarse durante su ingreso.

- El personal clínico se asegurará de informar al paciente, de forma que este pueda comprenderlo, de las cuestiones relativas a su tratamiento, objetivos terapéuticos, resultados alcanzados y pruebas complementarias realizadas. Una vez decidida la fecha probable de alta, el psiquiatra la pondrá en conocimiento del paciente, asegurándonos de que todos los aspectos arriba mencionados, así como las indicaciones de terapia y seguimiento tras el alta, son comprendidos por aquel.

- Enfermería hará entrega al paciente del informe de alta, recetas y folleto de régimen de vida al alta, poco antes de la salida del paciente de la Unidad. Durante este proceso se asegurará de que el paciente conoce y comprende toda la información pertinente relativa a su ingreso.

- El psiquiatra y el personal de enfermería solicitarán amablemente a todos los pacientes que completen el cuestionario de satisfacción una vez se les haya aportado la información arriba mencionada. La contestación y entrega del cuestionario es voluntaria, por lo que en ningún caso se hará sentir al paciente que esté obligado a hacerlo. Por el contrario, será solicitado como un favor que nos ayuda a mejorar nuestro servicio y se agradecerá encarecidamente el tiempo y esfuerzo realizado. En el año 2013 un 22,8 % de los pacientes declinaron o no pudieron rellenar la encuesta. En el 2014 este porcentaje ha aumentado hasta casi el 40 %. Nuestro objetivo debe ser minimizar en lo posible esta pérdida de información

Desde la comisión de calidad de la Unidad se están revisando/elaborando los procesos de la UCE, entre ellos el de alta al paciente, de forma que faciliten y aseguren los pasos arriba descritos.

El **Trato** recibido por parte de los profesionales es otro aspecto que, aunque no señalado durante el 2013, ni el 2012, entre los tres percibidos como más importantes en la atención global recibida, sí lo es en el 2014. Cobra además mayor importancia a través de los comentarios libres de los pacientes. Casi el 31 % de las observaciones positivas (más de la cuarta parte), aunque sólo el 8,3 % de las negativas, hacen referencia a esta dimensión de la asistencia. La mayor parte de las puntuaciones dadas por los usuarios a la amabilidad y respeto percibidos del personal sanitario mejoran los resultados obtenidos durante el año 2013. Se produjo un empeoramiento, aun cuando las cifras siguen siendo superiores al 80 %, en cuanto a la amabilidad del psiquiatra responsable y el tiempo de atención dedicado a los pacientes por aquel.

Aunque durante el 2013, el porcentaje de ingresos involuntarios continúa disminuyendo, desde un 67.7 en 2012 hasta un 43,3 %, sigue siendo un alto número de pacientes el que no acepta el motivo del ingreso. Es el mantenimiento de una actitud en todo momento amable y respetuosa con ellos, incluso cuando las circunstancias puedan forzarnos a utilizar medidas mecánicas de contención, lo que posibilitará a los usuarios experimentar el ingreso de la forma lo menos traumática posible.

Por otro lado, también debemos tomar conciencia de los prejuicios que a veces nos llevan a considerar los ingresos voluntarios como fruto del “empeño” de los pacientes. El conocimiento de esta circunstancia nos ayudará a evitar actitudes involuntariamente despectivas hacia aquellos.

Entre las propuestas que se mantienen para mejorar el trato hacia los usuarios

- Desde finales del 2012 se realizan, con la dirección del psicólogo de la unidad, grupos terapéuticos en los que participan pacientes y personal. Durante los mismos, aunque no sea el único objetivo, se pueden abordar conflictos y malentendidos surgidos entre usuarios y profesionales desde un plano de mayor igualdad.
- Las reuniones del equipo de la UCE sirven de foro de discusión y manejo en grupo de tensiones y conflictos relacionales con los pacientes.

- Se ha realizado, a través de los responsables de los programas de formación continuada del Hospital, un curso sobre el manejo de los conflictos con los usuarios y la adquisición de destrezas en contención verbal.

La **Competencia del personal sanitario**, uno de los factores cuya importancia es menos valorada por los pacientes en general, para los profesionales suele ser la más significativa. Cobra algo de mayor importancia, hasta el punto de situarse entre los tres aspectos más destacados del ingreso (pero bastante por debajo de la Información y la Comodidad de las Instalaciones y el Servicio), para los pacientes que han tenido varios ingresos en la unidad (como se concluye del análisis de los datos obtenidos entre 2010-2013). En general, los pacientes han puntuado muy alto la percepción que tienen de la profesionalidad del personal de la UCE. Todos los datos están en torno al 70 % o más.

Sin restarle protagonismo a la Competencia del personal, tenemos también que considerar que gran parte del beneficio de las medidas terapéuticas aplicadas está mediatizado por la aprobación del paciente de las mismas. Es en este sentido que un **Trato** profesional percibido como correcto, y una **Información** adecuada sobre la terapia, pueden mejorar los resultados clínicos a través de un aumento de la colaboración y la adherencia de los usuarios con el plan terapéutico.

La apreciación que los pacientes realizan sobre la **Coordinación del equipo** de profesionales de la UCE, mantiene unos niveles más que aceptables, superior al 90 % para los dos indicadores principales. No obstante es importante, para el buen funcionamiento de la unidad, que el equipo siga trabajando en el mantenimiento y mejora de esta dimensión.

- Se continúa con el formato de reuniones de equipo diarias en las que comentar actividades, planes de actuación e incidentes relacionados con el funcionamiento de la planta.

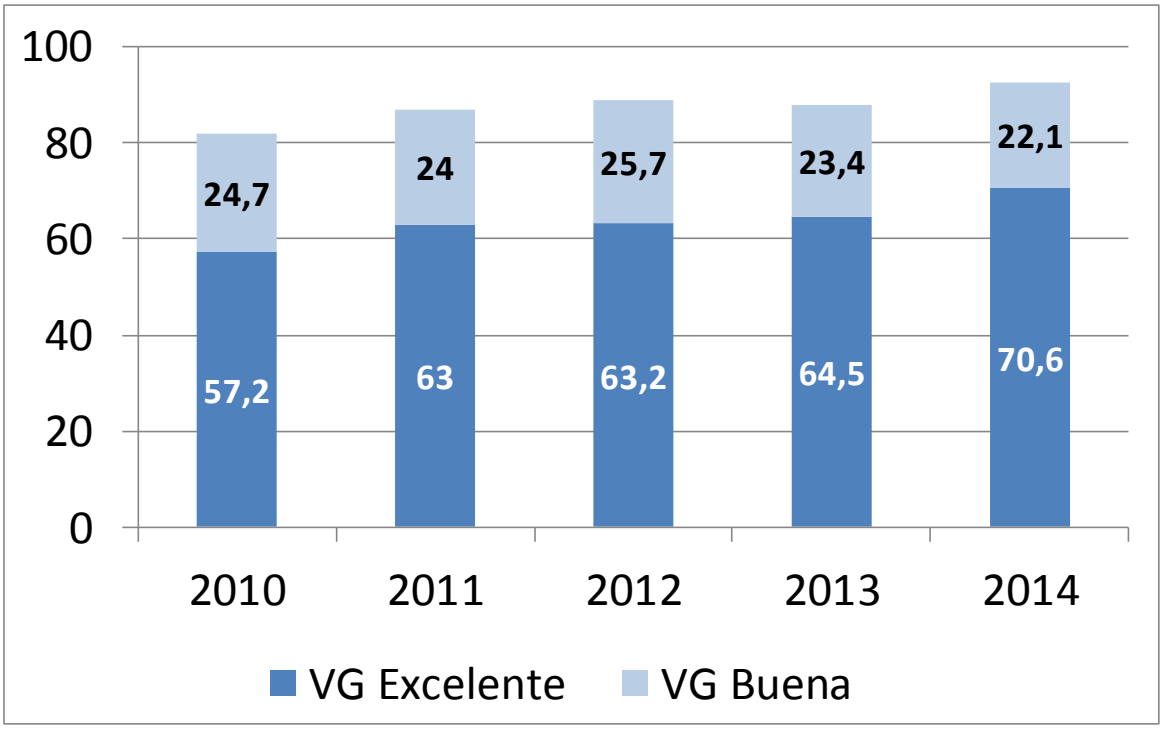
- Tenemos que seguir mejorando los canales de comunicación, facilitando la transmisión completa y correcta de la información a todos los miembros del equipo de UCE. La elaboración de acuerdos, que queden registrados por escrito y sean fácilmente localizables (en carpetas físicas y/o informáticas) puede ser una de las herramientas que ayuden a alcanzar este objetivo.

Todos los indicadores sobre los **Resultados** percibidos por los pacientes, en cuanto a mejoría del problema que motivó el ingreso, mejoran los obtenidos en 2013. El porcentaje de pacientes que considera que mejoró lo suficiente de su problema por primera vez supera el 80 %. Es posible que una mejoría de la **Información** transmitida al paciente, con la discusión de los posibles planes terapéuticos y objetivos perseguidos con el mismo, hayan permitido mejorar en este indicador. La contribución a esta mejoría, tanto de la Terapia Ocupacional como del Grupo Psicoterapéutico, se valoró de forma muy positiva (en ambos casos más del 70 % de los pacientes que contestaron la encuesta). Esto supone un importante incremento respecto a los resultados del 2013.

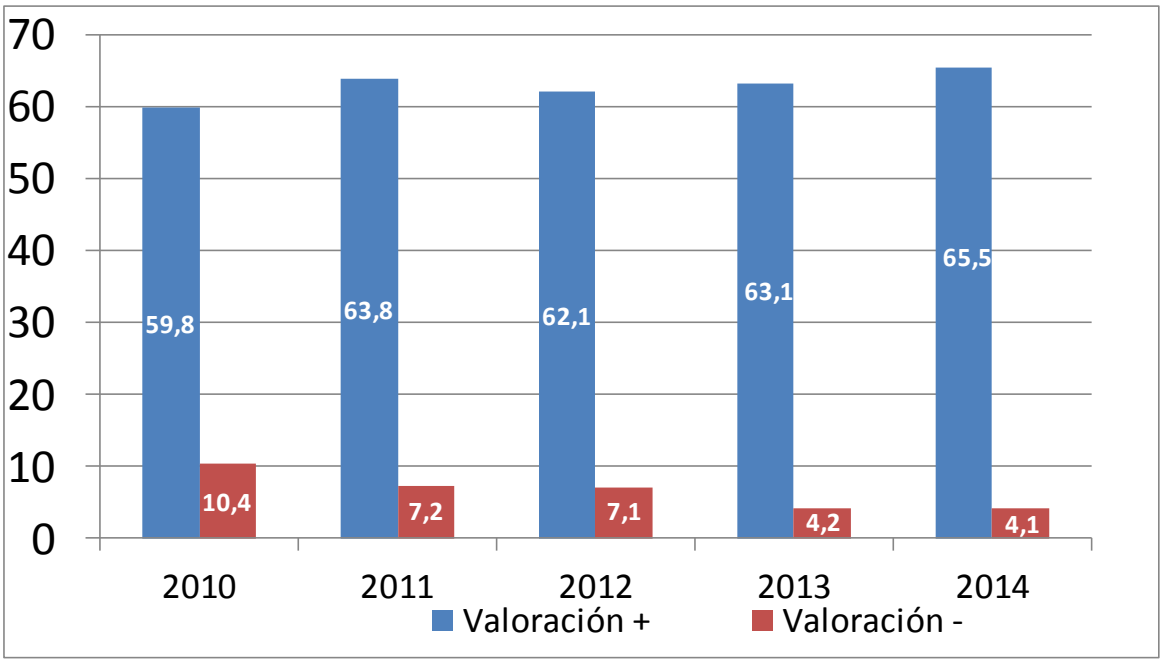
CONCLUSIONES

Las valoraciones globales de la estancia en nuestra unidad, cumplimiento de expectativas y aceptabilidad de un posible ingreso en el futuro, siguen siendo aceptables y mejoran, todas, los resultados obtenidos en el 2013.

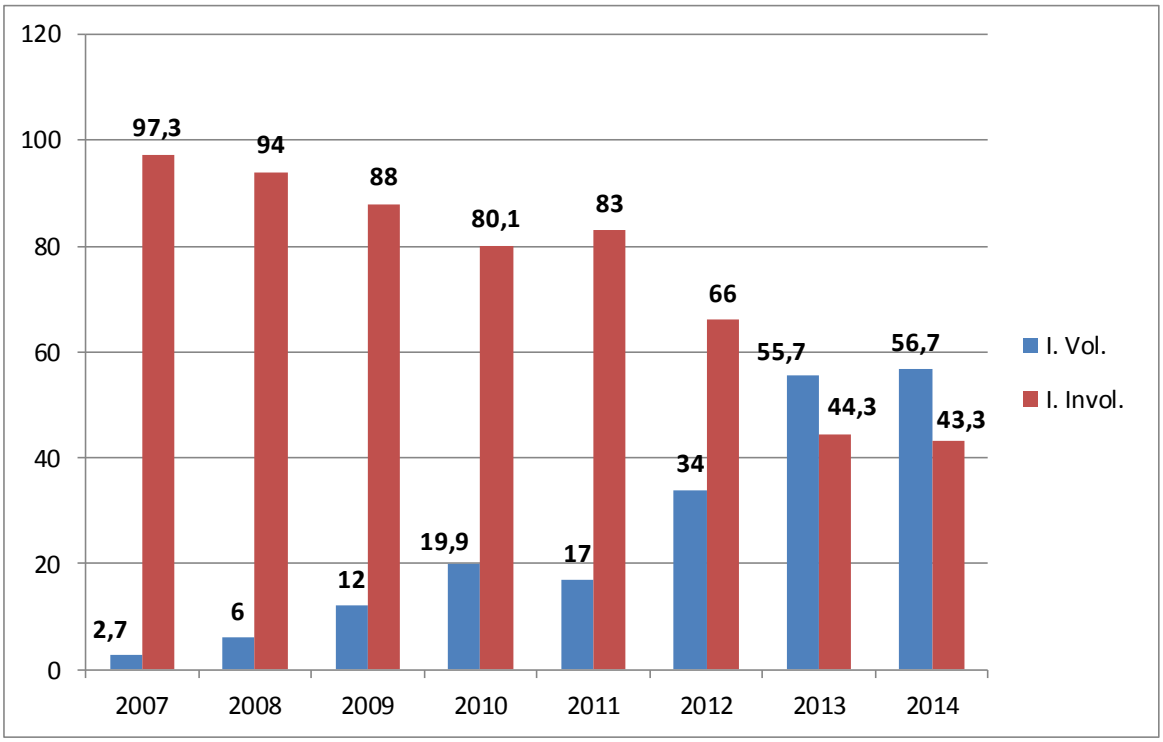
Valoración global de la atención %



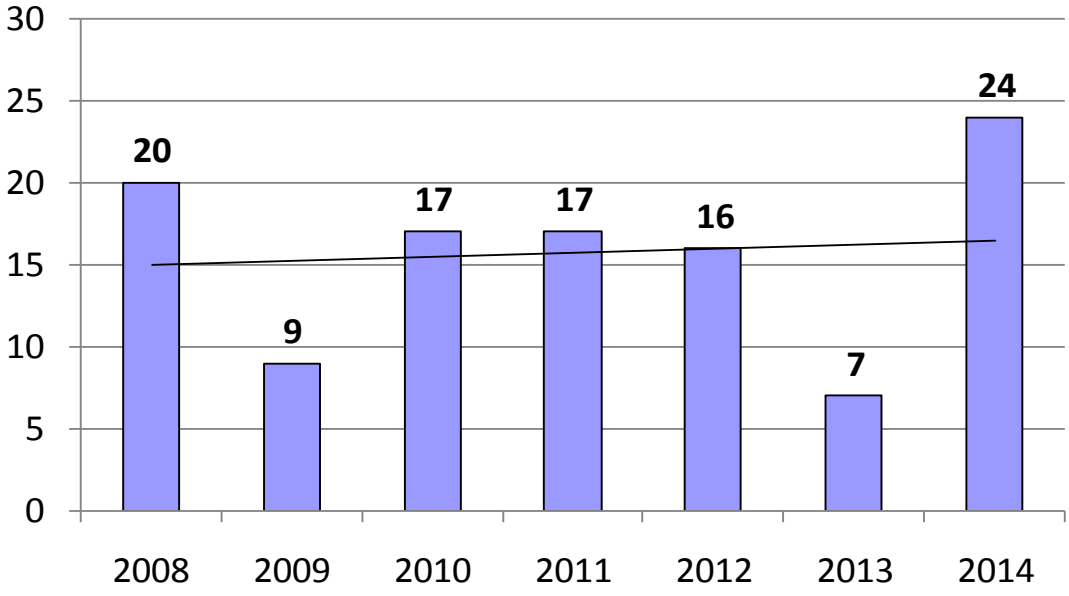
Valoración respecto a las expectativas %



Evolución por años del % Ingresos Voluntarios vs. Involuntarios



Nº Reingresos en menos de 30 días tras el alta



Un primer paso para la elección de objetivos específicos de mejora, y poder definir de forma clara y concreta las medidas que necesitamos aplicar para alcanzarlos, consiste en difundir, de un modo general, a través de las reuniones ordinarias de todo el equipo de profesionales de la UCE, el contenido de este expediente. En dichas reuniones se abriría un espacio reflexivo de discusión, que posibilitara el análisis de las posibles causas de los

resultados expuestos y, sobre todo, la aportación creativa de propuestas sobre alternativas de mejora y medios a nuestro alcance para conseguirlas.

Todas estas aportaciones serían recogidas y trasladadas a la **Comisión Permanente de Calidad** de la UCE. Una de las funciones de esta Comisión es analizar los resultados de las encuestas de satisfacción, así como las informaciones recibidas a través de otros cauces (hojas de reclamación, información aportada por compañeros y pacientes, etc.) para reflexionar sobre posibles causas y soluciones que permitan mejorar la calidad de la asistencia prestada en nuestra unidad.

ANEXOS.

CONJUNTO MÍNIMO DE NORMAS BÁSICAS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA

El objetivo fundamental de la Unidad es el enfermo, y el personal es la pieza clave en la prevención de los riesgos. Esta normativa busca reducir al mínimo estos posibles riesgos.

En el momento del ingreso el personal auxiliar de enfermería revisará todas las ropas y enseres del paciente en presencia de este, recogiendo los cinturones, corbatas, cordoneras, objetos punzantes, instrumentos destinados a proporcionar fuego, objetos cortantes, o cualquier otro elemento sospechoso de causar riesgo (Procedimientos de enfermería en armarios/ropa de pacientes). Estos objetos, junto con medicamentos y alimentos, se entregarán a los familiares del paciente o, en su caso, se consignarán en el control de enfermería. Los objetos de valor se custodiarán en la caja de seguridad del Hospital extendiendo un recibo que sirva de justificante. También es conveniente realizar un registro cuando un paciente regresa a la unidad tras una fuga o, en los casos de pacientes judiciales que lo tengan autorizado, un permiso de salida. Por último, el personal auxiliar podrá realizar un registro de las pertenencias de los pacientes siempre que tengan sospechas fundadas (especificadas en la Historia Clínica del paciente) de que este posee algún objeto o sustancia no permitida. En caso de pacientes ingresados de forma voluntaria que se nieguen al registro de las pertenencias que quieran mantener durante su ingreso, será valorado por el psiquiatra responsable el posible alta voluntaria.

El personal auxiliar, encargado de ayudar a los pacientes en el mantenimiento y orden de los armarios, se responsabiliza de asegurar que los pacientes poseen ropa limpia suficiente, así como tabaco y todo lo que necesiten de sus casas para cubrir sus necesidades básicas. En caso de detectar alguna carencia, o serle notificada esta por algún paciente, se pondrán en contacto telefónico con los familiares para solicitarles que aporten lo necesario. Para los pacientes que carecen de apoyo familiar adecuado, el personal auxiliar informará al trabajador social, el cual se hará cargo del caso a partir de dicho momento.

Los despachos médicos permanecerán cerrados en los turnos de tarde y noche.

El personal de enfermería, al objeto de asegurar el cumplimiento de las prescripciones procederá a una administración directa de la medicación y comunicará al médico responsable las sospechas de incumplimiento o cualquier otra incidencia en las reuniones de la mañana del personal de la Unidad.

Los cubiertos y vajilla serán de plástico desechable. En el momento de las comidas, tanto al inicio como al final de las mismas, el personal auxiliar de enfermería

procederá al recuento de las piezas. Si se apreciara la pérdida de alguna de ellas se procedería a la búsqueda de las mismas.

Se impedirá la introducción en la Unidad de cualquier alimento, bebida o cualquier otro objeto no autorizado, por parte de los visitantes. En caso de confluir numerosos factores de riesgo se podrán suspender las visitas dentro de la Unidad.

En los casos no previstos en la pauta de tratamiento, ante cualquier situación de auto o heteroagresividad, el enfermero solicitará autorización para aplicar el protocolo de contención al psiquiatra de guardia (Protocolo de Contención Mecánica).

El riesgo de accidentes como caídas puede ser alto en este tipo de unidades debido a la conducta de los pacientes o derivado de la psicopatología y de los efectos secundarios del tratamiento (Protocolo de caídas del HPRA). Son especialmente susceptibles los pacientes polimedicados, los enfermos con insuficiencia renal o hepática, pacientes con adicciones, ancianos y enfermos con déficit cognitivo. Para evitar o reducir al mínimo estos accidentes se informará al paciente de los posibles efectos secundarios de la medicación, instándolos a tener precaución en los cambios posturales y a que solicite ayuda para los mismos. En caso de deterioro cognitivo o no seguimiento de las recomendaciones puede ser necesaria la utilización de barras de protección lateral o la contención desde la cintura.

En esta Unidad no está permitido fumar.

Para evitar situaciones sexuales comprometidas el celador impedirá la entrada de los pacientes a cualquier habitación que no sea la suya e informará al personal sanitario de los comportamientos sospechosos que pudieran desembocar en situaciones de riesgo. El personal de enfermería informará de estas en las reuniones matinales para que el personal médico pueda efectuar las recomendaciones preventivas oportunas.

Es de capital importancia velar por el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los pacientes, tal como queda recogido en la Constitución y en la Ley General de Sanidad. Esto obliga a todo el personal que se relacione directa o indirectamente con el paciente o su Historia Clínica, a guardar el Secreto Profesional, restringir el acceso a la Hª Clínica al personal relacionado con el proceso asistencial, salvo que sea demandada por la Administración de Justicia.

NORMAS BÁSICAS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA. INFORMACIÓN PARA FAMILIARES

Esta Unidad de Hospitalización Psiquiátrica constituye una Unidad cerrada. Las siguientes informaciones son de interés para Vd./s. y su familiar ingresado:

1. En el momento de la tramitación del ingreso el/los familiares debe/n dejar un número de teléfono de contacto.

2. En cumplimiento de las normas básicas de seguridad de la Unidad, todas las pertenencias del paciente serán revisadas por el personal de enfermería. Todos los objetos que le pertenezcan, que no puedan permanecer en la Unidad, serán entregados a los familiares, o si acuden solos, se depositarán dependiendo de su valor en la caja de seguridad del Hospital. Se entregará un recibo que sirva de justificante.

3. En este hospital el enfermo viste con su propia ropa por lo que la familia debe responsabilizarse de su mantenimiento. Se debe traer ropa cómoda, pijama, bata, útiles de aseo personal y sandalias de goma para el baño. Por razones de seguridad no están autorizados cinturones ni cordoneras.

4. Las visitas no pueden introducir alimentos, bebidas, utensilios o cualquier otro objeto, sin la autorización expresa y manifiesta del personal de enfermería.

5. Con el fin de colaborar en la prevención de los posibles riesgos y poder garantizar la seguridad del resto de visitantes, de todos los pacientes, del personal o las instalaciones, se colaborará en todo momento con el personal de la Unidad atendiendo a sus informaciones, consejos e instrucciones.

6. El horario de las visitas es de 17 a 19.30 horas los Laborales y de 10.30 a 13.30h. y 17 a 19.30h. los Sábados y Festivos. Del 1 de Junio al 30 de Septiembre la visita se prolongará hasta las 20 horas. Están permitidas dos visitas por paciente. Las visitas se pueden restringir o suspender a cada paciente individual según prescripción médica. En situaciones especiales se podrán suspender sin previo aviso las visitas dentro de la Unidad.

7. La información a familiares se hará después del ingreso (programado o urgente). Será el médico responsable del enfermo el encargado de ello, en horario de 12 a 14 horas. Se facilitará la posibilidad de que los familiares puedan solicitar información telefónica de 12 a 14 horas en el teléfono de contacto del Servicio.

8. El horario de llamadas telefónicas a los pacientes ingresados será coincidente con el de las visitas.

REGISTROS INFORMÁTICOS EN CASOS DE AGITACIÓN Y AGRESIONES A PERSONAS Y/U OBJETOS

ANTES DE LA AGRESIÓN

Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (FORMULARIO SELENE).

Qué se notifica: Un resultado ≥3 avisa de la necesidad de una valoración del riesgo de agresión más estrecho durante el ingreso.

Quién: enfermería al ingreso en planta o en cuanto las condiciones clínicas del paciente lo permitan.

Cómo: administrada a todos los pacientes que sean ingresados. Autoaplicada. El personal de enfermería informará al facultativo responsable del paciente cuando este obtenga una puntuación ≥3.

HGUIA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTAS VIOLENTAS: HCR – 20. (FORMULARIO SELENE).

Qué se notifica: Evalúa riesgo de violencia y permite establecer planes de tratamiento debidamente informados a todo el personal que, por su trabajo, entre en relación con el paciente.

Quién: psiquiatra y/o psicólogo

Cómo: para los pacientes que posean una historia previa de conductas violentas o que puntúen alto en la escala de riesgo de violencia de Plutchik.

DESPUÉS DE LA AGRESIÓN

Escala de agresividad manifiesta, OAS (FORMULARIO SELENE).

Qué se notifica: Cualquier episodio de agitación/Heteroagresividad. Agresividad verbal, agresividad física contra uno mismo, agresividad física contra objetos y agresividad física contra otras personas son las variables que han de evaluarse.

Quién: la persona de mayor categoría profesional que haya intervenido en el episodio identificado.

Cómo: Formularlo selene.

Registro informático de agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia. (ESCRITORIO ORDENADORES).

Qué se notifica: las agresiones que se produzcan en el Centro (físicas, también los insultos, daños de material y equipos que se produzcan durante las mismas, las amenazas y las conductas que puedan considerarse como procaces e inmorales).

Quién: el trabajador que sufre la agresión o cualquier otro trabajador presente en el centro en ese momento.

Cómo: Además, siempre se avisará al psiquiatra responsable del paciente o al de guardia, quien tomará las medidas pertinentes sobre el paciente y lo valorará psicopatológicamente.

SINASP HPRA57 (ESCRITORIO ORDENADORES).

Qué se notifica: cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño a un paciente. Se incluyen eventos adversos, incidentes sin daño e incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente.

Quién: cualquier profesional sanitario

Cómo: cuestionario electrónico.

Parte de comunicación de accidentes laborales (Dir. Enfermería)

Qué se notifica: los casos en que algún miembro del personal, como resultado del episodio de agitación/agresión, sufra una lesión física y/o psíquica.

Quién: el inmediato superior.

Cómo: rellenado en dirección de enfermería.

TRÍPTICO INFORMATIVO DE LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

GENERAL

- Podrá guardar su ropa en su armario personal. Para su estancia se recomienda chándal, zapato cómodo, camisetas, ropa interior y zapatillas de casa, evitando los cordones.
- Para su tranquilidad, si lleva objetos valiosos rellenará el documento para su custodia (móviles, joyas, dinero).
- Al entrar, los objetos potencialmente peligrosos como cordones, cinturones, cristales, cuchillas, etc. deben guardarse en la taquilla de la unidad o entregarse a la familia.
- Se recomienda no introducir alimentos ni bebidas. En cualquier caso,debe consultar al equipo terapéutico, para comprobar que no haya inconvenientes para la salud de usted o de otros.
- Si desea vender, intercambiar o regalar ropa u objetos personales, podrá hacerlo cuando salga de alta. Además, le recomendamos evitar tomar decisiones importantes durante el ingreso.
- Es muy importante ducharse todos los días y lavarse las manos antes de cada comida.
- Los útiles de aseo deberán ser envases de plástico y no contener alcohol.
- El Hospital es un lugar público, pero por respeto a la intimidad de las personas ingresadas, no se puede hacer fotos ni videos.

PERMISOS, JARDÍN, VISITAS Y LLAMADAS.

- Todo el mundo podrá bajar al jardín tras la valoración del equipo terapéutico aunque en algunos casos, si se considera necesario para el proceso de recuperación, se restringirán temporalmente las llamadas, permisos de jardín o visitas.
- Podrá recibir visitas en el jardín o en la sala de terapia, a excepción de las indicadas por el equipo terapéutico, que se realizarán en la Unidad.
- El personal auxiliar vela por sus necesidades más importantes, si quiere pedir ropa, dinero u otros objetos a su familia durante su estancia en la unidad, ellos podrán ayudarle. También le prestarán ropa del hospital si la necesita.
- Las llamadas personales necesitan la aprobación del equipo terapéutico.
- Puede traer revistas, libros o aparatos de música (sin antena y sin CD) para hacer su estancia más agradable, pero debe consultar con el equipo terapéutico antes de su uso. Para facilitar el descanso de usted y del resto de usuarios solo se utilizarán en zonas comunes.
- El equipo terapéutico se reserva el derecho de adaptar las normas de la unidad a cada paciente, con el único objetivo de facilitar su pronta recuperación.
- El equipo terapéutico lo forman los terapeutas, el personal auxiliar, las enfermeras, psiquiatras, trabajadora social y psicólogo clínico que llevan su caso personalmente.
- Puede transmitir sus sugerencias directamente al personal o en el buzón en la puerta de la unidad.

Horario general de la Unidad

08:15 Despertar y aseo personal.
09:00 Desayuno.
10:30 Terapia ocupacional.
11:15 Almuerzo.
11:30 Terapia ocupacional.
12:30 Grupo de psicología/enfermería.
13:45 Comida.
14:30 Descanso/Siesta.
17:00 Merienda.
17:30 Visitas, ocio y tiempo libre.
19:30 Tiempo libre. Salón
20:30 Cena.
21:00 Tiempo libre.Salón.
22:00 Resopón.
22:30 -23:00 Acostarse.

Podrá ver a su psiquiatra y psicólogo clínico a lo largo de la mañana de Lunes a Viernes. A su enfermera de salud mental en cualquier momento del día.

Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Murciano de Salud

HORARIO DE VISITAS / LLAMADAS:

Lunes a Viernes:
17h a 19.30h
Sábado y Festivos:
10.30h a 13.30h y 17h a 19.30h

Del 1 de Junio al 30 de Septiembre la visita se prolongará hasta las 20h.

- La Ley 42/2010 prohíbe, en su artículo 7 y en la disposición adicional octava, el consumo de tabaco en centros sanitarios, de modo que nuestra unidad está libre de humos.
- Podemos ofrecerle parches y caramelos de nicotina si los desea.
- Además, intentamos promover conductas saludables así que está prohibido el consumo de alcohol o cafeína durante su estancia.

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
(U.C.E.)

Normas de funcionamiento

Esta unidad pretende ser un espacio seguro y saludable para usuarios y trabajadores. Las siguientes normas intentan garantizarlo.

Román Alberca
Hospital Psiquiátrico

Román Alberca
Hospital Psiquiátrico

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Con el fin de detectar deficiencias y ofrecer la mejor asistencia posible, queremos conocer su opinión sobre su estancia en el hospital. Su identidad y respuestas son anónimas y serán tratadas de forma estadística. Son tan sólo unos minutos. Gracias por atendernos.

Por favor, **cuando corresponda**, señale con una **cruz** la opción que le parezca más adecuada.

E1.- Este ha sido **mi primer ingreso** en este hospital	Sí (1)	No (2)
E2.- Cuando llegué a la habitación, me **informaron de las normas generales** de funcionamiento del hospital: Horarios, comidas, visitas, etc.	Sí (1)	No (2)

Las siguientes preguntas tratan sobre cómo le atendieron los psiquiatras				
E4.- Mi psiquiatra **se presentó** cuando nos conocimos			Sí (1)	No (2)
E5.- El **trato** que he recibido por parte del psiquiatra ha sido	Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)
E6.- El **tiempo** que me ha **dedicado** el psiquiatra ha sido **suficiente**			Sí (1)	No (2)
E8.- Después de las pruebas (radiografías, análisis, etc.), **me explicaron los resultados**		No Pruebas (8)	Sí (1)	No (2)
E9.- Mi psiquiatra **me ha explicado las posibilidades** de tratamiento			Sí (1)	No (2)
E10.- Mi psiquiatra **me ha pedido opinión** respecto al tratamiento			Sí (1)	No (2)
E11.- **Antes de empezar el tratamiento** mi psiquiatra **me explicó en qué consistía**			Sí (1)	No (2)
E13.-La **información** que me ha dado el **psiquiatra** durante el ingreso ha sido	Muy buena (4)	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)

Enfermería				
E14.- El **trato** del personal de enfermería ha sido	Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)
E16.1- El grupo de **educación para la salud ha ayudado** a mi recuperación	Mucho (4)	Bastante (3)	Poco (2)	Nada (1)
E17.- La **información** que me ha dado el personal de enfermería ha sido	Muy buena (4)	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)

Personal Auxiliar				
E18.- El **trato** por parte del personal auxiliar ha sido	Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)

V. 06-2015

Trabajo Social (si no le ha atendido la trabajadora social pase al siguiente bloque)				
Ts1.- El **trato** por parte de la **trabajadora social ha sido**	Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)
Ts2.- La trabajadora social **me ha ayudado**	Mucho (4)	Bastante (3)	Poco (2)	Nada (1)

Psicología clínica (si no le ha atendido el psicólogo pase al siguiente bloque)				
Ps2.- **El trato** por parte del psicólogo ha sido	Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)
Ps4.- La **información** que me ha dado el psicólogo ha sido	Muy buena (4)	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)
Ps5.- El **grupo** de apoyo de psicología ha sido	Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)
Ps6.- El **grupo** de apoyo de psicología **ha ayudado a mi recuperación**	Mucho (4)	Bastante (3)	Poco (2)	Nada (1)

Terapia Ocupacional				
E19.- El **trato** del personal de terapia ocupacional ha sido	Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)
E21.- La terapia ocupacional **ha ayudado a mi recuperación**	Mucho (4)	Bastante (3)	Poco (2)	Nada (1)

Valoración general sobre el trato del equipo que le ha atendido				
E23.- **El apoyo** y la capacidad de tranquilizarme del personal ha sido	Muy buena (4)	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)
E24.- **Alguna vez me he sentido molesto/a** porque el personal hablara de mis problemas delante de otras personas	No hablaban delante de otras personas (8)		Sí (1)	No (2)
E25.- Alguna vez me he sentido **incómodo/a porque no se ha respetado mi intimidad** (por ejemplo en las duchas o en las habitaciones)			Sí (1)	No (2)

Valoración de otros aspectos: Habitación, comida, visitas						
E28.- El grado de **limpieza** de mi habitación y cuarto de baño ha sido			Muy bueno (4)	Bueno (3)	Regular (2)	Malo (1)
E29.- He tenido **problemas** con la **comida** respecto a:						
Temperatura	Sí (1)	No (2)	**Cantidad**		Sí (1)	No (2)
Calidad	Sí (1)	No (2)	**Variedad**		Sí (1)	No (2)
E30.- Se ha **respetado** mi **descanso nocturno** (ausencia de ruido, tranquilidad del ambiente)			Siempre (4)	Casi siempre (3)	A veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
E31**.-** El **horario de visitas** del hospital ha sido					Excesivo (1)	Adecuado (2)	Insuficiente (3)

Valoración de las indicaciones al alta		
E32.- **Me han avisado** con suficiente antelación sobre el día que iba a irme de **alta**	Sí (1)	No (2)
E33.- Alguien me ha explicado **cómo tomar** las medicinas en casa	Sí (1)	No (2)
E35.- **Me han informado** de **dónde seguir mi tratamiento** cuando salga de **alta**:	Sí (1)	No (2)

Sobre la enfermedad por la que tuvo que ingresar en este hospital				
E37.- El hecho de **ingresar** aquí **ha mejorado** mis dificultades	Mucho (4)	Bastante (3)	Poco (2)	Nada (1)
E38.- En general, la **asistencia** durante mi estancia ha sido	Muy buena (4)	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)
E39.- En general, la **asistencia** durante mi estancia ha sido	**Mejor** de lo que esperaba (3)	**Como esperaba** (2)	**Peor** de lo que esperaba (1)	
E40.- Si pudiera **elegir, volvería** para que me atendieran en este hospital	Sí, seguro (4)	Probablemente **volvería** (3)	Probablemente **no volvería** (2)	Seguro que no volvería (1)

E41.- Por favor, escoja **el aspecto más importante del hospital** o de la **atención** que ha recibido:

La información que deben dar (1)	El trato (2)	La profesionalidad del personal (3)	Los aparatos médicos (4)	Comodidad de la habitación, limpieza, comida (5)	Seguimiento por el mismo médico (6)

E42.- Por favor, indique el **aspecto más positivo** de su estancia en el hospital

E43.- Por favor, indique el **aspecto más negativo** de su estancia en el hospital

E44.- Máximo nivel de estudios alcanzado:

Sin estudios (1)	Primaria / E.G.B. (2)	Secundaria / FP (3)	Universidad (4)

E45.- Situación laboral actual:

Empleado/a (1)	En paro (2)	Autónomo/a (3)	Pensionista/Jubilado (4)	Estudiante (5)	Ama/o de casa (6)

Muchas gracias, con esto nos ayuda a mejorar la atención que le ofrecemos

Nº Ref.:_____

DATOS APORTADOS POR EL HOSPITAL							
A.1 Sexo						Hombre (1)	Mujer (2)
A2.- Hospital de referencia							
Reina Sofía (1)	Cartagena (2)	Lorca (3)	Caravaca (4)	Yecla-Jumilla (5)	Arrixaca (6)	HMM (7)	Otros (transeúnte) (8)
A3.- Fecha de Nacimiento						___/___/_____	
A4.- Fecha de ingreso						___/___/_____	
A5.- Fecha de Alta						___/___/_____	
A7.- Indicación de ingreso							
Facultativa/autorización Judicial (1)		Orden Judicial (2)		Petición propia (3)		Otros (4)	
A8.- Tipo de ingreso				Involuntario (1)		Voluntario (2)	
A9.- Diagnóstico Principal (CIE-10)				F___.__			
A10.- Diagnósticos secundarios (CIE-10)				F___.__		F__.__	
A11.- Código de destino al alta:							
CSM (1)	Domicilio (2)	Alta voluntaria (3)	Centro penitenciario (4)	Éxitus (5)	Fuga (6)		
Hospitalización (motivos médicos) (7)		Traslado Centro socio-sanitario (8)	Traslado URME (9)	Centro de día (10)	Traslado otro hospital psiquiátrico (11)		
E.T.A.C. (12)							

V. 06-2015