

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

Servicio: Dirección de Enfermería

Fecha de entrega: 09/07/2015

Destinatario: Personal de nueva incorporación a la Unidad de Psiquiatría

Reg: PCE MN 004

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
-Creación: Juan Vega Barea -Modificaciones: Marta González Casatejada Roberto Revilla Rus	1	Diciembre 2009
	2	Diciembre 2010
	3	Septiembre 2012
	4	Mayo 2013
	5	Julio 2015

Revisado: Supervisora de Unidad Fecha: Julio 2015 Firma:	Aprobado: Dirección de Enfermería Fecha: Julio 2015 Firma:
---	---

INDICE

- a. Introducción
- b. Ámbito y alcance
- c. Objeto
- d. Desarrollo
 1. Misión, líneas estratégicas y objetivos de la Unidad
 2. Estructura física:
 - 2.1 Aparataje clínico.
 - 2.2 Mobiliario
 3. Recursos humanos:
 - 3.1 Dotación y distribución por categoría profesional
 - 3.2 Planificación estándar de la unidad
 - 3.3 Regulación de permisos, cambios de turnos
 4. Metodología de trabajo:
 - 4.1 Descripción de actividades básicas de enfermería
 - 4.2 Cronograma de actividades:
 - Actividades Grupales
 - Distribución de pacientes
 - Visita médica
 - Actividades asistenciales fuera de la Unidad
 - Ingreso del paciente
 - Alta del paciente
 - 4.3 Procedimientos organizativos internos
 - 4.4 Circuitos en la Unidad Psiquiátrica
 - 4.5 Dossier de Procedimientos de Enfermería
 - 4.6 Información a familiares/acompañantes
 - 4.7 Cronograma de reuniones
 5. Seguridad del paciente.
- e. Anexos



a. Introducción

El Manual de funcionamiento de la unidad es un instrumento imprescindible para unificar las pautas de actuación de todo el personal de enfermería de la unidad y conseguir la máxima efectividad y eficiencia en los cuidados enfermeros.

Su función principal es que sirva como guía de utilización y aplicación para el personal de nueva incorporación con el fin de que la calidad asistencial sea adecuada a los pacientes, sin olvidar la actualización continua para mejoras de actuación.

Todo el personal de la Unidad de Hospitalización Breve (en adelante, UHB) ha participado en la elaboración de este manual.

El Manual de Funcionamiento pretende ser un documento general de consulta y de guía que con carácter general sirva para unificar criterios de definición y actuación en el marco de las distintas actividades que se pueden realizar en la UHB.

Este manual está concebido como una herramienta de trabajo que aunque realizado en un momento concreto debe estar sometido a la constante revisión e incorporación de las aportaciones que sean necesarias para dispensar a los pacientes ingresados unos cuidados de calidad en la UHB

Este manual pretende constituirse en la primera guía de consulta para el personal de nueva incorporación y un documento de consulta auxiliar para el personal que ya se encuentre trabajando, puesto que orientará en las actividades que ha de realizarse, así como incorporará todos los protocolos que utilicemos (los específicos para la unidad), con independencia de los que se encuentren aprobados para todo el hospital.

b. Ámbito y alcance

Dirigido a formar parte del Manual General de Funcionamiento del Hospital, los principios establecidos en él tienen carácter vinculante para todos los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad.

Se procederá a una revisión del mismo con una periodicidad máxima de 2 años.

c. Objeto

- Definir el orden organizativo y funcional de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de la misma.
- El Manual de Funcionamiento está concebido como una proyección clara y al alcance de todos los profesionales de enfermería de los criterios de actuación en la Unidad.
- Ordenar los procesos operativos y de apoyo bajo las líneas normativas que rigen la actividad del Hospital, y en consonancia con el resto de Manuales de Funcionamiento de las distintas Áreas de responsabilidad.

RESPONSABLE:

El responsable directo del Documento es el Supervisor/a de la Unidad, y la responsable indirecta la Dirección de Enfermería del Hospital Infanta Cristina.

d. Desarrollo

1. MISION, LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVO DE LA UNIDAD

El Hospital Universitario Infanta Cristina, es un hospital de la red pública de la Comunidad de Madrid, que presta asistencia sanitaria especializada a la población asignada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Realiza su gestión y administración bajo la forma jurídica de Empresa Pública con forma de Entidad de Derecho Público.

El Hospital Universitario Infanta Cristina tiene como objetivos en sus estatutos:

- Atender con suficiencia científico-técnica la demanda de atención especializada de los ciudadanos que le asigne la Consejería de Sanidad, siguiendo para ello criterios de calidad y eficiencia.
- Proporcionar la salud y prevenir la enfermedad dentro de su ámbito de actuación, fomentando la coordinación y el desarrollo de las estrategias conjuntas con los diferentes centros sanitarios y niveles asistenciales.
- Desarrollar los programas de formación y docencia que, en el ámbito del sistema público, se incardinan en la actuación del Ente Público, así como los de investigación que, orientados a la promoción de la salud y la prestación de asistencia.

Para lograr los objetivos, el Hospital Infanta Cristina, dispone de una estructura organizativa eficiente que se basa en valores de servicio a la población, de correcto trato humano, de respeto, de seguridad y confort, teniendo al paciente, sus necesidades y expectativas, como eje de la actividad y de las decisiones que se toman.

Los profesionales que prestan servicio en el Hospital son su principal activo, potenciándose el desarrollo personal y profesional dentro de un marco laboral de trabajo en equipo, de motivación, promoción y satisfacción individual. Compromete a los profesionales con la población y con su entorno, colaborando con las iniciativas sociales en materia de salud que puedan surgir.

Se coordina y trabaja en estrecha colaboración con la atención primaria con la que comparte los objetivos esenciales.

El Hospital tiene vocación de utilizar las oportunidades que el avance tecnológico pone al alcance de la asistencia sanitaria, de desarrollar la investigación clínica y promover el uso de la evidencia científica en la toma de decisiones clínica en beneficio del paciente.

La unidad de hospitalización breve se define como un recurso terapéutico hospitalario para población adulta (a partir de 18 años) en régimen de cuidados de 24 horas con una estancia inferior, en general, a 15 días y que se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización.

Su finalidad no es abordar toda la Psicopatología sino el problema central que precipita la crisis y más tarde dar el alta al paciente para poder continuar tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial (hospital de día , CSM y/o pisos terapéuticos).

La unidad es un bloque en la que trabajamos un equipo multidisciplinar, de muy diferente condición humana, social, y profesional, pero todos unidos por el vínculo común de la unidad. Todos hemos hecho un esfuerzo importante para conseguir un lugar de trabajo más humano, con un clima laboral más propicio a los deseos de todos. Con la mirada puesta en el servicio al enfermo, creemos posible que nuestro trabajo en la unidad sea motivo de satisfacción personal y una forma de desarrollarnos como personas y como profesionales.

El trabajo asistencial es desarrollado por un equipo multidisciplinar, coordinado por un jefe de servicio, y un supervisor de enfermería e integrado por psiquiatras, diplomados en enfermería, técnicos en cuidados auxiliares, terapeuta ocupacional, y residentes en psiquiatría, psicología y enfermería.

2. ESTRUCTURA FÍSICA

La unidad está ubicada en la planta 0, bloque C, teniendo dos accesos de entrada, uno que da al hall del hospital y otro que da al pasillo de servicio. Está situada entre la unidad de hospitalización B0 y el servicio de radiología.

La entrada habitual en la unidad se realizará a través de la entrada del hall del hospital, quedando la otra entrada como auxiliar de la unidad. Las puertas de la unidad se encuentran cerradas permanentemente, por lo que para entrar en la unidad será preciso llamar al timbre del videoportero y el personal de la unidad abrirá la puerta.

La unidad dispone de 16 habitaciones individuales, de las que actualmente se encuentra en servicio sólo 10 habitaciones (ampliables en caso de necesidad a 11 o 12). De estas diez, sólo dos cuentan con vigilancia continua a través de cámaras y con ventanas de vigilancia directa, C065 y C066. Los distintos espacios que utiliza el personal se distribuyen de la siguiente forma:

- Dos consultas médicas.
- Control de Enfermería
- Sala de preparación de medicación.
- Office del personal.
- Sala de trabajo Médico.
- Despacho de Supervisión.
- Aseos de personal.
- Almacén de lencería y material desechable.
- Almacén de aparataje.
- Cuarto de sucio.
- Comedor.
- Sala de Terapia Ocupacional.
- Sala polivalente

2.1 Aparataje y mobiliario clínico

El equipamiento básico de la Unidad es de:

- 11 camas psiquiátricas (una de ellas se encuentra en el box de contención de la urgencia).
- 1 cama de hospitalización convencional (con sujeciones mecánicas en una habitación bajo llave).
- 5 sillones de acompañante.
- 5 mesillas de noche.
- 1 desfibrilador cardioversor.
- 1 carro de soporte vital avanzado
- 1 termómetros.
- 1 Tensiómetro electrónico con pulsioxímetro
- 10 correas de contención mecánica
- 1 Carro de curas.
- 1 PYXIS (armario).
- 1pie de goteo.
- 1limpiador de cuñas.
- Tubo neumático con balas.
- 1 Báscula tallímetro.
- 2 Neveras.

2.2 Mobiliario genérico

El equipamiento básico de la Unidad es de:

- 7 Equipos informáticos (2 en Control, 2 en sala de trabajo medico, 1 despacho supervisión, y 1 en cada consulta médica).
- 1 TV.
- Electrodomésticos:
 - o 1 frigoríficos
 - o 1 microondas
 - o 1 cafetera

3.- RECURSOS HUMANOS

El personal de la unidad puede ser: laboral o estatutario (fijo, interino o eventual). Cada uno de ellos se rige por su estatuto marco o por su convenio. La jornada laboral actual es de 1650 horas.

3.1. Personal de la unidad

- Personal facultativo: determinado por el jefe de Servicio y Unidad, el personal facultativo está constituido por 3 psiquiatras y un jefe de servicio. Hay otros psiquiatras pertenecientes al Centro de Salud Mental de Parla que hacen guardias de apoyo.
- Supervisor de enfermería: es el representante de la Dirección de Enfermería en la planta. Gestiona la administración de cuidados por parte del personal del equipo de enfermería, y por ello es la persona responsable de planificar los RRHH y los materiales.

Su jornada laboral es de lunes a viernes de 8.00 a 16.00. El tiempo restante hay un supervisor de guardia que se encargará de atender las necesidades que repercutan en la dinámica asistencial.

El supervisor es el responsable de la planificación y gestión de los recursos humanos del personal de enfermería.

- Personal asistencial: el trabajo asistencial es desarrollado por un equipo multidisciplinar, coordinado por un jefe de servicio, y un supervisor de enfermería e integrado por psiquiatras, diplomados en enfermería, técnicos en cuidados auxiliares, terapeuta ocupacional, y residentes en psiquiatría, psicología y enfermería. Este personal trabajará en equipo y se distribuirá las tareas según acuerdos del mismo. Dado que existen actividades grupales con los pacientes cada día se deberá determinar la forma y los pacientes que asisten a las mismas. El personal deberá hacerse responsable de los cuidados íntegros de los pacientes a su cargo.

Tenemos permanentemente un profesional, terapeuta ocupacional que hace su trabajo durante el turno de mañana. Durante la mañana y la tarde, tenemos un TIGA que rota dentro de la plantilla orgánica de los mismos.

3.2. Régimen interno de personal

- Solicitud de cambios de turno: se realizarán por escrito según modelo establecido, preferiblemente con 48h de antelación, y se entregarán directamente al supervisor o se depositarán en la carpeta de “Planillas C0” en el apartado de cambios pendientes de conceder. Dichos cambios serán aprobados por la supervisora, quien procederá a reflejarlo en la planilla que hay en la unidad. Si por algún motivo el cambio no fuera posible, la supervisora lo comunicará verbalmente a los solicitantes.
- Solicitud de permisos retribuidos: se realizarán por escrito según modelo y normativa establecida, con la mayor antelación posible, a efectos de organización de la programación. Si la inmediatez del permiso no hiciera posible la petición con antelación, se comunicará lo antes posible al supervisor de la Unidad o al de guardia en su ausencia.
 - ❑ Permisos de formación: se concederá permiso para formación, hasta un máximo de 40 horas anuales, y siempre que las necesidades del servicio lo permitan.
 - ❑ Solicitud de días de libre disposición: se realizarán por escrito según modelo establecido, con 15 días de antelación y teniendo en cuenta que siempre podrán ser denegados por necesidades del servicio. En caso de ser denegados, el supervisor lo comunicará al trabajador por escrito con una semana de antelación.

- ❑ Solicitud de vacaciones anuales reglamentarias: se realizarán según modelo establecido, en el plazo de tiempo que indique el departamento de RRHH, y se entregarán directamente al supervisor. En la Unidad existe un acuerdo de “turnos” para el disfrute de las mismas.

- Notificación de bajas/altas laborales: se notificarán al supervisor de la Unidad (Móvil: 649153356/ 853356) o en su defecto al de guardia (Telf.: 911913008/649150789) en el momento en que se produzcan; y el parte de Baja/Alta se entregará en el departamento de RRHH o en su defecto se enviarán por fax al nº 911913963 o por correo electrónico (rrhh.hsur@salud.madrid.org).

Los partes de baja deberán ser entregados en las primeras 72 horas y los partes de alta se entregarán en las primeras 24 horas.

Regulado en procedimiento regulador de los plazos de entrega de los partes de baja médica y de los justificantes de ausencia al puesto de trabajo (disponible en Hermes)

3.3. Planificación estándar de la Unidad

En el estar del personal de la unidad se encuentra una carpeta donde se dejan impresos los cronogramas mensuales (planillas) de trabajo de DUEs y TCAEs.

Dichos cronogramas sólo podrán ser modificados por la supervisora de la unidad o en su ausencia, si fuera necesario, por el supervisor responsable en ese momento.

4.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

La Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, se define funcionalmente como una unidad de hospitalización especializada, con un tiempo de estancia breve, que no difiere de la estancia media hospitalaria.

La gestión clínica de las Unidades implica la responsabilidad y participación de todos los profesionales, como principales activos de la organización, en materia asistencial, para la optimización del producto hospitalario que ofertemos.

Como parte fundamental de la metodología de trabajo enfermero, actualmente utilizamos mediante soporte informático, planes de cuidados individualizados cubriendo las necesidades de cada paciente (con diagnósticos según NANDA, y sus interrelaciones con los NIC y los NOC)

Desarrollamos nuestra actividad en los distintos procesos asistenciales, a través de Planes de Cuidados y Procedimientos Enfermeros, con objeto de unificar criterios de actuación.

Alguno de estos procedimientos asistenciales son:

-Protocolos de enfermería/médicos/no médicos (ubicados en Z)

- Protocolo de ingreso en la unidad de salud mental.
- Protocolo de ingreso involuntario
- Protocolo de grupo terapéutico
- Protocolo de traslado a otras unidades
- Protocolo de actuación por ausencia, fuga o alta involuntaria
- Protocolo de inmovilización terapéutica
- Protocolo de atención a pacientes con TCA
- Protocolo para el manejo de paciente agitado
- Protocolo para el manejo de paciente con ideación autolítica
- Protocolo para la aplicación de aislamiento terapéutico
- Procedimiento envío de contenciones mecánicas a lavandería
- Protocolo de recepción de la comisión judicial

- Protocolo de registro de incidencias
- Protocolo de seguimiento de efectos secundarios de psicofármacos
- Protocolo de seguimiento de efectos secundarios de la administración de litio
- Procedimiento grupo de buenas noches
- Protocolo de terapia ocupacional
- Protocolo visitas de familiares de pacientes en unidad de psiquiatría

-Formularios:

- Inmovilización terapéutica
- Valoración al ingreso Enf PSQ
- Valoración al alta Enf-PSQ
- Registro efectos secundarios de litio
- Cuidados TCAE-Psiquiatría
- Registro caídas

Como herramienta de trabajo utilizamos la aplicación informática SELENE, en estos momentos en su versión 5.3, además de otras departamentales como “Aurora” para la Gestión de Dietas, “Servolab” para el servicio de análisis clínicos y “Cardiosoft” para registrar informáticamente los ECG.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS

Actividades generales de Enfermería:

- Ingreso y alta de pacientes.
- Recepción y despedida de familiares.
- Realización de los cuidados de enfermería, las técnicas y los procedimientos, en función de los planes de cuidados de los pacientes.
- Otras actividades básicas de enfermería: Son aquellas que se derivan de la función administrativa, docente o investigadora.
 - Cumplimentar y dar curso a los documentos oficiales y registro manual y/o informático que se deriven de sus actividades.

- Participar en la elaboración del manual de Procedimientos propios de su competencia.
- Colaborar en la elaboración de protocolos y vías clínicas.
- Participar en las comisiones hospitalarias asignadas.
- Colaborar en la gestión y control del equipo y material de la unidad.
- Comunicar al supervisor cualquier anomalía o deficiencia que se observe en la Unidad y tramitar las anomalías o deficiencias urgentes al Servicio correspondiente.
- Participar en la gestión de las camas de la Unidad a solicitud de Admisión.
- Colaborar en la formación/docencia del alumnado en prácticas.
- Colaborar en la integración/formación de profesionales de nueva incorporación.
- Participar en el programa de formación del Hospital.
- Realizar y/o participar en trabajos de Investigación en Enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y la mejora de la salud de la población.
- Participar en congresos y jornadas y en la realización de publicaciones.

4.1. Descripción de las actividades del Personal de Enfermería

4.1.1. Diplomado Universitario en Enfermería

Responsable de la valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales, que son fundamentalmente episódicos o agudos. Estos problemas pueden precisar cuidados mínimos o medidas de soporte vital, educación del paciente, referencia o traslado adecuado y conocimiento de técnicas específicas.

- ❑ Misión: desarrollar las tareas propias de su profesión, de acuerdo con los protocolos de actuación de la unidad, para prestar los cuidados de enfermería de calidad que indica el medico y demanda el paciente.

- ❑ Responsabilidades principales:
 - Realizar las técnicas de enfermería propias de la unidad: curas, administración de medicación, preparación quirúrgica, toma de muestras, etc.
 - Realizar las tareas de comunicación e información propias de la unidad, atender a consultas de pacientes o familiares.
 - Colaborar en los registros que le son propios en la confección de la historia clínica e informe de alta.

- ❑ Actividades asistenciales:
 - Actividades de enfermería independientes (cuidados, producto específico de la enfermería, para cubrir necesidades físicas, psicológicas, espirituales de los clientes externos a través de la realización de actividades autónomas propias de la función cuidadora).
 - Actividades Delegadas, por otros profesionales.
 - Actividades interdependientes o de colaboración (en el caso de administración de fármacos, técnicas, prevención de complicaciones).

- ❑ Formación:
 - Tener como una de las prioridades en la vida profesional la formación continuada.

continuada, acorde con el nivel y área de la práctica.

- Facilitación de las experiencias de aprendizaje a los compañeros y estudiantes de Enfermería.
- Participa en las líneas formativas determinadas por la Dirección de Enfermería.
- Participa en la coordinación, organización e impartición de la docencia práctica y teórica del alumnado de pre-postgrado de Enfermería.
- Desarrolla e imparte sesiones formativas de enfermería intraunidad.
- Desarrolla e imparte sesiones formativas de enfermería a otras unidades del hospital.
- Participa en la acogida del personal de nueva incorporación. Y participa en la elaboración del programa de acogida.
- Muestra casos clínicos, que por sus características, gravedad, pronóstico o por motivos asistenciales, sea necesario divulgar entre el personal de enfermería de la unidad.
- Colabora en la realización y revisión continuada de los protocolos de Enfermería de la unidad.

Investigación:

- Identificación de las líneas relacionadas con la mejora de la práctica.
- Elaborará y desarrollará líneas de investigación sobre áreas determinadas por la Dirección de Enfermería, por las necesidades de la unidad y por las propias iniciativas del personal de la unidad.
- Realización de la investigación siguiendo el método científico.
- Difusión de los resultados.

- Complimentación de los registros enfermeros como instrumentos facilitadores de una investigación.
- Utilización de la información procedente de las publicaciones de investigación para mejorar la práctica.
- Colaboración con otros profesionales que se encuentren realizando una investigación.
- Adhesión a las normas éticas que conllevan y dirigen toda investigación.

Docencia:

- Participa y colabora en programas de formación para actualizar conocimientos basados en la profesión.
- Colabora en la formación de los profesionales de nueva incorporación.
- Tener como una de las prioridades en la vida profesional la formación continuada.
- Autoformación continuada, acorde con el nivel y área de la práctica.
- Facilitación de las experiencias de aprendizaje a los compañeros y estudiantes de Enfermería.
- Participación en las sesiones y reuniones científicas de su área.

Función administrativa y de gestión:

- Proporcionar a los familiares de los pacientes los objetos personales, cumplimentando la hoja de entrega de pertenencias.
- Recibir al paciente en su ingreso en nuestra unidad, explicándole a él y su familia las normas y horarios de la unidad así como el funcionamiento de timbres, televisión, etc.

□ Tareas de apoyo a la asistencia: todas aquellas tareas destinadas a participar en la gestión, coordinación, logística y formación de actividades de los distintos profesionales y servicios, con los que se relacionan y no están incluidos en los anteriores puntos, de la cartera de servicios, como:

- Participa en la elaboración de los objetivos de la unidad.
- Colaborar en la elaboración de protocolos de la unidad y del hospital.
- Participar junto con personal de otras unidades en las diferentes comisiones definidas en el Hospital.
- Comunica a la Supervisión cualquier anomalía que detecte en el aparataje o en cualquier espacio de la unidad.
- Comunica a la Supervisión cualquier incidencia con el personal dependiente de la Empresa Concesionaria.

4.1.2. Auxiliar de Enfermería (TCAE)

□ Misión: desarrollar las tareas propias de su profesión, así como las tareas delegadas por enfermería, de acuerdo con los protocolos de la unidad, para procurar al paciente los cuidados necesarios.

□ Responsabilidades principales:

- Prestar los cuidados básicos a los pacientes de la unidad relacionados con: higiene, alimentación, eliminación y confort.
- Velar por la limpieza y buen estado de conservación del material usado en la unidad.
- Realizar las tareas de comunicación e información propias de la unidad: atender a consultas de pacientes o familiares en el ámbito de su responsabilidad.

❑ Función asistencial:

- Colabora en la higiene y cuidados del paciente desde su ingreso hasta el alta.
- La petición, recepción y distribución de las dietas, comprobando que la dieta que le llega al paciente es la correcta.
- La administración de la dieta de aquellos pacientes que requieran ayuda en la ingesta.
- Controla la nutrición enteral, velando siempre por la permeabilidad de la SNG.
- Colabora en la realización de cambios posturales.
- Ayuda a la eliminación (heces y diuresis): cambio de bolsas, recogida y desecho de orina, heces, limpieza del material (cuñas, botellas,...) y registro.
- Colabora con el DUE en las técnicas de Enfermería.
- Prepara y administra enemas de limpieza.
- Administra la medicación oral. Función delegada y siempre supervisada por el DUE.
- Controla el pedido del material que se manda y se recibe del Servicio de Esterilización.
- Se encarga de la limpieza del aparataje del servicio.
- Mantiene el orden y repone el stock de farmacia, sueros y material fungible de las diferentes áreas del servicio.
- Colabora junto con el DUE en situaciones de Urgencia Vital, proporcionando material, medicación, aparataje, etc.
- Cumplimenta los registros en la aplicación informática.
- Comprobación por turno que el paciente está correctamente identificado.

❑ Función administrativa y de gestión:

- Proporcionar a los familiares de los pacientes los objetos personales, cumplimentando la hoja de entrega de pertenencias.
- Recibir al paciente en su ingreso en nuestra unidad, explicándole a él y su familia las normas y horarios de la unidad así como el funcionamiento de timbres, televisión, etc.

❑ Investigación:

- Identificación de las líneas relacionadas con la mejora de la práctica.
- Realización de la investigación siguiendo el método científico.
- Difusión de los resultados.
- Cumplimentación de los registros enfermeros como instrumentos facilitadores de una investigación.
- Utilización de la información procedente de las publicaciones de investigación para mejorar la práctica.
- Colaboración con otros profesionales que se encuentren realizando una investigación.
- Adhesión a las normas éticas que conllevan y dirigen toda investigación.
- Elaboración y desarrollo de líneas de investigación sobre áreas determinadas por la Dirección de Enfermería, por las necesidades de la unidad y por las propias iniciativas del personal de la unidad.

❑ Docencia:

- Participa y colabora en programas de formación para actualizar conocimientos basados en la profesión.
- Colabora en la formación de los profesionales de nueva incorporación.

- Tener como una de las prioridades en la vida profesional la formación continuada.
- Autoformación continuada, acorde con el nivel y área de la práctica.
- Facilitación de las experiencias de aprendizaje a los compañeros y estudiantes de Enfermería.
- Participación en las sesiones y reuniones científicas de su área.

☐ Tareas de apoyo:

- Participa en la elaboración de los objetivos de la unidad.
- Colaborar en la elaboración de protocolos de la unidad y del hospital.
- Participar junto con personal de otras unidades en las diferentes comisiones definidas en el Hospital.
- Comunica a la Supervisión cualquier anomalía que detecte en el aparataje o en cualquier espacio de la unidad.
- Comunica a la Supervisión cualquier incidencia con el personal dependiente de la Empresa Concesionaria.

☐ Otras tareas no asistenciales del personal auxiliar de enfermería son:

- **ALMACÉN GENERAL**: el material fungible que se encuentra en el almacén de la unidad se repone semanalmente, siendo el día destinado para esta reposición los jueves.

TURNO DE MAÑANA:

- Colocación del material a su llegada.
- Control y revisión de los materiales solicitados y entregados.
- Revisar el almacén y comunicar carencias de material a la supervisión.
- Mantener el orden y colocación de los materiales en el almacén.

ner la limpieza general del almacén.

- Solicitar a la supervisora la reposición de pegatinas de código de barras si fuera necesario.
- Comunicar incidencias observadas a la supervisora si es necesario.

TURNO DE TARDE:

- Continuar con la colocación del material recibido, si el turno de mañana no ha terminado.
- Revisar el almacén y comunicar carencias de material a la supervisión.
- Mantener el orden y colocación de los materiales en el almacén.
- Mantener la limpieza en general del almacén.
- Solicitar a la supervisora la reposición de pegatinas de código de barras si fuera necesario.
- Comunicar incidencias observadas a la supervisora si es necesario.

TURNO DE NOCHE:

- Revisar el almacén y anotar carencias de material para comunicar a la supervisión en la mañana.
- Mantener el orden y colocación de los materiales en el almacén.
- Mantener la limpieza en general del almacén.
- Solicitar a la supervisora la reposición de pegatinas de código de barras si fuera necesario.
- Comunicar incidencias observadas a la supervisora si es necesario.

- **LENCERÍA:**

- Inspeccionar el cuarto de lencería, orden, colocación y dotación.
- Recoger y registrar incidencias o necesidades observadas o transmitidas por las compañeras para su posterior comunicación a la supervisora.

- **ALMACÉN DE APARATAJE:**

- Inspeccionar el orden, colocación y limpieza del aparataje. Cada turno limpiará y colocará en su lugar el aparataje utilizado en su turno.
- Recoger en las hojas de registro (que en la unidad hay para tal fin) y comunicar a la supervisora incidencias o necesidades observadas o transmitidas por las compañeras.

- **ESTERILIZACIÓN:**

- El turno de mañana es el responsable de comunicar al servicio de esterilización, si existe en la unidad material para esterilizar (Telf: 413361). El servicio de esterilización pasa por las tardes a recoger y entregar el material.
- Tener un inventario del material que se esteriliza para mantener y controlar el stock.
- Tener una carpeta para archivar los albaranes de pedidos y entregas.

- Recog

er y comunicar a la supervisora incidencias o necesidades observadas o transmitidas por las compañeras.

- **CUARTO DE SUCIO:**

- Mantener el orden y colocación del material dentro del cuarto.
- Transmitir a la supervisora las incidencias o necesidades observadas y transmitidas por las compañeras.

- **FARMACIA:**

- Control de limpieza y colocación del material y farmacia en general.
- Control de limpieza y colocación de la nevera de medicamentos.
- Transmitir a la supervisora incidencias o necesidades observadas o transmitidas por las compañeras.

- **DIETAS:**

En la aplicación informática “Aurora”, existe una relación de dietas predefinidas.

El Médico responsable del paciente, prescribe la dieta correspondiente en la hoja de prescripción no farmacológica, la enfermera responsable de dicho paciente la comunica a la TCAE, y ésta la introducirá en la aplicación informática “Aurora”.

VER ANEXO I. AURORA DIETAS. GUÍA DE AYUDA EN PLANTA

En pacientes que lo precisen o que ingresen en franjas horarias sin posibilidad de solicitar una dieta mediante “Aurora”, se solicitarán mediante “SPS” o por teléfono a la extensión 413873.

El pedido de este stock es realizado por la supervisora de la unidad los lunes y se decepcionan por la una TCAE el martes por la mañana.

4.2. Cronograma de actividades

A continuación reflejamos un cronograma aproximado de las actividades del personal de enfermería dentro de la unidad.

4.2.1. CRONOGRAMA APROXIMATIVO DE ACTIVIDADES TURNO DE MAÑANA				
HORARIO	AUXILIARES	ENFERMERAS	TIGA	TERAPEUTA OCUPACIONAL
07.45h-08.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de turno oral. - Cambio de turno escrito conjunto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de turno oral. - Cambio de turno escrito conjunto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participará en el cambio de turno del personal de enfermería para conocer las peculiaridades de cada paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participará en el cambio de turno del personal de enfermería para conocer las peculiaridades de cada paciente.
08.00h-09.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Reparto carro de aseo. - Reparto carro de ropa. - Aseo de pacientes. - Verificación y retirada del material de aseo. - Petición y verificación de dietas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobación de tratamiento. - Preparación de la medicación del desayuno y comida. - Colaboración en aseo de pacientes en caso necesario. - Toma de constantes. - Técnicas de enfermería (Curas, inyectables, administración de medicación IV, pesar, tallar...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda - Observación de los pacientes. - Colaboración y ayuda en el aseo de pacientes. - Verificación y retirada del material de aseo. - Persianas. - Control de cámaras, pasillo y puertas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación sesiones del día.
09.00h-10.00 h	<ul style="list-style-type: none"> - Desayuno. - Observación y colaboración si fuera preciso. - Control de las habitaciones. - Reunión de equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Desayuno. - Reparto de medicación. - Preparación de terapias grupales. - Presencia física de al menos una enfermera. - Confirmación de la medicación administrada. - Reunión de equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en los desayunos. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad. - Reparto de tabaco. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad. - Reunión de equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas y sesiones individuales. - Reunión de equipo

10.00h-11.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia grupal. - Observación y vigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia grupal/ Psicoeducación. - Seguimiento de la entrevista Médico-paciente. - Coordinación con otros dispositivos de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de las consultas. - Observación y vigilancia. - Registro de llamadas pacientes/familiares. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia grupal. - Actividades Ocupacionales.
11.00h- 13.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades ocupacionales. - Revisión del almacén 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades ocupacionales. - Facilitar informe a jueces. - Revisión de medicación preparada. - Actualización de tratamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades ocupacionales. - Visita de jueces. - Registro de llamadas pacientes/familiares - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad. - Visita de jueces (acompañamiento de pacientes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades Ocupacionales.
13.00h-14.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Comida. - Observación y colaboración si fuera preciso. - Revisión del aseo bucal. - Seguimiento de pacientes que no van al comedor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comida. - Reparto de medicación. - Confirmación de la medicación administrada. - Presencia física de al menos una enfermera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación directa en el comedor salvo excepciones. - Revisión del aseo bucal. - Seguimiento de pacientes que no van al comedor. - Observación y apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de pacientes que no van al comedor.

14.00h-14.45h	- Reposición del material. - Verificación de dietas. - Escribir parte.	- Revisión de tratamiento impreso. - Escribir comentarios de enfermería.	- Control de la situación de los pacientes (siesta).	- Registro de sesiones.
14.45h-15.00h	- Cambio de turno oral.	- Cambio de turno oral.	- Cambio de turno oral.	- Cambio de turno oral.

4.2.2. CRONOGRAMA APROXIMATIVO DE ACTIVIDADES TURNO DE TARDE

HORARIO	AUXILIARES	ENFERMERAS	TIGA
14.45h- 15.00h	- Cambio de turno oral. - Cambio de turno escrito conjunto.	- Cambio de turno oral. - Cambio de turno escrito conjunto.	- Cambio de turno oral.
15.00h-16.00h	- Ronda situación planta.	- Corroboración tratamientos. - Preparación medicación merienda y cena.	- Ronda. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad.
16.00h-17.00h	- Observación y vigilancia. - Levantar a pacientes de la siesta (16h).	- Toma constantes	- Observación y vigilancia. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad.
17.00h-17.30h	- Merienda. - Observación y colaboración si fuera preciso.	- Merienda. - Reparto de medicación administrada. - Presencia física de al menos una enfermera.	- Cierre y apertura de puerta de habitaciones. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad. - Observación y apoyo en el comedor salvo excepciones.

17.30h-20.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas. - Revisión de lencería. - Estimulación a pacientes sin visita. - Act.Lúdicas. - Registro de pertenencias durante y tras visita. - Colaborar con TIGA durante las visitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a pacientes sin visita o Grupo. Act.Lúdicas. - Atención individualizada a familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de las visitas. - Registro de pertenencias durante y tras las visitas. - Registro de llamadas. - Registro visitas. - Control de cámaras y pasillos y apertura de cámaras de pacientes y de acceso a la unidad.
19.30h-20.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Recibimiento de pacientes que regresan de salidas/permisos. - Recogida de ropa y registro del paciente. - Observación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibimiento de pacientes que regresan de salidas/permisos. - Recogida de ropa y registro del paciente. - Observación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibimiento de pacientes que regresan de salidas/permisos. - Recogida de ropa y registro del paciente. - Observación del paciente. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad.
20.00h-20.45h	<ul style="list-style-type: none"> - Cena. - Observación y colaboración. - Revisión de aseo bucal. - Seguimiento de pacientes que no van al comedor. - Registro de habitaciones. - Cerrar puertas habitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Cena. Presencia física de al menos una enfermera. - Reparto de medicación. - Confirmación de la medicación administrada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Revisión aseo bucal. - Seguimiento de pacientes que no van al comedor. - Observación y apoyo en el comedor salvo excepciones. - Registro de habitaciones. - Cerrar puertas habitaciones.
20.45h-21.45h	<ul style="list-style-type: none"> - Reposición material. - Estimulación de los pacientes para evitar encamados. - Valorar acostar pacientes. - Escribir parte. - Proyección 	<ul style="list-style-type: none"> - Escribir comentarios de enfermería. - Proyección películas/documentales. - Actividades lúdicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación de pacientes para evitar encamados. - Proyección películas/documentales. - Actividades lúdicas. - Abrir y cerrar puertas de los pacientes que lo demanden.

	películas/documentales. - Actividades lúdicas.		
21.45h-22.00h	- Cambio de turno oral.	- Cambio de turno oral.	- Cambio de turno oral.

4.2.3. CRONOGRAMA APROXIMATIVO DE ACTIVIDADES TURNO DE NOCHE

HORARIO	AUXILIARES	ENFERMERAS	TIGA
21.45h-22.00h	- Cambio de turno oral.	- Cambio de turno oral.	- Cambio de turno oral.
22.15h-23.00h	- Ronda situación de la planta. - Observación y vigilancia. - Preparar zumos, leche y varios para las 23h. - Grupo de buenas noches.	- Ronda situación de la planta Corroborar tt ^o s de la noche. - Preparar la medicación de las 23h. - Toma de constantes. - Grupo de buenas noches.	- Ronda situación de la planta. - Control cámaras pasillos y puertas. - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad. - Observación y vigilancia.
23.00h-24.00h	- Reparto de zumo, leche y varios. - 1 ^a ronda. - Registro de deposiciones diaria.	- Reparto de medicación. - Confirmación de medicación.	- Control de cámaras, de la puerta y los pasillos. - Retirar pertenencias. - Observación y vigilancia. - Cierre de sala multiusos - Control de cámaras y pasillos y apertura de puertas de pacientes y de acceso a la unidad.

24.00h-07.00h	<ul style="list-style-type: none"> - 2ª, 3ª, 4ª rondas. - Martes: revisar contenciones Mecánicas. - Sábado: revisión del carro de parada. - Domingo: Verificar el orden del almacén. - Reposición diaria del material del control. - Reposición diaria y preparación del carro de ropa y lencería del cuarto de curas 	<ul style="list-style-type: none"> - 2ª, 3ª, 4ª rondas. - Sábado: revisión del carro de parada. - Jueves: Revisión del stock de medicación de urgencia, fuera del pyxi. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2ª, 3ª, 4ª rondas. - Cierre de comedor. - Control de cámaras. - Control de cámaras y pasillos y de acceso a la unidad. - Observación y vigilancia. - 24.00 a 6.00h Apoyo a otras unidades en casos puntuales y necesarios.
07.00h-07.45h	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar en la extracción de analíticas si fuese preciso - Ultima ronda. - Registro de incidencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Ultima ronda. - Registro de comentarios de enfermería. - Preparar analíticas y extracción de las mismas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ultima ronda. - En caso necesario, llevar analíticas de la unidad a laboratorio.
07.45h-08.00h	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de turno oral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de turno oral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de turno oral.

4.2.4 Actividades grupales en la Unidad de Psiquiatría:

En la Unidad de psiquiatría se considera una prioridad tener motivado estimulado y activo al paciente psiquiátrico, además dado el perfil especializado del equipo sanitario con respecto a este tema, se organizan horarios en la mañana y en la tarde para este fin.

Cada actividad grupal tendrá uno o varios profesionales que la diseñan con un mismo esquema con respecto a cada sesión, que contiene: Título, definición, objetivos, justificación, cronograma, materiales y metodología, desarrollo y evaluación.

Las actividades grupales serán las siguientes: Psicoterapia, Actividades lúdicas, Psicoeducación, Lectura de prensa, Videoforum, Manualidades, Relajación, Manualidades y Buenas noches. Los profesionales, cada día durante cada turno se repartirán las tareas, de tal forma que uno entre a la sesión grupal y otro se quede realizando el resto de los cuidados. Si hubiera algún problema o imprevisto en la Unidad, se tendrá en cuenta que la actividad grupal no es un objetivo principal, quedando la misma en segundo lugar.

El terapeuta ocupacional será encargado de coordinar y apoyar el trabajo grupal. Así como solicitar a la supervisora los materiales necesarios para las terapias.

Distribución de pacientes y actividades:

En cada turno, la distribución de los pacientes y actividades grupales, se organizará, por parte del equipo de enfermería, en función del grado de dependencia, el número de pacientes y la necesidad de control de los mismos. Se acordará en un inicio en las partes iniciales de cada turno.

El supervisor de la Unidad valorará las cargas de trabajo, junto con el equipo de enfermería, tanto para la distribución de pacientes como para la organización de la actividad diaria.

4.2.5 Visita médica:

El horario de visita médica se establece en la Unidad en función de la disponibilidad de los facultativos y de la situación de los pacientes. Se impone como única condición que se respeten los horarios del grupo terapéutico y del horario de comidas de los pacientes.

4.2.6 Visita del Juez:

Cuando se pongan en contacto con nosotros se le proporcionará la información necesaria relativa a los pacientes. En cuanto tengamos conocimiento de la visita del Juez, se pondrá en marcha el protocolo específico para la recepción del mismo en la unidad.

4.2.7 Actividades asistenciales fuera de la Unidad:

La Unidad es responsable de los pacientes desde su ingreso hasta su alta; esto supone que si el paciente precisase determinadas valoraciones diagnósticas y/o terapéuticas fuera del Hospital, debería ir acompañado del TIGA del servicio correspondiente con el TIGA capacitado de psiquiatría. En determinadas ocasiones el equipo valorará el acompañamiento por el personal de enfermería.

4.2.8 Ingreso del paciente:

Ingresos programados: La asignación de cama para los pacientes programados la hace el servicio de Admisión, desde gestión de camas; contando con las posibles indicaciones del personal de enfermería de la Unidad que informará sobre las camas que están bloqueadas, reservadas o en aislamiento.

Ingresos desde la Urgencia: el psiquiatra que ha valorado al paciente en la urgencia solicitará cama para ingreso al servicio de Admisión, quien gestiona la asignación de la cama en la Unidad. El psiquiatra avisará a la enfermera de planta para comentar el nuevo ingreso, en las condiciones que será trasladado a la planta, patología y tratamiento. Se procurará mantener las franjas horarias de los comidas sin realizar traslados de pacientes desde la Urgencia. La enfermera responsable del paciente en Urgencias deberá ponerse en contacto con la enfermera de la Unidad para transmitirle la información pertinente respecto al paciente. Una vez que el paciente ha llegado a la Unidad, y si su estado lo permite, serán la enfermera, auxiliar de enfermería y TIGA quienes harán su acogida.

Traslados interunidades: Para el traslado de paciente de una unidad de hospitalización breve a otra, se seguirá el protocolo específico.

4.2.9 Alta del paciente:

El Psiquiatra responsable del paciente confirma a la enfermera el pre-alta, además de realizar la petición correspondiente en el sistema informático.

El Psiquiatra responsable del paciente confirma a la enfermera el alta, además de realizar la petición correspondiente en el sistema informático.

La enfermera accede en el sistema informático al icono de alta de enfermería psiquiátrica, donde documenta los sucesos relevantes durante el proceso de ingreso. Elaborará el informe de cuidados de enfermería (ICEA), siguiendo el protocolo específico para el mismo. Se entregará una sola copia para el paciente , ya que desde CSM tienen visionado en Selene, teniendo acceso al informe de cuidados de enfermería realizado en la unidad.

Las recomendaciones de cuidados son explicadas al paciente verbalmente y se aclaran las posibles dudas que tenga.

Si se precisa ambulancia para el traslado del paciente, su petición es hecha por el médico responsable y gestionada por el auxiliar administrativo con Admisión. Una vez la ambulancia llega a la puerta de Urgencias, se comunicará dicho hecho a la Unidad y se trasladará acompañado hasta que el paciente se monte en la ambulancia (por el TIGA o personal de enfermería según el caso).

Si el paciente solicitase el alta voluntaria, el psiquiatra lo valorará.

4.2.10 Exitus:

En este caso, el personal de enfermería aplicará los cuidados post-mortem descritos en el procedimiento correspondiente.

El cadáver debe permanecer en la Unidad el mínimo tiempo imprescindible. Una vez que los familiares / allegados se hayan despedido del finado en la habitación, se trasladará el cadáver a la Cámara Mortuoria con una copia del registro de exitus en SELENE.

Desde la Unidad se avisará al Servicio de Atención al Paciente, en el momento en que el cadáver vaya a ser trasladado. El personal de Atención al Paciente, acompañará a los familiares y les ayudará en la gestión de los trámites con los servicios funerarios, así como otros requerimientos específicos que pudieran serles solicitados.

4.3 Procedimientos organizativos internos

4.3.1. Revisión del carro de parada

La revisión del carro de parada se realiza sistemáticamente una vez a la semana, por el personal de enfermería (DUE y TCAE del turno de noche). Se realizará **los sábados por la noche**, firmando la revisión en el libro de registro y precintando nuevamente el carro. Además de las revisiones sistemáticas; en el caso de uso, se efectuará una reposición completa en el turno correspondiente.

4.3.2 Preparación de material

Reposición por parte del auxiliar de noche diariamente.

4.3.3 Revisión de aparataje específico de la Unidad

La revisión del correcto funcionamiento del aparataje se realiza por las enfermeras en punto de uso, quienes indicarán a la supervisión las incidencias detectadas.

4.3.4 Registro de Préstamo de Aparataje / Mobiliario a otra Unidad

El préstamo de aparataje entre Unidades se lleva a cabo generalmente a través de la supervisión de Unidad o de guardia; llevando un registro del préstamo realizado para su posterior devolución en la Unidad.

4.3.5 **Circuito de cocina:**

Acceso por la entrada de servicio. El personal encargado deberá avisar al videoportero un TIGA/Auxiliar abrirá la puerta recogiendo el carro y entrándolo en el comedor.

4.3.6 Circuito de residuos:

Todos los residuos generados por los distintos departamentos de los que dispone la unidad, se guardarán en el cuarto de residuos habilitado para ello, y se evacuarán por la salida de servicio.

- Colocación de contenedores de reciclaje o residuo:

La Unidad no tendrá a la vista de los pacientes ningún contenedor. Se valorará su colocación en los espacios correspondientes a personal (control de enfermería, despachos, cuarto de sucio...).

4.3.7 Circuito Pacientes /Familiares/ Personal:

Familiares:

Entrarán y saldrán por la salida que da al Hall. A su llegada a la unidad llamarán al video-portero y tendrán que dirigirse al Control de Enfermería acompañados por el TIGA desde su entrada en la unidad. Los pacientes serán visitados por la tarde con el horario y normas establecidos.

Personal de la unidad:

Accederán por la puerta de servicio.

4.3.8 Dossier de Procedimientos de Enfermería

Se elabora de manera consensuada un Manual de Procedimientos de Enfermería en la Unidad Psiquiátrica.

4.3.9 Horarios de Visita. Información a familiares/acompañantes

El horario de visita en la Unidad de Psiquiatría es de 17:30h a 20:00 h. En este tipo de pacientes requeriremos un protocolo estricto de visitas y normas.

La información clínica a familiares la realizará el psiquiatra responsable del paciente, siguiendo la normativa vigente de derechos de los pacientes al respecto. Se realiza habitualmente en el despacho de Información a Familiares, acordando la cita previamente.

Nunca se dará información clínica de pacientes por teléfono, tanto si está ingresado como no.

Está elaborado un tríptico de información a los familiares que se facilitará a los mismos al ingreso de un paciente en la unidad

4.3.10 Cronograma de reuniones

1. De 9:00 a 10:00 reunión diaria de médicos de planta, terapeuta ocupacional y equipo de enfermería para valorar los diferentes pacientes.
2. Reunión semanal del equipo de enfermería y terapeuta ocupacional con psiquiatras del servicio para exposición de casos clínicos, los jueves, en horario de 14:00 a 15:00.
3. Reunión de todo el equipo una vez al mes, para discutir temas de interés de enfermería y de la Unidad.
4. Una persona del equipo de la UHB contactará en persona con el CSM de Parla para intercambio de información acerca de los pacientes ingresados. Se programarán las reuniones periódicas que sean necesarias.

4.4. Circuitos de cliente-proveedor

4.4.1. Admisión

Desde el Servicio de Admisión se gestionan los ingresos, tanto programados como urgentes, y el alta física del paciente, así como la petición de ambulancia para traslado a otros centros o al domicilio.

El horario de Admisión Central es de lunes a viernes de 08:00 a 16:00h.

Desde las 16:00 hasta las 08:00h y los fines de semana dichas gestiones serán llevadas a cabo por Admisión de Urgencias (413111).

4.4.2. Servicio de Atención al Paciente

El Servicio de Atención al Paciente gestiona:

- Derechos y deberes del paciente.
- Solicitud de documentación.
- Organización y normas del hospital.
- Tramitación de citas para consultas y/o pruebas diagnósticas a pacientes ingresados tras el alta médica.
- Reclamaciones de los usuarios.
- Resolución de problemas surgidos durante la estancia hospitalaria.

Teléfonos del Servicio de Atención al Paciente:

- **Urgencias** (en horario de 8:00 a 24:00 h): **638210696** Corto: **810696**

- **Planta** (en horario de 10:30 a 18:30 h): **636639811** Corto: **83981**

Al final del día la informadora lo lleva a Urgencias, que hace su labor desde ese momento.

- **SAM** (en horario de 7:30 a 18:30 h): **639593689** Corto: **893689**

4.4.3. Farmacia

Se utiliza el sistema Pyxis® para el almacenamiento y distribución de fármacos y medicación. Este sistema consiste en un dispositivo de almacenaje de medicación informatizado, con acceso restringido a personal autorizado mediante código y huella digital.

El médico responsable de cada paciente prescribe el tratamiento en Selene y este es “capturado” en el Servicio de Farmacia. Un Auxiliar de Farmacia repone el sistema con la medicación de las nuevas prescripciones.

Cuando se precisa alguna medicación prescrita que no está en el Pyxis® durante el horario del Servicio de Farmacia (08:00 - 18:00h), se rellena la hoja de “**SOLICITUD DE MEDICACIÓN URGENTE NO INCLUIDA EN PYXIS**” y se envía a Farmacia por el tubo neumático.

En caso de precisar medicaciones fuera de Pyxis se realizará un petitorio mediante papel, en el registro específico de la unidad. Si ocurriese alguna incidencia en el turno de noche a este respecto se intentará solventar solicitando dicha medicación primero a otra planta, y posteriormente comunicándolo al Supervisor/a/or de guardia para ver como podría resolverse.

Como elemento básico de funcionamiento tenemos el sistema de PYXIS: el médico responsable del paciente prescribe el tratamiento farmacológico, éste queda reflejado en la historia clínica del paciente y a la vez se debe volcar dicha prescripción en el Pyxi (Tratamiento, dosis, pauta, vía de administración) .Esta información llega al servicio de Farmacia, vía informática, y es repuesta por este servicio a diario.

Si se detecta alguna anomalía o hay un ingreso nuevo o un cambio de tratamiento urgente, será la enfermera la responsable de tomar las medidas oportunas para la resolución de dicha incidencia.

El horario de farmacia es de lunes a viernes de 8:00 A.M. a 18:00 P.M.

4.4.4. Laboratorio

En la aplicación informática “Selene”, existe una opción específica que vuelca bidireccionalmente las peticiones de analítica, pruebas complementarias, etc. y sus resultados a la Historia Clínica correspondiente. El Servicio de Laboratorio tiene como aplicación informática el “Servolab”.

La petición médica crea una tarea en la agenda de trabajo de enfermería del paciente correspondiente. Habrá que validar dicha tarea para confirmar la extracción de la muestra.

Cuando la petición es urgente, el médico que la prescribe deberá comunicarlo de forma verbal a la enfermera responsable de dicho paciente.

Todas las peticiones solicitadas son volcadas a un listado general de analíticas, que facilita el acceso a las mismas (nombre del paciente, N° de Historia Clínica, día de realización de la petición) y la obtención del etiquetado oportuno, por medio de una etiquetadora conectada al ordenador y configurada para tal fin.

La obtención de muestras biológicas ordinarias se realiza como norma general a las 7:00h de la mañana y son enviadas al laboratorio a primera hora por el tubo neumático. Las analíticas urgentes se envían a cualquier hora por el tubo neumático.

Los hemocultivos, urocultivos y muestras de otros líquidos biológicos no pueden enviarse a través del tubo neumático, las recogerá el TIGA a unas horas determinadas:

- Turno de mañana: a las 8:00h, 11:00h y 14:45h.
- Turno de tarde: a las 18:00h y 21:30h.
- Turno de noche: a las 22:30h, 1:30h y 4:00h.

Etiquetado de muestras:

- Todas las muestras deben estar etiquetadas por el personal de enfermería, responsables de la identificación correcta de las muestras.
- No adjuntar las etiquetas sueltas con las muestras sin identificar. Si se hace así por alguna duda en el etiquetado llamar al laboratorio para consultar (si finalmente se envían las muestras adjuntando las etiquetas, las muestras deben ir rotuladas con NHC y nombre del paciente).
- Pegar las pegatinas correctamente sobre los tubos, en vertical y con el nº hacia arriba.

Etiquetado de muestras para Microbiología:

- De todas las etiquetas, pegar únicamente la de identificación de la muestra (exudado faríngeo, exudado vaginal, esputo, cont. estéril esputo, drenaje abdominal, cont. estéril orina, heces, líquido ascítico, absceso cutáneo...).
- El resto de etiquetas se envían dentro de la bolsa, junto con la muestra, al laboratorio.
- Hemocultivos: las etiquetas del nº de petición correspondiente a la 1ª extracción (Bact Alert) se pegan en el **hemocultivo aerobio** (tapón verde) y en el **anaerobio** (tapón naranja); se procede igual con las etiquetas de la petición correspondiente a la 2ª extracción.

La petición de Hemoderivados tiene un protocolo específico. El médico solicita los hemoderivados rellenando el formulario correspondiente (debe imprimir 2 copias y firmarlas), el personal de enfermería realiza la extracción de las pruebas

cruzadas (1 tubo 10 ml seco “tapón morado”), se etiquetan con los datos del paciente y DNI del enfermero el tubo morado seco . Una vez cruzada la sangre, Banco de Sangre solicitará una muestra de comprobación que extraerá otro enfermero de la unidad, y será un tubo de EDTA (hemograma), identificándolo de la misma forma.

Se colocará la pulsera correctamente identificada al paciente con el N° de petición, nombre y N° de Historia Clínica del paciente, fecha de extracción de la muestra y firma del enfermero a cargo del paciente.

La validez de las pruebas cruzadas y de la reserva de hemoderivados es de 48h, transcurrido este tiempo sería necesario extraer una nueva petición y muestra.

El formulario que rellena el médico responsable del paciente, es duplicado (una copia para Banco de sangre y otra para la Historia del paciente), dicho formulario debe ser firmado antes de su entrega al Servicio de Banco de sangre por los enfermeros que lo extrajeron y por el TIGA de Hospitalización que lo entregue, recibiendo firmada la copia de la Historia Clínica por el TEL que cruzará la muestra.

Tras la transfusión, las bolsas se devolverán a banco con la hoja de vigilancia correctamente cumplimentada.

4.4.5. Pruebas Diagnósticas de Imagen

En la aplicación informática “Selene”, existe una opción específica, que vuelca bidireccionalmente la petición y los resultados a la Historia Clínica correspondiente.

El Servicio de Radiodiagnóstico, como norma general, nos confirmará por teléfono el día y la hora en la que se realizará la prueba y la preparación adecuada para la misma.

4.4.6. Gestión de Dietas

En la aplicación informática “Aurora”, existe una relación de las dietas predefinidas.

El Médico responsable del paciente prescribe la dieta correspondiente en la hoja de prescripción no farmacológica, la enfermera responsable de dicho paciente la comunica a la TCAE y ésta la introducirá en la aplicación informática antes descrita.

VER ANEXO I. AURORA DIETAS. GUÍA DE AYUDA EN PLANTA

La entrega y recogida de las dietas se hace por el personal de cocina designado a tal función. Cuando se recepciona en la planta el personal de la unidad debe firmar y poner la hora a la que es recibida en la hoja asignada por el Servicio de Cocina.

La distribución de las dietas dentro de las habitaciones la realiza el personal auxiliar.

4.4.7. Gestión de Servicio Técnico

Las revisiones de funcionamiento del aparataje deberán ser periódicas, según las recomendaciones de los fabricantes del mismo.

Actualmente la solicitud de reparaciones urgentes al Servicio Técnico se realizan llamando por teléfono, a la extensión 413015 (Mantenimiento) o 413820 (Electromedicina) y realizando una petición informática mediante el programa SPS.

En la unidad existe un cuaderno para el registro de aparataje averiado, en donde el personal de la unidad deberá registrar cualquier incidencia además de comunicarlo verbalmente a la supervisora de la unidad.

4.4.8. Gestión de Lencería

En la Unidad existe una dotación pactada con el Servicio de Lencería que es repuesta a diario por el personal que dicho servicio asigne (TIGA). En caso de necesidades puntuales de lencería podrá solicitarse mediante sps.

Esta dotación pactada podría ser modificada por el supervisor de enfermería según necesidades de la Unidad.

El responsable de la reposición de la Unidad será la persona que el Servicio de lencería asigne.

4.4.9. Gestión de Esterilización

Nuestra Unidad cuenta con equipos de curas, dispuestos en paquetes estériles de diversa composición según las necesidades y naturaleza de la cura a realizar.

El material quirúrgico usado se limpia en el cuarto de sucio por el personal auxiliar de la Unidad.

Se avisa al Personal de esterilización (413361) para que realice la recogida del material utilizado y limpio, que pasará a recogerlo en el turno de tarde.

Debemos rellenar la hoja de entrega al Servicio de esterilización, especificando la unidad y el material que entregamos. Cuando la unidad de esterilización reponga los paquetes esterilizados, dejarán una de las copias, que se debe archivar en la carpeta correspondiente.

4.4.10. Gestión de Material Fungible

La unidad dispone de un estocaje de material fungible, pactado en cantidad y variedad de material con el Servicio de Suministros.

Todos los jueves a primera hora de la mañana, personal del servicio de suministro cuantifica la reposición necesaria de todo el material hasta alcanzar la cantidad pactada. Esa misma mañana sobre las 14:00 horas, se sube el pedido originado que el personal de la unidad coloca y revisa.

En el caso de precisar otro material no habitual en la Unidad su petición se canalizará a través del Supervisor/a, en acuerdo con el Servicio de Suministros.

4.4.11. Gestión de Residuos y Limpieza

Ver ANEXO III. GESTIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS

5. SEGURIDAD DEL PACIENTE

El error asistencial tiene consecuencias graves para el paciente y su familia, genera un coste asistencial y económico muy elevado, hace que el paciente desconfíe del sistema, y daña a las instituciones y al profesional sanitario que es, sin duda, su segunda víctima. Por todo ello, la seguridad del paciente constituye hoy en día una prioridad para las

organizaciones sanitarias. La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad, por ello debemos implantar distintas actuaciones para mejorarla, tales como:

Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los pacientes y los profesionales; diseñar y establecer sistemas de información y notificación de efectos adversos para el aprendizaje; e implantar prácticas seguras recomendadas.

En este sentido el HUIC, en su compromiso por incrementar la seguridad del paciente, trabaja de manera global en todo el centro en 4 líneas estratégicas fundamentales que son:

5.1 Higiene de Manos

Las infecciones nosocomiales son una de las causas más frecuentes de efectos adversos en los actuales sistemas sanitarios, incluido el nuestro. Las infecciones contraídas en el hospital están entre las principales causas de mortalidad y de aumento de morbilidad en pacientes hospitalizados. La forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes se produce a través de las manos del personal, por tanto la medida más importante para la prevención y control de las infecciones nosocomiales es la higiene de manos. Siguiendo la Estrategia de Higiene de Manos en Centros Sanitarios del SERMAS, el HUIC se plantea el objetivo de conseguir de manera efectiva la higiene de manos como práctica de atención segura de sus profesionales, dividiéndola en tres fases:

- Formación de sus profesionales
- Formación de los profesionales de nueva incorporación
- Fase de refuerzo a todo el personal mantenidas en el tiempo.

5.2 Identificación inequívoca de paciente

Los problemas de identificación incorrecta se siguen asociando a sucesos adversos producidos por errores en la administración de medicamentos, en intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados. Por ello el HUIC, busca la prevención en identificación incorrecta de pacientes hospitalizados

mediante dispositivos de identificación, fundamentalmente pulseras. Pero todo esto no sería suficiente, sino se estandarizan los procesos de identificación o si la información de las pulseras no es la correcta. Debido a esto, existe en el HUIC una estandarización del proceso de identificación de los usuarios en el acceso a la asistencia sanitaria, así como de los datos que la pulsera debe contener y de la reposición de la pulsera en caso de pérdida o deterioro.

5.3 Promover una cultura de seguridad

La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura.

Una cultura de seguridad es esencialmente una cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales están concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores y de que contribuyen a la seguridad del paciente en la institución.

En todas las unidades del HUIC existe un responsable de seguridad del paciente, que ejerce un liderazgo activo de formación de los profesionales en seguridad, evalúa periódicamente la cultura de seguridad, comunica los resultados y establece objetivos para mejorarla.

5.4 Notificación de incidentes

La actividad sanitaria entraña riesgos potenciales y no tiene un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos, lo que representa una elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan a la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. Por todo ello, se desarrollan herramientas para mejorar el conocimiento del modo en el que se producen los problemas de seguridad y entender sus causas, para aprender de ellos y poder evitarlos. Entre estas herramientas destacan los sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos. Debemos notificar incidentes y efectos

adversos relacionados con la atención sanitaria de nuestros pacientes, relacionados con medicamentos, errores de medicación y errores con productos sanitarios.

La notificación la podrán realizar todos los profesionales del HUIC y es voluntaria, anónima, confidencial y no punitiva.

Para la notificación de incidentes y sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, se debe cumplimentar el documento de notificación de incidente (Anexo II del procedimiento de comunicación de incidentes del HUIC que esta disponible en directorio Z), o bien abrir el Registro de comunicación de incidentes que se encuentra disponible en Z/Directorio general/Seguridad del paciente/Notificación de incidentes/Hoja de comunicación de incidentes y hacer doble click sobre ese icono y en la siguiente ventana seleccionar NO, en la siguiente ventana seleccionar ABRIR y cumplimentar los campos vacíos. Para remitir la información garantizando el anonimato existen dos vías:

- En formato electrónico vía mail: Se ha habilitado una cuenta de correo electrónica genérica y se puede entrar a través de <http://buzon.salud.madrid.org> a personal.hsur@salud.madrid.org con Usuario: `personal.hsur` y Contraseña: `Parlaparla1` y dicho mail se dirigirá a la dirección de correo gestionriesgos.hsur@salud.madrid.org.
- En formato papel se pueden remitir las notificaciones a la Unidad de Medicina Preventiva o bien dejarlas en los buzones disponibles para ello en Atención al paciente y en Admisión de urgencias

Para la notificación de Reacciones Adversas a Medicamentos y de incidentes adversos ocasionados por productos sanitarios, se puede acceder a través vía web en el portal de uso seguro del medicamento, <https://www.seguridadmedicamento.salud.madrid.org>.

Para la notificación de Errores de medicación se debe cumplimentar el documento de notificación de errores de medicación disponible en Z/Directorio general/Seguridad del paciente/Notificación de incidentes/Hoja notificación errores de medicación.pdf y para remitir la información existen dos vías:

- En formato electrónico vía mail: Se ha habilitado una cuenta de correo electrónica genérica y se puede entrar a través de <http://buzon.salud.madrid.org> a personal.hsur@salud.madrid.org con Usuario: `personal.hsur` y Contraseña: `Parlaparla1` y dicho mail se dirigirá a la dirección de correo farmacia.hsur@salud.madrid.org
- En formato papel se remitirá al Servicio de farmacia

ANEXO I. AURORA DIETAS. GUÍA DE AYUDA EN PLANTA

1. Introducción

El trabajo de restauración en un hospital es complejo. En él intervienen profesionales de diferente índole. Desde médicos, enfermeras, auxiliares, pasando por diferentes departamentos de nutrición, gobernantas, operaciones, etc.

Todos perseguimos un objetivo común: la satisfacción y mejora del paciente. El continuo avance e innovación en esta cocina hace permanecer en constante cambio.

Por ello, hemos elaborado una pequeña guía de ayuda que nos permitirá trabajar, siempre sujeto a nuevos cambios posteriores, adaptándonos a las nuevas tecnologías.

2. Código de dietas

1001- Absoluta	1031- Pobre en residuos	1062- 2000 Kcal s/s
1005- Basal	1032- Rica en residuos	1063- 2500 Kcal s/s
1009- Blanda protección gástrica	1033- Hepatopatía	1064- Diabético 1500 Kcal.
1010- Líquida/Tolerancia	1035- Psiquiatría	1065- Diabético 1000 Kcal. s/s
1011- Semiblanda/Inicio	1036- 1000 Kcal s/s	1066- Diabético 2000 Kcal.
1013- Baja en grasa	1037- Astringente s/s	1067- Diabético 2500 Kcal.
1014- Astringente	1038- Baja en grasas s/s	1068- Pediátrica
1015- Fácil masticación	1039- Baja en potasio s/s	1069- Preescolar sólida(15 meses- 2 años)
1017- Páncreas 1ª fase	1040- Basal s/s	1070- Sin cerdo
1018- Páncreas 2ª fase	1041- Blanda protección gástrica s/s	1071- Diabético 1000 Kcal. s/s
1019- Páncreas 3ª fase	1042- Fácil masticación s/s	1072- Diabético 1500 Kcal. s/s
1020- Baja en Potasio	1044- Hepatopatía s/s	1073- Diabético 2000 Kcal. s/s
1021- Turmix	1046- Líquida/Tolerancia s/s	1074- Diabético 2500 Kcal. s/s
1022- Neuropatía	1047- Neuropatía s/s	1075- Pediátrica pre-escolar blanda(15 meses - 2 años)
1023- 2000 Kcal.	1050- Páncreas 2ª fase s/s	1076- Pediátrica sólida(2 años - 5 años)
1024- 2500 Kcal.	1051- Páncreas 3ª fase s/s	1078- Pediátrica blanda (15 meses – 2años)
1025- Dieta fría	1054- Pobre en residuos s/s	1080- Pediátrica
1026- Páncreas 5ª fase	1056- Psiquiátrica s/s	
1027- Páncreas 4ª fase	1058- Semiblanda/Inicio s/s	
1028- Hemorragias ocultas	1060- Turmix s/s	
1030- 1500 Kcal.	1061- 1500 Kcal s/s	

3. Menú Selección y Tratamiento de Dietas terapéuticas

INGESTA	HORA LÍMITE	SERVICIO DE COCINA
Desayuno	8:00	9:00-11:00
Comida	11:45	13:00-15:30
Merienda	15:45	17:00-18:30
Cena	18:45	20:00- 22:00

- Las peticiones realizadas una vez cerrada la cocina (22:00 h) no podrán ser atendidas hasta las 8:00 h del día siguiente, incluido vía SPS.

El menú selección se repartirá con los desayunos y se recogerán a lo largo de la mañana con la recogida de carros.

- **RESOPÓN:** el resopón se suministrará directamente desde cocina según el censo de dietas y siempre después de las cenas. El resopón de las dietas solicitadas fuera de hora se entregará encima de las bandejas de comida.

4. Como pedir una dieta

4.1. Mediante Aurora

- Buscamos el censo de dietas.
- Hacemos doble click sobre el paciente.
- Dieta codificada → Nueva dieta → Fecha de asignación → Toma de comienzo.
- Poner las observaciones en la descripción de la dieta codificada.
- Importante darle a ACEPTAR Y METER CONTRASEÑA.
- Seleccionamos la nueva dieta.
- Al cambiar de una dieta basal a otra dieta aparecerá: ¿Desea eliminar los futuros menú selección? Responder siempre SI

4.2. Sin Aurora

Los cambios en las dietas se harán dentro del límite del tiempo establecido, después de dicho límite solo se realizarán cambios o ingresos de estricta necesidad como son dieta absoluta, alérgicos, sin azúcar...

Los ingresos y cambios estrictos serán servidos al final de la hora de servicios de cada ingesta, fuera del tiempo establecidos estas dietas, al no ser notificadas con el tiempo suficiente para su elaboración, los platos serán sustituidos por otros equivalentes.

En cambios en dietas e ingresos después de la hora límite, la información a cocina nos llega para la siguiente ingesta, por lo que aunque se introduzcan en el sistema Aurora si se necesitan para ese momento, se tendrán que comunicar por:

- Vía contestador al nº de teléfono 413873.
- Vía SPS.

7. Reparto de carros

UNIDADES	DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA
B1	08:50 h	12:40 h	16:45 h	19:40 h
C1	08:50 h	12:45 h	16:45 h	19:40 h
UCI	8:55 h	12:45 h	16:50 h	19:45 h
Hospital de Día	8:55 h	12:50 h	16:50 h	
C2	9:00 h	12:55 h	16:55 h	19:50 h
B2	9:00 h	12:55 h	16:55 h	19:50 h
A0	9:05 h	13:00 h	17:00 h	19:55 h
C0	9:05 h	13:05 h	17:00 h	20:00 h
B0	9:10 h	13:10 h	17:05 h	20:05 h
URG-Generales	9:15 h	13:15 h	17:10 h	20:10 h
URG-Pediátricas	9:15 h	13:15 h	17:10 h	20:10 h
CMA	9:20 h	13:20 h	17:20 h	20:20 h
Paritorio	9:20 h	13:25 h	17:20 h	20:20 h
Diálisis	9:20 h			

- Se tendrá un margen máximo de 5 minutos por control.
- Las unidades que soliciten la dieta durante la cinta de emplatado tendrán un máximo de 20 minutos para suministrársela después de la finalización de esta.

- Recordar que la hora de recogida de los carros en el horario del desayuno no debe superar las 10.30 horas, así como las 14.15 horas en horario de comida, 17.30 horas en horario de merienda y 21.00 horas en el caso de la cena.
- Los carros se dejarán en el lugar asignado por las auxiliares y se recogerán en el mismo lugar, mínimo una hora más tarde.
- Las bandejas que quedaran pendientes de recoger se depositarán en los carros de la siguiente ingesta.
- Las unidades que sólo tengan servicios hasta la comida o merienda se recogerán al tiempo que se reparte la siguiente ingesta de las unidades más cercanas.

ANEXO II. TRANSMISIÓN DE ECGs A CARDIOSOFT.

- 1.- **CONECTAR EL ELECTROCARDIOGRAFO AL CABLE CONECTADO AL PC DONDE SE VA A REALIZAR LA DESCARGA.**
- 2.- **PULSAR EN EL ICONO DE CARDIOSOFT Y ESPERAR A QUE SE ABRA EL PROGRAMA.**
- 3.- UNA VEZ ABIERTO EL PROGRAMA **PULSAR EN EL BOTÓN DE CONFIGURACIÓN GENERAL** (SI ESTA EN MODO DE DIBUJOS APARECEN UNAS HERRAMIENTAS CRUZADAS). ES EL TERCER BOTÓN EMPEZANDO POR DEBAJO DE LOS QUE ESTÁN SITUADOS A MANO DERECHA DE LA PANTALLA.
- 4.- **PULSAR EN EL BOTÓN QUE PONE RECIBIR DATOS DEL SISTEMA ECG** (PRIMER BOTÓN DE LA DERECHA DEL GRUPO CENTRAL).
- 5.- APARECE LA VENTANA DE CONEXIÓN Y PULSAR ACEPTAR.
- 6.- **PULSAR EN EL ELECTROCARDIOGRAFO LA TECLA MAYÚSCULAS** (SITUADA EN LA LÍNEA INFERIOR DE LA PARTE IZQUIERDA DEL TECLADO, REPRESENTADA POR UNA **FLECHA HACIA ARRIBA**) Y **AL MISMO TIEMPO LA TECLA DE TRANSMISIÓN** (SITUADA A LA DERECHA, EN LA PARTE INFERIOR DEL TECLADO, REPRESENTADA POR UN **ROMBO CON DOS FLECHAS**).
- 7.- CON LA TECLA INTRO COLOCARSE SOBRE TRANSMITIDOS ECG's NO ENVIADOS Y PULSAR DE NUEVO LA TECLA INTRO.
- 8.- ESPERAR A QUE FINALICE LA DESCARGA Y PULSAR LA TECLA INTRO.
- 9.- PULSAR EN LA PANTALLA DEL PC TERMINAR. CERRAR EL PROGRAMA.

ANEXO III. GESTIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS

Hospital Universitario Infanta Cristina

Unidad de Medicina Preventiva

DEFINICIONES

- ▶ **Gestión de residuos:** recogida SELECTIVA, almacenamiento, transporte, valorización y eliminación de los residuos, incluida la vigilancia de estas actividades.
- ▶ **Minimización:** acciones orientadas a reducir o suprimir la producción de residuos o que posibiliten el reciclado o la reutilización en los propios focos de producción, hasta niveles económicos y técnicamente viables.
- ▶ **Residuos Sanitarios:** todos los residuos, cualquiera que sea su estado, generados en centros sanitarios, incluidos los envases, y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.
- ▶ **Residuos Biosanitarios:** residuos sanitarios específicos de la actividad sanitaria propiamente dicha, potencialmente contaminados con sustancias biológicas al haber entrado en contacto con pacientes o líquidos biológicos.
- ▶ **Residuos Citotóxicos:** residuos compuestos por restos de medicamentos citotóxicos y todo material que haya estado en contacto con ellos, que presentan riesgos carcinogénicos, mutagénicos o teratogénicos.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS. Decreto 83/1999

Clase I o Residuos Generales (residuos urbanos o municipales).

- Residuos sin ningún tipo de contaminación específica, que no presentan riesgo de infección ni el interior ni en el exterior de los centros sanitarios.

Clase II o Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos.

- Todo residuo Biosanitario que no se clasifique según normativa como Biosanitario Especial o Clase III.

- ▶ Filtros de diálisis, tubuladuras, sondas, vendajes, gasas, guantes y otros desechables quirúrgicos, bolsas de sangre vacías y en general, todo material en contacto con líquido biológico o en contacto con los pacientes **no incluidas en los residuos de clase III.**

Clase III o Residuos Biosanitarios Especiales, todos los residuos que pertenezcan a alguno de los grupos definidos a continuación:

- **Grupo 1:** residuos de pacientes con infecciones altamente virulentas, erradicadas, importadas o de muy baja incidencia en España.
 - ▶ Fiebres hemorrágicas víricas, rabia, carbunco, muermo, mieloidosis, difteria, tularemia, viruela, herpes virus simiae.
- **Grupo 2:** residuos contaminados con heces de pacientes afectados por cólera, disentería amebiana.
- **Grupo 3:** residuos contaminados con secreciones respiratorias de pacientes con TBC, Fiebre Q.
- **Grupo 4:** filtros de diálisis de pacientes con VHB, VHC, VIH.
- **Grupo 5:** residuos punzantes/cortantes.
 - ▶ Agujas hipodérmicas, hojas de bisturí, lancetas, capilares, portaobjetos, cubreobjetos, pipetas Pasteur y similares.
 - ▶ Artículos de cristal rotos si han estado en contacto con productos biológicos.
- **Grupo 6:** cultivos y reservas de agentes infecciosos.
- **Grupo 7:** residuos animales infecciosos.
- **Grupo 8:** cantidades importantes de líquidos corporales, especialmente sangre humana.
 - ▶ Recipientes con más de 100ml de líquidos corporales.
 - ▶ Muestras de sangre o productos derivados, en cantidades superiores a 100ml.
- **Grupo 9:** residuos anatómicos humanos.

Clase IV, cadáveres y restos humanos de entidad suficiente, procedentes de abortos, mutilaciones y operaciones quirúrgicas.

Clase V o Residuos Químicos, residuos caracterizados como peligrosos por su contaminación química, excepto los residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos.

Clase VI o Residuos Citotóxicos, compuestos por restos de medicamentos citotóxicos y todo material que haya estado en contacto con ellos, que presenta riesgo carcinogénicos, mutagénicos o tetragénicos, tanto en el interior como en el exterior de los centros sanitarios.

Clase VII o Residuos Radiactivos, residuos contaminados por sustancias radiactivas, cuya eliminación es competencia exclusiva de ENRESA.

SEGREGACIÓN Y ACUMULACIÓN

► **Los Residuos Generales** (Clase I)

Procedentes de: Recepción, Administración, Almacenes, Cafetería, Comedores...

► **Los Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos** (Clase II)



► **Los Residuos Biosanitarios Especiales** (Clase III)

- Envases de un solo uso
- No llenar más de la 3ª parte de la capacidad
- Una vez cerrado no volver a abrir



► Los **Residuos Biosanitarios Especiales** del **Grupo 5**, cortantes y punzantes.

SIEMPRE EN LOS ENVASES PARA PUNZANTES

- No llenarlo más de la 3ª parte
- OJO CON EL LÍMITE DE LLENADO
- Dejar los envases llenos separados . No meter en los receptáculos negros.



► **Los Residuos Citotóxicos** (Clase VI)

- Envases de un solo uso.
- No llenar los contenedores más de la 3ª parte.
- Una vez cerrado no volver a abrir.



► **Residuos Químicos** (Clase V)



► **Artículo 37 .- Eliminación de residuos biosanitarios líquidos (DECRETO 83/1999, de 3 de junio)**

- 1. **Los residuos biosanitarios líquidos**, como sangre y derivados y otros líquidos biológicos, con excepción de los pertenecientes al Grupo I del Anexo Primero, **podrán eliminarse mediante vertido por un desagüe conectado a la red de saneamiento del centro sanitario**, sin que sea precisa su desinfección previa.

- 2. Los residuos de liposucción, y otros de características semejantes, por su alto contenido en grasa, no podrán ser eliminados mediante vertido a la red de saneamiento, salvo autorización expresa del Ayuntamiento correspondiente.
- 3. Cuando no se aplique este método de eliminación, los residuos biosanitarios líquidos incluidos en el Anexo Primero deberán ser eliminados como residuos biosanitarios especiales.

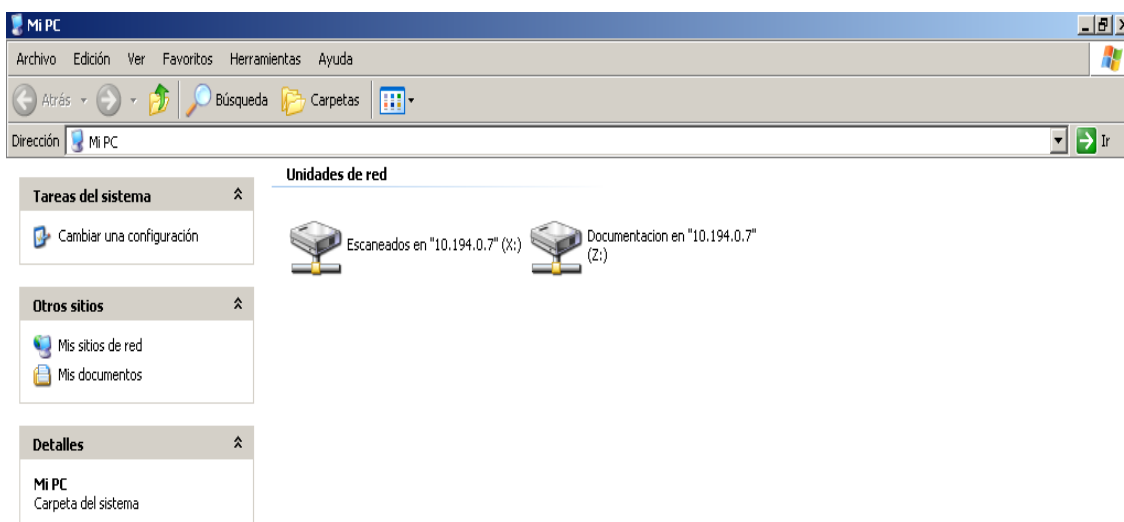
ANEXO IV. GUIA DE UTILIZACION DE "Z"

Para acceder a "Z" se puede utilizar cualquier ordenador del Hospital Infanta Cristina.

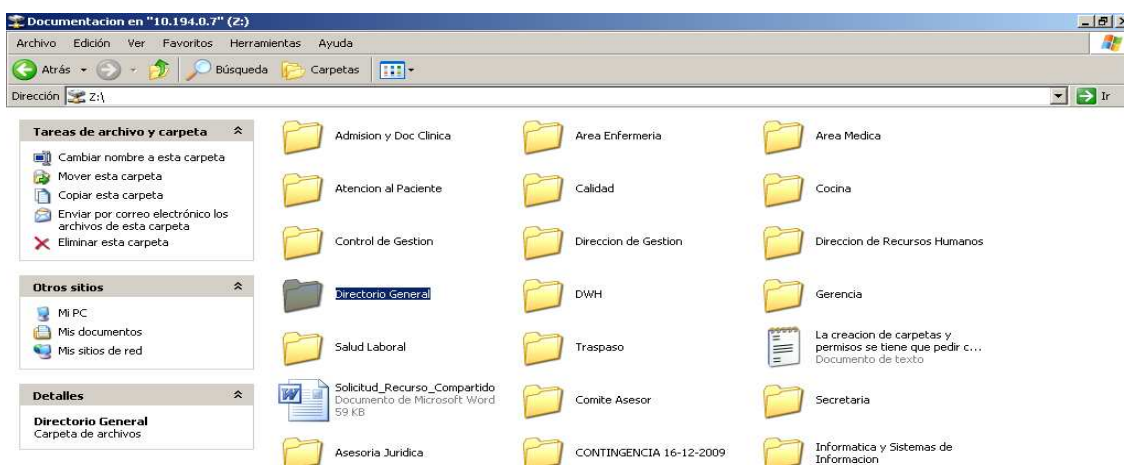
En él está colgada información de gran importancia para los profesionales del centro.

Los pasos a seguir son los siguientes:

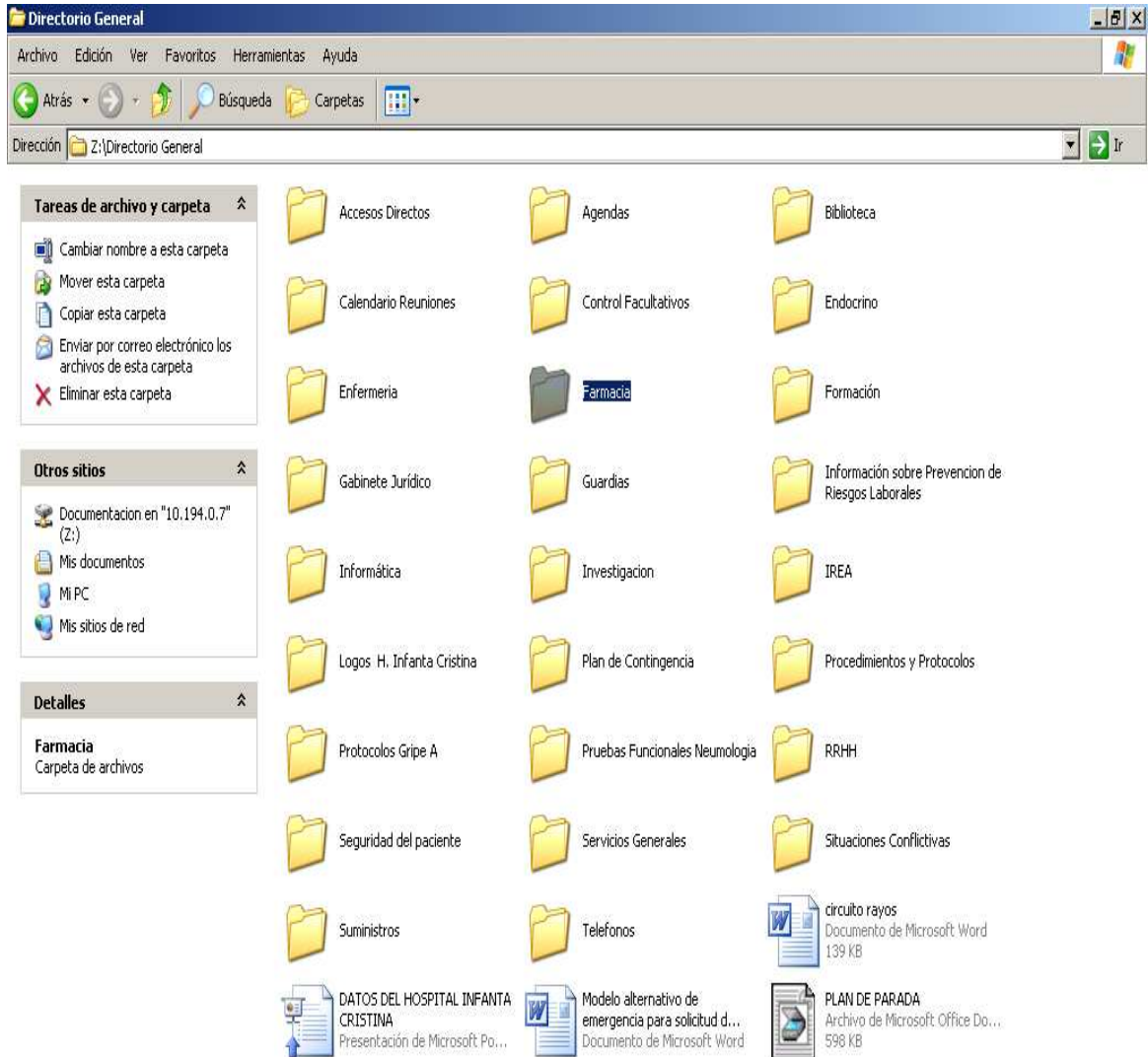
1. Desde el escritorio entrar en MI PC
2. Pinchar en Z:



3. Pinchar en directorio general

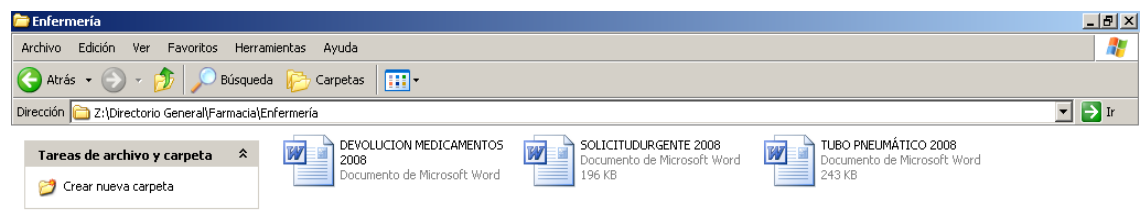
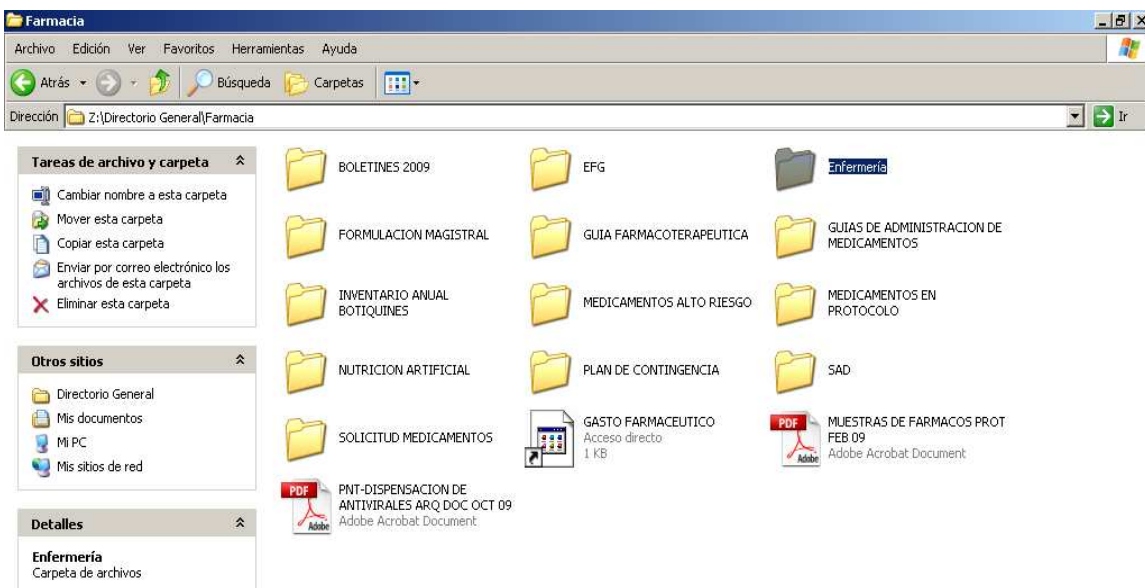
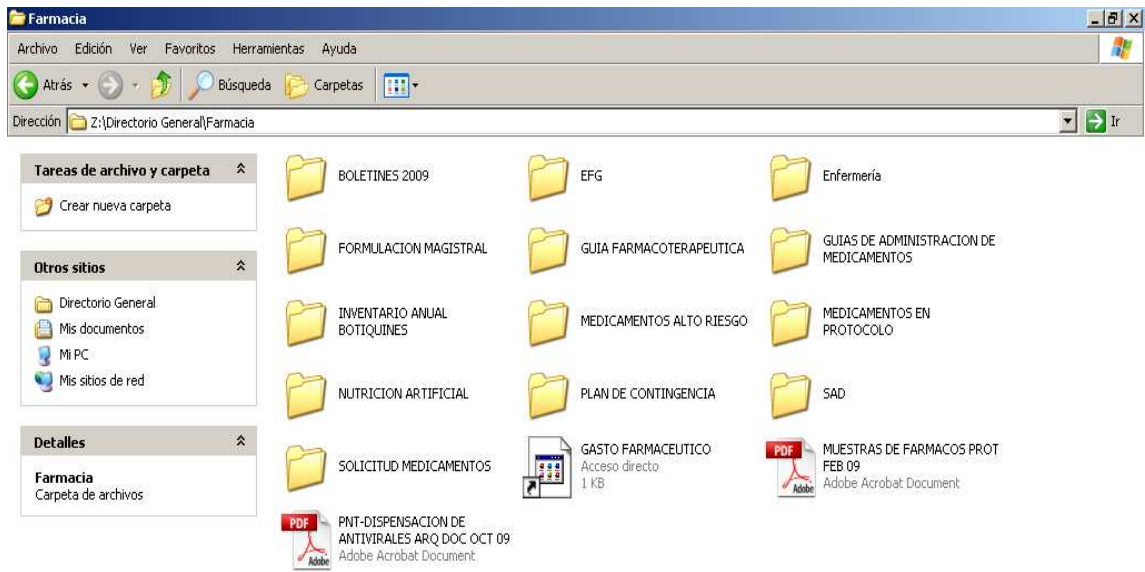


4. Se despliegan una gran cantidad de carpetas en las que a su vez se puede ir pinchando, por ejemplo, si queremos ir a **farmacia**



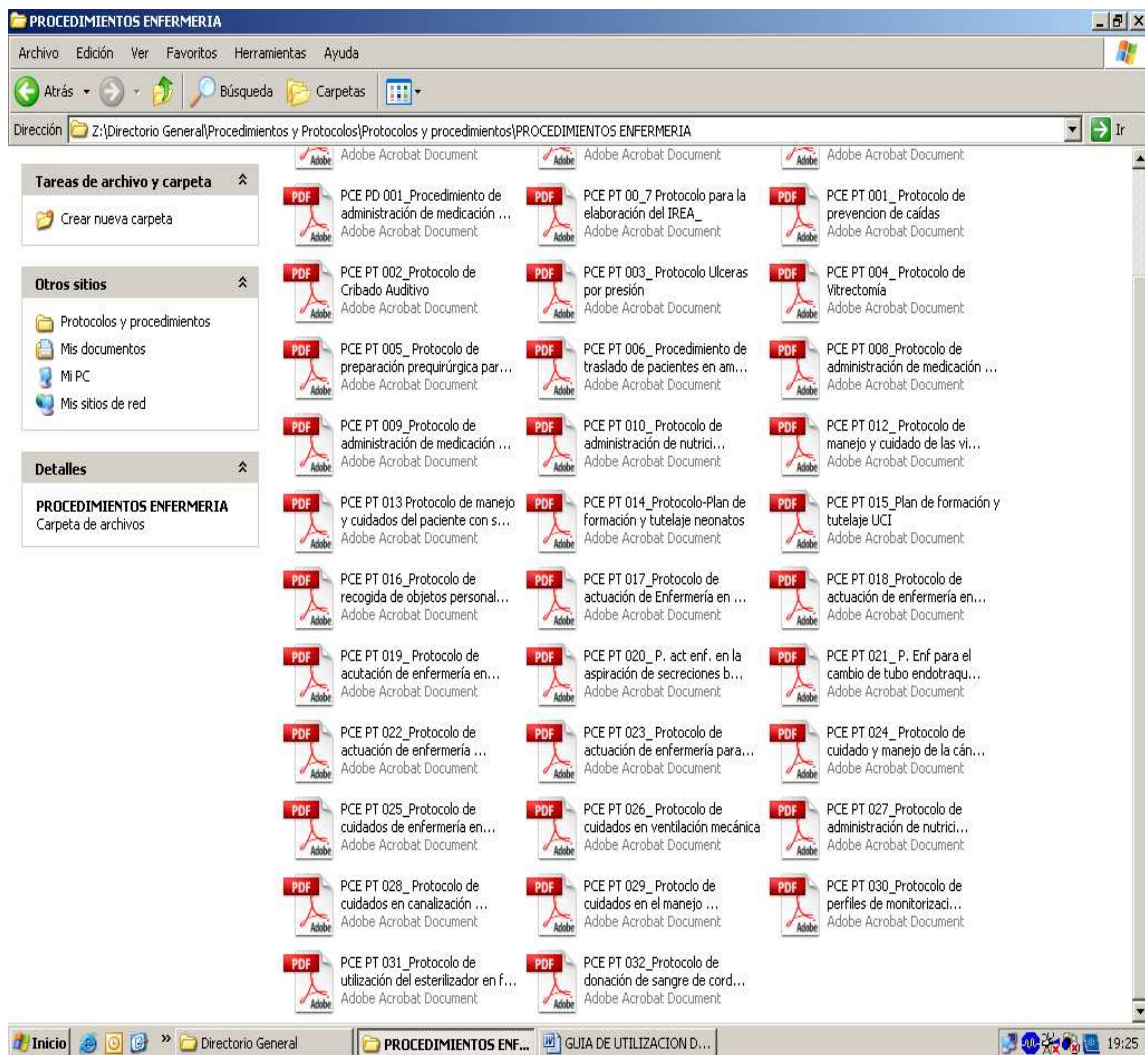
5. Aquí se pueden ver:

- Los boletines que emite farmacia con novedades como cambios en presentaciones, medicamentos que se retiran, alertas...
- Solicitud de medicamentos extranjeros, no guía...
- Enfermería: solicitud de medicamento urgente por tubo neumático a farmacia



6. En protocolos y procedimientos: tenemos los de enfermería, médicos y no médicos.

En los de enfermería se van colgando todos aquellos que se van aprobando en el hospital.



Y así en multitud de carpetas, en resumen, Z es una herramienta que nos ayuda a realizar nuestro trabajo y además a unificar los criterios entre todos los profesionales del Hospital Infanta Cristina.

ANEXO V. DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE Y FAMILIA.

Derechos de los usuarios de los servicios de salud mental.

1. Las personas que sufren una enfermedad psíquica tienen derecho a tener los recursos y las oportunidades que les capaciten a llevar una vida digna, a tener una seguridad económica de acuerdo con la dignidad humana, así como el derecho a participar en el trabajo productivo de la comunidad, en la medida de sus posibilidades.
2. Toda persona afectada por una enfermedad mental tienen derecho a tratamiento y cuidados óptimos, específicamente adaptados a su cuadro clínico y su situación, procurando sobre todo la continuidad de estos cuidados. La atención y el tratamiento proporcionado por los servicios publicas esta garantizada legalmente.
3. Las personas psíquicamente enfermas deben poder actuar con la máxima responsabilidad personal posible en todo momento y en todos los ámbitos de la vida. Para este fin los servicios de salud mental en coordinación con los servicios sociales deben proporcionar los estímulos y apoyos que sea necesarios.
4. Los usuarios de salud mental deben garantizar la libertad de elección del usuario, dentro de las posibilidades de los servicios. El derecho a solicitar un cambio de terapeuta, o rechazar el tratamiento o solicitar otro tratamiento mas adecuado a las necesidades que el siente.
5. Los usuarios de salud mental tienen derecho a ser informados de su diagnostico y el tipo de tratamiento que esta recibiendo. En este sentido, tienen derecho a recibir un informe por escrito al final de su proceso de evaluación y al finalizar su tratamiento en un dispositivo hospitalario o ambulatorio.
6. Una persona Psíquicamente enferma solo puede ser privado de su libertad si su condición y estado de salud es tal que un internamiento y tratamiento forzoso se considera imprescindible para proteger su salud y la seguridad del propio

paciente, o para la protección de otras personas. Este internamiento involuntario solo puede realizarse sobre la base de la legislación vigente.

7. El enfermo Psíquico, al igual que cualquier otro enfermo, tiene derecho a que las intervenciones en crisis y el traslado a las unidades de hospitalización que lo exijan, se realice por personal sanitario cualificado.
8. Los centros asistenciales, tanto hospitales como ambulatorios, deben de poder dar en todo momento información y orientación a los usuarios, familiares y ciudadanos en general.
9. Los usuarios tienen derecho a que sus datos personales e historia clínica no sea divulgada de forma que se les identifique y a la más absoluta reserva en el intercambio de información entre profesionales involucrados en su tratamiento.
10. Los usuarios tienen derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos, y a que la estructura de los diferentes dispositivos proporcionen unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto por la intimidad y en caso de las unidades de hospitalización de alimentación y hostelería adecuadas.
11. Los usuarios de las unidades de hospitalización tienen derecho a que se les proporcionen un abanico de actividades que fomenten las relaciones sociales y el uso del tiempo libre, manteniéndose informados, orientados y en situación de participar de la realidad social y cultural.
12. Los usuarios de las unidades de hospitalización tienen derecho a recibir visitas de familiares y amigos o de otras personas de la comunidad que se interesen por el, siempre que no exista una contraindicación terapéutica técnicamente justificada. La institución debe proporcionarles una sala para conversar y departir en intimidad.
13. Como todos los ciudadanos, las personas que padecen de graves enfermedades mentales, tienen derecho a uno ingresos propios a su entera disposición para

poder llevar una vida digna. Cuando los servicios de salud mental detecten casos de que el usuario no cuente con ingresos mínimos, estos deben tramitarse con la adecuada coordinación con servicios sociales.

14. Las personas psíquicamente enfermas deben poder disponer, por el tiempo y en la medida que sea posible, de su dinero y de sus bienes, bajo su propia responsabilidad. Para los casos que no sea posible, los servicios de salud mental en coordinación con juzgados y servicios sociales debe garantizar la administración de estos bienes en beneficio de usuario.
15. En cada dispositivo debe existir un libro de reclamaciones debidamente acreditado y sellado. En donde los usuarios puedan hacer constar sus opiniones sobre los servicios recibidos, teniendo derecho a ser contestadas por escrito por el responsable del servicio.

Derechos de familiares y allegados.

1. Los familiares y allegados tienen derecho a la información y a la respuesta a sus preguntas. Los familiares tienen derecho a ser escuchados por los profesionales que atienden al paciente y a ser considerados en la comprensión y tratamiento del caso.
2. Los familiares de personas que padecen enfermedades que se prolongan en el tiempo tienen derecho a programas de apoyo y orientación específica para ellos.
3. Para proteger a la familia, siempre se debe tener en cuenta su capacidad de soportar la carga de la enfermedad y la trascendencia de esta. Tienen derecho a que se tome en cuenta el impacto sobre otros miembros de la familia y a que a veces es necesario buscar para el paciente otra alternativa residencial al hogar familiar. Los servicios de salud mental, en coordinación con los servicios sociales debe proporcionar este tipo de ayudas.
4. En las unidades hospitalarias los familiares y amigos tienen derecho a visitar a su pariente ingresado, dentro del horario establecido de cada unidad. Y tienen derecho a departir con su familia en una sala acondicionada para tal efecto.

5. La familia tiene derecho a solicitar atención domiciliaria cuando el paciente se niegue a acudir a la consulta.
6. Los grupos de autoayuda deben ser reconocidos oficialmente, estimulados en los dispositivos ambulatorios y apoyados facilitándolos lugar de reunión y medios materiales.
7. Las organizaciones de familiares de enfermos psíquicos deberán estar representados en los órganos oficiales de consulta asistencial.
8. Para eliminar prejuicios sociales existentes en temas psiquiátricos los servicios de salud mental deben potenciar un acercamiento positivo de los medios de comunicación a al enfermedad mental.
9. Los programas de docencia deben contemplar actividades en las cuales se destaque la participación de las familias en la asisten a personas que padecen enfermedades mentales de larga evolución.

Deberes de usuarios y familiares

1. Tanto los usuarios como familiares tienen el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas y formas de funcionamiento de los diferentes dispositivos de la red de servicios de salud mental. Tienen el deber de conocer su forma de funcionar y en todo caso utilizar los medios adecuados para expresar sus quejas.
2. Tanto usuarios como familiares tienen el deber de tratar con el máximo respeto a todo el personal que trabaja en la red de servicios, a otros usuarios y a sus acompañantes.
3. Tanto los usuarios como los familiares tienen el deber de cuidar las instalaciones, de mantener su habitabilidad, higiene y uso al que son destinadas.

4. El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
- 5 Los familiares de usuarios hospitalizados tienen el deber de visitarles con la frecuencia necesaria. Tanto los usuarios como sus familiares. Tanto los usuarios como sus familiares tienen el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

NORMAS FUNCIONAMIENTO PARA FAMILIARES Y PACIENTES (VER TRÍPTICO):

- La dieta forma parte del tratamiento, por lo que no está permitido tener comida o bebida que no haya sido proporcionada por el hospital. Asimismo, no se pueden consumir bebidas alcohólicas, tabaco, drogas o medicamentos ajenos al tratamiento indicado.
- No se puede entrar en habitaciones ajenas ni bloquear las puertas de estas. Además, el personal de enfermería realizará revisiones periódicas de las habitaciones para evitar la existencia de objetos potencialmente peligrosos.
- El personal de la unidad entregará en presencia del paciente los objetos personales de valor del mismo al personal de Seguridad que los custodiará en la caja fuerte hasta su alta hospitalaria (en el caso que la familia no se los lleve o el paciente no quiera que le sean entregados a los familiares). El resto de objetos serán entregados al equipo de Enfermería. Se dejará constancia escrita, en el documento específico, de que objetos son los que se custodian. Esta hoja será firmada por el paciente (si su estado lo permite).
- El médico le indicará si le pueden visitar o salir del hospital.
- No puede tener teléfono móvil en la Unidad.
- **Horarios**
 - o Levantarse: 08:00 – 09:00
 - o Desayuno: 09:00 – 09:30
 - Merienda: 17:00 – 17:30
 - Cena: 20:00 – 20:30

o Comida: 13:15 –14:00

Acostarse: 24:00 – 08:00

- **Para los familiares**

- El horario de visitas es de 17:30 – 20:00 horas, previa autorización por el médico y sólo podrán hacerlo un máximo de 2 personas adultas inintercambiables.
- Si desea recibir información médica debe concertar una cita llamando al teléfono 911915093, facilitando al personal el código asignado al paciente al ingreso.
- No pueden facilitar drogas, tabaco, medicamentos, comida, objetos que puedan encender fuego ni que sean potencialmente peligrosos. Si desea entregar alguna cosa, consúltelo previamente con las enfermeras.
- El teléfono de la planta para realizar llamadas en horario de visitas es 911913797.

Salidas del paciente

Si se le autoriza a salir con el paciente fuera de la Unidad de Psiquiatría deberá firmar un **permiso de salida** y hacerse responsable de él.

Por favor, una vez regrese, comunique a la enfermera las incidencias de la salida: cualquier cosa que pueda comentar puede ser útil en el



Horario de visitas y llamadas

Todos los días, de **17:30 a 20 horas**.

También es el horario para poder llamar directamente a los pacientes al teléfono

91 191 37 9



El **número máximo de personas** que pueden visitar al paciente es de **DOS** al día, sin intercambiarse y siempre **mayores de 18 años**.

Estas visitas o llamadas podrán restringirse si es preciso por la situación clínica del paciente, siempre por indicación médica, lo que se le comunicará con antelación.

UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

INFORMACIÓN DE NORMAS BÁSICAS DE FUNCIONAMIENTO

Su familiar ha quedado ingresado en la Unidad de Psiquiatría.

Para poder proporcionarle una atención de calidad, que favorezca su recuperación en un entorno seguro, se necesita seguir unas normas básicas que usted debe conocer. Léalas con atención.

Esta es una Unidad cerrada, lo que significa que **las entradas y salidas** de los familiares y pacientes **están restringidas**, sujetas a normas que a veces suponen ciertas molestias. Esperamos que comprenda que si colaboran todos haremos las cosas más fáciles.



NO TEMA PREGUNTAR

¿Qué hacemos cuando ingresa un paciente?

Se le **registran** todas sus pertenencias para **retirarle** aquellos objetos o fármacos que **puedan lesionarle** a él, a otros pacientes o al personal sanitario (como cordones, navajas, mecheros, drogas). Estos objetos serán entregados a la familia o, si no fuera posible, se depositarán en cajas de seguridad.

Se le pedirá **un teléfono de contacto** para poder comunicarle las incidencias o los imprevistos que surjan.

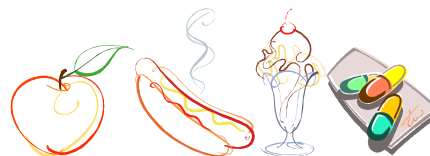


Durante las mañanas de lunes a viernes puede llamar al teléfono de la Unidad de Psiquiatría

91 191 37 97

donde se le **facilitará una cita** con el psiquiatra responsable del paciente.

¿Qué puede entregar a su familiar ingresado? **Absolutamente NADA.**



Está prohibido introducir alimentos, bebidas, drogas u otras sustancias o fármacos en la Unidad. La medicación y alimentos que precise el enfermo se la proporcionará el hospital

En todo caso, aquellos objetos o sustancias de uso personal (libros, radios, móvil, tabaco...) que a juicio clínico puedan traerse al paciente deberán ser



SUPERVISADOS y ENTREGADOS ÚNICAMENTE por el personal de enfermería.

Rutina durante el ingreso



Como parte del tratamiento, buscando la **seguridad del paciente**, **todos los días se harán registros** de las habitaciones en busca de objetos o sustancias dañinas.

En la Unidad **NO SE PUEDE FUMAR** (En el cumplimiento de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre).



Todos los pacientes dependientes de nicotina que lo deseen recibirán tratamiento sustitutivo a base de parches de nicotina

Normas de funcionamiento internas.

1. Aunque se sospeche algo a las familias no se les puede registrar. Si se les puede recordar las normas.
2. Al paciente se le podrá registrar y su habitación cuando se marche la visita delante de él. Los registros se realizarán durante el periodo de tiempo que los pacientes están en los espacios comunes.
3. Se pasara dos veces al día para revisar que las habitaciones estén recogidas una por la mañana en el aseo y otra tras la cena.
4. Durante las comidas no se podrá intercambiarse platos los pacientes, en los postre el personal de enfermería los podrá variar si es adecuado para el paciente.
5. Los familiares se pasarán por el control para decir a quien visitan y reflejaremos el parentesco.
6. Desde las 23:00 hasta el desayuno no se dará comida alguna a los pacientes (salvo excepciones prescritas por un facultativo). Sí se podrá dar alguna infusión en caso necesario.
7. Se pedirá a cocina que todos los pacientes tengan el mismo juego de cubiertos.
8. No se podrá tener frasco de colonia en habitaciones
9. La prensa la podrán tener en las habitaciones, según la situación de cada paciente. Se les podrá dejar bolígrafos, cuadernos, libretas sin anillas, etc., responsabilizándose de recogerlos él, y devolviéndolos a la persona que se los dejó. Siempre que se realice la autorización y entrega de cualquier objeto, debe ser bajo conocimiento del facultativo responsable del paciente.
10. La edad de entrada en la unidad será de 18 años, salvo autorización medica.
11. Las pertenencias hay que intentar que se las lleve las familias, al ingreso se les retiraran todas las cosas, salvo alguna que quiera tener el paciente que no constituya peligro como, estampitas, fotos, etc. A lo largo del ingreso se puede valorar con medico si puede tener reloj u otros objetos personales, siempre bajo la responsabilidad del paciente por si se perdieran.
12. Las pertenencias que se mantengan en la unidad se colocarán en las taquillas habilitadas para tal fin dentro de la unidad de psiquiatría.
13. Los pacientes se podrán maquillar durante el aseo y cuando salgan de permiso, se custodiará el maquillaje con la bolsa de aseo.

NORMAS INTERNAS UNIDAD DE PSIQUIATRIA

-NO SE REGISTRA A FAMILIARES, SE LES RECUERDA LAS NORMAS.

-REGISTRO HABITACIONES: SE VALORARÁ SI EL PACIENTE DEBE ESTAR DELANTE O NO.

-EL **REGISTRO** SE REALIZARÁ DOS VECES AL DÍA:
. **TRAS EL ASEO DE LA MAÑANA**
. **TRAS LA CENA**

-NO DAR COMIDA FUERA DEL HORARIO DE COMIDAS:

DESAYUNO:	9:00 H
ALMUERZO:	11:30 H
COMIDA:	13:30 H
MERIENDA:	17:00 H
CENA:	20:30 H
MEDIANOCHE:	23:00 H

-EN ALMUERZO Y A MEDIANOCHE DAR **ZUMO O YOGUR**

-SE PUEDEN DAR DOS **PAQUETES DE GALLETAS** O UNO DE **BISCOTTES** SI TIENEN MÁS HAMBRE.

-ASEO:

DEJAR TOALLA DE TOCADOR TRAS EL ASEO
CEPILLO DE DIENTES TRAS: DE-CO-CE

-EL MÉDICO DEJARÁ SEÑALADO EN TTO. NO FARM CUALQUIER PERMISO QUE LE HAYA CONCEDIDO AL PACIENTE (MAS LLAMADAS, RADIO...)

-NO DEJAR TOCAR LA TELEVISIÓN A LOS PACIENTES.

-NO BOLSA DE PLÁSTICO EN PAPELERA SALA DE ESTAR.

-ADMN. DE PLACEBOS POR INDICACIÓN MÉDICA.

-SE PERMITEN **2 VISITAS AL DÍA, NO INTERCAMBIABLES** (SE PUEDE VALORAR EN SITUACIONES ESPECIALES).

-LA **PRENSA** ESTARÁ SITUADA EN LA **SALA DE ESTAR**.

-LOS PACIENTES PUEDEN REALIZAR **UNA LLAMADA AL DÍA** Y PODRÁN RECIBIR LLAMADAS DURANTE EL HORARIO DE VISITAS

ANEXO VI. PROTOCOLO DE INGRESO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La unidad de salud mental esta ubicada actualmente en la planta baja del Hospital Infanta Cristina.

La unidad presenta unas características específicas que la hacen diferente a otras Unidades de hospitalización, (medidas especiales de seguridad) debido a las peculiaridades de los pacientes ingresados. Es por este motivo que las puertas de acceso permanecen siempre cerradas para evitar fugas. Las ventanas permanecen clausuradas. También permanecen cerrados los despachos, dormitorios y el control de enfermería.

El personal que trabaja en la unidad es responsable de mantener la vigilancia necesaria a la hora de abrir o cerrar estos accesos.

ÁMBITO O ALCANCE DE LA APLICACIÓN

Este protocolo va dirigido a:

- El personal sanitario que trabaja en la UHB del Hospital Infanta Cristina.
- Los pacientes ingresados en ala UHB del Hospital Infanta Cristina.
- Los familiares de los pacientes ingresados en ala UHB del Hospital Infanta Cristina.

OBJETO

El protocolo de ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización breve de salud mental está realizado para conseguir los siguientes objetivos:

- Ofrecer un conjunto de acciones y normas de actuación establecida y descrita cronológicamente, que deben ser llevadas a cabo por el personal de enfermería cuando un paciente ingresa en la unidad para que la atención sea normalizada y todos los profesionales la realicen de la misma manera.
- El enfermo y la familia reciben una atención personalizada con una información de lo que van a encontrar en el centro hospitalario de tal forma que se disminuye la ansiedad y se palia el desconcierto que supone esta circunstancia, contribuyendo a humanizar el sistema hospitalario.
- Proporcionar al paciente y a su familia una visión global del servicio al que acude. Ofrecer información detallada a la familia y el paciente sobre sus deberes y derechos mientras que esté ingresado en esta unidad: tipo de ingreso, normas, horarios de visita, comidas, posibilidad de consumo de tabaco, llamadas telefónicas, horarios de televisión, terapia ocupacional...

- Acompañar al paciente para conocer la ubicación de las distintas salas de las que puede hacer uso.

A la unidad pueden llegar pacientes por diferentes vías:

- Urgencias de Salud mental.
- Consultas externas de Salud Mental.
- De otros centros.
- Traslados intrahospitalarios desde otras unidades.

En la unidad de salud mental se realizan dos tipos de ingresos:

1.- Voluntarios

- Pacientes que vienen a urgencias o son derivados desde otros recursos asistenciales que tras la valoración por parte del psiquiatra quedan ingresados con el consentimiento del paciente.

2.- Involuntarios

- Pacientes que acuden a urgencias o son derivados desde otros recursos asistenciales que tras la valoración por parte del psiquiatra quedan ingresados en contra de su voluntad.
- Pacientes que ingresan por orden judicial.
- Pacientes incapacitados legalmente.

OBJETIVOS

Los objetivos perseguidos con este protocolo son los siguientes:

- Recibir y alojar al paciente, promocionándole seguridad y facilitando su adaptación al medio.
- Proporcionar al paciente y a su familia una visión global del servicio al que acuden.
- Ofrecer información detallada sobre el tipo de ingresos, normas, derechos, horarios de visitas y demás servicios pertinentes de las instalaciones.
- Proporcionar la mayor seguridad posible durante el ingreso del paciente y a la unidad.
- Proporcionar al personal de enfermería unos instrumentos y directrices comunes para establecer una actuación de enfermería de calidad.

PERSONAL NECESARIO

- Personal responsable:
 - El psiquiatra que ordena el ingreso.
- Personal participante:
 - Enfermera/o (una/o de los que esté de turno).
 - Dos auxiliares de enfermería.
 - TIGA que acompaña al paciente desde la urgencia a la planta y TIGA de la unidad de psiquiatría que recibe al paciente y apoya al personal de enfermería.
- Personal de seguridad (sólo como apoyo, en los casos que puedan presentar agresividad, violencia o agitación psicomotriz).

MATERIAL

- Guía de información específica con las normas y características de la unidad.
- Material para la toma de constantes.
- Hoja de urgencias.
- Hoja de incidencias donde firmará el paciente las pertenencias que nos entrega, mandando al personal de seguridad las pertenencias de valor (joyas, móviles, DNI., tarjeta sanitaria, tarjetas de crédito, etc....).
- Hoja de incidencias donde firmarán los familiares si es que se llevan dinero o pertenencias de los pacientes.
- Hoja de teléfonos de contacto donde se anotarán al menos un teléfono de un familiar.
- Material necesario para contención mecánica, por el riesgo potencial de agitación.
- Bolsas de plástico grandes y pequeñas, zapatillas y pijama específico de la unidad de psiquiatría.

PROCEDIMIENTO

Una vez que el psiquiatra responsable ha decidido que el paciente debe ingresar en la unidad debe informar:

- Al paciente y acompañantes sobre el ingreso y los objetivos que se persiguen con el mismo.
- Al personal de enfermería además de lo anterior ponerle en conocimiento sobre la patología del paciente y precauciones que se precisen tomar durante el ingreso.

Una vez que el paciente está en la unidad se procederá de la siguiente manera:

- Recibirá al paciente y se presentará amablemente identificándose por su nombre y su categoría.
- Si el paciente se pone agitado o agresivo, en el momento del ingreso en la planta, será necesario la rápida intervención de todo el personal para proceder cuanto antes a aplicar la contención mecánica, evitando lesiones innecesarias. En este tipo de intervenciones se seguirá el protocolo de contención mecánica.
- Explicará los aspectos relativos a la unidad y su funcionamiento, entregando a la familia y al paciente la Guía Informativa (ver anexo) específica, con toda la información pertinente por escrito: horarios de visitas, comidas, teléfono, normas, etc.
- Si procede, solicitará a la familia la información necesaria para completar documentación clínica y demás datos de interés, así como teléfonos de contacto.
- Se conducirá al paciente a su habitación, donde se quitará su ropa y se pondrá un pijama y, en caso necesario, se duchará. Toda su ropa se meterá en una bolsa identificada con su nombre completo para entregársela a la familia. El recuento de enseres se hará delante del paciente ya que debe firmar la hoja en la que constan todas sus pertenencias. Si el paciente viene solo, la bolsa se guardará en el cuarto de taquillas donde se le asignará una rotulada con su nombre. En ésta también se guardarán objetos personales.
- Retirar cadenas, pendientes, anillos, pulseras, piercing, y en general, todo tipo de objetos que pueden poner en peligro su seguridad y la de los demás. Seguidamente se les dará a la familia o se guardarán en la caja fuerte, siguiendo el protocolo de custodia de pertenencias de los pacientes. Si el paciente aporta dinero, joyas u objetos de valor se procederá de la siguiente forma:
 - o Si lo acompañan familiares se les dará a estos, dejando constancia por escrito en el libro de incidencias, donde firmará el familiar y el personal de enfermería.
 - o Si el paciente viene solo se dará al personal de seguridad siguiendo el protocolo de custodia de pertenencias.
- En caso de ser usuario de algún tipo de prótesis (lentillas, dentadura, ortoprótesis, etc.) se pondrá en conocimiento de todo el personal, para retirarla cuando sea necesario (sedación, hora de dormir...). La existencia de estas prótesis quedara reflejada en los registros de enfermería y en el control de enfermería.
- En ningún caso, el personal de enfermería se hará cargo o custodiará dinero u objetos de valor de los pacientes.

- Aprovechando el momento del cambio de ropa y la ducha (si fuera necesario), se inspeccionará visualmente con discreción al paciente, por si llevase objetos escondidos, por si presentase lesiones,...
- Si el paciente porta algún tipo de fármaco se retirará para su posterior utilización como tratamiento. Si las sustancias no fueran a utilizarse o son tóxicas se le pedirá al paciente que las tire al WC, y si el paciente se niega se avisará a seguridad para que lo ponga en conocimiento de la policía.
- Una vez instalado en los espacios comunes se tranquilizará al paciente, facilitándole el máximo bienestar posible.
- Se proporcionará al paciente información sobre:
 - o Localización del control de enfermería y ubicación del personal.
 - o Funcionamiento de la cama, luces, pilotos, etc.
 - o Ubicación del cuarto de baño, horario de duchas y utilización.
 - o Horarios y rutinas dentro de la Unidad.
- Todo lo necesario para su arreglo personal, será facilitado por el personal de enfermería para que pueda disponer de ello en tiempos adecuados y/o bajo vigilancia del personal, sobre todo aquellos que pueden ser considerados como potencialmente peligrosos, por ejemplo cuchillas, frascos de cristal, etc. Se explicarán las razones y se retirará dicho material para guardarlo en zonas predeterminadas (taquilla personal que está ubicada dentro del control de enfermería y que se le proporcionara en el horario establecido).
- Se le enseñarán, si el estado del paciente lo permite, el resto de instalaciones y zonas comunes, como son: comedor, salón y sala de Terapia Ocupacional.
- Se realizarán una serie de preguntas de rutinarias sobre su estilo de vida, y le tomaremos las constantes vitales y se le pesará.
- Una vez realizadas todas estas actividades y de manera ya específica con el paciente, se procederá a:
 - o Realizar todos los registros de enfermería: formulario de valoración al ingreso, hoja de cuidados, diario de enfermería.
 - o Registrar los parámetros y constantes vitales (gráfico de constantes).
 - o Hoja de registro de pertenencias (ropa, zapatos, bolsa de aseo...)
 - o Hoja de entrega de pertenencias a seguridad, correctamente firmada por paciente, personal de enfermería y seguridad.
 - o Revisión del tratamiento medico y preparación.
 - o Comunicación al servicio de admisión y al de cocina.

- Si el ingreso se produce con un paciente contenido se procederá de la siguiente manera:
 - o Se conducirá al paciente a la habitación asignada.
 - o Se procede a la comprobación de la correcta colocación de las contenciones
 - o Dependiendo del estado de agitación del paciente, se procederá a retirar su ropa y se pondrá el pijama específico de la unidad. Si debido al estado del paciente, no se pudiera retirar la ropa, se procederá a comprobar que el paciente no lleva ningún objeto que pueda poner en peligro su seguridad o la de los demás.

INCIDENCIAS

Puede que el paciente a la llegada a la unidad se muestre agresivo o agitado, en cuyo caso será necesaria la rápida intervención de todo el equipo, para proceder lo antes posible a la aplicación de la contención mecánica, evitando lesiones innecesarias. En este caso es muy importante que todo el personal conozca el protocolo de contención mecánica perfectamente.

Si el paciente al ingreso está contenido:

- Si se encuentra tranquilo y colaborador, se le vestirá con el pijama de la unidad retirando parcialmente la contención, se recogerán pertenencias de la forma establecida y si fuera posible se le explicarán normas y se procederá a continuar con el resto de procedimiento de forma establecida.
- En caso del paciente contenido y agresivo, se recogerán sus pertenencias, y cuando sea posible se completarán todas las fases del ingreso.

En estos dos casos los familiares nunca podrán acompañar al paciente a la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- *Manual de procedimientos de Enfermería del Hospital Infanta Sofía.* Madrid, 2008.
- *Manual de procedimientos de Enfermería del Hospital de León.* León, 2007.
- Pérez Sosa, A. *Manual de procedimientos de enfermería psiquiátrica.* Trillas, México, D. F., 1998.
- ASMR Revista Internacional On-Line – Dep. Leg. BI-2824-01 – ISSN 1579-3516 CORE Academic, Instituto de Psicoterapia, Manuel Allende 19, 48010 Bilbao (España). Copyright © 2008.
- Fornes J. *enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados.* Madrid: Panamericana; 2005.
- Álvarez García, M Soledad. Sánchez-Molero Ruiz, Olalla. Programa de acogida y orientación al personal de Enfermería de nuevo ingreso en el hospital. *Enfermería científica* 1992 Sep. 126: 28-29. experiencias y trabajos de campo.
- A-4 Ingreso del paciente. *Manual de Protocolos y Procedimientos.* Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Unidad del Proceso enfermero. Málaga. 2004 (8ª edición). Biblioteca Lascasas. 2005.1(1). Protocolo y pautas de actuación
- Protocolo de ingreso en la Unidad de Psiquiatria del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete.
http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/salud_mental/protocolo_ingreso.pdf
(consultado el 20 de Abril de 2009)

PROTOCOLO DE INGRESO INVOLUNTARIO

Se ajustará al protocolo que se encuentra colgado en el soporte informático (Z:\Directorio general\Procedimientos y protocolos\Protocolos médicos\ PCM PT 005_Protocolo de Ingreso Involuntario).

ANEXO VII. PROTOCOLO DE GRUPO TERAPEÚTICO

Se ajustará al protocolo que se encuentra colgado en el soporte informático (Z:\Directorio general\Procedimientos y protocolos\Protocolos médicos\ PCM PT 008_Protocolo de terapia grupal en la unidad UHB de Psiquiatría).

ANEXO VIII. PROTOCOLO DE TRASLADO A OTRAS UNIDADES

DEFINICIÓN

Normas de actuación encaminadas al traslado de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría a otras unidades.

OBJETIVOS

1. Garantizar la seguridad durante el traslado tanto del paciente como del personal sanitario de las unidades receptoras.
2. Facilitar la realización de pruebas diagnósticas.
3. Proporcionar al paciente un ambiente seguro y de confianza.

RECURSOS HUMANOS

- TIGA de la unidad de psiquiatría
- TIGA de la unidad receptora
- Enfermero/a y/o auxiliar de enfermería

RECURSOS MATERIALES

- Silla de ruedas o cama
- Si es necesario: contenciones, soporte para sueros, soporte para botella de oxígeno...

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente/ familia del motivo de su traslado: pruebas diagnósticas, rehabilitación, urgencias, otras unidades de hospitalización,...
- Administración de cuidados de enfermería necesarios y/o tratamiento. médico pautado previo a la realización de pruebas.
- Tras el aviso de la unidad receptora y posterior llegada del TIGA de la misma a la unidad de psiquiatría se procederá al traslado del paciente acompañado de dicho TIGA, y si la situación de la unidad lo permite, irá también acompañado del TIGA de la unidad de psiquiatría, siempre que el personal no sea inferior a cuatro personas.
- Se especificará, en tratamiento no farmacológico, si el paciente puede ir a pie, en silla de ruedas con o sin sujeción,...
- Una vez finalizada la prueba, consulta,... se procederá al traslado del paciente a la unidad de psiquiatría acompañado del TIGA de la unidad receptora y del TIGA de la unidad de psiquiatría (si hubiera acompañado al paciente).

OBSERVACIONES

- Vigilar el estado del paciente durante el traslado y proporcionarle un ambiente de seguridad.
- El TIGA de la unidad de psiquiatría no acompañará al paciente en el caso de que las presencias sean menos de 5 y/o en la unidad haya una situación potencialmente peligrosa, en cuyo caso se consultará con el supervisor de la unidad o de guardia.

ANEXO IX. PROTOCOLO DE TRASLADO FUERA DEL HOSPITAL

DEFINICIÓN

Normas de actuación encaminadas al traslado de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría a otros centros.

OBJETIVOS

- Garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario durante su traslado al servicio de urgencias
- Proporcionar al paciente un ambiente seguro y de confianza

RECURSOS HUMANOS

- TIGA de la unidad de psiquiatría
- TIGA del servicio de urgencias
- Enfermero/a y/o auxiliar de enfermería
- Psiquiatra

RECURSOS MATERIALES

- Silla de ruedas o cama
- Si es necesario: contenciones, soporte para sueros, soporte para botella de oxígeno...
- Ambulancia: convencional o psiquiátrica.

PROCEDIMIENTO

- Tramitación administrativa de la ambulancia a cargo del psiquiatra.
- Informar al paciente / familia de su traslado a otro centro.
- Administración de cuidados de enfermería necesarios y/o tratamiento médico pautado previo al traslado.
- Tras el aviso del servicio de urgencias y posterior llegada del TIGA de la misma a la unidad de psiquiatría se procederá al traslado del paciente acompañado de dicho TIGA, y si la situación de la unidad lo permite, irá también acompañado del TIGA de la unidad de psiquiatría.

OBSERVACIONES

- Vigilar el estado del paciente durante el traslado al servicio de urgencias y proporcionarle un ambiente de seguridad.
- El TIGA de la unidad de psiquiatría no acompañará al paciente en el caso de que las presencias sean menos de 5 y/o en la unidad haya una situación potencialmente peligrosa, en cuyo caso se consultará con el supervisor de la unidad o de guardia.

ANEXO X. PROTOCOLO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Se ajustará al protocolo que se encuentra colgado en el soporte informático (Z:\Directorio general\Procedimientos y protocolos\Protocolos Enfermería\ PCE PT 006 Procedimiento de traslado de pacientes en ambulancias).

ANEXO XI. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN POR AUSENCIA , FUGA O ALTA INVOLUNTARIA

Se ajustará al protocolo que se encuentra colgado en el soporte informático (Z:\Directorio general\Procedimientos y protocolos\Protocolos médicos\ PCM PT 006_Procolo de actuación por ausencia, fuga o alta involuntaria).

ANEXO XII. PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Se ajustará al protocolo que se encuentra colgado en el soporte informático (Z:\Directorio general\Procedimientos y protocolos\Protocolos médicos\ PCM PT 004_Procolo de Contención).

ANEXO XIII. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON IDEACION AUTOLITICA

INTRODUCCIÓN:

La OMS define el “acto suicida” como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos.

La conducta suicida abarca a los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

Definiciones interesantes entorno al suicidio pueden ser:

- Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.
- Gesto suicida: Daño auto inflingido, sin el propósito de morir, que busca generar cambios en el ambiente.
- Idea suicida: Es la consideración, por parte del paciente, de un acto suicida en un individuo que atraviesa una crisis.

El intento autolítico no tiene siempre como objetivo la muerte, a veces es una llamada de atención. Será el psiquiatra el que valore siempre el grado del riesgo autolítico.

AMBITO

El siguiente protocolo está dirigido al personal sanitario que trabaja en la UHB del Hospital Infanta Cristina.

OBJETO

- Evitar que el paciente se lesione y consuma el suicidio.
- Modificar actitudes y prevenir comportamientos; conversando acerca del suicidio abiertamente, permitiéndole descubrir sus sentimientos y sus miedos, que sienta que es capaz de afrontar la situación destructiva del suicidio.
- Ayudar a buscar las habilidades de afrontamiento necesarias, dándole apoyo y tranquilizándole; establecer un vínculo de confianza entre el paciente y el personal.
- Reforzar en el paciente los sentimientos de autoestima y autoconfianza.
- Valorar y movilizar los recursos externos disponibles (familiar, social y laboral) al alta.

DESARROLLO

- Mantener una postura no crítica o moralista con el paciente. El potencial suicida necesita comprensión y seguridad.
- Explicar al paciente las medidas de precaución tomadas por el equipo, explicándole que son para evitar posibles riesgos de lesiones. Hacerle notar que nos preocupamos por él, pero procurando no agobiarle. La actitud profesional de inspirar confianza.
- Observación continuada del paciente; puesto que somos responsables de todo lo que le ocurra durante su estancia en la unidad. La vigilancia la realizará el equipo de enfermería: enfermeras, auxiliares de enfermería y TIGAS, sin perder de vista al paciente ni un momento, incluso dejando entreabierta la puerta del baño.
- Observar la toma de medicación (asegurarse de que toma las medicinas prescritas). Siempre que sea posible se recomienda administrar los medicamentos en forma líquida.
- Tomar en serio todas las amenazas de suicidio (verbales o no verbales) e informar de ellas.
- Adoptar medidas de seguridad para proteger al paciente de dañarse a sí mismo: adecuar entorno, contar pertenencias permitidas en la habitación e indicarle que las deje siempre a nuestra vista. Explicarle la unidad y su funcionamiento.
- Mostrar empatía. Actitud tranquila y no crítica. Ser comprensivos. Reforzar cualquier conducta positiva del paciente.

- Establecer grado de comunicación personal antes de preguntar de forma directa sobre el suicidio. Recoger la máxima información posible en relación con posibles antecedentes de intentos autolíticos. Mientras se entrevista al paciente no temer hablar sobre el intento autolítico puesto que es el motivo del ingreso, hablar del tema no le inducirá a intentarlo de nuevo. Formular con delicadeza preguntas tales como: ¿Quería realmente morirse? ¿Continúa queriéndolo? ¿Todavía piensa en el suicidio? ¿Había intentado suicidarse con anterioridad?...
- Estar atento ante cualquier cambio repentino de actitud por parte del paciente. Un paciente que se muestra repentinamente calmado y satisfecho consigo mismo puede haber acabado de diseñar un plan de suicidio que ha calmado su ansiedad.
- Ayudar a buscar las habilidades de afrontamiento necesarias, dándole apoyo y tranquilizándole. Establecer un vínculo de confianza entre el paciente y el personal.
- Dejar que el paciente hable sin interrupciones o permanezca en silencio, sin cortarle para cuestionarle, aconsejarle o criticarle.
- Expresar afecto, sinceridad y preocupación de forma que el paciente entienda que reconocemos su sufrimiento.
- No realizar promesas poco realistas de “curación” a corto plazo.
- Al alta valorar y movilizar los recursos externos disponibles.
-

ANEXO XIV. PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE AGRESIVO

DEFINICIÓN

El abordaje de pacientes que presentan trastornos de la conducta agresiva y /o violenta comprende una serie de medidas terapéuticas dirigidas al control, por parte del personal sanitario, del potencial lesivo de auto y heteroagresividad del paciente para garantizar la seguridad del mismo y de los demás, siendo el primer objetivo su contención verbal o psíquica, química y como último la contención mecánica.

OBJETIVOS

- Prevenir daño inminente a si mismo o a otros.
- Prevenir daño al entorno

- Restablecer el autocontrol del paciente
- Disminuir el grado de ansiedad mediante la aplicación de alguna de las medidas terapéuticas (contención verbal, química o mecánica).

RECURSOS PERSONALES

Miembros del Equipo Sanitario de la unidad de psiquiatría (auxiliares de enfermería, enfermeros, TIGAS y médicos) con la capacidad de utilizar medidas ambientales y/o conductuales y medidas verbales.

RECURSOS MATERIALES

Para el caso de la contención química utilizaremos fármacos indicados por el psiquiatra previamente.

En ambos casos utilizaremos un entorno físico libre o de seguridad (generalmente la habitación del paciente).

PROCEDIMIENTO

CONTENCIÓN VERBAL (PSIQUICA):

Se realizará en caso de agitación psicomotriz leve con predominio de ansiedad con la finalidad del “enfriamiento” de la situación.

La contención verbal podrá realizarse en solitario (cualquier miembro del equipo) o en conjunto con más miembros del equipo (a veces la sola presencia del personal es disuasoria). Siempre que sea posible si va a hacerse en solitario primero debe comunicarse al resto del equipo la actuación que se va a realizar.

Hay dos tipos de medidas, las verbales y las ambientales:

A) Medidas verbales de intervención ante el paciente agitado:

- Nos dirigimos por su nombre, nos presentamos y ofrecemos ayuda.
- Procurar un escenario libre, es decir un entorno de seguridad, invitando a la persona a un área privada (generalmente su habitación) donde poder hablar, tomando a sienta a la misma altura.
- Mantener distancia física adecuada y suficiente con control de la salida
- Sólo una persona hablará escuchando previamente con atención y dejando que exprese toda su irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.

- Poner límites de forma enérgica pero amable con actitud firme
- Control de la mirada (no evitar el contacto visual pero tampoco demasiado directo debido a que se vive de modo amenazador)
- Tono de voz calmado y volumen del mismo por debajo del suyo
- Cuidado con el contacto físico a veces no tolerado
- No buscar confrontación de ideas ni razones.
- Tener una actitud abierta acerca de lo que está mal o debería hacerse, no cayendo en la defensa de la Institución o de uno mismo.
- Reorientar de vez en cuando hacia donde nosotros queremos que vaya la conversación, repitiendo que solo queremos ayudarle
- No seguirle la corriente ni mentirle (o al menos no asegurar algo de lo que estamos seguros).
- Empatizar con la persona irritada sin necesidad de mostrar acuerdo
- Expresar tus propios sentimientos respecto a su proceder y pedirle que en sucesivas ocasiones se conduzca de otro modo.
- Pedir su colaboración y dar tiempo a que la inicie.
- Mantener el control de la situación y si se percibe que no se puede afrontar la situación, pedir ayuda y no continuar forzando la situación.

B) Medidas ambientales y/o conductuales:

- Restricción de estímulos: eliminar o reducir el número de estímulos provocadores de respuesta agresivas o violentas (Por ejemplo: esperar en una sala silenciosa)
- Cambiar de entorno social:
 - Introducir alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas. (p.e. figura de autoridad, de fuerza o significativa para el paciente)
 - Sacar fuera del contexto a las personas provocadoras, querulantes o que presenten confrontación con el paciente.

- Posibilitar y/o facilitar la ejecución de respuestas incompatibles con la agitación o alternativas (p.e. realizar alguna actividad física como pasear, fumar, llamar por teléfono, beber algo...)
- Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas o desacuerdos tanto verbalmente como por escrito (p.e. hoja de reclamación, atención al paciente, citación al juez.).
- Ayudar a la realización de actividades desactivadoras como técnicas respiratorias o relajación muscular...
- Formalizar en el ámbito verbal un contrato conductual en el que se explicita tanto las conductas no permitidas como las esperadas, así como las consecuencias que se seguirán de la emisión o no de tales conductas dentro del marco de la Institución donde nos movemos.

5.2. CONTENCIÓN QUÍMICA: su utilidad depende de la situación del paciente, suele ser de elección cuando la causa es orgánica. Generalmente se realiza cuando la contención verbal no ha sido efectiva; en tal caso se avisa al psiquiatra para que valore la necesidad de utilizar fármacos y lo comunique a enfermería para su administración.

5.3. CONTENCIÓN MECÁNICA: utilizada generalmente como último recurso y en casos de agitación grave con síntomas de violencia inminente o dudas diagnósticas sobre el proceso.

FINALIZACIÓN DE LA MEDIDA

La finalización de la medida terapéutica utilizada tendrá lugar cuando el equipo valore que la necesidad de tal medida haya cedido y/o, en casos como la contención mecánica, tras la indicación médica.

ANEXO XV. PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE LA COMISIÓN JUDICIAL INTRODUCCIÓN

Por las características de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, es posible que se reciba la visita de la comisión judicial, debido al internamiento involuntario de algunos pacientes en la unidad. La visita de la comisión judicial debe considerarse como una actuación prioritaria, excepto que coincida con situaciones de urgencia que recomienden lo contrario.

ÁMBITO

El siguiente protocolo es de obligado cumplimiento para todo el personal de la UHB de Psiquiatría.

OBJETO

El objetivo principal del actual protocolo es normalizar como debemos actuar durante las visitas de la comisión judicial.

DESARROLLO

- Comunicar a todo el equipo la llegada de la comisión judicial antes de que entren en nuestra unidad.
- El DUE responsable del paciente acompañará a la comisión judicial desde la puerta de acceso a la unidad a uno de los despachos médicos.
- El AE responsable del paciente acompañará al mismo hasta el despacho médico. Le preguntará a la comisión si es necesario su presencia en el interior del despacho o que la puerta quede abierta. Si no estuviera dentro del despacho médico, con la puerta cerrada o abierta, permanecerá en la puerta de la consulta.
- Si el personal de enfermería sospecha que la situación clínica del paciente puede requerir una intervención por sus alteraciones de conducta, a la puerta del despacho médico, aparte del auxiliar, también permanecerá el enfermero responsable del paciente. Todo el equipo será prevenido sobre la posible realización de una contención mecánica y esta se hará siguiendo el protocolo diseñado para la misma.
- En los casos en los que el paciente a valorar por la comisión judicial permanezca con contención mecánica, el enfermero responsable del paciente acompañará a la comisión judicial hasta la habitación del paciente tras la transmisión de información por parte del psiquiatra responsable del mismo en el despacho médico.
- Cuando finalice la visita judicial, el DUE responsable debe acompañar a la comisión judicial hasta la salida.
- El TIGA verificará que todas las puertas de la unidad (salida, despachos...) quedan perfectamente cerradas.

ANEXO XVI. PROTOCOLO DE REGISTRO DE INCIDENCIAS

INTRODUCCIÓN

El registro de cualquier incidente o suceso adverso que pueda ocurrir en la UHB y por extensión en cualquier otra instalación del Hospital, adquiere una gran relevancia puesto que de su correcto registro dependerá el poder realizar un análisis exhaustivo de las causas y con ello evitar, en la medida de lo posible, que vuelva a producirse.

A continuación se exponen algunas definiciones relevantes en este contexto según lo definido por la Observación Regional de Riesgos Sanitarios:

- **Incidente:** Suceso o situación que podría haber conducido a un accidente, lesión o enfermedad pero que no se produjo, porque se intervino a tiempo o por otras razones.
- **Suceso adverso:** Daño ocasionado al paciente, no relacionado con la evolución natural de la enfermedad o con la esperada del tratamiento.

ALCANCE

Este protocolo va dirigido a todo el personal de enfermería que trabaja en la UHB del Hospital Infanta Cristina.

OBJETO

Este protocolo es el conjunto de normas establecidas y descritas que deber ser llevadas a cabo por el personal de enfermería cuando ocurra cualquier incidente o suceso adverso en la unidad.

Debe ser utilizado en combinación con otros protocolos relacionados con el incidente que genere la necesidad de registro, como puedan ser por ejemplo el de fuga, incendio...

DESARROLLO

Cuando ocurra un incidente o suceso adverso el personal de enfermería deberá recabar la información necesaria para que quede registrado el hecho en la historia clínica de cada paciente.

Se debe asegurar la confidencialidad de los pacientes de tal forma que par identificarles en la historia clínica de otros pacientes se realizará mediante su número de habitación (por ejemplo, D. Fulanito de tal se fuga con el paciente de la habitación C055).

Se debe recopilar información en cuanto a:

- Cuestiones sobre el personal.
- Factores organizativos.
- Cuestiones sobre la información.
- Cuestiones relativas al entorno de trabajo.
- Factores incontrolables.
- Fallos en el equipamiento y los materiales.
- Fallo en la coordinación y comunicación con el equipo.
- Factores individuales.
- Factores del paciente y/o familia.
- Actuaciones emprendidas ante la aparición del evento.

El registro debe hacerse de tal forma que se relacione en forma de cronograma secuencial de los hechos acontecidos y las medidas emprendidas en la resolución del mismo. Así pues, se registrará de la siguiente manera:

- Fecha y Hora
- Lugar
- Personas implicadas
- Descripción del incidente o suceso adverso
- Consecuencias del mismo
- Actuaciones emprendidas por el personal de la UHB desglosado por horas

Por último se cumplimentará, de forma voluntaria, la hoja para la comunicación de incidentes del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios.

ANEXO XVII. PROTOCOLO VISITAS DE FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDAD DE PSIQUIATRIA

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes ingresados en la UHB, independientemente que su ingreso sea voluntario o involuntario, se encuentran en una unidad con entrada y salida limitada. Dentro de los derechos del paciente está el recibir visitas, así como dentro de los derechos de los familiares y amigos está el visitar a sus parientes.

Las visitas de familiares deben enmarcarse en el Plan de Tratamiento Individualizado para cada paciente, máxime si tenemos en cuenta que en bastantes ocasiones existen disfunciones importantes parento-filiales, así como la frecuente manipulación afectiva de los pacientes hacia los padres durante las dificultades propias de la hospitalización.

AMBITO Y ALCANCE DE APLICACIÓN:

- Personal sanitario que trabaja en la UHB.
- Paciente de familiares ingresados en la UHB.
- Familiares y amigos de pacientes ingresados en la UHB.

OBJETIVO:

El objetivo de este protocolo es normalizar la recepción, entrada, visita y salida de los familiares en la UHB, de tal forma que se resguarde la seguridad y el cumplimiento de la normativa legal con respecto a las visitas en la UHB.

RECURSOS HUMANOS:

- Equipo sanitario de la UHB de Hospital Infanta Cristina:
- Enfermeros/as.
- Auxiliares de enfermería
- TIGAs

PROCEDIMIENTO:

- El horario de visitas en la Unidad de Psiquiatría será desde las 17:30 h a las 20:00 h, de lunes a domingo.
- El número máximo de visitas por paciente será de dos personas al día, mayores de edad y sin intercambiarse (quedará a valoración por parte del facultativo, aumentar el número de personas que pueden visitar al paciente).
- Las visitas que lleguen a esta unidad antes de la hora de visita, deberán esperar en la puerta hasta las 17:30 h, en que personal autorizado (TIGA) les abrirá personalmente.
- Si llegan durante el periodo de visita, cuando llamen para la apertura de la puerta el TIGA personalmente irá a realizar la apertura y verificará el correcto cerrado de la misma posteriormente a la entrada de cada visita.
- No está permitido la entrada de las visitas en el interior de las habitaciones bajo ningún concepto.
- Está prohibida la introducción de alimentos, bebidas, drogas u otras sustancias en la unidad.
- Los familiares y visitas pueden traer al paciente ropas y artículos de aseo personal, los cuales deben ser entregados al personal de la unidad para su registro y control.

- No está permitido a las visitas fumar dentro de la unidad de psiquiatría, dar tabaco al paciente, ni pasarle llamadas por el móvil.
- En caso de tener salidas autorizadas el paciente con familiares, éstos deberán responsabilizarse de lo que le pudiera ocurrir al paciente, firmando para ello el documento de permiso de salida.
- A la vuelta de la salida, los familiares deberán comunicar al personal de la unidad cualquier tipo de incidencia que se hubiese producido.
- A las 20:00 h se procederá a comunicar a las visitas la finalización del periodo para las mismas.
- El TIGA, al final del periodo de visitas o al finalizar la familia la visita a un paciente, acompañará personalmente a los visitantes, realizando la apertura de la puerta y comprobando el correcto cerrado de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- *Manual de procedimientos de Enfermería del Hospital Infanta Sofía*. Madrid, 2008.
- *Manual de procedimientos de Enfermería del Hospital de León*. León, 2007.
- Pérez Sosa, A. *Manual de procedimientos de enfermería psiquiátrica*. Trillas, México, D. F: 1998.
- ASMR Revista Internacional On-Line – Dep. Leg. BI-2824-01 – ISSN 1579-3516CORE Academic, Instituto de Psicoterapia, Manuel Allende 19, 48010 Bilbao (España). Copyright © 2008.

ANEXO XVIII. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS DE PSICOFÁRMACOS.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

La utilización de fármacos es uno de los aspectos más importantes del tratamiento de la enfermedad mental.

Los fármacos más empleados en la Unidad de Psiquiatría van a ser antipsicóticos, antidepresivos, eutimizantes, y ansiolíticos e hipnóticos.

En función del tipo de tratamiento farmacológico que reciban, los pacientes serán más susceptibles de presentar diferentes efectos secundarios.

Asegurar la adherencia terapéutica y observar la respuesta a su administración, así como identificar posibles efectos secundarios del tratamiento con psicofármacos, son una de las funciones más importantes de la enfermera en salud mental. Por ello es necesario un protocolo de actuación que permita intervenir de forma unificada cuando la persona con una enfermedad mental esté en tratamiento con psicofármacos.

Además, una de las causas principales por las que las personas con una enfermedad mental abandonan el tratamiento, es el miedo a sufrir los efectos secundarios o la disminución en la calidad de vida que éstos producen.

OBJETIVOS

- Reconocer los efectos secundarios característicos de los diferentes grupos de psicofármacos, valorar su aparición y realizar las intervenciones más indicadas ante dichos efectos.
- Proporcionar información suficiente y adecuada a los pacientes, que les permita detectar a tiempo los efectos secundarios de los psicofármacos y saber qué deben hacer si se presentan, contribuyendo a que se reduzca la tasa de abandono de tratamiento.

DIRIGIDO A:

Pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría a los que se les administren psicofármacos.

METODOLOGÍA DE ACTUACIÓN:

Antipsicóticos (Haloperidol, Risperdal, Zyprexa, Sinogan, Largactil, etc.).

EFEECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Sequedad de boca.	Subjetiva del paciente. Leve disartria.	Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar. Aconsejar beber pequeños sorbos de agua. Asegurar una higiene bucodental correcta.
Visión borrosa.	Subjetiva del paciente	Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas. Evitar conducir o manejar aparatos peligrosos.
Retención urinaria. Estreñimiento.	Presencia de distensión vesical. Patrón de eliminación c/24h Dolor/pesadez abdominal.	Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, añadir fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
Hipotensión ortostática.	Valorar TA c/24h. o más frecuentemente si es necesario.	Enseñar al paciente a cambiar de postura lentamente, sobre todo al levantarse. Advertir al paciente anciano que pida ayuda para levantarse.
Arritmias. Taquicardia.	Valorar FC c/24h. o cuando sea necesario.	En el caso de la Clozapina, suspender la dosis si el pulso es superior a 140 latidos/minuto. Avisar psiquiatra. Decir al paciente que comunique cualquier sensación de palpitaciones, mareo...
Sedación. Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno. Marcha inestable.	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta.
Disfonía aguda.	Espasmo muscular breve o sostenido, a menudo con movimientos anormales lentos (músculos faciales sobre todo).	Estar al lado del paciente para tranquilizarlo y avisar al médico para que prescriba la medicación precisa y administrarla.
Acatisia.	Movimientos constantes involuntarios y sensación de inquietud interior.	No presionar al paciente para que no se mueva, hacerle saber que entendemos su necesidad de moverse.
Pseudoparkinsonismo	3 síntomas parkinsonianos principales: temblor, rigidez y bradicinesia.	Tranquilizar al paciente. Comunicarlo al Psiquiatra para que pauté el tratamiento preciso.
Síndrome neuroléptico maligno.	Hipertermia, rigidez muscular e hipertensión.	Suspender administración de la medicación y avisar al psiquiatra.
Aumento de peso.	Pesar periódicamente.	Dieta equilibrada. Ejercicio físico moderado.

Antidepresivos (Seropram, Anafranil, Vandral, Prozac, Rexer, Seroxat, Vandral, etc.).

EFEECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Boca seca.	Subjetiva del paciente. Leve disartria.	Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar. Aconsejar beber pequeños sorbos de agua. Asegurar una higiene bucodental correcta.
Cefaleas.	Subjetiva del paciente.	Ambiente tranquilo. Comunicarlo para que se pauten tratamientos oportunos.
Dificultad al orinar.	Presencia de distensión vesical.	Comunicar al psiquiatra.
Estreñimiento.	Patrón eliminación c/24h. Dolor/pesadez abdominal.	Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, añadir fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
Insomnio.	Patrón de sueño/descanso.	Favorecer ciclos regulares de sueño-vigilia. Disminuir la ansiedad. Mantener ambiente adecuado.
Náuseas.	Tolerancia a líquidos/sólidos	Comunicar al psiquiatra.
Nerviosismo. Inquietud.	Conductual.	Disminuir ansiedad con contención verbal. Avisar al psiquiatra.
Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta
Visión borrosa.	Subjetiva del paciente.	Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas. Evitar conducir.

Estabilizadores del ánimo (Plenur, Depakine, Tegretol, etc.)

EFEECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Confusión.	Nivel de conciencia.	Orientar en la realidad. Comunicarlo al psiquiatra.
Diarrea.	Patrón de eliminación c/24h.	Forzar ingesta hídrica. Dieta astringente. Comunicar por riesgo de intoxicación (Plenur).
Disartria.	Dificultad para hablar.	Explicar que disminuye con el tiempo. No presionar al paciente. Utilizar medios para facilitar la comunicación.
Temblor distal.	Aparición del efecto.	Explicar que disminuye con el tiempo.
Intoxicación (Plenur).	Factores predisponentes: deshidratación, hiponatremia, insuficiencia renal.	Si náuseas, vómitos, diarrea, ↓ nivel conciencia avisar al psiquiatra.

Benzodiacepinas (Tranxilium, Valium, Orfidal, etc.)

EFECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Enlentecimiento psicomotor.	Bradilalia, bradipsiquia y bradicinesia.	Explicar que disminuye con el tiempo. Estimular al paciente.
Sedación. Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno. Marcha inestable.	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta.
Trastornos de la memoria.	Subjetiva del paciente. Conductual.	Orientar en las actuaciones al paciente. Comunicar al psiquiatra.

ANEXO XIX. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LITIO

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

La utilización de fármacos es uno de los pilares básicos en el tratamiento de la enfermedad mental.

Uno de los fármacos empleados en los trastornos psiquiátricos es el Carbonato de Litio, de utilidad en episodios maníacos, trastorno bipolar mixto, maniaco o depresivo, trastorno esquizoafectivo, trastorno personalidad tipo borderline, depresiones resistentes, profilaxis depresión mayor, alcoholismo, estados de agresividad, hipersexualidad...

Asegurar la adherencia terapéutica y observar la respuesta a su administración, así como identificar posibles efectos secundarios del tratamiento con Litio, son una de las funciones más importantes de la enfermera en salud mental. Además, una de las causas principales por las que las personas con una enfermedad mental abandonan el tratamiento, es el miedo a sufrir los efectos secundarios o la disminución en la calidad de vida que éste puede producir.

Por ello es necesario un protocolo de actuación que permita pilotar la administración de Litio en personas con enfermedad mental, de tal forma que podamos observar de manera precoz todos los efectos secundarios “no deseados” y conseguir una mayor adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS:

- Reconocer los efectos secundarios característicos de la administración de Litio, valorar su aparición y realizar las intervenciones más indicadas ante dichos efectos.
- Proporcionar información suficiente y adecuada a los pacientes, que les permita detectar a tiempo los efectos secundarios que provoca la administración de Litio y saber que deben hacer si se presentan, contribuyendo a que se reduzca la tasa de abandono de tratamiento.

DIRIGIDO A:

Los DUE de cualquier unidad del Hospital Infanta Cristina, y en especial a los diplomados de la Unidad de Psiquiatría, para aplicarlo en pacientes en los que se inicie la administración de carbonato de litio, o aquellos que siguen un tratamiento de litio previo al ingreso.

METODOLOGIA DE ACTUACIÓN:

<u>Efectos secundarios</u>	<u>Valoración</u>	<u>Intervenciones</u>
Aumento de peso	-Valorar peso diario -Valorar IMC periódicamente	-Dieta equilibrada <i>normosódica</i> -Ejercicio moderado -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso.
Arritmias(puede aparecer taquicardia sinusal, bradicardia, bloqueos aurículo-ventriculares, extrasístoles ventriculares...)	-Valorar FC c/24h o más frecuentemente si es necesario	-Comunicar al paciente que comunique a enfermería cualquier sensación de palpitaciones, mareo... -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso.
Hiponatremia (Si el cuerpo pierde sal, los riñones eliminarán el litio más lentamente y se acumulará en el cuerpo, produciendo toxicidad por acumulación de litio)	-Valoración mediante analítica sanguínea a petición del psiquiatra responsable.	-Dieta con sal (normosódica). -Beber abundantes líquidos (2 o 3 litros al día) -Evitar cafeína. -Especial vigilancia en pacientes con tratamiento diurético, vómitos, diarreas, fiebre, exceso de sudoración...
Temblores distales en manos	-Vigilar aparición de temblores distales ya sean leves o intensos	-Tranquilizar y explicar a paciente que los temblores disminuirán con el tiempo. -Evitar estimulantes en la dieta como cafeína o teína. -Ayudar a paciente a realizar todas las ABVD que no pueda realizar por si mismo al presentar dicho efecto secundario.

		-Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso.
Polidipsia	-Valorar patrón nutricional-metabólico	-Forzar ingesta hídrica, evitando bebidas azucaradas (aumento de peso). -Indicar que se pueden usar chicles o caramelos sin azúcar. -Asegurar una buena higiene dental. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto secundario.
Poliuria(poca probabilidad nicturia o incontinencia urinaria)	-Valorar patrón de eliminación c/24h.	-Forzar ingesta hídrica. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso.
Nauseas/Vómitos	-Vigilar aparición de nauseas, valorar aspecto de vomito	-Tranquilizar y explicar a paciente que es un efecto común que desaparecerá en las primeras semanas. -Tomar litio en las comidas. -Tolerancia a líquidos/sólidos. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso
Diarrea	-Valorar patrón de eliminación c/24h	-Tranquilizar y explicar a paciente que es un efecto común que desaparecerá en las primeras semanas. -Dieta astringente. -Forzar ingesta hídrica. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso
Fasciculaciones/Tics	-Vigilar aparición de fasciculaciones o tics que son pequeñas e involuntarias contracciones musculares, que no producen movimiento de miembros.	-Tranquilizar y explicar a paciente que las fasciculaciones disminuirán con el tiempo. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso.
Visión borrosa	-Valoración subjetiva del paciente.	-Tranquilizar y explicar a paciente que la visión normal se

		recuperará en días. -Ayudar a paciente a realizar todas las ABVD que no pueda realizar por si mismo al presentar dicho efecto secundario. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso.
Edemas	-Vigilar sistema tegumentario, sobre todo aparición de fóveas en tejido laxo.	-Reposo en cama con elevación de extremidades. -Utilización de medias elásticas para movilizar edemas y favorecer retorno venoso.
Debilidad muscular	-Valoración subjetiva del paciente	-Ayudar a paciente a realizar todas las ABVD que no pueda realizar por si mismo al presentar dicho efecto secundario. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto secundario
Vértigo	-Valorar TA c/24h o frecuentemente si es necesario.	-Mantener un ambiente tranquilo, sin excesiva luz ambiental. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto secundario.
Disartria	-Valorar la aparición de dificultad en el habla del paciente	-Tranquilizar y explicar al paciente que disminuye con el tiempo. -Utilizar medios para facilitar la comunicación con el paciente. -Informar a psiquiatra sobre aparición de efecto adverso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La administración de carbonato de litio de forma continuada puede acarrear una serie de efectos secundarios que hacen que el paciente, frente a la aparición de los mismos abandone el tratamiento. El personal de enfermería valorará dichos efectos secundarios y los anotará de manera unificada, personal por paciente, de manera gráfica en ANEXO1 para un exhaustivo control de estos efectos secundarios, y poder realizar las posibles intervenciones de enfermería apropiadas al efecto adverso acontecido.

BIBLIOGRAFÍA:

- Argullo Hernández, MD, et al. Trastorno bipolar. Seguimiento en una clínica de litio. Rol de Enfermería; 2000; 23:177-180.
- Tratamiento con Litio. Guías de educación sanitaria nº 2. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.1990
- Guía de tratamiento con sales de litio. Manual para el paciente. OME. Dirección de psiquiatría comunitaria y salud mental.
- Cerecedo Pérez, MJ, et al. Trastorno bipolar. Fisterra. Guías clínicas 2006; 6 (3)

PACIENTE		NHC		Nº HABITACIÓN	
FECHA					
PESO					
T.A.					
F.C.					
<i>EFFECTOS ADVERSOS</i>					
Temblor débil de manos					
Temblor intenso de manos					
Fasciculaciones/Tics					
Debilidad muscular					
Vómitos					
Diarrea					
Polidipsia					
Poliuria					
Edemas					
Visión borrosa					
Vértigo					
Disartria					
Otros					

ANEXO XX. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UHB A PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) tienen una gran relevancia sociosanitaria por el interés social que despiertan, su gravedad, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico e intervención terapéutica.

Son entidades que implican aspectos psicológicos pero también íntimamente relacionadas con el cuerpo y el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias. Presentan una etiología multifactorial y precisan de un abordaje multidisciplinar.

La hospitalización es una fase más del tratamiento de los TCA y puede ser necesaria al inicio o a lo largo de la evolución del trastorno. La indicación de ingreso se origina tanto desde Atención Primaria como desde los equipos de Salud Mental, pero debe realizarse siempre en coordinación con los dispositivos asistenciales hospitalarios y extra hospitalarios que se hacen cargo del paciente. Además es conveniente que mientras dure la hospitalización se mantenga un contacto fluido y frecuente con los profesionales implicados en el tratamiento hospitalario, de tal forma que exista comunicación sobre la evolución del paciente y se haga una planificación conjunta previa al alta hospitalaria.

El ingreso se realizará en unidades de psiquiatría, medicina interna o nutrición, a consensuar en función de los recursos disponibles, o en pediatría en menores de 18 años.

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es el trastorno de conducta alimentaria caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal, una preocupación excesiva por el peso y la comida y un miedo excesivo a engordar y una alteración del esquema corporal. El adelgazamiento se consigue suprimiendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan” y con cierta frecuencia con la creencia de que el peso disminuye mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo diuréticos etc.

Clásicamente se distinguen:

Anorexia Nerviosa RESTRICTIVA es aquella en la que el paciente se limita a la restricción de su dieta.

Anorexia Nerviosa PURGATIVA es aquella donde hará uso de maniobras compensatorias para evitar el aumento de peso.

BULIMIA NERVIOSA

Es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a los que es normal ingerir en circunstancias similares, con pérdida de control sobre los mismos. Seguidos de episodios purgativos o restrictivos de comida. Si lo que aparece son los episodios de atracones estaríamos frente a un **TRASTORNO POR ATRACÓN**.

CRITERIOS DE INGRESO

A) EN UNIDAD CONVENCIONAL A CARGO DE ENDOCRINO:

FACTORES ORGÁNICOS

- IMC menor de 15,5-16. Pérdida brusca de más del 30% del peso adecuado a talla y edad.
- Bradicardia FC<40 l pm; Hipotensión TA<90/60 mm Hg; Glucemia <60; hipopotasemia K<3meq/l. Desequilibrios hidroelectrolíticos. T^a <36,1°C. Deshidratación. Afectación orgánica hepática, renal o cardiovascular que requiera tratamiento agudo.
- En niños: - FC<40 l pm; Cambios en la TA ortostática (incremento < 20lpm o > 10-20 mm Hg)TA<80/50 mm Hg; Hipopotasemia; Hipomagnesemia
- Pérdida de peso de más del 30% en menos de 3 meses.
- Peso inferior al 65% del peso ideal.
- Alteración metabólica severa:
- Bradicardia con frecuencia cardiaca inferior a 40 lpm
- Potasio sérico inferior a 2,5meq a pesar de una suplementación adecuada.
- Nitrógeno ureico (BUN) superior a 30mg/dl con función renal normal.
-

B) EN UHB A CARGO DE PSIQUIATRIA:

FACTORES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS

- Falta de motivación y rechazo al tratamiento.
- Presencia de planes o tentativas de conductas suicidas.
- Cualquier trastorno psiquiátrico comórbido que requiera hospitalización.

FACTORES SOCIALES:

- No poseer una estructura para comer y aumentar de peso.
- Existen conflictos y problemas familiares o ausencias graves que no hacen posible un tratamiento estructurado en casa.

OBJETIVOS DEL INGRESO HOSPITALARIO

A) RECUPERACIÓN DEL EQUILIBRIO ORGÁNICO.

Hidratación adecuada.

Recuperación de peso con aporte dietético adecuado.

Tratamiento de las complicaciones orgánicas.

Normalización de hábitos alimentarios: incluido ATRACONES, PURGAS.

B) PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS:

Manejo intrahospitalario orientado a observación de conducta y modificación de actitudes.

Conciencia de enfermedad.

C) SOCIAL:

Modificar factores sociales que provocaron el ingreso.

D) PREPARACIÓN AL ALTA Y COORDINACIÓN DE DISPOSITIVOS AMBULATORIOS:

Facilitar cita de seguimiento.

INGRESO EN UHB

a) RECEPCIÓN AL PACIENTE

La base de la atención al paciente con TCA es establecer una relación de confianza enfermera-paciente que se debe iniciar en el mismo momento del ingreso. Hay que tener en cuenta las características personales y familiares de cada paciente para que la atención de enfermería sea individualizada.

En el momento en que el paciente entra en la UHB debe ser recibido por una enfermera. Ésta llamará al paciente por su nombre y se presentará, indicándole su

disponibilidad para ayudarle en lo que necesite. La enfermera acompañará al paciente a su habitación, donde le explicará meticulosamente (si es la primera vez que ingresa) el funcionamiento de la misma (mobiliario, luces, baño....

Se recogerá al paciente los objetos personales (custodia seguridad), ocasión que debe aprovecharse para observar (medicamentos, laxantes, dulces, etc.), posteriormente se le enseña el resto de la unidad (comedor, sala de terapia ocupacional, sala de la televisión, etc.) y se le presenta al resto del equipo de enfermería así como a los demás pacientes.

Una vez realizado el ingreso, se establecen los objetivos que queremos lograr con cada paciente y que dependerán de sus características personales y familiares.

b) PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA. (PAE)

VALORACIÓN

PROCEDENCIA: Urgencias ó indicar dispositivo extra-hospitalario (ingreso programado).

MOTIVO DEL INGRESO: Criterio de ingreso.

INGRESOS ANTERIORES.

TIPO DE INGRESO: VOLUNTARIO/ INVOLUNTARIO.

ESTADO CIVIL:

CONVIVENCIA HABITUAL:

SITUACIÓN LABORAL:

OCUPACIÓN:

ACOMPañADO:

RECOGIDA DE OBJETOS PERSONALES:

HÁBITOS TOXICOS: FUMADOR, BEBEDOR, DROGAS Y SDR. DEPRIVACIÓN.

ANTECEDENTES DE INTERÉS Y ALERGIAS:

TRATAMIENTO HABITUAL:

PESO:

TALLA:

IMC:

TOMA DE CONSTANTES VITALES: TA, FC, en sedestación y bipedestación, con una diferencia de tiempo entre el cambio de posición, de 1 a 3 minutos. Valoramos aumento de TA por esfuerzo físico, emociones fuertes y la hipotensión ortostática debido a deshidratación, uso diuréticos. *T^a, Sat 02.*

Realizar **ECG** (ingreso y cuando sea preciso).

Medir **glucemia** capilar.

1.- RESPIRACIÓN:

Eupneica

Disnea

Hiperventilación

2.- ALIMENTACIÓN:

La importancia de una correcta técnica de entrevista de enfermería al valorar este patrón es muy elevada. Por ello debemos intentar que la información sea la mas real posible, empatizar con la paciente para que no tenga miedo de contarnos cual es su forma de relacionarse con “su alimentación” en este sentido.

Autonomía

Portador de prótesis

Restricción alimentaria; motivo: alteración deglución.

Intolerancia alimentaria. Alergias.

Variación importante de peso-kg-meses

Conductas purgativas. Atracones

Consumo pastillas adelgazantes

Tipo de alimentación que lleva

Hábitos sociales alrededor de la comida: Donde come, y con quien come, rituales relacionados (partir la comida en trozos muy pequeños, esparcir la comida por todo el plato...)

Hidratación: Que líquidos ingiere, cantidades al día

“Alimentos prohibidos “: los que estos pacientes se prohíben a si mismos.

Signos frecuentes en pacientes TCA:

Signo de Russel: (callosidades, en los nudillos de las manos por los vómitos auto provocados)

Alteraciones dentales, exceso de caries, alteraciones en el esmalte dental, lesiones en el paladar, xerostomía.

Alteraciones clínicas del aparato digestivo diagnosticadas, valorar su posible presencia:

Hipertrofia de glándulas salivares, hipertrofia paratidoidea, esofagitis, trastornos de la motilidad, dilatación aguda del estomago, vaciamiento gástrico retrasado a sólidos, reflujo gastroesofágico, síndrome dumping (vigilar glucemias)

3.- ELIMINACIÓN:

El patrón de eliminación en estas pacientes, también está muy alterado, debido al uso que hacen de él en las conductas purgativas. Así como la inestabilidad que se crea cuando se producen abundantes cambios de ritmo intestinal, ayunos prolongados.

Tiempo que pasa en el baño, rutina “agua corriendo o ruido para amortiguar el vómito”

Intestinal:

Frecuencia deposición

Características

Uso de laxantes, supositorios, masajes.

Fecha última deposición

Miccional:

Continente

Uso de diuréticos

4.- MOVILIZACIÓN:

Ejercicio: duración, cuando (después de las comidas)

Posturas tensión muscular

5.- REPOSO-SUEÑO:

Ansiedad

Insomnio, al conciliar el sueño, precisa fármacos

Estado de conciencia

Horas de sueño: diurnas y nocturnas.

Percepción del descanso

Pesadillas durante el sueño

Signos frecuentes en pacientes TCA:

Suele tener ciclos de vigilia muy continuados, debido al miedo a dormir, las pesadillas o en el pensamiento único sobre la comida que impide conciliar el sueño.

6.- VESTIDO:

Autonomía

Descuidado

7.- TERMORREGULACIÓN:

Acrocianosis con frialdad e manos y pies

8.- HIGIENE-PIEL:

Autonomía para mantener higiene

Autolesiones (bulimicas)

Signos frecuentes en pacientes TCA:

Atrofia muscular

Piel seca agrietada,

Pérdida del tejido celular subcutáneo

Posible pigmentación de la piel carotinemia, coloración anaranjada de la palma de las manos por falta de vitamina A

Pelo seco, áspero y frágil.

Uñas quebradizas Visualización de prominencias óseas

Edemas en las extremidades y parpebrales

9.- SEGURIDAD:

Grado de vigilancia

Estado de agitación

Trastorno del pensamiento

Riesgo de lesión: auto dirigida, dirigida a otros

Riesgo de fuga

Seguridad: riesgo intoxicación

Contención mecánica

10.- COMUNICACIÓN:

Alteración de la percepción/ comunicación: alucinaciones auditivas, visuales

Núcleo familiar, nº personas que conviven, estructura familiar.

Sensación de soledad, de aislamiento social, de sentirse querido por alguien Relaciones actuales, como son con que frecuencia se comunica con ellos, que grado real de intimidad hay.

Cambios en las relaciones: Separaciones o divorcio de los padres. Separación de la pareja.

Datos ginecológicos:

Fecha última regla

Alteración sexual

Edad de menarquia, ciclos (frecuencia / duración)

Alteraciones: AMENORREA tiempo de evolución de la amenorrea, a que la “a chaca” la paciente, le preocupa (nota: hay pacientes que tienen un miedo elevado a crecer por lo que no tener la menstruación las infantiliza ante ella y los demás, les agrada esta idea.)

Historia obstetricia:

Gestaciones, abortos (provocados o espontáneos) y partos

Uso de anticonceptivos hormonales, edad de inicio, motivo

Revisiones ginecológicas: periodicidad

Vida sexual:

Inicio de las relaciones sexuales

Problemas en las primeras relaciones.

Abusos o situaciones de agresividad.

Satisfacción en las relaciones sexuales

11.- CREENCIAS-RELIGIÓN:

Percepción de la situación actual

Trastorno imagen corporal- autoestima

Estado de ánimo.

El patrón de Autoestima y auto percepción es junto con el patrón de alimentación el que más deteriorado se encuentra. Recordar que los TCA cursan con una baja autoestima generalizada, aunque en apariencia y ante los demás se muestren de forma muy diferente. Vamos a valorar cuáles son sus referentes en la vida, que valor le da sobre todo a la moda, la estética, si para ella es como algo sobre el que ha de girar toda su capacidad vital.

12.- TRABAJAR:

Alteración en la imagen

Alteración conducta

Detección alteración relación: parentales, rol comunicación

Trabaja, estudia

Repercusión en su profesión

Contacto con personal

Nivel de estudios, notas durante los estudios, cambios en estas.

Capacidad de concentración

Dificultad, fallos en la utilización de memoria, reciente y pasada

Sensación de incapacidad menor rendimiento para la actividad intelectual

Objetivos a nivel de estudios o trabajo, ¿son propios o impuestos? considera que son muy elevados, ¿que pasaría si los baja?

Tiempo de dedicación al trabajo o estudio

Otras habilidades artístico- manuales

Habilidades de comunicación: vocabulario, mirada, fluidez

Empobrecimiento de la capacidad creadora y la fantasía

13.- RECREARSE:

Participa en actividades usuales

14.- APRENDER:

Conoce la enfermedad

Acepta la enfermedad

En general se tiene la percepción de que las pacientes con TCA son personas con un alto coeficiente intelectual, pero más que señalar el nivel de inteligencia se ha de resaltar el nivel de perseverancia y competitividad consigo mismo, por lo que llegan a ponerse metas muy altas, que desarrollan con su capacidad de sacrificio, más que por las aptitudes neuronales.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERA, OBJETIVOS, EJECUCIÓN:

DE. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO O EXCESO

R/C

AUTOPRIVACIÓN DE ALIMENTOS

PROVOCACIÓN DE VÓMITOS

ATRACONES

MECANISMOS COMPENSATORIOS

NOC:	NIC:
Control de peso	<p>Acuerdo con el paciente.</p> <p>Ayuda a ganar peso. DEFECTO</p> <p>Ayuda a disminuir peso. EXCESO</p> <p>Manejo de los trastornos de la alimentación.</p> <p>Modificación de la conducta.</p> <p>Monitorización nutricional</p>
Estado nutricional	<p>Ayuda a ganar peso.</p> <p>Etapas de la dieta.</p> <p>Manejo de la nutrición.</p> <p>Monitorización de signos vitales</p> <p>Enseñanza dieta prescrita. EXCESO.</p>

DE. HIDRATACIÓN INADECUADA POR DEFECTO

R/C

VOLUNTAD DE ENMASCARAR EL PESO

NOC:	NIC:
Mantendrá correcta hidratación	<p>Registro de ingesta.</p> <p>Estimular ingesta de líquidos.</p>

DE. MIEDO RELATIVO A LA POSIBILIDAD A AUMENTAR EL PESO

NOC:	NIC:
<p>Disminución del miedo.</p> <p>Aceptará un peso mínimo/ideal pactado.</p>	<p>Controlar la posible manipulación del entorno.</p> <p>Contrato terapéutico.</p>

DE. ESTREÑIMIENTO

R/C

ALIMENTACIÓN INADECUADA

ABUSO DE LAXANTES

NOC:	NIC:
Mejorará el hábitos intestinales	Enseñar la importancia de una dieta equilibrada. Establecer horario regular. Explicar riesgos del uso de laxantes.

DE. DEFICIT DE AUTO CUIDADOS:

ALIMENTACIÓN

BAÑO/HIGIENE

USO DEL WC

NOC:	NIC:
Autocuidados	Ayuda al autocuidado
ABVD	Mantenimiento de la salud
Autogestión de los cuidados Satisfacción del paciente	Manejo ambiental Enseñanza individual

COMPLICACIÓN POTENCIAL

MOVILIDAD EXCESIVA

R/C

NECESIDAD DE HACER GASTO ENERGÉTICO

NOC:	NIC:
Disminuir la actividad sobre todo antes, durante y después de la ingesta.	Explicar que el ejercicio post-ingesta dificulta la digestión. Evitar posturas de tensión muscular y adoptar otras más relajadas.

DE. ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

R/C

LA PERCEPCIÓN ERRÓNEA DE LA TALLA CORPORAL

NOC:	NIC:
Autoestima	Potenciación de la autoestima
Relativizará la importancia que se da a la estética imperante.	Rectificar/señalar las percepciones erróneas que verbalice sobre su imagen.
Asumirá su imagen corporal	Apoyo emocional. Grupo de apoyo. Potenciación de la imagen corporal. Terapia de grupo. Favorecer expresión de sus percepciones.
Modificación psicosocial: cambio estilo de vida	Aumentar el afrontamiento. Guía de anticipación

DE. FALTA DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

R/C

FALTA DE PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE A.N Y/O BULIMIA

NOC:	NIC:
Conocerá peligros de su comportamiento alimentario.	Informar peligros asociados a su conducta alimentaria.
Cambios de actitud en relación con la enfermedad.	Ayudar a reconocer las complicaciones físicas y psicológicas.

DE. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

R/C

MIEDO A ESTABLECER RELACIONES DE CONFIANZA CON LOS DEMÁS

NOC:	NIC:
Identificará nuevas conductas para establecer relaciones sociales efectivas.	Fomento del desarrollo de relaciones entre los miembros del grupo.
Habilidades de interacción social	Modificación de la conducta: habilidades sociales.

DE. BAJA AUTOESTIMA

R/C

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

NOC:	NIC:
Autoestima	Control del humor. Potenciación de la autoestima. Potenciación de la socialización. Reestructuración cognitiva. Aumentar el afrontamiento. Control del humor. Entrenamiento de la asertividad. Potenciación de la conciencia de sí mismo.

DE. AFRONTAMIENTO DEFENSIVO

NOC:	NIC:
Autoestima	Apoyo emocional. Potenciación de la autoestima. Potenciación de la conciencia de si mismo.
Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)	Ayuda a la modificación de si mismo. Facilitar la autoresponsabilidad Potenciación de roles.
Habilidades de interacción social	Entrenamiento de la asertividad. Estimulación de la integridad familiar .Modificación de la conducta.

DE. AISLAMIENTO SOCIAL

NOC:	NIC:
Habilidades de interacción social	Contacto. Modificación de la conducta: habilidades sociales
Implicación social	Facilitar el perdón. Potenciación de la socialización. Terapia de actividad.
Integridad de la familia	Apoyo al cuidador principal. Estimular la integridad familiar. Fomento de la normalización familiar

DE. RIESGO DE SUICIDIO

NOC:	NIC:
Autocontrol de los impulsos	Ayuda para el control del enfado. Control del humor. Entrenamiento para controlar impulsos. Prevención del suicidio.
Integridad de la familia	Intervención en casos de crisis

DE. DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN

NOC:	NIC:
Conducta de cumplimiento	Establecer objetivos
Modificación psicosocial	Aumentar el afrontamiento
Aceptación del estado de salud	Modificación de la conducta

DE. AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE

NOC:	NIC:
Relación entre el cuidador principal y el paciente	Apoyo al cuidador principal. Aumentar el afrontamiento. Cuidados intermitentes. Grupo de apoyo.

DE. POTENCIAL DE DISFUNCIÓN SEXUAL

R/C

DESINTERÉS POR LAS RELACIONES SEXUALES

INSATISFACCIÓN CON LAS MISMAS

SENTIMIENTOS DE SER DESEABLE

NOC:	NIC:
Analizará si se ha producido algún cambio en su forma habitual de expresión sexual	<p>Ayudar a identificar posibles cambios en la libido.</p> <p>Fomentar imagen de sí misma más positiva.</p> <p>Favorecer confianza y seguridad.</p>

ANSIEDAD

R/C

PREOCUPACIÓN EXTREMA CON EL PESO, LA SILUETA Y LA INGESTA DE ALIMENTOS.

NOC:	NIC:
Disminuirá el nivel de ansiedad mediante el aprendizaje de técnicas de relajación	<p>Valorar el nivel ansiedad</p> <p>Enseñar técnicas de relajación para adquirir mayor control emocional y explicar su utilidad para mejorar su conducta alimentaria.</p>

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON:

PESO:

Al ingreso peso, talla y cálculo de IMC.

A primera hora de la mañana se pesa a los enfermos, en condiciones basales (ayunas y vejiga vacía). Se debe pesar solo con ropa interior, sobre ingesta de agua previa. La frecuencia del control del peso estará regulada por el **contrato terapéutico (adjunto en anexos)**.

HIDRATACIÓN:

Realizar balance hídrico estricto. Ingesta y eliminación.

Registro vómitos.

ALIMENTACIÓN:

En psiquiatría:

Vigilancia en el comedor extrema sin que estos se sientan observados ya que intentaran camuflar la comida, no dejar elegir el sitio en el que sentarse.

En unidad convencional:

La bandeja se dejará 40 minutos para comer, en ningún momento se insistirá a la paciente a que coma. Tras este tiempo establecido se retira la bandeja sin recriminar en ningún momento.

USO DEL ASEO:

Permanecerá cerrado. Opcional antes de las comidas, no se podrá utilizar hasta que hayan transcurrido 45 minutos después de finalizar las comidas. Se acompaña a lavar los dientes y posteriormente se cierra el baño.

Acompañaremos al paciente, nunca entraremos dentro con él (excepto tras las comidas para lavarse los dientes). Estaremos pendientes ante cualquier sospecha purgativa, si sospechamos golpearemos la puerta preocupándonos por su estado. Respetar intimidad.

EJERCICIO FISICO:

Restricción total al principio si la causa del ingreso es por IMC bajo.

Se instaura según la fase en la que este del contrato terapéutico.

Tras las comidas se mantendrá reposo.

CONSTANTES VITALES:

TA, vigilar hipotensión arterial ortostática. Para ello tomaremos la TA en sedestación y bipedestación con una diferencia de tiempo entre una posición y otra de 1 a 3 minutos.

FC, valoraremos bradicardia

T^a, tendencia a temperaturas entre 35 y 36 grados.

Realizaremos glucemia basal,

Se realizaran en principio una vez al día, si el estado es grave 1 vez por turno.

EVALUACIÓN

CONTRATO TERAPÉUTICO:

Acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta, es fundamental que el paciente firme el contrato para poder trabajar con ellos.

Se acuerda el peso y como recuperarlo con refuerzos positivos o negativos según el cumplimiento.

A través de este contrato iremos evaluando los objetivos pactados con la paciente, según consiga objetivos o no continuara en el programa normal o especial.

Algunos objetivos se consiguen al lograr los pactados con la paciente, con terapias de grupo, terapia ocupacional, cuidados de enfermería y farmacología.

Es muy importante el conocimiento del contrato terapéutico firmado con el paciente, por todo el equipo multidisciplinar implicado en el tratamiento de estos pacientes para llevar a cabo el seguimiento de éste según esta pactado.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Principales efectos secundarios del tratamiento farmacológico:

VENLAFAXINA: Aumento transitorio de TA.

MIRTAZAPINA: Aumento de apetito y peso.

TOPIRAMATO: Al inicio del tratamiento mareos.

RISPERIDONA: Aumento de las cifras de prolactemia con posible galactorrea.

Efectos Extrapiramidales

FLUOXETINA: Molestias gástricas al inicio del tratamiento.

NUTRICIÓN

Todo lo relacionado con la dieta de estos pacientes; calorías, aportes y demás serán consensuados y establecidos por el servicio de endocrinología.

Dieta al ingreso: hipocalórica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma completo:

Leucopenia en el 23% de los pacientes con ayuno Hemoglobina: altos por la deshidratación, anemia macrocítica, normocrómica, normocítica o ferropénica

Vsg baja o normal (si aparece elevada buscar causa orgánica).

Bioquímica completa: Glucemia: generalmente baja Función renal: normal o alta por deshidratación, y baja por bajo consumo de proteínas Colesterol total: falsamente elevados por los niveles bajos de T3

N. de proteínas: normales, la albúmina puede estar alterada en ayunos de 4 semanas, y alterada en fases de deshidratación

La transferrina, prealbúmina, afectadas cuando hay ayunos o restricciones calóricas

Fosfatasa alcalina Transaminasas: GOT baja Iones: hipocaliemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipofostatemia.

Hormonas ginecológicas: FSH disminuida y gonadotropinas con niveles similares a edad pre-puberal, LH disminuida y se regula al aumentar un 10% de l peso mínimo

H tiroideas: aparece un síndrome eutiroides: TSH normal, disminución de T4 y normalidad o aumento de T3

Densitometría: a partir de 12 meses de amenorrea.

Rx: para valorar edad ósea en los más jóvenes.

AL INGRESO:

-Perfil clínico básico.

-Sistemático de orina.

-TSH

-Test de embarazo (en mujeres en edad fértil)

-Tóxicos en orina (actualmente se piden desde pantalla de urgencias)

TCA:

En todos: BQ: Iones, BUN, cr, TSH Hemograma completo y análisis d orina.

Pacientes desnutridos con síntomas graves: Ca, Mg, P, Función hepática, EKG.

Pacientes por debajo de su peso + 6m, Valoración de osteopenia y osteoporosis:

Densitometría, Nivel de estradiol, nivel testosterona en hombres.

Infrecuentes: Amilasa plasmática en vómitos persistentes, LH, FSH amenorrea persistente con peso normal, TAC/RMN engrosamiento ventricular relacionado con grado de malnutrición, Heces Pérdida oculta de sangre, sospecha abuso de laxantes.

ANEXOS:

A) Contrato terapéutico:

COMPROMISO TERAPÉUTICO. RÉGIMEN HOSPITALARIO

Nombre y fecha:

PRINCIPIOS GENERALES

- Nos gustaría informarte sobre las características más importantes de nuestro programa de tratamiento y sobre las normas básicas que utilizamos para tomar las decisiones adecuadas durante tu estancia en el hospital.
- Dado que existen diferencias individuales en cada uno de vosotros, éstas se tendrán en cuenta de forma que el programa de tratamiento se adapte a tu situación personal y a los cambios que vayas realizando.
- El primer logro a conseguir es restaurar un límite mínimo de peso y reorganizar tus pautas de comida. Para ello hemos diseñado un plan que te da cierta libertad pero que también incluye ciertas normas. Sólo en el caso de que seas incapaz de manejar tu propia libertad, asumiremos el control temporalmente.
- El objetivo principal es que puedas responsabilizarte de ti mismo de forma progresiva, dependiendo de tu evolución y de acuerdo a las normas que se detallan en la página siguiente.

REGULACIÓN DE LA COMIDA Y EL PESO

- Es necesario establecer un peso límite mínimo estable, en base a normas científicas y de acuerdo a tu altura y edad. En tu caso este límite mínimo de peso es de Kg, por debajo del cual pondrías en riesgo tu vida.
- El restablecimiento de este peso mínimo debe adquirirse de manera gradual y regular, ni muy rápido ni muy lento, siguiendo las condiciones expuestas a continuación:
- El peso no debe disminuir por debajo del peso que tenías cuando ingresaste: Kg.
- Partiendo del peso que tienes al ingreso, debes irlo subiendo gradualmente en proporción de 700 gr. a 1 Kg por semana, hasta conseguir el nivel mínimo pactado.
- Si en tres semanas consecutivas permaneces por debajo de este nivel mínimo, pasarás a un PROGRAMA ESPECIAL.
- El aumento de peso no debe de ser superior a 1 Kg a la semana.

- Sólo tomarás los alimentos que te ofrezca el personal sanitario, porque mantienen el equilibrio nutricional que precisas.

Si se cumplen estas condiciones seguirás el PROGRAMA REGULAR.

Si estas condiciones no se cumplen, pasarás al PROGRAMA ESPECIAL.

PROGRAMA REGULAR

Está formado por 3 fases:

1ª Fase

Hasta que ganes un tercio del peso que deba ser conseguido: Kg.

- Recibes la dieta que te ha prescrito el médico de Nutrición.
- Recibes también una bebida proteica extra tres veces al día, si fuera preciso.
- No se te darán otras comidas en todo el día.
- Se te pesará diariamente antes del desayuno.
- Reposarás 1 hora después de cada comida.
- Sólo puedes abandonar tu habitación para realizar alguna prueba médica o actividades terapéuticas.
- Sólo se permiten visitas los sábados y domingos, que serán reguladas en función de cómo vaya el tratamiento.
- No se te permite enviar o recibir cartas.
- Sólo se permiten llamadas telefónicas los sábados y domingos. Con horario y regulación del tiempo. En caso de tener teléfono móvil éste se retirará al ingreso.
- Si tienes vómitos después de las comidas, recibirás ayuda específica para poder controlarlos.
- Si usas laxantes de forma regular y padeces un estreñimiento pertinaz, pídenos ayuda para solucionar estos problemas.

2a Fase:

Hasta que ganes dos tercios del peso que debas conseguir: Kg.

- Recibes la dieta que te ha prescrito el médico de Nutrición.
- Reposarás 1 hora después de cada comida.
- No se te permiten comidas extras, ni tener comidas en tu habitación.
- Se te pesará tres veces en semana, antes del desayuno.

- Puedes salir de tu habitación de acuerdo con las normas del hospital y con límite de tiempo.
- Las visitas seguirán siendo permitidas en sábado y domingo.
- Puedes enviar y recibir cartas, así como realizar llamadas telefónicas. Se te devolverá el teléfono móvil.

3ª Fase:

Hasta que llegues al peso mínimo pactado: Kg.

- Recibirás la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará dos veces en semana, antes del desayuno.
- Puedes salir del hospital a pasar una tarde fuera o un fin de semana en casa.
- Las visitas se te permiten todos los días, según la normativa del hospital.

PROGRAMA ESPECIAL

Se pondrá en vigor cuando no se hayan cumplido una o más de las condiciones mencionadas anteriormente.

1ª Fase

Si descendes del peso de ingreso.

- Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará diariamente, antes del desayuno.
- No puedes salir de tu habitación, excepto para realizar alguna prueba médica.
- No se permiten visitas, llamadas telefónicas ni cartas.

2ª Fase

Hasta que se incremente tu peso un tercio del peso pactado.

- Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará diariamente antes del desayuno.
- Puedes salir al pasillo una hora al día.
- Puedes recibir visitas el sábado y domingo durante una hora.
- No se te permite enviar ni recibir cartas.
- Puedes realizar una llamada telefónica a la semana.
- No puedes estar en el hall de la Planta ni en la sala de estar.

3a Fase:

Hasta que se incremente el peso dos tercios del peso pactado. - Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.

- Se te pesará tres veces a la semana antes del desayuno.
- Debes estar en tu habitación pero puedes salir al pasillo tres horas al día.
- Puedes recibir o hacer dos llamadas telefónicas a la semana.
- Puedes recibir visitas durante dos horas los sábados y domingos.
- No se te permite permanecer en la sala de estar, ni acercarte al office ni al carro de la comida.

4a Fase:

Hasta que se llegue al peso mínimo pactado.

- Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará dos veces en semana, antes del desayuno.
- Puedes salir de tu habitación de acuerdo a las normas del hospital.
- Puedes hacer tres llamadas telefónicas a la semana.
- Puedes enviar y recibir cartas.
- Puedes recibir visitas los sábados y domingos.

NORMAS ESPECIALES DURANTE EL PROGRAMA ESPECIAL

- Si en tres ocasiones consecutivas tienes que incluirte en la primera fase del PROGRAMA ESPECIAL (lo cual significa que no cumples los requisitos para el PROGRAMA NORMAL), tendrás que permanecer en cama.
- Si tus condiciones físicas lo aconsejan se te pondrá una sondanasogástrica.

TRATAMIENTO POSTERIOR

- El restablecimiento de un peso normal y de unas pautas alimentarias adecuadas, es un paso necesario pero no el único para solucionar los problemas, tensiones y conflictos en los que te encuentras.
- Tus sentimientos, pensamientos, miedos, dudas sobre ti mismo y tu futuro, tus relaciones interpersonales, tu rendimiento académico o de trabajo, son mucho más importantes y necesitan un tratamiento específico.
- Este tratamiento es inoperante cuando tu estado de salud física y tu peso están muy alterados. Por ello es necesario que en el principio nos centremos en conseguir un peso mínimo.

- Cuando las condiciones físicas lo permitan podrás acudir, de manera sistemática, a las terapias y las sesiones individuales que necesites.
- Es necesario también que tu familia venga de manera regular a tratamiento, ya que su colaboración incrementa las posibilidades de éxito.
- Todo este programa está pensado para que logres tu mejoría y posterior curación. Te rogamos nos digas las dificultades y problemas que te surjan.
- Cuando se te vaya a dar de alta del hospital, se volverá a establecer un peso mínimo de seguridad, por debajo del cual deberás volver a ingresar.

Firmo aquí que estoy de acuerdo y me comprometo con lo arriba escrito.

Fdo.

Madrid, a de de 20 .

B) HOJAS INFORMATIVAS PARA FAMILIARES:

- TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
Información a familiares.
- Dado que un miembro de su familia está siendo tratado aquí como paciente, nos gustaría informarle de los principios esenciales del tratamiento y que todos los equipos terapéuticos dedicados a estos problemas de la alimentación consideran como la mejor forma de realizarlo.
- El conocimiento de las características de esta enfermedad y la colaboración de los familiares incrementa las posibilidades de éxito. Por ello esperamos su estrecha colaboración.

Principios generales del tratamiento:

- Los problemas relacionados con el peso y las pautas de alimentación, conocidos como Anorexia Nerviosa y Bulimia son enfermedades psicósomáticas.
- Psicósomático significa que la enfermedad tiene características físicas y psíquicas.
- El estudio de los desequilibrios físicos y su vigilancia continuada (análisis, control de peso, control de constantes vitales, etc.) se lleva conjuntamente por los equipos de tratamiento de Endocrinología /Nutrición y Psiquiatría y por el personal de enfermería de ambos.
- La información, control periódico y consejos sobre alimentación se lleva a cabo por el equipo de Endocrinología y Nutrición.
- La información y tratamiento de los aspectos psicológicos y psiquiátricos se realizan por psiquiatras y psicólogos y enfermería psiquiátrica. Estos aspectos son los más difíciles de evaluar y tratar en el/la paciente.
- El estudio y la investigación hasta el momento, han enseñado que no hay una sola razón que haya provocado el surgimiento de esta enfermedad (Anorexia Nerviosa y Bulimia) sino un conjunto de factores diversos que concurren y facilitan el trastorno de alimentación.
- Aunque, en las reuniones del grupo familiar, se irán viendo algunos de estos factores que en su caso concreto habrán facilitado la aparición de la enfermedad, lo más importante y adecuado para el tratamiento es plantearnos: ¿Cómo vamos a planteamos los problemas a partir de ahora?
- El estudio y la experiencia también nos han enseñado que las pautas alimenticias alteradas y los trastornos en el peso (especialmente la pérdida de peso) influyen en

el comportamiento global de ella paciente, en sus sentimientos, en sus pensamientos y en las relaciones con los demás.

- Mucho de su forma de ser actual (conductas como engañar, rabietas, irritabilidad, agresividad) y algunas de sus características de su aspecto físico (sequedad de piel, mal color de cara, ojos hundidos y mal aspecto en general) se eliminan cuando la alimentación y el peso tienden a normalizarse.
- Usted habrá comprobado ya, que las súplicas, riñas y dar atención a las conductas negativas, no influye positivamente en la recuperación y en la mayoría de las ocasiones contribuye a mantenerla.
- El hablar no ayuda mucho mientras el peso y la pauta de alimentación siga alterada. Por esta razón hay que dar prioridad a la normalización del peso y las pautas alimenticias.
- Hacemos hincapié en que el/la paciente tiene que reaprender a alimentarse a sí mismo/a. Es un programa de reeducación y la colaboración del paciente es el punto inicial para que pueda empezar el tratamiento.
- Restaurar las pautas de alimentación normal y de peso no es lo único. De hecho, si se recupera el peso durante la estancia en un hospital y no se hace ningún otro cambio, el peso suele perderse rápidamente en cuanto se le da de alta en su medio ambiente.
- El miedo a engordar, la distorsión de su imagen corporal (verse o sentirse gordas a pesar de estar con una desnutrición grave), los sentimientos de inferioridad y baja autoestima, las inhibiciones para relacionarse, así como encontrar un equilibrio entre sus obligaciones (estudios, trabajo) y las actividades de ocio son aspectos que deben ser tratados.
- Se trata de entrenarse para poder llevar una vida cotidiana normal.
- Todos estos objetivos no suelen conseguirse sin la ayuda activa de la familia.
- En una enfermedad que, generalmente es tan larga como ésta, la gente que se encuentra alrededor, se esfuerza en dar consejos, desconociendo que es lo que debe hacerse. Muchas veces esta ayuda es bienintencionada pero produce un círculo viciosos que lo único que hace es empeorar las cosas.
- Muchos padres o parejas se sienten culpables y se preguntan constantemente que es lo que han hecho mal. Estos. pensamientos y sentimientos fomentan el autocastigo y el desánimo y no benefician a la cantidad de coraje que es necesario para llevar a cabo las acciones positivas que incrementan las posibilidades de éxito.

- Aunque no se pueden considerar que el/la paciente ni sus familiares son responsables de las situaciones pasadas, el proceso de cambio sí necesita la participación activa y responsable de todos.
- Es necesario que la familia adquiera nuevas formas de conducta y diferentes formas de pensar, para que los hábitos de comunicación anterior puedan transformarse.
- En vez de culpar a alguien o algo, preferimos trabajar juntos para encontrar nuevas soluciones. El modo en que se trata al paciente en una visita o en casa es muy importante e implica muchas consecuencias.

PROBLEMAS CONCRETOS DEL TRATAMIENTO:

Normalización de la comida y peso:

Se ha dado a cada paciente un programa detallado por escrito del que les daremos una copia. El tratamiento tiene varias etapas, tanto en régimen ambulatorio como en régimen hospitalario. Su colaboración es necesaria para que se puedan cumplir las normas adecuadamente.

En un principio, las visitas y otras formas de contacto (cartas, teléfono,...) están restringidas. El distanciamiento de las visitas favorece el que el/la paciente inicie una responsabilización en el proceso de la alimentación. Estas restricciones van desapareciendo gradualmente según el progreso del paciente. Si con estas restricciones no se inicia una mejoría serán necesarias nuevas restricciones de las que le informaremos con detalle.

Necesitamos su ayuda su ayuda para que el/la paciente cumpla estas normas. Si tienen dificultades para soportar este pequeño distanciamiento, consúltenlo con nosotros antes de incumplir las normas.

Los días en que se permiten las visitas o las llamadas, les rogamos encarecidamente que el tema de conversación con su hijo/a, esposo/a no se refiera a la comida ni a su aspecto corporal. Inicie conversaciones sobre cualquier otro tema. Esto permitirá ir descendiendo la atención que ha recibido por las conductas inadecuadas y ampliar los temas de comunicación entre ustedes.

Si el/la paciente trata de hablar de comida, peso, etc., cambie de conversación.

Es fundamental que no se desorganicen las pautas de alimentación del hospital trayendo dulces o comida extra. No traiga tampoco laxantes o medicación.

El tratamiento en el Centro de Salud Mental tiene también varias etapas. Le proporcionaremos una copia del compromiso terapéutico que hemos dado al paciente. Es muy importante que usted trate de cumplir las normas que ahí se establecen.

La separación durante la comida, debe realizarse para que sea el propio paciente el que se empiece a responsabilizar de su alimentación. Usted mismo ha podido comprobar que la vigilancia y los ruegos no logran producir un incremento de peso.

A veces puede incrementarse la cantidad de comida pero también aumentan los medios para deshacerse de ella y todo se empeora aún más. Es casi imposible que al principio sean capaces de no dar atención a la forma de comer o a la cantidad de comida que realiza. Por eso es mejor que al menos los dos o tres primeros meses, coman separados.

En muchas ocasiones ella paciente quiere ayudar a la familia y comienza a ocuparse de la alimentación de todos los miembros. Es necesario que la compra, almacenaje, planificación y realización de las comidas, la realice únicamente la madre o el cónyuge que normalmente se encargue de ella. No conviene realizar comidas diferentes para el/la paciente (salvo que el equipo de Nutrición le indicase lo contrario).

El cuidado de la casa tampoco debe dejarse en manos del paciente, excepto su habituación y sus efectos personales.

Durante todo el tratamiento, es primordial que acudan a todas las reuniones de familia/s que se convoquen, dependiendo del progreso en su tratamiento, la frecuencia será semanal a mensual. En esas reuniones, ustedes tendrán la oportunidad de conocer las características de la enfermedad, consultar dudas, problemas de manejo y expresar los sentimientos de frustración y culpa que la mayoría de padres y familiares suelen tener.

Si observásemos que hay necesidad de consulta psiquiátrica en algún momento del tratamiento, les será proporcionada. Igualmente si es usted mismo quien lo solicita.

En alguna ocasión será necesario realizar alguna sesión familiar.

Problemas de tratamiento

Durante el tratamiento, suelen surgir muchos problemas. Los principales son:

- **La separación familiar.** Ésta puede ocurrir en caso de hospitalización o en el caso de que se recomiende una estancia temporal en una casa distinta (de algún familiar). La separación puede ser muy dura para el paciente y para ustedes. Durante ese tiempo, el paciente necesita recibir ayuda de otros pacientes y del personal para poder elaborar los sentimientos que le rugen al estar fuera de casa, en un ambiente extraño. Ustedes tienen que adaptarse a esa nueva situación. La angustia que surge con la separación suele hacer que la familia crea que no puede mantenerse separada y trate de ver al paciente a escondidas, de enviarle recados con los familiares de otros enfermos o contactando de forma oculta con el personal de la planta. Esta situación dificulta la recuperación de la enfermedad. Antes de caer en ello, pregunten y pídanos apoyo. Unos días de distancia, en esas circunstancias, favorece a todos.

- **El alta del hospital y el regreso a casa** es también un momento muy difícil. No permitan que comience con una avalancha de visitas en la casa y mucho menos que le traigan comida (bombones, tartas, etc.). Tampoco permitan comentarios que hagan pensar en la intencionalidad de la enfermedad ni en el sufrimiento pasado, tales como "no lo vuelvas a hacer más"... "con lo que han sufrido tus padres..."

- **No permitan tampoco que nadie le haga comentarios sobre la comida o sobre su aspecto físico.** Aunque estos comentarios sean del tipo de "estás mejor...", "qué guapa estás...", esto puede ser interpretado como gordura y el ciclo puede comenzar de nuevo.

- Pueden surgir también dificultades o conflictos cuando ella paciente empieza la mejoría y busca un nuevo papel en la familia. Especialmente difícil es cuando la paciente tiene que salir con sus amigos y compañeros y comenzar el **proceso de maduración**. Si en ese momento intenta abandonar el tratamiento no permitas que se produzca el abandono.

- Si nota que el paciente le ha puesto ante una situación difícil y no sabe qué contestar, no tome en ese momento ninguna decisión y póngase en contacto con

nosotros. Esto es muy importante puesto que el/la paciente puede intentar manipularle y tergiversar la información.

- Esta forma de actuar no se debe a la personalidad del/de la paciente, sino a las características de la enfermedad. Los engaños que observe dejarán de ocurrir según vaya progresando la salud física y mental de tu familiar.

- Su **paciencia y cooperación** son la "piedra fundamental" de la terapia, no podemos hacerlo sin ello.

BIBLIOGRAFIA

- GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS TCA. SEMAP. Año 2008.
- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON TCA. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGÍA MÉDICA. CLINICA UNIVERSITARIA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AÑO 1995
- REVISTA TRIBUNA CIENTÍFICA. NÚMERO 225 y 226 MAYO 2009. ARTICULO CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL DE DIA SANTA CRISTINA A PACIENTES CON TCA.
- ENFERMERIA SIGLO 21, TOMO PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL. AÑO 2000.
- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTE CON TCA DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA.
- TCA. CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE RECURSOS Y ACTIVIDADES. DOCUMENTO DEL MINISTERIO.
- DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA nº 85. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. PREVALENCIA DE CASOS CLINICOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID. 07/2003.
- HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. HOSPITAL DE DIA TCA. 2008.

ANEXO XXI. GRUPO DE BUENAS NOCHES. – Grupo psicoeducativo y terapéutico.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las necesidades humanas, se encuentra la necesidad de comunicarse. Es una manera de expresar sentimientos, experiencias y necesidades, de tal forma que los demás puedan tener conocimiento de las mismas.

Debemos tener claras unas cuantas pautas para que la comunicación sea efectiva, sobre todo por parte de la enfermera que va a dirigir el grupo, para así poder afrontar las dificultades que se pueden presentar:

- Debemos observar la comunicación verbal y la no verbal.
- El lenguaje debe ser claro y conciso.
- La meta final de la comunicación es la de la recepción del mensaje.
- Debe primarse el sentido de individualidad.
- Debe complementar los cuidados individuales, así como las terapias que llevan a cabo otros profesionales.
- La intención es realizar un abordaje grupal, por las ventajas que representa (mayor impacto terapéutico, por su función didáctica, descubrimiento de la “universalidad de los problemas”, reforzamiento mutuo, aprendizaje de la experiencia del otro, incremento de los objetivos individuales...) frente a los inconvenientes (pacientes más cómodos en la relación unipersonal,...).

Al mismo tiempo y con el mismo fin, debemos de tener en cuenta las particularidades de los pacientes que van a asistir a esta actividad:

- Pacientes que están ingresados (graves) y con posible desorganización del pensamiento.
- Grupos heterogéneos (varios diagnósticos).
- Los grupos van a tener una gran variabilidad a lo largo del tiempo puesto que los ingresos en la UHB suelen ser breves.

- El esquema de trabajo debe estar superestructurado, para que nos sirva para trabajar capacidades de los pacientes fuera de la unidad (rutinas) y que faciliten la estructuración de las conductas y del pensamiento.

OBJETIVOS:

Generales:

- Crear espacios comunes de encuentro entre profesionales y pacientes.
- Establecer una práctica psicoeducativa bidireccional, facilitando la orientación y la integración en la unidad. Fomentar la relación enfermera-paciente como recurso de ayuda.
- Ampliar la información sobre la evolución del paciente.
- Establecer un espacio temporal, que añada contenido a la estancia del paciente.

Específicos:

- Ser un grupo de cierre del día, de recogida de información y contenedor del malestar del paciente, en especial favorecedor de la expresión de las emociones movilizadas durante las visitas.
- Valoración del paciente ante la necesidad básica del sueño; y para una óptima administración de la medicación hipnótica en cuanto al espacio temporal.

DESARROLLO:

El grupo tendrá las siguientes características:

- Se desarrollará en la sala común.
- Su horario será de 22:30 a 23:00 horas.
- El grupo será abierto, heterogéneo y voluntario.
- Lo conducirá una enfermera, acompañada al menos siempre de dos profesionales más.
- La intervención de la enfermera se desarrollará para captar información sobre: percepción, control de la salud, nutrición, actividad, visita, ejercicio, sueño, descanso y adhesión al tratamiento.

- Los temas que debemos tratar, con una orientación educativa, deberán versar sobre: Higiene del sueño, estructura del sueño, hipnóticos, efectos secundarios de los mismos, afectación del sueño y otras terapias para el sueño.

Todos los días, de lunes a domingo, se realizará la actividad cumpliendo las características señaladas y dejando por escrito un registro de dicha actividad. Se debe comunicara a los pacientes las características del grupo, invitando a participar a todos los pacientes ingresados en la unidad y se les explica el encuadre del mismo. Se les debe informar que estas reuniones forman parte del tratamiento y que es un lugar y un momento adecuado para señalar como ha transcurrido el día, la visita... El personal de enfermería valorará si alguien no está en condiciones de participar en el grupo (por su estado psicopatológico o por presentar una alteración conductual).

CONCLUSIONES:

- Debemos reconocer y aprender de las emociones que se suscitan en el grupo.
- Debemos utilizarlo como un instrumento de trabajo enfocado a ayudar a los pacientes.
- El diálogo grupal vale para que los pacientes se vean reflejados unos en otros y también de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Experiencias en grupo de “Buenos días” presentados en el XXV y XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.

ANEXO XXII. MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL DE LA UHB.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN

FUNCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

PROTOCOLO DE TERAPIA OCUPACIONAL.

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN.

EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

Concepto de psiquiatría.

Recursos.

Terapia Ocupacional en psiquiatría.

Estudios que avalan la intervención de Terapia Ocupacional.

OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PSIQUIATRÍA.

EVALUACIÓN OCUPACIONAL.

ITINERARIO QUE SIGUE UN PACIENTE EN TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA UNIDAD DE BREVE ESTANCIA.

Aspectos a tener en cuenta.

¿Es posible la Terapia Ocupacional en U.H.B.?

Por qué es tan importante la actividad en Salud Mental.

Ocupación y funcionamiento.

ORGANIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO INFANTA CRISTINA DE PARLA.

PLAN DE ACTIVIDADES.

ORGANIGRAMA

GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.

BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

"La Terapia Ocupacional es el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida" (American Occupational Therapy Association (AOTA). 1986)

En Terapia Ocupacional (TO) el supuesto general que energiza su arte es la creencia que los seres humanos requieren y experimentan significado en sus actividades diarias. La percepción original de la TO fue que estableciendo un orden externo lleno de significado, con armonía equilibrio y valores explícitos, se obtiene el efecto de transformar positivamente los asuntos internos desordenados. La TO involucra la creación de un significado a través de la ocupación. La TO como arte puede influir el orden interno de un sistema humano en virtud de su control sobre el significado que las actividades tienen para los pacientes o usuarios de los servicios de salud.

En un primer momento, la TO nace ligada a modelos localistas, fundamental e intrínsecamente, relacionados con los servicios hospitalarios de Medicina Física & Rehabilitación y a los servicios de Psiquiatría, y a modelos de salud poblacionales, tales como los definidos en los ámbitos de la Geriátrica / Gerontología y de la Infancia. Actualmente, la TO se está expandiendo a entornos más cercanos al paciente: TO en la comunidad, TO en la atención primaria y TO en el domicilio. Así, junto a otros profesionales, la TO también participa utilizando modelos de rehabilitación laboral y reinserción familiar, educativa y social de personas pertenecientes a colectivos de marginación social. Tal y como se refiere en el Libro Blanco de TO de la ANECA, los ámbitos de trabajo del terapeuta ocupacional son cinco: sanitario, educativo, de asesoramiento, docente y socio-sanitario.

FUNCIONES DE LA TERAPÉUTICA OCUPACIONAL.

La terapéutica ocupacional, es el tratamiento dirigido médicamente a los incapacitados físicos y mentales por medio de actividades constructivas. Estas actividades son diseñadas y adaptadas por un terapeuta ocupacional cualificado para favorecer la restauración de la función útil. Es remitido por el médico para:

- Como tratamiento específico en los pacientes psiquiátricos, con el objetivo de fomentar las oportunidades para el desarrollo de unas relaciones más satisfactorias, para ayudar a eliminar o atenuar los impulsos, para actuar como arma terapéutica.
- Para restablecer la función física, para incrementar la movilidad articular, para fortalecer la musculatura y para la coordinación.
- Para la enseñanza de las actividades propias del individuo, las de la vida diaria tales como la comida, vestido, escritura, uso de dispositivos de adaptación y prótesis.
- Ayudar al paciente incapacitado a reajustarse a las rutinas domésticas con consejos y la simplificación del trabajo.
- Desarrollar la tolerancia al trabajo y la conservación de las destrezas y aptitudes específicas en consonancia con las aficiones y preferencias del paciente.
- Proporcionar la exploración prevocacional por medio de las capacidades físicas y mentales del paciente, adaptación social, intereses, hábitos de trabajo, aptitud y empleos potenciales.
- Como medida de asistencia y de tolerancia, ayudando al paciente a aceptar y utilizar en forma constructiva un prolongado periodo de hospitalización y de convalecencia.
- Nuevas orientaciones para sus intereses recreativos y ocupacionales.

El terapeuta ocupacional contribuye a la rehabilitación total del paciente en conjunción con el médico, enfermera, fisioterapeuta, logopeda, trabajador social, psicólogo, consejero vocacional y otros especialistas para procurar el retorno del paciente a la mayor **independencia** posible.

PROTOCOLO DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Las actividades que se proponen en el departamento de T.O. no bastan para tener un valor terapéutico. Tienen que fundamentarse en la relación terapéutica transferencial establecida entre el paciente y el terapeuta. Así proporcionan la posibilidad de que el paciente interactúe con un grupo social, favorecen las relaciones interpersonales, la comunicación y la afectividad, es decir, enfrentan al individuo a unos requerimientos sociales y demandan la adecuación de su comportamiento, bajo la acción facilitadora y de contención del terapeuta ocupacional, atendiendo siempre a las particularidades de cada sujeto.

El **objetivo final** de la Terapia Ocupacional será el de promover que el paciente adquiera, recupere y /o maximice sus capacidades funcionales, para retornar a las actividades anteriores a su enfermedad u otras alternativas.

Existen tres **fases**: de **acogida**, de **desarrollo** y de **evaluación**.

Acogida. El T.O. recoge información de paciente a través del equipo multidisciplinar. Cuando el paciente entra por primera vez al departamento de terapia ocupacional se le presenta, se le explica el funcionamiento y se le resuelven sus dudas.

Fase de desarrollo del programa de intervención. Se establece el programa de tratamiento a través de dos tipos de terapias, individual o grupal.

En la **terapia ocupacional individual**, el terapeuta ocupacional instrumenta las actividades de acuerdo con las necesidades del paciente. Le ofrece un medio vincular, donde es posible aprender, ensayar, equivocarse y enseñar. El paciente toma al objeto como un facilitador de la comunicación inconsciente como una pantalla de proyecciones. Lo que hace, o no hace y como lo hace nos proporciona información sobre él y su mundo interior. En ese instante se señalará al paciente su conducta y se le redirigirá y ayudará a superar sus dificultades.

Terapia Ocupacional grupal. En este tipo de terapias, se comparte el material, el espacio y un proyecto en común. Se trata de ver las interacciones en relación a lo concreto, y a través de ello favorecer vínculos y movilizar a los rigidificados por la propia patología. Se harán intervenciones para favorecer el trabajo y al terminar el producto, se comenta el proceso con el grupo.

Objetivos Generales de la Terapia Ocupacional Grupal aplicables la mayoría a las terapias individuales ya que, aunque se trabaje de forma individual el contexto es el mismo.

1. Favorecer la comprensión y aceptación de las normas para el trabajo en grupo:

- * Adecuar la conducta social al grupo.
- * Tomar conocimiento de actitudes no deseadas.
- * Aceptar normas de convivencia grupal
- * Comprender la necesidad de respetar determinadas normas para el trabajo grupal y los beneficios de crear en grupo.

2. Fomentar la integración grupal.

- * Facilitar el conocimiento de nuevos aspectos entre los miembros de un grupo.
- * Promover un sentimiento solidario para la realización de tareas de expresión plástica.

- * Establecer nuevos sistemas de comunicación entre los integrantes de un grupo.
 - * Crear nuevos lazos o relaciones, de acuerdo a las aptitudes en realizar tareas.
3. Promover un clima favorable para la expresión espontánea y respeto a las individualidades:
- * Facilitar desbloques en la expresión verbal y gestual, para vencer el temor al ridículo.
 - * Promover la verbalización de sentimientos y sensaciones.
 - * Mejorar la comunicación no verbal.
 - * Experimentar nuevos medios de expresión.
4. Entrenamiento en la capacidad de observación y evaluación:
- * Estimular la percepción táctil y el reconocimiento de texturas y volúmenes.
 - * Estimular la percepción auditiva, promover la capacidad de escucha.
 - * Estimular la percepción visual, estimular la sucesión ordenada de pensamiento dentro de un contexto visual y no sólo verbal.
5. Estimular las aptitudes del pensamiento divergente:
- * Fluidez, aptitud para generar cantidad de ideas.
 - * Flexibilidad, aptitud para pasar de un orden de ideas o categorías a otro.
 - * Originalidad, aptitud para generar ideas inhabituales.
 - * Curiosidad, aptitud para organizar las ideas en los sistemas más amplios, más inclusivos.
 - * Análisis, aptitud para desmenuzar un todo en sus partes.
 - * Elaboración, aptitud para procesar o refinar las ideas o productos creativos.
 - * Imaginación, aptitud para producir imágenes.
 - * Fantasía, aptitud para hacer ficción.
 - * Ensoñación, aptitud para soñar despierto.
 - * Visualización, aptitud para la creación visual.
 - * Simbolización, aptitud para ser afectado por lo simbólico.
 - * Transformación, aptitud para modificar una idea en otra.
 - * Redefinición, aptitud para redefinir una idea modificando el orden de sus elementos.
6. Favorecer la motivación en realizar acciones de eficacia:
- * Orientar las acciones hacia lo que atrae el interés.
 - * Promover variedad de interés.
 - * Favorecer la constancia y el afán por realizar bien el trabajo alcanzado y el resultado previsto.

* Aumentar la tolerancia a la frustración para aceptar la ambigüedad, las demoras y renuncias a la satisfacción de un deseo.

7. Promover las actitudes beneficiosas para realizar tareas:

* Facilitar una actitud lúdica creativa, jugar físicamente con los materiales y jugar mentalmente con las ideas: aventurarse a transitar por los terrenos nuevos.

* Favorecer una actitud de flexibilidad para adaptarse a situaciones cambiantes, confrontando adecuadamente la realidad.

Fase de alta. Se busca la inclusión en su medio social. Le pedimos que se despida y diga algo para que los demás pacientes le recuerden y les sirva de motivación para continuar evolucionando en su tratamiento.

Evaluación. Ésta, se realiza de forma continuada por observación directa y por un registro que evalúa las capacidades funcionales:

- Capacidad residual:
 - Respeto por las normas de trabajo en grupo.
 - Expresión espontánea y adecuada.
 - Motivación.
 - Creatividad.
 - Autoevaluación.
- Capacidad de eficacia en la ejecución de las actividades:
 - Proyectos.
 - Ejecución.
 - Compromiso.
- Capacidad para obtener productos adecuados:
 - Según el paciente.
 - Según el grupo.
- Capacidad relacional:
 - Facilita el trabajo en grupo.

CONCEPTOS BÁSICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Esta disciplina sociosanitaria presta sus servicios a la sociedad española desde la década de los años 60. En Terapia Ocupacional existe:

- Un paradigma profesional propio, centrado en la ocupación y en el entorno.
- Unos modelos teóricos para la organización, análisis, valoración, interpretación e intervención en la ocupación y en el entorno físico, social y cultural.
- Unos marcos de referencia para valorar e intervenir sobre las capacidades de la persona y/o actuar con las compensaciones (análisis y modificación de la actividad, adaptándola a las diferentes disfunciones de cada persona) y/o adaptaciones del medio, en las diferentes etapas del proceso rehabilitador y de inserción en la sociedad.

Así, por ejemplo, el modelo teórico de Ocupación Humana de Gary Kielhoffner, define al ser humano como un sistema abierto que se encuentra en constante interacción con el entorno. El ambiente es la situación física, social y cultural en la cual, el sistema opera. De manera que el sistema representa al hombre y la interacción del sistema con el ambiente es la Ocupación Humana. Son objeto de Terapia Ocupacional las personas en las que existe una disfunción ocupacional, es decir, un desajuste en la interacción del ser humano con el ambiente. El Terapeuta Ocupacional debe ser un facilitador del proyecto de vida de cada individuo, siendo este último el artífice y en definitiva, el protagonista.

En Terapia Ocupacional se reconocen tres áreas de ocupación:

- Automantenimiento o tareas de la vida diaria (o autocuidado). (Es importante hacer notar que en este apartado se incluye la expresión sexual y que algunos autores excluyen determinadas tareas domésticas por considerarlas productivas)
- Trabajo o actividades productivas remuneradas o no, que suponen una aportación a la sociedad. (Incluye, entre otras, la educación, el cuidado de otros y la preparación a la jubilación)
- Ocio, juego. Los programas de ocio y tiempo libre ayudan a reducir significativamente las

conductas psicóticas, dotando de sentido otros programas de rehabilitación y mejorando la motivación y expectativas del paciente sobre su enfermedad.

Los Terapeutas Ocupacionales hablan de una persona "autónoma" cuando es "capaz de llevar a cabo elecciones y control sobre su propia vida personal", y como persona "independiente" cuando quieren decir "capaz de hacer lo que se requiere para mantener la salud y su autocuidado, sin necesidad de nadie que le ayude". (DURANTE, Pilar. "Conceptos básicos de la Terapia ocupacional". En: Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana, 2001. p 21)

Conducta de un terapeuta ocupacional dentro de un equipo multidisciplinar en un hospital.

Con el trabajo individual, nos dejamos aspectos imprescindibles en nuestro objetivo en común: la calidad de vida del paciente. Tenemos que lograr que un equipo multidisciplinar se convierta en un equipo interdisciplinar con dinámicas sinérgicas; es decir una relación de interdependencia en que "tu trabajo genera un valor añadido a mi trabajo y mi trabajo, genera un valor añadido a tu trabajo". El potencial de cada uno de los miembros del equipo se multiplica, debido a que cada profesional se convierte en una pieza única e imprescindible gracias a la interacción horizontal con los otros miembros del equipo de trabajo.

Para ofrecer un soporte asistencial adecuado, desde hace años, se incluyen equipos especializados en los hospitales. Es la interdisciplinariedad. Todos los profesionales que intervienen en el equipo tienen un objetivo común: conseguir los fines terapéuticos propuestos para cada paciente y así, mejorar la calidad del usuario. De acuerdo con este objetivo y según las capacidades personales y profesionales de los integrantes del equipo, éste organiza sus actuaciones dentro de esta dinámica de trabajo. La terapia ocupacional, se plantea como una aportación especializada que se incluye y se inserta dentro de la vida cotidiana del hospital. Su objetivo general, es prevenir y tratar discapacidades y a la vez, mantener las capacidades remanentes del usuario, potenciando así su autonomía personal a nivel físico, psicológico y social. Para conseguirlo utiliza las actividades y la relación interpersonal como herramienta de trabajo. Sólo en grupo y con buena formación y motivación puede alcanzarse el éxito.

Los T.O. cooperarán y aceptarán, las responsabilidades dentro del equipo, apoyando los objetivos psicológicos y médicos que se hayan establecido.

Proporcionarán informes sobre la marcha de su intervención y proporcionarán información relevante a los demás miembros del equipo.

Participarán en el desarrollo profesional a través de la formación continua y aplicarán sus conocimientos y habilidades a su trabajo profesional. Se comprometen con la mejora y el desarrollo de su profesión en general.

El Código Ético de la T.O. incluye para guiar al personal de Terapia Ocupacional unos principios.

Principio 1. El personal de Terapia Ocupacional demostrará interés por el bienestar de los receptores de sus servicios (beneficencia)

Principio 2. El personal de Terapia Ocupacional tomará precauciones razonables para evitar infligir o producir daño sobre los receptores de los servicios o sus propiedades (no maleficencia).

Principio 3. El personal de Terapia Ocupacional respetará al receptor y /o su sustituto (s), así como sus derechos (autonomía, privacidad, confidencialidad).

Principio 4. El personal de Terapia Ocupacional desarrollará y mantendrá continuamente elevados estándares de competencia (deberes).

Principio 5. El personal de Terapia Ocupacional deberá cumplir las leyes y las políticas de la AOTA que regulan la profesión de Terapia Ocupacional (justicia).

Principio 6. El personal de Terapia Ocupacional deberá proporcionar información precisa sobre los servicios de Terapia Ocupacional (veracidad).

Principio 7. El personal de Terapia Ocupacional tratará a sus colegas y otros profesionales con bondad, discreción e integridad (fidelidad).

Además el terapeuta ocupacional deberá conocer y regirse por las prácticas éticas del hospital en el cual presta sus servicios

En la década de los 80 ocurrió la "desinstitucionalización": el cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos y la atención del enfermo mental en la comunidad. Esto, ha conllevado a:

1) El desarrollo de una nueva estructura organizativa de servicios para la enfermedad mental;

2) La integración de la atención a estos pacientes en el sistema general de salud;

3) La creación de una amplia red de centros de salud mental;

4) *La aprobación y adopción de medidas legislativas dirigidas a mejorar los derechos civiles y legales de los pacientes y;*

5) *La promoción de actitudes más positivas hacia la enfermedad mental y su tratamiento.*
(García, J., 2000)

EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

Concepto de psiquiatría

La psiquiatría es aquella rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de ciertos trastornos de la personalidad y la conducta. También trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales.

La asistencia psiquiátrica ha estado segregada del resto de la atención sanitaria, hasta que la Ley General de Sanidad (1986), lo recuperó en la red asistencial general. En los últimos años la asistencia psiquiátrica ha cambiado en muchos aspectos. Se han creado centros de salud mental, hospital de día, pisos protegidos, comunidades terapéuticas... estando en vías de desaparecer el llamado manicomio, donde se intentaba encerrar y alejar al enfermo mental de la población sana. Nos centramos en las unidades de agudos de los hospitales, donde se tratan casos de carácter temporal.

Recursos asistenciales en Salud Mental

Nos referimos a todos los dispositivos integrados en el área de Salud, encaminados a la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas. La red psiquiátrica en nuestro país está conformada por:

1. Centro de salud mental

Para ello se realizarán consultas de acogida, consultas de revisión, psicoterapias individuales, de grupo, de pareja, administración de medicación y otros tratamientos, seguimiento de enfermería, asistencias domiciliarias, etc. Se constituye con un equipo multidisciplinar en el que se incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares de psiquiatría y celadores principalmente. El Centro de Salud mental es la vía de acceso al resto de dispositivos sociosanitarios en este campo de la salud.

2. Estructuras intermedias.

Con apoyos fuera del hospital, se consigue la ruptura del círculo vicioso de alta-inactividad- discapacidad- dependencia- vulnerabilidad- reingreso hospitalario.

Hospital de día

Centro de día

Centro de media estancia

Centros de larga estancia

Talleres ocupacionales

Pisos protegidos

3. Unidad de hospitalización psiquiátrica (Unidades de breve estancia) UHB

Son dispositivos asistenciales destinados al ingreso temporal de paciente en situación de crisis. Están adecuadas a la hospitalización de pacientes con enfermedades mentales, localizadas la mayor parte en Hospitales Generales. Están sectorizadas, y se coordinan con el resto de los recursos de salud mental y asistencia psiquiátrica, es decir, la indicación de hospitalización se hará por decisión de los equipos de las unidades de salud mental, hospitales de día o unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica, según proceda, en colaboración con los equipos propios de la unidad de hospitalización, siguiendo los criterios establecidos de derivación de la continuidad terapéutica. Se encuentran atendidas por un equipo multidisciplinar. Trabajan las 24 horas del día. No solo es necesario valorar la esfera del usuario ingresado, sino también el dispositivo de internamiento, las características del equipo de trabajo y el marco o modelo de referencia teórico que se sigue.

Se dedican a la atención de los siguientes casos:

- Cuando la patología presentada pueda ser una amenaza para el propio paciente o para los demás.

- Fracaso de tratamientos ambulatorios en otras instituciones.

- Separación del entorno sociofamiliar, por ser negativo para el paciente o viceversa, cuando la enfermedad del paciente no puede ser atendida en condiciones por la familia.

- Evaluación y proceso diagnóstico.

- Desintoxicación.

- Enfermedad física que se agrava con patología psíquica

Terapia Ocupacional en Psiquiatría.

La Terapia Ocupacional Psiquiátrica es una disciplina del campo de la salud mental. Trabaja en programas de prevención y en programas que beneficien a aquellas personas que sufren deficiencias mental, discapacidad o minusvalía psíquica, ya sea en forma temporal o permanente, el terapeuta ocupacional trabaja en cooperación con el equipo psiquiátrico y hace participar a los individuos en actividades diseñadas para promover la restauración y máximo uso de la función y también para la identificación y desarrollo de habilidades potenciales, con el fin de ayudar a la persona a satisfacer las exigencias de su medio personal, como ente biopsicosocial.

La terapia ocupacional en salud mental se extiende más allá de la mera ocupación del paciente, con el objeto de llenar sus déficits y vacío existencial. Se trata de una terapéutica eficaz y de especial relevancia. Se sustenta sobre una amplia base teórica, que a lo largo de los años ha ido adquiriendo cada vez más solidez.

Estudios que demuestran la eficacia de la intervención de la Terapia Ocupacional en psiquiatría.

Buchain, P.C; Vizzotto, A.D; Henna Neto, J; Elkis, H, llevaron un estudio en el que se parte de la estrategia válida de la combinación de psicoterapia, farmacología, terapia familiar y terapia ocupacional como la mejor estrategia para los pacientes con esquizofrenia. Comparó la efectividad entre dos grupos de esquizofrénicos resistentes al tratamiento, uno recibió sólo clozapina y otra clozapina y terapia ocupacional. Se demostró la mayor efectividad del grupo de terapia ocupacional y clozapina.

Valencia CM estudió la eficacia de un programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos, Demostró que lograron un resultado estadísticamente significativo en el grupo de pacientes que recibió Terapia Ocupacional y entrenamiento en

relaciones sociales, manejo de dinero, roles sexuales maritales y extraconyugales, relaciones familiares. El otro grupo recibió solamente medicación antipsicótica.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PSIQUIATRÍA.

"El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica debe ser facilitar a la persona discapacitada que haga el mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible"

El objetivo principal de la Terapia Ocupacional en psiquiatría es: **“devolver al paciente a su medio socio-laboral lo más recuperado posible, después de pasar por una enfermedad”**. Capacitamos al paciente para alcanzar un equilibrio saludable de las ocupaciones mediante el desarrollo de habilidades que le permitan desenvolverse a un nivel satisfactorio para él y para otros. Se trabaja bajo la perspectiva del Modelo de Ocupación Humana (Gary Kielhofner) teniendo en cuenta los tres subsistemas (volitivo, habituación y ejecución) adaptándolo al paciente y al entorno.

Después de este objetivo terapéutico primordial, como objetivos secundarios destacamos:

- Colaborar en la adquisición de unos patrones horarios de actividad (organización de rutinas).
- Ubicación en la realidad. Orientación espacio-temporal.
- Fomentar el mantenimiento y la adquisición de nuevos hábitos en cuanto a las AVD.
- Fomentar la participación del individuo en actividades significativas para poder trabajar habilidades necesarias para desenvolverse de forma efectiva en su ámbito diario. Favorecer la comprensión y aceptación de las normas para el trabajo en grupo
- Aumentar, mantener o potenciar la capacidad cognitiva.
- Motivar a adquirir, mantener o retomar actividades de ocio.
- Intenta devolver a su actividad laboral primitiva o bien, orientarle hacia una nueva profesión.
- Proporcionar al paciente un ambiente relajado en el que expresarse a través de la actividad.
- Fomentar la socialización del paciente, evitando su tendencia al aislamiento.
- Mejorar la autoestima, aumentar su capacidad de afrontamiento.

- Colaborar en el proceso de recuperación, respetando el ritmo del paciente. (Siendo importante la actividad pero también la inactividad)

En UHB, la intervención tiene que ser rápida, centrada en el usuario, buscando beneficios y resultados a corto plazo, sin búsqueda, a priori, de un objetivo más a medio-largo plazo. En resumen, los objetivos en Terapia Ocupacional buscan servir de ayuda al tratamiento farmacológico para la eliminación de los síntomas; ayudar al diagnóstico y evolución de la enfermedad; sirve para evitar el aislamiento del paciente, potenciando la relación interpersonal y de grupo e intenta devolver a su actividad laboral primitiva o bien, orientarle hacia una nueva profesión.

Los objetivos los hacemos efectivos a través de la actividad.

Área afectada.	SÍNTOMAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO
SOCIAL	Aislamiento. Retraimiento. Problemas del lenguaje. Mutismo.	Mímica Teatro Actividades grupales.	Potenciar la comunicación. Facilitar la expresión. Potenciar autoestima.
COGNITIVO	Delirio. Pérdida de atención. Pérdida de concentración.	Taller de memoria Pintura. Collage. Barro. Marionetas Prensa...	Orientar en la realidad. Canalizar la ayuda. Ayudar al diagnóstico.
AVD	Pérdida de higiene. Inmovilidad. Vestido. Incapacidad de trabajar.	Actividades de realización y de autocuidados.	Conseguir la autonomía en Las AVD.
SENSORIAL	Alucinaciones auditivas y visuales.	Individuales y grupales de gran creatividad que requieran atención y grado medio de dificultad.	Centrar en la realidad.
AFECTIVA.	Tensión. Miedo.	Lúdicas y gratificantes.	Socialización. Control de impulsos.

	Infravaloración.	Deportivas.	Superar frustración.
FÍSICA	Inmovilidad. Agitación. Rigideces. Salivación. Somnolencia.	Psicomotricidad Gimnasia. Relajación. Actividades deportivas.	Movilidad del sistema músculo esquelético. Mejor comunicación no verbal. Contacto físico. Equilibrio. Coordinación Marcha.

En un primer momento, el terapeuta ocupacional, recoge datos para realizar una evaluación inicial desde una visión global (físico, psicológica y social). Después, realiza una primera entrevista y a partir de ahí, traza los objetivos (que buscan mejorar la sintomatología y el funcionamiento mental, emocional y conductual) y un plan individualizado. En este punto, es indispensable el encuadre (marcando horarios, espacio, persona encargada, en qué consiste la actividad y la finalidad)

EVALUACIÓN OCUPACIONAL:

La valoración de terapia ocupacional es la recogida y organización de datos, el establecimiento de objetivos de tratamiento y la realización de una valoración continua.

La Evaluación ocupacional tiene como propósito, en un primer momento, "detectar todo aquello que es o podría ser un obstáculo o una imposibilidad para el desarrollo normal de una actividad y, por tanto, ocasiona disfunción ocupacional, para una persona determinada". Esta disfunción ocupacional puede tener el origen en la misma persona, en el entorno o bien en la metodología o programación de la actividad, pero también en la interacción de dos ó más de los elementos indicados. Principalmente, el terapeuta deberá identificar las capacidades, destrezas y/o habilidades personales, o las oportunidades de los contextos ocupacionales, que le permitan a la persona funcionar de una forma lo más autónoma y satisfactoria en su vida.

La **evaluación e intervención de terapia ocupacional** se centran en:

1. Áreas de desempeño Ocupacional: actividades de la vida diaria (básica, instrumental y avanzada), educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio, y participación social.

2. Habilidades y destrezas de desempeño ocupacional: motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción.
3. Patrones de desempeño ocupacional: hábitos, rutinas y roles.
4. Intereses y motivaciones de la persona.
5. Contextos de actuación: cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal y virtual.
6. Demandas de la actividad: objetos utilizados y sus propiedades, demandas espaciales, demandas sociales, secuencia y regulación/ ritmo, acciones requeridas, requerimientos funcionales del cuerpo, requerimientos estructurales del cuerpo.
7. Factores de la persona: función del cuerpo y estructuras del cuerpo.

En definitiva, el terapeuta ocupacional es el responsable de la evaluación del comportamiento ocupacional, es decir, de los aspectos de la persona, ocupación y ambiente, así como la relación entre ellos, según los modelos reconocidos para la práctica profesional.

El terapeuta ocupacional ha de conocer los instrumentos necesarios para valorar, en cada situación, las repercusiones de las patologías en el desempeño ocupacional de un individuo determinado.

La Evaluación ocupacional se realiza mediante fuentes indirectas (historia, informes, familiares, integrantes del equipo interdisciplinar...) y/o fuentes directas (herramientas observacionales, listados y cuestionarios de autoevaluación, entrevistas, y evaluaciones con métodos mixtos) que identifican la necesidad y el grado de intervención de la T.O.

Se analiza la vida cotidiana que llevaba el usuario antes de la crisis, las rutinas, hábitos y roles después de padecerla. Se evalúan sus capacidades cognitivas, emocionales y físicas. Dentro del proceso de evaluación se estudiará con más detalle la trayectoria ocupacional (formación, vida laboral), la implicación del usuario en las labores del hogar y la utilización del tiempo de ocio. Se completa la información, a través de observación informal en los talleres ocupacionales, dónde se observan también las habilidades de relación social y el comportamiento dentro de un grupo. Es decir, se le

evalúa en todas las áreas de desempeño y los componentes de ejecución, dando especial relevancia a aquellos que más interesen teniendo en cuenta la enfermedad o las expectativas de funcionalidad, el estilo de vida y las responsabilidades que lleva a cabo la persona objeto de la evaluación. Según Pellicer: *"La tarea de la Rehabilitación es ayudar al individuo a producir su vida"*.

Si bien la valoración se realiza desde un punto de vista holístico (físico, cognitivo, social, emocional), el tratamiento se debe realizar de la misma forma. Es muy importante el proceso de evaluación en relación con el éxito del tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos. El Terapeuta Ocupacional debe conocer cómo el paciente funciona en el presente y cómo funcionaba en el pasado, si desea ayudarlo a funcionar mejor en el futuro. Sólo cuando hayamos adquirido esta información, podremos considerar qué problemas tiene el paciente, y con qué fortalezas y talentos cuenta para hacerles frente.

Etapas del proceso de Terapia Ocupacional.

Para Terapia Ocupacional, una persona es funcional si ella puede realizar las ocupaciones, tareas y actividades que sus roles ocupacionales le exigen. Las ocho etapas del proceso de terapia ocupacional son:

1. **Derivación**, los servicios de TO son requeridos en forma oral o escrita.
2. **Screening**, en esta etapa se revisa si el paciente necesita o no TO. El screening se da a través de la observación, la lectura de la historia clínica y la entrevista que el Terapeuta realiza al paciente. En ocasiones, el usuario no solo necesitará de un trabajo de soporte y recuperación, si no que también podrá ser susceptible de un trabajo de prevención.
3. **Evaluación**: el propósito es obtener información para identificar destrezas específicas y ver qué necesita para funcionar en forma autónoma en su vida. Se deben seleccionar que instrumentos de evaluación utilizaremos según lo que el paciente necesite.
4. **Planificación de tratamiento**: En esta etapa se deben identificar problemas, seleccionar metas, ver potencialmente cómo se beneficiaría, seleccionar los objetivos de tratamiento (a corto, medio y largo plazo) y la priorización de los mismos.

5. **Instrumentación del tratamiento**, Incluye la selección, organización y desarrollo de ocupaciones, tareas, etc.

6. **Reevaluación**, el propósito de esta etapa es revisar como se está desarrollando el tratamiento.

7. **Planificación del alta**, en primer lugar se debe considerar dónde va a vivir el paciente, qué actividades estructuran el día, con quién vive, cómo continuará el tratamiento si fuera necesario.

8. **Fin del tratamiento**, en esta etapa se deben discutir los logros que ha tenido en el programa, los planes futuros y se dan recomendaciones.

El propósito de la evaluación de TO en psiquiatría es encontrar qué cosas el paciente necesita, qué es capaz de hacer, qué necesita hacer, o quiere hacer, y conocer porqué no las puede realizar. Toda la información del proceso de evaluación debe rondar en conocer:

- a) **Espacio De Vida**, es decir la interacción de la persona con la cultura, con los miembros de grupos, sus intereses, sus valores y orientaciones, el medio físico y psicológico en el cual se maneja.
- b) **Soporte o Apoyo Social**, es el modo o estilo como la persona se relaciona con otros y cómo éstos satisfacen sus necesidades.
- c) **Estilo De Vida**, éste se refiere al modo en que la persona utiliza su tiempo y energía en actividades de la vida diaria, trabajo, descanso y juego.
- d) **Expectativas De Vida**, el espacio y estilo de vida, y el apoyo social ayudan a conocer el ambiente al cual el paciente volverá luego del alta. Esto se denomina, expectativa de vida, si ella es diferente de la del pasado, esto también cambia el foco de la evaluación.

La observación y la entrevista en Terapia Ocupacional.

De todos los métodos para obtener esta información se pueden utilizar instrumentos de evaluación estandarizados. Nos detendremos en la **observación** y la **entrevista**. Estos facilitan y organizan la búsqueda de información en esta etapa del proceso de tratamiento.

La **entrevista**. Después de revisar la historia clínica y ver la ficha de derivación, la entrevista es otro camino para obtener información sobre el paciente. A través de la entrevista, se exploran las áreas de ejecución: actividades de la vida diaria: básicas (autocuidados), instrumentales (dentro del hogar), productivas (laborales o de formación) y de ocio. Sus intereses, motivaciones, expectativas con respecto a su futuro y a su estancia en la unidad.

Estas pueden clasificarse en:

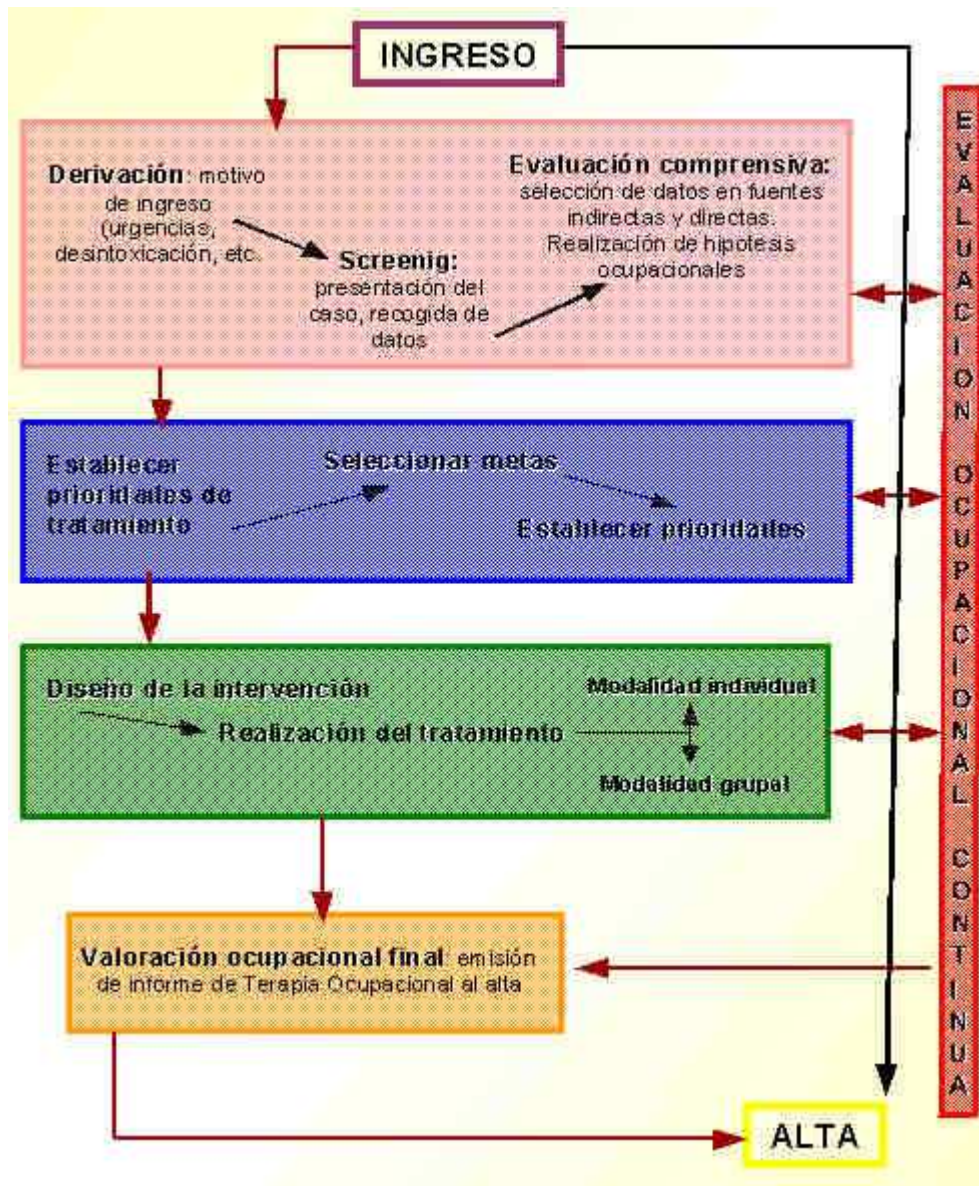
- a. Estructurada. Ej. Checklist, de Janice Matsutsuyu
- b. Semiestructurada. Como ejemplos de semiestructuradas se pueden citar a la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional, u OPHI I; la Entrevista de la Historia Ocupacional de Linda Moorhead; la Evaluación del Rol Adolescente,
- c. No estructurada. Barbara Hemphill, sostiene que realizar una entrevista requiere de destrezas que se desarrollan sólo con la experiencia.

La **observación**. Es el proceso de notar y tener registro del comportamiento del paciente, o de aquello que ocurre cuando el paciente está realizando actividades. Los instrumentos de observación ayudan a organizar en categorías lo que se observa y describirlo en palabras para poder así, tener el perfil ocupacional-funcional del paciente. Existen algunos instrumentos de observación de TO para pacientes psiquiátricos muy útiles y relevantes, como la Guía de la Observación y el COTE (Evaluación Comprensiva de Terapia Ocupacional). Debe mantener la posición de observador, y nunca interferir en lo que el paciente está realizando). La recolección de información y la evaluación son fundamentales en el proceso de tratamiento, proveyendo información esencial acerca de quién es el paciente, cómo es su vida, qué tipo de cosas le gustan, qué quiere hacer, qué necesita hacer y qué tipo de problemas enfrenta. La información obtenida y analizada dentro de los roles ocupacionales relevantes del paciente, es la que guiará la priorización de los objetivos de tratamiento, las actividades y tareas que se implementarán.

La terapeuta ocupacional, Suzanne Peloquin, ha desarrollado otro instrumento de evaluación y planificación de tratamiento, para ser utilizado con pacientes psiquiátricos que estarían no más de dos semanas internados. Esta evaluación consiste en orientar al paciente para seleccionar el propósito, las metas y los procedimientos de su tratamiento.

Este es un checklist de metas, que son utilizadas para desarrollar su plan de tratamiento, basados en objetivos identificados por las respuestas del paciente sobre la guía de actividades. Esta es una guía muy eficaz para evaluar y organizar el plan de tratamiento en este tipo de pacientes.

ITINERARIO QUE SIGUE UN PACIENTE EN TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UHB



Talavera Valverde, Miguel Ángel. 2003.

EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA UHB.

La atención en crisis es necesaria para la estabilización psicopatológica y para posibilitar la recuperación del nivel de funcionamiento. Se intenta favorecer a las personas con enfermedad mental para que puedan integrarse en su comunidad con una vida lo más autónoma posible. La **Terapia Ocupacional** es una disciplina cuyo objetivo es la

promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. Fomenta la capacidad de las personas para participar de las actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio.

Desde T.O. se busca la intervención adecuada para cada usuario en su momento de ingreso. Buscamos responder a la demanda de tipo Ocupacional, de cada una de estas personas. Intentamos entender cuáles son las necesidades ocupacionales de un usuario ingresado en una UHB y qué podemos ofrecerle. Por tanto, el principal papel del Terapeuta Ocupacional, pasa por una asistencia, en lo ocupacional del usuario, sin dejar de lado las dificultades que nos encontramos con su momento vital y todo lo que eso conlleva.

Es necesario tener claro el encuadre (tipo de unidad) donde se desarrolla la intervención, el tipo de equipo con el que se trabaja, el tipo de usuarios y el nivel Ocupacional de cada uno de ellos; además es necesario tener claro de donde procede el usuario y cuál es, su necesidad Ocupacional dentro de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

"La rigidez del enfoque terapéutico, la búsqueda de protocolos estandarizados sin comprender el sustrato básico de los mismos, de donde surgen, reduce las capacidades del Terapeuta Ocupacional, que insiste una y otra vez en el cumplimiento estricto de las técnicas. Además limita el potencial de los usuarios, que realizan ocupaciones sin propósito, y sin significado personal" (Fess EE. 1990).

Es importante comprender el propósito de la intervención, saber escuchar las demandas del usuario: cómo, de qué manera y por qué las hace. Darse cuenta de que el usuario marca el ritmo de la intervención, que la selección significativa y propositiva de actividades/ocupaciones es parte exclusiva de él, y sobre todo darse cuenta de que nuestros intereses ocupacionales como profesionales, nunca deben estar por encima de sus intereses ocupacionales como usuarios.

Aspectos a tener en cuenta.

a). El Marco de Desarrollo de las Intervenciones. En este caso, corresponde a la UHB, también denominada de Expulsión Rápida (Sastre, J.F. 2003). Se ubican en hospitales generales. Es tarea de estos dispositivos la asistencia destinada al ingreso temporal para resolver la situación de crisis del paciente.

b). El Terapeuta Ocupacional.

- Los intereses y los valores profesionales.
- El Marco de Referencia Teórico y Modelo de Práctica, que use el profesional.
- De lo que el profesional entienda por Ocupación. "La concepción de Ocupación en los terapeutas ocupacionales puede ofrecer distintas perspectivas dependiendo del modelo de práctica utilizado" (Creek J 2000).
- El momento vital personal y profesional del terapeuta ocupacional. En la relación con el usuario proyectamos nuestros miedos, temores y ansiedades. El control que sobre ellos se realice, será determinante para establecer un nexo y un encuentro con el usuario. Además, existe relación directa entre lo activo que resulte el profesional frente a la desmotivación de los pacientes y en la participación activa de éstos en su proceso.
- Creatividad del profesional. Un terapeuta con creatividad, flexible a los intereses y necesidades del usuario, aporta una sensación de seguridad en el usuario.

C. El Usuario.

- Las necesidades que tenga en el momento del ingreso.
- Ambiente de procedencia. El contexto cultural del usuario será determinante en el compromiso con su tarea, en el grado de aceptación de éste a la actividad, es decir, sentir que es significativa para él.
- El momento vital del usuario "La realidad que uno vive condiciona lo que cada uno puede llegar a sentir e intelectualizar. Los periodos de crisis, suponen una necesidad por encontrar respuesta a demandas" (Sciacca, M. F. 1961).
- Posibles miedos, temores, dudas, etc. Dificulta su compromiso con sus propias capacidades y rendimientos" (Modificado de Farkas, M. 1999).
- Valores o aptitudes del usuario (SER o HACER)
- Tipo de Usuario. La aparición de síntomas positivos o negativos (con el denominado "síndrome amotivacional"), dificultan la toma de decisiones, bloqueo de pensamiento, falta de iniciativa, escasa tolerancia a ritmos de tarea, desequilibrios en áreas de compromiso ocupacional, rendimiento y capacidad de desarrollo productivo.

d) El Equipo y el Dispositivo.

- Formación del equipo y coordinación del equipo. "es necesario lograr equipos, donde cada uno pueda trabajar con calidad humana y profesional, a distintos niveles, claramente delimitados en función de la formación y de la experiencia, sin estrés" (Kort, E., 2000).
- Tipo de Unidad. En ocasiones limita el desarrollo de la ocupación.
- Régimen de Estancia. Casos en los que un juez dictamina un ingreso. Busca las consecuencias de por qué se le priva de su libertad más que de entender la necesidad de su ingreso.
- Tiempos de Estancia. Son unidades con periodos de estancia media de 15 a 21 días, o incluso menores.

e). La Ocupación

Constituye una entidad que favorece y promueve la participación e integración social a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación, la productividad, el ocio y el juego, incidiendo en último término en la salud y bienestar individual, dotando a la persona de un desarrollo personal que le hace crecer como individuo. (Somos por que Hacemos y/o Hacemos por que Somos).

La concepción que tenga la persona sobre su Ocupación, es la clave, de cómo va a ser el compromiso de ésta durante cualquier periodo de su vida. Por ese motivo, la ocupación en la UHB, varía según esta concepción y según el ambiente del cual proceda. Buscamos ocupaciones que sean significativas y propositivas para el paciente. El compromiso a desarrollar cualquier actividad/ocupación y la significación serán mayor, cuanto más se aproxime a su realidad personal. La necesidad que tiene la persona por mantener una ocupación, le ofrece beneficios. Lo real, lo cotidiano, lo estético, lo intelectual (sexo, deportes, poesía, arte, filosofía, ciencia, historia, etc.), existe para la persona en el momento que le da valor, esto facilita que esta persona sienta, reconozca, pruebe, exprese, etc. Desde el Modelo Canadiense, se intenta pasar de la situación de paciente a participante, donde el usuario pueda encontrar sentido (valores) y significado suficiente para el desempeño de su vida. Debe ser una actividad que le genere placer ya que cambia la actitud del usuario y esto influye en las familias que lo comienzan a tener

en cuenta como un miembro activo en contraposición a la pasividad con la que se asocian.

La ocupación, nos mantiene en la realidad. Favorece la adaptación al medio, el nivel ocupacional es un indicador de adaptación personal. Es decir, nuestro nivel ocupacional, nos estructura el día a día, los periodos de cuidados personales, de trabajo, de descanso. La ocupación, también debe ser concebida como una vía de relación con la sociedad, con nuestra cultura, convirtiéndola en una forma que utiliza el ser humano para distinguirse de otros y expresarse (Moruno, P & Romero, D. 2004).

¿Es posible la intervención de Terapia Ocupacional en los dispositivos de Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría? La respuesta es sí. Necesidades, capacidades, posibilidades y sobre todo niveles Ocupacionales, se encuentran disminuidos en una persona, que por su momento agudo presenta desequilibrio en algunos de los contextos de ejecución Ocupacional. La Ocupación, entendida como ese equilibrio entre Actividades de Autocuidado, Productividad y Ocio, se vincula al usuario en estas unidades desde el primer momento, ya que el periodo de ingreso, es la reproducción de una microsociedad, en la que el usuario vivirá durante un periodo de tiempo hasta que se le ofrezca el alta terapéutica. Cuando la ocupación es elegida por el paciente, adquiere mayor significado. El momento posterior a una crisis, puede ser muy enriquecedor para la persona, si consigue mantener ciertos niveles de compromiso con su recuperación.

Al trabajar con grupos mixtos y patologías diferentes, se crea un espacio distinto de lo cotidiano, en el que rigen otras normas y se producen experiencias particulares, en el que se establecen otros compromisos, en el que se comparte uno o varios niveles ocupacionales. El saber reconocer cuales son las verdaderas limitaciones y capacidades del usuario, hace que obtener resultados de "necesidad" y "sentir", sean incluso mejor que seguir adecuadamente un horario impuesto, en el que este usuario no tomó parte activa en su elaboración.

En ambientes hospitalarios se puede mantener la ocupación del usuario pero con limitaciones, en función del usuario y del ambiente hospitalario. Con la Terapia Ocupacional, muchos son los usuarios que se benefician de aquellos momentos de soporte (acciones encaminadas a la introspección personal), o de aquellos momentos de actividad (propósito de desarrollo de destrezas funcionales) Y es que, el momento

posterior a una crisis, puede ser muy enriquecedor para la persona, si consigue mantener ciertos niveles de compromiso con su recuperación

Lo que el Terapeuta Ocupacional plantea es la forma de facilitar, recuperar, instaurar, "formas de hacer" más funcionales, más gratificantes para el usuario, desarrollando la independencia de la persona como resultado de un trabajo que el propio paciente realiza ante la pérdida de capacidades; o en su defecto facilitar, promover, "formas del ser". Ambas perspectivas vinculadas con el objetivo de desarrollo del equilibrio Ocupacional.

Podemos usar la ocupación/actividad como agente (promoción, prevención), entidad (ocupación como fin, obteniendo un desempeño ocupacional completo) o como medio terapéutico (desarrollo de destrezas, que se presuponen alteradas) (P. Moruno 2001).

Por qué es tan importante la actividad en salud mental

Por un lado, la ocupación en sí misma constituye una entidad que promueve y favorece la adaptación al medio, en tanto que sostiene la integración y participación activa del individuo en el entramado social y cultural al que pertenece. Por tanto, las ocupaciones que una persona aprende y es capaz de realizar, condicionan el grado en que ese individuo es capaz de adaptarse.

Por otra parte, la participación del ser humano en ocupaciones contribuye a la organización temporal de la adaptación al medio. Los patrones ocupacionales estructuran el transcurrir del día, la semana y el año alrededor de esquemas regulados por la ocupación; delimitando periodos de actividad y descanso, vacaciones, esparcimiento o celebración. Asimismo, estructuran y organizan el quehacer humano a lo largo de la sucesión de los estadios del ciclo vital. Así, en general, la infancia se caracteriza por el juego, la madurez por el trabajo y la vejez por el ocio o la dedicación a la familia.

La ocupación constituye una entidad que favorece y promueve la participación e integración social a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación, la productividad, el ocio y el juego, incidiendo en último término en la salud y bienestar individual.

También podemos concebir la ocupación ya que a través de ella, el ser humano se distingue y expresa como un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano. Permiten la expresión individual, favorecen el desarrollo de vínculos sociales y culturales, contribuyen a la construcción de su identidad y le posibilitan sentirse partícipe de la sociedad, incidiendo en el bienestar psicológico, y, por ende, en su salud individual.

Ocupación y funcionamiento

La realización o participación en distintas ocupaciones a lo largo del ciclo vital de un individuo coadyuva a la maduración sensorial, física y psicológica, al desarrollo social y emocional del sujeto y al aprendizaje de habilidades y destrezas para su adaptación al entorno (Reed y Sanderson, 1999). Es decir, La ocupación humana está estrechamente vinculada con el proceso de desarrollo ontogenético individual.

La ocupación puede ser aplicada terapéuticamente como un medio que promueve el desarrollo, mantenimiento y recuperación de las capacidades, destrezas o aptitudes de un individuo. A partir de un análisis previo de las capacidades, mecanismos o funciones psicológicas y corporales implicadas en la realización de una determinada ocupación, es posible utilizarla como tratamiento, persiguiendo la recuperación de los déficits o trastornos que presente el individuo evaluado. Así, pueden ser seleccionadas determinadas actividades como método de tratamiento, persiguiendo objetivos concretos ligados a la restauración o recuperación de capacidades, habilidades, destrezas o al desarrollo de aspectos psicológicos, emocionales o relacionales. La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental integra distintas modalidades terapéuticas que conciben a la ocupación humana como un agente, entidad o medio que promueve la salud, previene la enfermedad y la discapacidad y favorece el funcionamiento psicológico, el bienestar y la participación social.

ORGANIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO EN EL HOSPITAL INFANTA CRISTINA DE PARLA.

El terapeuta ocupacional, trabaja integrado dentro de un equipo interdisciplinar con el sujeto para dotarle de los recursos necesarios que le permitan integrarle/ reintegrarle a su vida cotidiana.

Para que el departamento funcione adecuadamente, hay que estructurar las actividades con relación a un horario determinado. No es necesario que se lleve con suma rigidez y se podrá variar según las necesidades que se planteen en cada momento. Es mejor que las intervenciones se realicen dentro de un plano menos directivo, con secuencias semiestructuradas, donde haya flexibilidad e improvisación con un desarrollo de intervenciones ligadas a los intereses personales.

El terapeuta ocupacional debe tener la preparación suficiente para ejercer autoridad, control, intuición y buen hacer sobre los enfermos y canalizar la ansiedad que se crea en el grupo.

Trabajamos con pacientes de diferente patología, en grupos mixtos y en diferentes etapas. Esto permite trabajar en grupos de soporte y acción. La ventaja principal, es que aquellos usuarios que necesitan un desarrollo de aptitudes lo tienen, y aquellos que se sienten más cercanos al desarrollo de sus valores, también lo tienen. Se podría decir que son momentos donde el rendimiento ocupacional y la satisfacción grupal son elevados. Los compromisos con la tarea, no son tan exigentes para unos y no son tan bajos para otros

El volumen de número de pacientes que recomienda la OMS es de 10-12 pacientes/T.O. o 2.5 m²/enfermo. Trataremos de hacer una actividad terapéutica rehabilitadora, integradora y lo más científica posible. Se aportarán notas sobre la evolución del paciente y un informe de alta de terapia ocupacional al paciente cuando se vaya de la unidad.

Desde Terapia Ocupacional, en la Unidad de Hospitalización Breve del hospital Infanta Cristina de Parla, construimos un espacio para la palabra, la movilidad y la actividad. No se valora la originalidad y calidad de la actividad, como producción sino con el objetivo de crear un espacio terapéutico.

Trabajaremos a través de talleres en las distintas áreas afectadas: social, cognitiva, sensorial, afectiva, física y de A.V.D.

En una primera fase, cuando llega el paciente, nos presentamos, explicamos el funcionamiento de la Terapia Ocupacional e intentamos motivarle a que acuda a la sala. Allí, nos entrevistamos con él.

Creemos que es importante, hacer todos los días una acogida en la que se salude a los nuevos pacientes y se despida a los que se van de alta. Es interesante, hacer Asamblea, los lunes y los viernes puesto que son días de apertura y de cierre en el que ha pasado por medio el fin de semana y estimamos muy importante, trabajar el tema de las salidas. Siempre, intentaremos que sean los pacientes quienes propongan el tema, puesto que hablarán de cosas a las que le dan mucha importancia con lo que conseguiremos un mejor enganche y además, trabajan la iniciativa. Pensamos que es necesario trabajar en el grupo, temas en el que se rescate la parte sana del paciente. Por ejemplo, que nos hablen de lugares que han visitado, libros que han leído, de cine, de trabajo...en el que posteriormente podamos, trabajar el ocio y tiempo libre, área tan comprometida en personas con enfermedad mental.

La recolección de información y la evaluación son fundamentales en el proceso de tratamiento, proveyendo información esencial acerca de quién es el paciente, cómo es su vida, qué tipo de cosas le gustan, qué quiere hacer, qué necesita hacer y qué tipo de problemas enfrenta. La información obtenida y analizada dentro de los roles ocupacionales relevantes del paciente, es la que guiará la priorización de los objetivos de tratamiento, las actividades y tareas que se implementarán.

En los Talleres de Mejora de la Comunicación incluimos talleres de “Entrenamiento en Habilidades Sociales”, taller de “Actividades de la vida diaria, instrumentales y de ocio”, y taller de “mejora de autoestima”, con juegos de autoconocimiento e interacción grupal, role-playing...

Queremos trabajar la memoria con actividades cognitivas, o juegos que sirvan de introducción para un uso posterior de actividades más complejas. Destacamos el “Pasa palabra”, el “Trivial azul”, “Tabú” o “Adivinar películas o personajes” juegos cognitivos con imágenes, juegos de conocimiento, fichas adaptadas a cada paciente...

En el ámbito de la salud mental, el terapeuta ocupacional utiliza técnicas con una perspectiva ocupacional, tales como la utilización terapéutica del yo, la dinámica de grupos, el psicodrama, las técnicas de creatividad, el control de la ansiedad y de la asertividad, el entrenamiento en habilidades sociales, el juego psicoterapéutico, etc.

Más tarde, realizaremos psicomotricidad. Empezaremos con una tabla de gimnasia más o menos fuerte según las demandas. Incluiremos ejercicios de expresión corporal, y de respiración. Nos gustaría aunque breve, conseguir realizar la relajación a diario puesto que ayuda en el manejo de la ansiedad y del estrés al paciente.

El marco de referencia psicomotriz es un instrumento, que, integrado en la estrategia terapéutica general, tiene una constatada eficacia en el paciente psiquiátrico ya que se obtiene una mejoría de las relaciones interpersonales, descenso de la conflictividad, disminución del consumo de fármacos, aumento y disminución de los periodos de sueño y disminución de la ansiedad y la depresión

Existen a última hora, un taller de ludoterapia y terapias creativas, el objetivo es que en este momento, la actividad sea más libre y conseguir la distensión del paciente. También incluimos manualidades más organizadas a las que pueden realizar en el taller creativo por ejemplo si queremos que trabajen la orientación temporal con el objetivo de centrarnos en el entorno.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Debe ser la terapeuta ocupacional junto con el médico responsable, quienes deciden qué pacientes pueden y cuáles no pueden entrar en la Terapia. Puede darse el caso que un paciente no se encuentre en condiciones para una actividad y sí para otra.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

En fase aguda, el enfermo maníaco no suele ser enviado a T.O. Primero, recibe tratamiento medicamentoso y una vez que cede parcialmente, asiste.

Pacientes en los que existe un delirio referencial con el terapeuta.

Cuando el grupo supone una degradación para la dignidad del paciente por el momento en que se encuentra. (Por ejemplo, si el paciente se masturba delante del grupo).

Cuando existen conductas problemáticas (gritos, quejidos, delirios...) que no permiten el desarrollo del grupo.

NORMAS DE CONVIVENCIA

Referidas a actitud personal:

Mostrar buena actitud

Acudir debidamente aseado y vestido con el pijama de la Unidad.

No fumar en la sala

Referidas a la relación con otros compañeros

Respetar el derecho de los compañeros a participar

Respetar las pertenencias o actividades en que trabajan los demás

Evitar actitudes violentas o conductas contrarias a la convivencia que impidan el normal desarrollo del grupo.

Cooperar en crear un clima adecuado de participación y colaboración.

Referidas al personal asistencial

Mantener un trato abierto, respetuoso y educado

Prestarse al diálogo

Realizar los pactos que se propongan

Seguir las directrices en materia de cuidado y participación en la salud

En relación a la institución

Hacer un buen uso de la planta de Psiquiatría, del mobiliario y del material.

Mantener las instalaciones limpias y cuidadas

Adecuar cada actividad a cada lugar del edificio.

Precauciones y recomendaciones.

1. Que las actividades se ajusten a las edades de los participantes.
2. Que se proporcione igualdad de participación.
3. Que se incluyan actividades que estimulen la formación de hábitos.
4. Ofrecer posibilidades para distintos tipos de actividades y aptitudes.
5. Proporcionar actividades que contengan relaciones sociales.

En términos generales, el terapeuta ocupacional tiene que atender a las diferencias individuales de los pacientes (va adaptando la actividad, con mayor o menor apoyo y con

pequeñas modificaciones a cada persona y no al revés) y orientar las actividades de tal manera que el paciente las haga con satisfacción y por voluntad propia.

PLAN DE ACTIVIDADES.

Los horarios son aproximados. Se trabaja con los pacientes, desde que termina la reunión hasta que llegan las comidas.

7:45 - 8:15.

- ✓ Cambio de turno. Estamos presentes en la transmisión del parte oral de enfermería.

8:15 - 9:15.

- ✓ Revisión de notas de Selene
- ✓ Conocer nuevos ingresos.
- ✓ Preparar detalles de alguna sesión.
- ✓ Elaborar las altas de Terapia Ocupacional
- ✓ Estar en el control. Pendiente de la puerta, teléfono, o solicitud de algún paciente durante el desayuno.

9:15 a 9:30 - 10:00 a 10:30.

- ✓ Reunión con psiquiatras, enfermeros, auxiliares y terapeuta ocupacional.

10:00 a 10:30 - 11:30.

- ✓ Buscar a los pacientes por las habitaciones
- ✓ Dedicar este espacio al trabajo en grupo. Trabajamos con “la palabra”

11:30 – 12:15.

- ✓ Grupo motriz. Espacio dedicado al movimiento.

12:15 – 13:20

- ✓ Actividades. Taller lúdico y creativo. (Trabajo individual/grupal)

13:20 – 13:40

- ✓ Recogida de la sala.

13:40 – 14:00

- ✓ Desayuno.

14:00 – 15:0

- ✓ Notas en Selene.

Los miércoles su horario es hasta las 17:30. Trabajo en equipo, en los Talleres de vida saludable.

Otras actividades:

- Lista de materiales de Terapia Ocupacional.
- Apertura de puerta, dar tabaco o contestar al teléfono junto al resto del equipo.
- Formación de una lista de canciones y películas.
- Escaneo de dibujos.

TEMAS PENDIENTES.

Se ha puesto en funcionamiento, Grupos de Psicoterapia en días alternos dirigido por los psiquiatras y acompañados por una persona de enfermería y por la terapeuta ocupacional.

Se trabaja, en una nota de evolutivo que registre las distintas áreas que ha realizado el paciente cada día y en la cual sea más fácil, realizar estadísticas.

Se está planteando crear una encuesta de satisfacción de los usuarios.

ORGANIGRAMA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA DE PARLA.

GRUPO

	Mejorar la comunicación
ÁREA SOCIAL.	Expresión
GRUPO TEMÁTICO	Autoconocimiento. Autoestima
EHS	Orientar en la realidad.
ÁREA COGNITIVA.	Ayudar al diagnóstico
ÁREA AVD, AVDI, OCIO	Autonomía.
ÁREA AFECTIVA	Socialización.
	Control de impulsos
	Interacción grupal.

GRUPO MOTRIZ.

GIMNASIA	Mejorar relaciones interpersonales
EXPRESIÓN CORPORAL	Disminuir la conflictividad
PSICOMOTRICIDAD	Disminuir el consumo de fármacos
RESPIRACIÓN.	Mejora el sueño
RELAJACIÓN	Mejora equilibrio y coordinación. Mejora marcha y contacto físico.

ACTIVIDAD

TALLER LUDOTERAPIA	Distensión del paciente
TALLER CREATIVO.	Potencia la comunicación
CINEFORUM	Trabajo cognitivo Canalización de ayuda Permite el trabajo individualizado Facilita la expresión. (Potencia la comunicación)

En su actuación terapéutica, este profesional evalúa las necesidades ocupacionales del usuario, determina las unidades secuenciales de la actividad ocupacional, establece los objetivos terapéuticos, selecciona el espacio físico de tratamiento adecuado y las herramientas o instrumentos, desarrolla el plan de intervención, valora los resultados funcionales finales y, si lo estima, lo comunica a los medios profesionales de la salud y de la sociedad en forma de publicación científica.

<p style="text-align: center;">GUIA DE CUMPLIMENTACION DEL PLAN DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL</p>

1. Indica el **dispositivo** de la red de salud mental donde el usuario recibe atención.
2. **Datos de filiación.**
3. **Motivo de derivación**
 - a. Se reflejará el que viene recogido en el informe de derivación, en la historia clínica o
 - b. el que el Terapeuta referente indique al Terapeuta ocupacional.
4. **Contexto del desempeño.**

Se refiere a la variedad de condiciones circundantes que se interrelacionan e influyen el desempeño del usuario, que el Terapeuta ocupacional valore relevantes para la intervención.

A. Aspectos temporales

- Cronológico;
- Desarrollo;
- Ciclo vital; o
- Estado de la discapacidad.

B. Ambiente

- Físico
- Social
- Cultural

5. **Componentes del desempeño.**

El desempeño de una actividad se produce cuando quien la hace, el entorno y las demandas de la actividad son favorables. Cada uno de estos factores afecta a la

ejecución de la habilidad y puede favorecer o dificultar el hacer efectivo de dicha habilidad.

Cuando los Terapeutas ocupacionales analizan el desempeño, identifican específicamente las habilidades que son eficaces o ineficaces durante el acto:

- **Habilidades motoras:** observa la movilidad de la persona o la movilidad de objetos para las tareas. Incluyen acciones como la postura, la coordinación, la energía, fuerza y esfuerzo.
- **Habilidades de procesamiento:** se refieren a acciones secuenciadas en el tiempo de una forma lógica y la adaptación del desempeño cuando surgen problemas.
- **Habilidades de comunicación e interacción:** se refieren a la transmisión de intenciones y necesidades y a la coordinación de la interacción social. Incluyen hacer gestos, hablar, mantener contacto con otras personas, participar y colaborar con los otros.

6. Áreas ocupacionales de intervención.

A. **Actividades de la vida diaria:** Tareas de automantenimiento. (Vestido, alimentación, movilidad funcional, movilidad en la comunidad, uso de sistemas de comunicación, entre otras.)

B. **Actividades laborales y productivas:** Actividades significativas para el desarrollo personal, la contribución social y la calidad de vida.

C. **Juego o actividades de tiempo libre:** Actividades intrínsecamente motivantes de entretenimiento, relajación, diversión espontánea o autoexpresión.

7. Intereses y valores.

- **Intereses:** se refiere a lo que nos hace encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones (disfrute). Patrón de intereses.
- **Valores:** se refiere a lo que le otorga significado a las ocupaciones y que crean una fuerte disposición para actuar de acuerdo a ellos (convicciones personales y sentido de obligación).

8. Hábitos y Roles.

- Hábitos: son patrones de comportamientos recurrentes, adquiridos de repeticiones previas que actúan a nivel subconsciente.
- Roles: identificación, mantenimiento y equilibrio de funciones que se asumen o se alcanzan en la sociedad (Ej. trabajador, estudiante, padre...).

9. Factores de riesgo y de protección

Relacionados con las características del usuario y su entorno que favorezcan o dificulten el proceso de intervención de Terapia ocupacional.

10. Objetivos

Diseñados por el Terapeuta ocupacional después de la valoración de todos los aspectos que sean posible/necesario tener en cuenta para la intervención, sin olvidar las características del dispositivo donde actúa y la filosofía del equipo con el que trabaja.

Consenso con el usuario y comentado con la familia o personas responsables.

11. Estrategias de intervención

El terapeuta ocupacional hará uso de los métodos de intervención, estrategias y técnicas más apropiadas, con acciones que se llevan a cabo para dar soporte e influir en la mejora del desempeño ocupacional del usuario:

- Estrategia de Promoción de la Salud
- Estrategia de Restauración
- Estrategia de mantenimiento
- Estrategia de Modificación (compensación o adaptación):
- Estrategia de prevención de la discapacidad

BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

¿Qué puede aportarle la Terapia Ocupacional?

En las **destrezas de pensamiento**:

- Mejorar su concentración realizando manualidades, hobbies, y ejercicios diarios que le requieran concentración.
- Reducir su confusión con actividades en las que Usted siga consignas claras.
- Desarrollar sus destrezas en resolución de problemas con actividades y rompecabezas que lo motiven a resolver problemas.
- Mantener su pensamiento y estado de alerta para prepararlo para que usted regrese a su hogar y comunidad.
- Ayudarlo a reducir distracciones a través de proyectos organizados.
- Ofrecerle oportunidades de mejorar su pensamiento y comportamiento a través de actividades estructuradas

Con los **sentimientos acerca de Usted mismo**:

- Aumentar su autoestima a través del logro diario de actividades grupales.
- Incrementar su autoconfianza realizando en forma independiente trabajos.
- Aumentar sus sentimientos de autocontrol o dominio de sí mismo, teniendo experiencias de autocontrol emocional y físico.
- Motivarlo a trabajar en sentimientos dolorosos o desagradables a través de actividades energéticas.
- Mantener sus destrezas de trabajo y sociales a través de una rutina completa y equilibrada

Con la **utilización del tiempo libre y los recursos disponibles**:

- Enseñarle caminos para utilizar su tiempo libre de modo más saludable y satisfactorio.
- Motivarlo a buscar en su comunidad actividades y grupos que puedan ayudarlo a satisfacer sus necesidades personales.
- Motivarlo para que diariamente utilice una parte del día para la distracción y la relajación.

Con las **relaciones con otras personas:**

- Aumentar su confort y habilidad para confiar en otros a través de la integración en grupos placenteros.
- Proveerle oportunidades para experimentar el apoyo que surge de pertenecer a un grupo.
- Proveerle oportunidades de comunicación.
- Proveerle situaciones en las cuales usted comparta, interactúe, y permanezca en contacto con demandas de la sociedad.
- Motivarlo a experimentar respuestas socialmente aceptables de sus sentimientos negativos, a través de la realización de actividades que demanden fuerza y energía.

Con su **habilidad de manejar el estrés:**

- Reducir su nivel de ansiedad a través de la realización de manualidades, ejercicios y juegos.
- Enseñarle a manejar el estrés y sus síntomas, a través de técnicas de relajación y actividades físicas.

Con su **condición física:**

- Mejorar su salud, fuerza y coordinación, a través de: psicomotricidad (dinámicas grupales y circuitos); estiramientos; juegos con reglas, ejercicios con ritmo espacio, organización espacial.
- Mantenerse en buenas condiciones física y funcionales.
- Ayudarlo a reducir malestares físicos, como tensión, rigidez y dolor a través de ejercicios de relajación.
- Ayudarlo a reducir efectos colaterales desagradables de la medicación a través de ejercicios físicos

Otros.

Para poder lograr estas metas, trabajamos distintos talleres.

CONCLUSIONES

El terapeuta ocupacional, a través del análisis exhaustivo del desempeño ocupacional de la persona, está capacitado para una doble función: Por una parte valorar el grado de discapacidad mediante la valoración de la ejecución de las actividades en las áreas de desempeño ocupacional, así como la influencia del medio habitual, vivienda, entorno, etc. De este modo es factible poder determinar el recurso/s necesario así como los tratamientos más adecuados para mejorar la situación detectada, a través de la elaboración de un plan individualizado de atención. Y, por otra, entrenar a la persona en la realización de las actividades de la manera más independiente posible, modificando el entorno cuando sea apropiado y en la utilización de las ayudas técnicas necesarias para la consecución de la independencia, función que permitiría un ahorro económico importante al poder dotar a la persona de las ayudas necesarias para poder manejarse de forma independiente evitando así los costes de una atención institucionalizada.

Para mantener sus competencias profesionales, los terapeutas ocupacionales promocionan su actividad asistencial, estimulan la integración en proyectos formativos docentes de salud, reconocen y actúan sobre las necesidades de formación continuada, colaboran en la administración y gestión interna de las unidades (incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamientos a los servicios de T.O.) y centros en los que trabajan, participan en el desarrollo de la práctica de su profesión y desarrollan, cada vez más, una implicación progresiva en proyectos de investigación básica y aplicada, en conjunto con otros profesionales. Participan activamente en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de T.O. Toman un papel activo en el desarrollo, mejora y promoción de esta disciplina.

En psiquiatría, los objetivos en Terapia Ocupacional buscan servir de ayuda al tratamiento farmacológico para la eliminación de los síntomas; ayudar al diagnóstico y evolución de la enfermedad; sirve para evitar el aislamiento del paciente, potenciando la relación interpersonal y de grupo e intenta devolver a su actividad laboral primitiva o bien, orientarle hacia una nueva profesión. En la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, va encaminada a promover la salud y el bienestar ocupacional, minimizar la pérdida 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.

Los objetivos los hace efectivos a través de la actividad. No todas las actividades valen para todos los pacientes. El usuario con sus características ocupacionales, comparte espacio con otra persona que puede presentar diferentes ritmos de tarea y/o actividad. Es el instante en el que las necesidades, los valores y capacidades de cada persona interactúan con las del resto de las personas, no solo con sus compañeros, también con la de las personas que están en la sala. Se crea un espacio diferente del cotidiano, en el que rigen otras normas y se producen experiencias particulares, en el que se establecen otros compromisos, en el que se comparte uno o varios niveles ocupacionales.

Sentirse ocupacionalmente o hacer una ocupación, pasa por dar valor al momento en el que se toma esa decisión, solo en el momento que el usuario sienta, podremos decir que contempla la ocupación en toda su magnitud. Cada persona responde de diferentes maneras en función del momento en el que se encuentre. Además, como terapeutas ocupacionales, tenemos que ser conscientes y hasta en ocasiones modestos con nuestros objetivos realizables. Las expectativas que el usuario muestra, puede que no guarden relación con las esperadas por el terapeuta. El saber reconocer cuáles son las verdaderas limitaciones y capacidades del usuario, hace que obtener resultados de "necesidad" y "sentir", sean incluso mejor que seguir adecuadamente un horario impuesto, en el que este usuario no tomó parte activa en su elaboración. En resumen, sentirse ocupado, es estar en conexión con el ambiente y con la realidad que le rodea y la competencia ocupacional profesional del propio terapeuta ocupacional no debe basarse solamente en sus propios valores y creencias de la filosofía de la terapia ocupacional, ni tampoco en sus propias habilidades funcionales de ejecución ocupacional laboral, ni incluso, en sus propias destrezas en la realización ocupacional de sus tareas laborales. Debe, tener en cuenta el ambiente y la cultura donde desempeña su labor.

“Toda unidad de carácter restrictivo, puede ser considerada por el usuario como un mar muerto, la capacidad para que esta persona pueda encontrar pequeñas islas donde pueda "sentirse" o incluso desarrollar una tarea, puede dotarle de momentos de encuentro no solo con otras personas, sino consigo mismo”. (Talavera Valverde, M.A.)

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Libros:

- Gisbert, C. (2.003). “Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo”. Asociación española de neuropsiquiatría. Estudios.
- Liberman R.P. (1993): “Rehabilitación integral del Enfermo Mental Crónico”. Barcelona. Martínez Roca.
- Rodríguez A., Bravo F. (2.003). “Marco general y conceptualización: Rehab. Psicosocial y tratamiento integral del enfermo mental severo”. Madrid. AEN
- Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. (2003) “Terapia ocupacional. Teoría y técnicas”. Barcelona: Masson.
- Durante Molina P, Noya Arnaiz B. (1998) “Terapia ocupacional en salud mental: Principios y práctica”. Barcelona: Masson.
- Grupo de trabajo de la Comisión para el Desarrollo de la T.O. (2005). “Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso”.

Artículos de Internet:

- Talavera Valverde, M.A. “Recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave”. El encuentro de las ocupaciones”. V Congreso Virtual de Psiquiatría.com
- Página web de la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña [en línea] 2006 [fecha de acceso 17 de Febrero de 2006].
- Moruno Miralles, Pedro: "La ocupación como método de tratamiento en salud mental". En www.terapia-ocupacional.com 2003.

ANEXO XXIII: PROCEDIMIENTO DE ENVIO DE CONTENCIONES MECANICAS A PSIQUIATRIA

OBJETO

Este documento se ha elaborado para definir y organizar el circuito de lavandería y mantenimiento de la contención mecánica del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Objetivo principal:

Definir el circuito que deben seguir las contenciones mecánicas desde que se ensucian, hasta que son devueltas limpias al hospital y se almacenan para su uso.

Objetivos específicos:

Realizar el registro de la ubicación de las contenciones mecánicas, para conocer su número y localización.

Realizar el mantenimiento de las distintas contenciones para que estén siempre operativas.

ALCANCE

Todo el personal de enfermería, DUE y TCAE, de las unidades de hospitalización médicas, quirúrgicas, psiquiatría y el servicio de urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina.

DESARROLLO

Será función del TCAE, con conocimiento de todo el procedimiento por parte de los DUE, de la realización de este procedimiento.

1. COMO ENVIAR LA CONTENCIÓN

- Todas la contenciones están numeradas, correspondiendo el mismo número a cada contención completa (2 manos, 2 pies, 1 travesero y un cinturón).
- Cuando sea necesario enviar una contención a lavandería, se introducirá en una bolsa de basura la contención mecánica completa (2 manos, 2 pies, 1 travesero y un cinturón).
- Se verificará que tienen el mismo número todas las partes.
- Se retirarán los botones magnéticos de la contención (la no retirada inutiliza el botón).
- Se marcará por fuera la bolsa con: H. Parla y número de contención.

2. REGISTRO DE SALIDA

- Cuando enviemos la contención a lavandería independientemente de la unidad que sea, cumplimentará en el anexo I:
 - o El día que se envía.
 - o El número.
 - o Si esta completa.
 - o Talla.

3. RECEPCIÓN

- Todas las contenciones que lleguen limpias a lavandería, irán a la unidad de psiquiatría.
- Se comprobará y registrará en el anexo 2 que llega la contención completa.
- Se marcarán de nuevo si es necesario, a medida que se borre la tinta.

4. SOLICITUD DE CONTENCIÓN.

- Cuando se precise una contención en cualquier unidad del hospital, se solicitará a la unidad de psiquiatría (413795-413797).
- La unidad de psiquiatría registrará en el Anexo 3, la unidad a donde se envía la contención.

