

Libro blanco de Unidades de Media Estancia de salud mental

Castilla-La Mancha



LB-UME

AGOSTO 2013



*Dirección Regional de Salud Mental
Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*

Libro blanco de Unidades de Media Estancia de salud mental

Castilla-La Mancha



LB-UME
AGOSTO 2013



*Dirección Regional de Salud Mental
Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*

Con la colaboración de Ferrer

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2014 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid).
Pza. Josep Pallach, 12. 08035 Barcelona.

ISBN: 978-84-941111-1-1
Depósito Legal: M-1234-2014

A

Autores

Coordinación

Devolx Neyra, Víctor M.
Fernández Marín, M^a Luz

Redacción

Devolx Neyra, Víctor M.
Domper Tornil, Jaime
Fernández Marín, M^a Luz
López Cócera, José Antonio

Grupo Regional de Trabajo de Unidades de Media Estancia de Castilla-La Mancha

Blas Fernández, Luís Víctor
Carrasco Ramírez, Olga
Castillo Lasala, María
Díaz Plaza, Ana María
Fernández Marín, M^a Luz
Guerra Amador, Basilia
Hernández Viadel, José Vicente
López Cócera, José Antonio
Martínez Rubio, Carlos

Montojo de Ancos, Margarita
Narváez Mateos, Francisco
Navarro Bayón, Daniel
Pérez Rojo, José Antonio
Piedra Tutor, Francisco José
Rodríguez Montes, M^a Isabel
Santos Ruiz, José Luis
Ubrí Acevedo, Danilo
Vázquez Gómez, Rafael

Revisión

Carrasco Ramírez, Olga
Nieto Moreno, Marta

Secretaría y maquetación

Trinidad Martínez Martínez



La conciencia en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Solo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es amor, y cuando se tiene, se puede volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema.

A. Donabedian



Abreviaturas

AIP: Aplicación informática del proceso

CMBD: Conjunto mínimo básico de datos hospitalarios

CSMA: Coordinador de Salud Mental de Área

FC: Formación continuada

FRD: Facultativo responsable de un dispositivo

FRP: Facultativo responsable de un PAISM

GC: Gestor de caso de un PAISM

GRT: Grupo regional de trabajo de las Unidades de Media Estancia

IPPEP: Intervención precoz en primeros episodios psicóticos

PAISM: Proceso asistencial integrado de salud mental

PITR: Plan individual de tratamiento y rehabilitación

TMG: Trastorno mental grave/PAISM de trastorno mental grave



Índice

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
2. MARCO CONCEPTUAL DE LAS UME's DE CASTILLA-LA MANCHA
 - 2.1. Visión
 - 2.2. Misión
 - 2.3. Valores
 - 2.4. El lugar de las ume's en la red asistencial de salud mental
 - 2.5. Carácter polivalente
 - 2.6. Ambiente terapéutico vs programas y actividades
 - 2.7. Salud mental basada en la evidencia
 - 2.8. Ambiente físico
 - 2.9. Perfil asistencial
 - 2.10. Usuarios y familiares
 - 2.11. Definición de las ume's de castilla-la mancha
3. PROCESOS ASISTENCIALES BÁSICOS
 - 3.1. Estudio propuesta de derivación
 - 3.2. Acogida – recepción
 - 3.3. Evaluación
 - 3.4. Elaboración del pitr
 - 3.5. Ejecución y seguimiento del Pitr
 - 3.5.1. Gestión del pitr
 - 3.5.2. Programas y actividades
 - 3.6. Reevaluación
 - 3.7. Alta y derivación
4. PROCESOS DE SOPORTE
 - 4.1. Formación continuada
 - 4.2. Investigación
 - 4.3. Gestión de riesgos y seguridad
 - 4.4. Servicios generales
5. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
 - 5.1. Funciones
 - 5.2. plantilla
 - 5.3. gestión RRHH
6. LAS UME's COMO ORGANIZACIONES DE CALIDAD
 - 6.1. Protocolos
 - 6.2. Registro de la actividad
 - 6.3. Indicadores
 - 6.4. Organización en procesos
 - 6.5. Memoria de gestión
7. GRUPO REGIONAL DE TRABAJO DE LAS UME's DE CLM. JORNADAS REGIONALES

8. ORDEN DE REQUISITOS TÉCNICOS DE
LOS CENTROS Y SERVICIOS

9. ANEXOS

- 1 Instrumentos de Evaluación para las UME's. Elaborado por el GRT.
- 2 Informe de Derivación a Unidad de Media Estancia. (UME de Toledo).
- 3 Ordenación de recursos e intervenciones terapéuticas para el Trastorno Mental Grave.
- 4 Ordenación de recursos e intervenciones terapéuticas para el Primer Episodio Psicótico.

5 Ordenación de recursos e intervenciones terapéuticas para el Trastorno Afectivo Bipolar.

6 Informe de continuidad asistencial.

7 Funciones básicas del equipo terapéutico.

8 Indicadores Unidad de Media Estancia. Elaborados por el GRT.

9 Modelo unificado de Memoria UME de Castilla-La Mancha.

10 Proceso Asistencial General.

11 Organigrama equipo técnico.

10. BIBLIOGRAFÍA

Introducción y justificación

El contenido de este documento tiene una doble procedencia. En primer lugar, del material generado por el Grupo Regional de Trabajo (GRT) de las Unidades de Media Estancia de Castilla-La Mancha y por otro lado, de las aportaciones de la Dirección Regional de Salud Mental de los Servicios Centrales del SESCAM.

El material aportado por el GRT está más referido a los contenidos asistenciales y terapéuticos, mientras que el de Servicios Centrales está encaminado a enmarcar la definición de las UME de Castilla-La Mancha en los principios organizativos del SESCAM, así como en los modelos de filosofía asistencial de Salud Mental más modernos, tanto a nivel internacional, como nacional y que son también de referencia en nuestra comunidad.

El documento incluye una definición concreta y detallada del tipo de UME que se quiere para Castilla-La Mancha, aunque como se verá se ha optado por un modelo polivalente e integrador de diferentes tendencias asistenciales.

A partir de dicha idea y de sus diferentes líneas de desarrollo, se pretende crear un modelo de UME en Castilla-La Mancha que sirva como refe-

rencia para la progresiva homogeneización de todas las unidades existentes en la comunidad, lo que no deberá significar que cada una pierda su propia idiosincrasia e incluso cierto nivel de especialización que sirviese a los intereses asistenciales de su Área y aún de toda la comunidad.

El marco asistencial de fondo es el modelo comunitario, consensuado por toda la comunidad científica y asistencial, y que queda expresado en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Además de dicho marco, por parte de los Servicios Centrales se han aportado al documento algunos aspectos hasta cierto punto novedosos con respecto a los trabajos del GRT, como es la referencia a los procesos asistenciales integrados de Salud Mental (PAISM) de Castilla-La Mancha, la incorporación de paradigmas asistenciales modernos o la necesidad de utilizar sistemas de gestión de la calidad total. Estas aportaciones se unen a las propuestas del GRT definiendo un horizonte para las UME de Castilla-La Mancha, que se quieren organizativamente avanzadas y asistencialmente integrales y eficaces.

Sobre todo ello gravita el paradigma de la **RECUPERACIÓN**, y el concepto de **EMPODERAMIENTO** de los pacientes, buscando la combinación de una asistencia técnica lo más avanzada posible, junto con la disposición de unas condiciones asistenciales que provean a los pacientes de la máxima calidad de vida, y su recuperación como ciudadanos y personas.

Desde un punto de vista más operativo, el documento tiene que servir para ajustar y orientar en el presente y hacia el futuro, aunque en algunas ocasiones ese futuro pueda empezar de inmediato en aquellos aspectos que sean posibles y en otras haya que esperar a que determinadas condiciones contextuales sean más propicias. Pero cara a las propuestas más complicadas o costosas el documento es valiente, en el sentido de trasladar a profesionales y

a la administración las propuestas de organización de las UME de Castilla-La Mancha que sirvan para que todas ellas se ajusten al modelo de calidad propuesto.

La idea es que todos los dispositivos de Salud Mental de la Red Asistencial de Castilla-La Mancha, cuenten con un documento similar, del que sin duda el presente será referencia, ya que como en otros dinanismos de mejora, las UME son también pioneras en este sentido.

Por supuesto nunca será un documento definitivo y cerrado sino necesariamente abierto a nuevas aportaciones y modificaciones, para lo cual, según se explica en el apartado correspondiente, se crean las condiciones necesarias para que los profesionales de las UME sigan reflexionando y proporcionando nuevas orientaciones y recomendaciones.

Marco conceptual de las Unidades de Media Estancia de Castilla-La Mancha

2.1. VISIÓN

Disponer en Castilla-La Mancha de un conjunto de UME con alta capacidad terapéutica, rehabilitadora y asistencial, adaptadas a las necesidades de los pacientes, que provean de satisfacción a usuarios, familiares y profesionales, desde una posición de elevada ética asistencial, de eficiencia, de eficacia técnica y de bienestar organizacional, y enclavadas en la estructura de la red asistencial de Salud Mental de Castilla-La Mancha.

2.2. MISIÓN

Prestar asistencia en Salud Mental a personas con trastornos mentales graves, como dispositivo hospitalario rehabilitador y terapéutico de media estancia, dentro del Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación

que el conjunto de la Red ofrece a cada paciente.

Dicha asistencia puede comprender los siguientes objetivos generales:

- Tratamiento.
- Rehabilitación.
- Cuidados y contención.
- Recuperación integral.
- Bienestar ambiental.

2.3. VALORES

a) El paciente como centro de la organización

Toda la actividad asistencial y organizativa de la UME se establecerá alrededor de las necesidades terapéuticas de los pacientes, lo que debería significar pasar de una organización rígi-

da, a otra que tuviera capacidad de adaptarse a las necesidades individuales integrales de cada persona asistida en su doble condición de paciente y usuario.

b) El paciente como ciudadano

Las características propias de las personas con enfermedad mental no podrán oscurecer los derechos básicos de los pacientes, antes al contrario, las UME deben ser ámbitos en los que sus derechos se rescaten y potencien, salvo estrictamente en las limitaciones que su estado exija.

c) El modelo de recuperación

Al margen de las implicaciones técnicas que el modelo tiene y que deben teñir todas las actividades asistenciales, el concepto supone aceptar una visión de la persona con enfermedad mental grave, en el que se buscará un nivel máximo de recuperación como persona y ciudadano.

La recuperación como concepto debe ser operacionalizada en objetivos concretos, tanto en la propia estancia del paciente en la UME como en los objetivos a conseguir, dando lugar a un dinamismo para lograr la mejor calidad de vida posible en los diferentes ámbitos vitales del paciente: psicopatológico, conductual, social, doméstico, ocupacional, jurídico, laboral, económico, etc.

d) Participación de usuario y familiares

La actual organización de los Procesos Asistenciales Integrados de Salud Mental de Cas-

tilla-La Mancha reserva importantes momentos de participación a los usuarios y familiares, que afectan lógicamente también a las UME. No obstante, más allá del formalismo presente en los procesos, la participación activa de los familiares y sobre todo de los pacientes, debe constituirse como una referencia constante de toda la actividad asistencial.

e) Calidad técnica

Las UME deberán incorporar las mejores formas de asistencia técnica que la evidencia científica y asistencial vaya ofreciendo en cada momento. Ello debe suponer un esfuerzo constante de incorporación y actualización, a través de una política adecuada de formación continuada y de reflexión sobre la actividad que se realiza.

f) Calidad terapéutica

Si este valor es importante para cualquier organización asistencial, en el caso de un establecimiento hospitalario de atención continuada como las UME alcanza su máxima expresión, ya que dos de sus principales herramientas son el ambiente y las actitudes terapéuticas; ambos conceptos dependen muy directamente del tipo de estructura organizativa, del clima laboral, de las relaciones entre profesionales y usuarios e incluso del ambiente y estructura física. En este sentido es crucial desarrollar actitudes activas y preventivas, para que la actividad técnica no deshumanice el ambiente terapéutico y las relaciones entre profesionales y pacientes, impidiendo, además, la emergencia de fenómenos

como la “neurosis institucional”, y en todo caso, proveyendo a los pacientes de oportunidades para que puedan crecer en el plano personal y como ciudadanos.

g) Tratamiento individualizado

Sin desmerecer lo que por naturaleza es una de las características más significativas de las UME, como es el abordaje grupal de los enfermos, la consideración individual de cada paciente debe ser uno de los principales valores asistenciales y organizacionales de estos dispositivos.

Este valor se operacionaliza en los planes individuales de tratamiento y rehabilitación (PITR), aunque más allá de los documentos en los que se reflejan, el abordaje individualizado debe constituir un modelo de relación de los profesionales con el paciente, con repercusiones amplias que deben ir desde la privacidad física hasta su trato personal diferenciado, pasando por la asignación de referentes personales.

h) Continuidad asistencial

Una continuidad que hay que entender es la doble dimensión interna y externa.

Internamente se refiere a la coherencia y armonía que deben tener todos los procesos asistenciales que se aplican sobre un paciente dentro de la UME.

Externamente y respondiendo a la definición que se realizaba en el apartado misión, se refiere al lugar de las UME en la red asistencial de dispositivos de Salud Mental en cada Área; se trata de una red que en su conjunto asume

todo el tratamiento del paciente, correspondiendo a las UME una fase de ese proceso. Ello implica un “antes” y un “después” de la estancia del paciente en la UME, y la puesta en marcha de todos los mecanismos que garanticen la continuidad asistencial entre la UME y los dispositivos que derivan al paciente y a los que es derivado.

i) Calidad organizativa

Todos estos principios deben ser operacionalizados y trasladados a la realidad cotidiana de los centros, con sistemas que permitan su evaluación y orientación a la mejora continua.

Por ello se considera muy importante la progresiva adecuación de este tipo de dispositivos a cualquiera de los modelos de gestión de la calidad total existentes (EFQM, ISO, etc.), como una forma de reforzar la capacidad de mejora constante. Tal adecuación debe suponer la estructuración de la actividad asistencial en forma de procesos, que sirvan para definir las tareas, organizarlas, medirlas y mejorarlas.

2.4. EL LUGAR DE LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA EN LA RED ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL

Este lugar hay que considerarlo desde la perspectiva que supone la puesta en marcha de los PAISM de Castilla-La Mancha, en la medida de que implican la superación del modelo tradicional de derivación pasiva y “desentendimiento” de la responsabilidad sobre el paciente por parte del dispositivo derivante, para adoptar

el modelo de corresponsabilidad de toda la red y en especial del dispositivo que deriva, sobre todo en el caso de las USM.

Los PAISM implican **corresponsabilidad de todos los dispositivos de la red en un único Pitr** general o global (con independencia de los Pitr de cada dispositivo). Por lo tanto, el paso de un paciente por la UME es una fase del Plan Individual que corresponde al conjunto de dispositivos, sin olvidar, no obstante, que la USM es la gestora general de todo el proceso asistencial de cada paciente.

Entre otras implicaciones de este esquema organizativo, el proceso de derivación hacia la UME deberá ir acompañado de contenidos y objetivos, que básicamente son los que figuran en el Pitr general elaborado en la USM y refrendado por la Comisión de Patología Mental Grave de Área (comisión del TMG) para los casos más complejos (o la USM para el resto de casos), en la que, además, siempre habrá un representante de la UME con la misión de dar continuidad al Pitr, servir de conexión entre los profesionales implicados en el caso y trasladar la información al equipo.

Por lo tanto, los pacientes son derivados a la UME no de manera inespecífica, sino para realizar una serie de tareas asistenciales y específicas (Pitr), de acuerdo a una evaluación previa y dentro de una propuesta que puede incluso implicar a otros dispositivos asistenciales antes, durante y después de la estancia del paciente en la UME.

Esta dependencia de la UME del Pitr general no implica que este no pueda ser revisado y

actualizado e incluso profundamente modificado, de acuerdo a las características específicas y la evolución de cada paciente. Para estos supuestos, los PAISM contienen mecanismos para aplicar en aquellos casos en los que existiera discrepancia y fuera necesaria una nueva confección del Pitr a partir de la evaluación concreta realizada en la UME.

Estos mecanismos pasarían por la interacción, en el momento del ingreso, de las siguientes figuras: 1) por parte de las USM, el facultativo responsable del proceso (FRP) y el gestor del caso (GC) cuando exista, y 2) facultativo responsable del dispositivo (FRD), es decir, el facultativo de la UME al que, en todos los casos, se asignará cada paciente de las UME; además en dicha interacción y según lo dicho en los PAISM, podrán intervenir también lógicamente los coordinadores de ambos dispositivos. Para aquellos pacientes con patologías para las que no se cuenta todavía con PAISM, la figura de referencia en la red será el facultativo que deriva a la UME. Entre esta figura y sus homólogos de la UME se deberá mantener una interrelación similar a la descrita en los PAISM.

Son también estas figuras las que, al margen de informes de altas, de continuidad de cuidados, de derivación etc., van a garantizar la continuidad asistencial al alta del paciente de la UME y su derivación a otro dispositivo si procediera.

Todas estas características funcionales de continuidad asistencial y de participación de la UME en el tramo que le corresponde del Pitr general, se encuentran observadas en el PAISM

del TMG y operacionalizadas en la aplicación informática correspondiente, a la que todos los facultativos de las UME tendrán acceso en tiempo real, junto con la información correspondiente del paciente con independencia además del acceso a la historia clínica informatizada común para todos los dispositivos de Salud Mental del SESCOAM.

Por último, para otras patologías susceptibles de ser abordadas en las UME, como determinados casos graves de patología dual, trastornos graves de personalidad, trastornos graves de la afectividad o ansiedad, sería de aplicación un tipo de relación similar al descrito para las patologías que tienen ya PAISM, en el sentido de que cuando se derive un paciente a la UME se hayan salvaguardado los siguientes principios:

- Proporcionar información relevante sobre el caso a la UME.
- Derivar con objetivos concretos y, por lo tanto, con un Pitr.
- Mantenimiento de interrelación entre el facultativo derivante y los de la UME.
- Colaboración entre ambos en los momentos clave del proceso asistencial del paciente en la UME, como cambios de tratamiento, incidencias graves, altas, etc.

Llegados a esta altura del apartado, en el que se ha desarrollado la dependencia de la UME del resto de la red asistencial y particularmente de la USM, conviene, sin embargo, hacer mención del polo aparentemente contrario y fijar los límites que marcan el terreno de su propia autonomía.

La UME es un dispositivo específico, con plena idiosincrasia y organización propia. Esta declaración tiene múltiples implicaciones, no solo en los procesos asistenciales y terapéuticos propios de la UME, sino en cuestiones que tienen que ver con la organización de los RRHH, en la formación continuada, en la especialización de sus profesionales o en la necesaria formación y mantenimiento del equipo de trabajo, así como en las relaciones con el resto del Área de Salud Mental (en este último sentido al igual que el resto de dispositivos).

Con respecto a la propia idiosincrasia de las UME, parece claro que su individualidad como dispositivo hospitalario, con internamientos continuados y con objetivos rehabilitadores, las diferencian claramente del resto de dispositivos de Salud Mental del Área, debiéndose respetar, salvaguardar y potenciar su especificidad asistencial y organizativa, a fin de que pueda lograr y mantener la necesaria especialización coherente con sus objetivos asistenciales y terapéuticos.

No se afirma, por otro lado, en este documento que las UME sean independientes del resto del Área, pero sí con un notable grado de autonomía organizativa. Hablamos, por tanto, de un equilibrio entre autonomía y pertenencia al Área, necesitado de una gestión particular en cada caso.

Así, por ejemplo, y en relación a los procesos de derivación de pacientes a la UME, su autonomía debe alcanzar un punto crítico, al observarse la posibilidad de que el equipo asistencial de la UME puede desestimar una deri-

vación, bien a la vista de la documentación justificativa de la derivación o tras evaluar directamente al paciente.

Los criterios por los cuales puede proceder la desestimación pueden ser los siguientes:

- Falta de acuerdo en la adecuación del caso a los criterios de entrada o incurrir en alguno de los supuestos de exclusión.
- Aún no dándose ninguno de los casos citados anteriormente, que el equipo asistencial considere que existe una contraindicación excepcional para un paciente concreto por causas clínicas, asistenciales, etc.
- Inadecuación al momento asistencial y organizativo de la UME: sobrepasar el porcentaje de pacientes especiales, impacto del ingreso en la estabilidad y capacidad de control del centro, etc.
- Falta de la documentación establecida para el ingreso, protocolo de derivación de informes, etc.

Salvo los mecanismos de superior coordinación, de los que se hablará a continuación, debe entenderse que el último criterio que debe prevalecer será el emitido por el equipo técnico asistencial de la UME o Comisión de Ingreso si la hubiese, el cual debe argumentarse de manera justificada y escrita.

Otra perspectiva que debe completar la contextualización de las UME, se refiere a su lugar en el Área de Salud Mental y aún en el conjunto de la comunidad. Naturalmente la UME está inserta en la red de dispositivos de Salud Mental del Área y, por lo tanto, participa

de todos sus dinámismos funcionales y estructurales, bajo la supervisión del coordinador de Salud Mental de Área (CSMA).

Por otro lado, sus facultativos pertenecen al Servicio de Psiquiatría/Salud Mental del hospital de referencia, mientras que el resto del personal (enfermería, trabajo social) mantiene por lo menos una dependencia funcional del mismo servicio y de su jefatura.

Ambas situaciones asignan líneas de dependencia importantes con el resto del Área y del Servicio de Psiquiatría, tanto en aspectos asistenciales como organizativos, de los cuales merece la pena destacar los dos siguientes.

En primer lugar, la necesaria disposición de la UME a prestar su colaboración con el Área, sobre todo en materia de recursos humanos, para ayudar a solventar determinadas situaciones coyunturales y excepcionales, en la que el resto del Área o algún dispositivo tenga sobrecarga asistencial o déficit de recursos.

Y en segundo lugar, el admitir la intervención moderadora del CSMA en aquellos casos en los que exista discrepancia en la admisión de ingresos, altas, PITR, etc. que no haya sido solucionada por otras vías.

Por último y con respecto a su papel a nivel de Castilla-La Mancha, las UME de cada Área, siguiendo los procedimientos establecidos al respecto, estarán dispuestas a admitir casos de otras áreas, cuando en estos concurren situaciones de ausencia de plazas o inadecuación asistencial de los pacientes.

2.5. CARÁCTER POLIVALENTE DE LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA DE CASTILLA-LA MANCHA

De manera esquemática se pueden identificar tres modelos de Unidades de Media Estancia y similares:

- El modelo clásico de Comunidad Terapéutica.
- Unidades de subagudos orientadas a la contención y control.
- Dispositivos organizados alrededor de actividades y objetivos.

Inicialmente se podría definir que el modelo que se quiere para Castilla-La Mancha correspondería al tercero de los citados, en la medida en la que se fijan actividades terapéuticas concretas ligadas a los resultados de la evaluación específica a través del PITR.

Si bien ello es cierto en gran medida, es necesario realizar dos importantes matizaciones, encaminadas a poner de relieve desde el principio el carácter polivalente que se quiere dar a las UME, en función de las necesidades asistenciales que tiene nuestra región.

Entre estas necesidades figuran las de atender a un determinado porcentaje de pacientes, que por un período de tiempo determinado, necesitan un contexto contenedor y de control, que asegure la toma de medicación como paso previo al abordaje de otros objetivos asistenciales más complejos; posiblemente se trata de pacientes más subsidiarios de ser atendidos en las UHB, pero excediendo un tiempo de estancia inasumible por dichas unidades e inapropiado para los propios pacientes; es decir,

estamos hablando de pacientes típicos de unidades de subagudos.

Ante la ausencia en Castilla-La Mancha de este tipo de dispositivos, parece adecuado que los pacientes subagudos sean atendidos en las UME, siempre y cuando el porcentaje de estos no supere una cifra determinada, que impidiese que se pudieran realizar las funciones de contención y control para las que el paciente ha sido ingresado, o que pusiese en peligro el resto de funciones terapéuticas y rehabilitadoras del centro o muy particularmente que afectase al mantenimiento del ambiente terapéutico. Dejando pues claro, que las UME de Castilla-La Mancha no deben estar organizadas ni entendidas como unidades de subagudos, sí tienen que tener la capacidad de atender un determinado porcentaje de pacientes de esta naturaleza.

Parecida línea de argumentación se puede exponer con respecto al ingreso en las UME de pacientes con patologías especiales, como los trastornos graves de la personalidad y, en concreto, con los pacientes con trastorno límite de la personalidad, y en general con todos aquellos pacientes que no se adecuen al esquema de funcionamiento general de las UME entendidas como dispositivos esencialmente terapéuticos, normalizadores y rehabilitadores, o a aquellos otros que por sus circunstancias clínicas afectasen a la capacidad de los dispositivos de mantener un ambiente terapéutico adecuado. Se parte de la base de pensar que las UME pueden admitir un determinado porcentaje de ingresos de pacientes

con estas características, adecuando funcionalmente su capacidad de contención y control a las necesidades de estos pacientes, sin afectar seriamente a la atención que se presta al contingente general.

Así, se propone que los límites de entrada sean aplicados de forma amplia, para no impedir la inclusión de determinados pacientes que se pudieran beneficiar de las posibilidades terapéuticas de las UME.

Desde otro punto de vista, la polivalencia de la UME debe tener unos límites muy claros en cuanto a la presencia de pacientes de larga estancia (los clásicos crónicos) u otros con problemáticas de tipo social. En este sentido, este documento debe orientar a la toma de decisiones, que permita que el actual montante de estos pacientes ingresados en las UME, tenga una rápida derivación a dispositivos más adecuados y a impedir el ingreso futuro de los mismos en las UME.

Esta polivalencia en cuanto al tipo de pacientes que las UME pueden atender, y sobre todo las diferentes necesidades de control y seguridad que ofrecen los pacientes, se relaciona directamente con una de las características que definen este tipo de centros y específicamente a la condición de centro cerrado o abierto. Ante la diversidad de casos solo cabe una respuesta, y es que todas las UME de Castilla-La Mancha tengan la capacidad estructural y funcional de ser abiertas o cerradas, según las necesidades y condiciones de cada paciente en cada momento.

2.6. AMBIENTE TERAPÉUTICO *VERSUS* PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

Partiendo del modelo clásico de Comunidad Terapéutica, podemos rescatar algunas de sus principales aportaciones a la asistencia institucionalizada de personas con trastornos mentales graves: los conceptos de ambiente terapéutico, actitud terapéutica y ambiente relacional.

Este documento no es el lugar para desarrollar dichos conceptos, pero sirva una relación de dimensiones, en las que sin duda habrá un acuerdo unánime de que definen de una manera extensiva el marco conceptual que configura de manera genérica los conceptos a los que nos estamos refiriendo:

- Privacidad y singularidad.
- Manifestación de afecto o interés.
- Tolerancia y comprensión.
- Empatía y confianza.
- Escucha y conversación.
- Disponibilidad y accesibilidad.
- Respeto y dignidad.
- Bajo nivel de criticismo.
- Predominio de refuerzo positivo.
- Manejo de la sobreimplicación emocional.
- Control de la emoción expresada.
- Participación, corresponsabilidad e iniciativa.
- Grupalidad.
- Seguridad.
- Derechos humanos básicos.
- Coerción mínima y adecuada.

Estos términos hacen referencia a la actitud interrelacional de los profesionales con los

pacientes y a la trama relacional que junto con otros aspectos importantes como la intervención técnica, la estructura física y el régimen de vida interno, pueden constituir una versión cercana y operativa del concepto de ambiente terapéutico.

Volviendo a afirmar que el modelo de UME tiene que estar basado en la estructuración en objetivos y actividades, no se puede dejar de colocar al mismo nivel de importancia la presencia de un ambiente terapéutico idóneo y de unas actitudes terapéuticas altamente desarrolladas en los profesionales.

El ambiente terapéutico y las actitudes terapéuticas deben marcar las diferencias con respecto a anteriores experiencias vitales de los pacientes, de manera que las UME no sean una repetición del ambiente con el que normalmente se han enfrentado las personas con trastornos mentales graves, en general llenos de contradicciones y aspectos desfavorables para el desarrollo positivo de su proyecto vital.

Evidentemente, los usuarios de las UME son personas que ofrecen variadas conductas problemáticas, muchas de las cuales no son consecuencia directa de la sintomatología positiva. Por ello, junto con las connotaciones del concepto de ambiente terapéutico y de actitud terapéutica que se citaban anteriormente, es necesario contar también con una dimensión controladora y contenedora, que incluso, más allá de la respuesta específica, suponga una situación de orden que ayude a conducir de forma preventiva las situaciones más comprometidas y que al mismo tiempo suponga una

organización externa al paciente, que le ayude a contener un mundo interno normalmente fragmentado. Son precisamente las actitudes terapéuticas de los profesionales las que pueden dar un sentido positivo o negativo a las medidas más extremas. Dicho de otra manera, el ambiente terapéutico y las actitudes terapéuticas deben suponer el abono sobre el cual las intervenciones concretas, las actividades y los programas adquieran el sentido humanista coherente con el concepto de recuperación, que debe animar toda la actividad de la UME.

Por otro lado, no se puede olvidar que a pesar de que las UME son dispositivos hospitalarios y de estancia limitada, contienen muchas de las características de las instituciones totales (potenciadas por las actuales dificultades para derivar pacientes a recursos residenciales), con el subsiguiente peligro de generar fenómenos patológicos como la llamada “neurosis institucional”, que además no solo afecta a los pacientes, sino también a los profesionales; un peligro para el que las soluciones, sobre todo preventivas, pasan por el máximo cuidado de cuestiones como las que estamos hablando, así como con otras como una política adecuada de RRHH, de formación, de diseño organizativo, etc.

2.7. SALUD MENTAL BASADA EN LA EVIDENCIA

Dentro de la orientación general que se le está dando en Castilla-La Mancha a la actividad asistencial en Salud Mental, las actividades

terapéuticas deben ajustarse a los principios de la salud mental basada en la evidencia. Tema controvertido en nuestro ámbito y que requiere de una aplicación medida y razonable, pero que permita eliminar determinadas prácticas que no cuentan con un mínimo respaldo científico.

Esta recomendación se relaciona con las pautas que figuran más adelante en el sentido de que todas las actividades de las UME, tienen que estar sujetas a un proceso de medida y evaluación, que también nos informe de la eficacia y eficiencia de las actividades, para ir seleccionando solamente aquellas que aporten un claro beneficio a los pacientes.

2.8. AMBIENTE FÍSICO

En los últimos años se le está dando cada vez más importancia al ambiente físico de centros como las UME, figurando como un componente nato del concepto de ambiente terapéutico, un aspecto que aún alcanza más importancia a la luz de nuevos paradigmas como el de la recuperación, la dignidad del paciente, su privacidad, sus derechos básicos, etc. Además, si bien queda fuera de toda duda, el carácter hospitalario de las UME y que no se trata de centros residenciales, tampoco se puede olvidar que los pacientes pasan en el centro mucho tiempo y que durante ese período la UME es el sitio donde viven.

Pensando sobre todo en los horizontes que este documento debe marcar cara a la creación de nuevas unidades o al progresivo perfeccio-

namiento y ajuste de las actuales, quizás habría que plantearse algunas cuestiones referidas a la estructura y condiciones físicas de las UME, para mejorar las condiciones de vida de los usuarios.

Y así convendría plantearse cuestiones como las siguientes:

- Equilibrio entre estructura hospitalaria-ambiente doméstico o más normalizado.
- Privacidad-control-seguridad.
- Espacios libres.
- Aire libre.
- Nivel de calidad y función de la estimulación física.
- Espacios de interacción.
- Ubicación con respecto a los entornos externos normalizados.
- Espacios específicos (piso transición, gimnasio, espacio para fumadores, espacio para los familiares, etc.).
- Reducción del riesgo por accidentes e incidentes adversos derivados de la práctica asistencial.
- Diferenciación por tipos de pacientes.

La consideración de cada uno de estos puntos, y alguno más que se podría añadir, tiene que hacerse, desde luego, desde la función hospitalaria del dispositivo, pero estructurándolo de manera que incluyesen condiciones con las que cumplir los presupuestos asistenciales y terapéuticos en los que se basan las UME.

Así, por ejemplo, ya se argumenta en otro lugar de este documento, que los programas de inserción comunitaria son difíciles de realizar de forma adecuada, si entre otras cuestiones

no se dispone de un vehículo o si la UME está muy alejada de la comunidad. En la misma línea se puede argumentar sobre los programas de preparación al alta; es aquí donde transcurridos unos años desde la puesta en marcha de las UME, nos damos cuenta de la necesidad de crear en esa preparación al alta un espacio real (un piso), donde el paciente dé sus primeros pasos hacia la autonomía, pero en una situación supervisada por profesionales que observen y modelen las dificultades que pudieran presentar al estar en una situación real y normalizada desde todos los aspectos.

La misma estructura actual de algunas UME, similar a una planta hospitalaria, no puede ser generadora de un ambiente que permita la acomodación y aceptación de los pacientes, máxime cuando en algunos momentos la percepción del ambiente puede estar cercana a lo hostil.

Diversos testimonios de pacientes informan que es posible conseguir un equilibrio, estimular y ambientar de forma que se minimice lo hospitalario, sin por ello afectar a las necesidades de organización hospitalaria o de seguridad y control; en ocasiones, mínimas reformas pueden suponer cambios sustanciales, influyendo adecuadamente en variables como el color, mobiliario, cortinajes, etc.

La necesidad de espacios adecuados para las actividades terapéuticas más especiales o simplemente para el “estar” de los pacientes, deben evitar la masificación y proveer de un aspecto que cada vez se está demandando más para este tipo de centros (incluso para las UHB),

como es la posibilidad de espacios diferenciados según patologías y condiciones particulares de los pacientes.

2.9. PERFIL ASISTENCIAL

Sobre la base de lo dicho en anteriores apartados, **los criterios básicos de admisión** de pacientes en las UME de Castilla-La Mancha serán los siguientes:

- Trastornos mentales graves según la definición contenida en el PAISM-TMG.
- Primeras fases psicóticas claramente diagnosticadas (que hayan agotado otras posibilidades de tratamiento) e incluidas en su correspondiente PAISM.
- Trastornos afectivos graves y entre ellos los trastornos afectivos bipolares.
- Trastornos de ansiedad graves.
- Trastornos de personalidad graves (excepto trastorno antisocial de la personalidad).

Todos los pacientes que padezcan los trastornos anteriormente citados, serían destinatarios de ser derivados a las UME. No obstante y tomando como referencia anotaciones previas, en relación a las limitaciones que determinadas patologías deben tener por su impacto negativo en el funcionamiento global de las UME, se establecen las siguientes limitaciones:

- Pacientes subagudos: el 20% de la capacidad de la UME.
- Trastornos de la personalidad graves: el 10% de la capacidad de la UME.

Por otro lado, los ingresos en las UME deben estar condicionados, no solamente por

los diagnósticos y situaciones clínicas, sino por la oferta asistencial que las UME ponen a disposición de la red asistencial. Por ello, las admisiones, además de observar la idoneidad diagnóstica, deben tener en cuenta también que el ingreso tenga posibilidades de adecuarse a la oferta terapéutica y asistencial (definida más adelante) y limitar aquellos ingresos para los que la UME no puede ofrecer un tratamiento adecuado y eficaz.

En cuanto a los **criterios de exclusión**, deberá realizarse una valoración profunda de cada caso, primando las posibilidades de beneficiarse de la oferta asistencial de las UME, más que la exclusión automática en función de un determinado diagnóstico.

Los criterios iniciales de exclusión serían los siguientes:

- Edades no comprendidas entre los 18 y 65 años.
- Discapacidad intelectual grave.

Además, pueden presentarse otras patologías y situaciones asistenciales inicialmente excluibles del perfil teórico de entrada en las UME, pero en los que el equipo técnico de la UME realizará una valoración específica, en orden a valorar si un posible ingreso en la UME pudiera ser beneficioso para un determinado paciente; nos referimos a casos como:

- Consumo de sustancias como diagnóstico principal.
- Trastornos orgánicos.
- Trastorno antisocial de la personalidad como diagnóstico principal.

2.10. USUARIOS Y FAMILIARES

Está ampliamente justificada la importancia de la participación de las familias de los pacientes en todo el proceso asistencial en cualquier dispositivo de Salud Mental, entrando las UME de lleno en tal principio, aunque se hace necesario desarrollar y operacionalizar aún más su presencia y participación.

Por otro lado, se asiste en la actualidad a la emergencia de lo que algunos denominan ya un nuevo paradigma, como es la intervención de los propios pacientes en su proceso asistencial. El respaldo a esta nueva situación es unánime por parte de organizaciones de todo ámbito, estando teóricamente fundamentados desde distintos argumentos:

- La eficacia terapéutica a través del compromiso, la aceptación y la participación activa del paciente.
- El movimiento de reafirmación de los derechos humanos básicos y de la dignidad de los pacientes.
- El propio paradigma de la recuperación.

Más aún, dentro de este movimiento ha surgido una línea muy interesante de actuación relacionada con la idea del “paciente como experto en su propia enfermedad”, con capacidad de suministrar información valiosa y útil a los propios profesionales sobre sus vivencias más directas con respeto al proceso asistencial, incluso en las fases críticas, lo que sin duda está produciendo efectos en algunos dispositivos que recogen sistemáticamente y con una actitud de escucha adecuada dicha información, sirviendo para introducir impor-

tantes matizaciones a las actividades asistenciales.

Por último, es de reseñar, en esta postura de “escucha” de lo que es relevante para el paciente, la pauta de que todas las actividades, especialmente las más terapéuticas, tengan “un sentido propio” para el paciente, que ayude (junto con otras medidas citadas a lo largo del documento) a que la actividad asistencial tenga una mayor validez en la vida real del paciente.

Sin embargo, es evidente que la nueva consideración de la figura del paciente genera también problemas, a veces difíciles de resolver y que tienen que ver con:

- La frecuente falta de sintonía entre sus intereses y los de los familiares.
- Las discrepancias con la propuesta de los profesionales.
- Los tratamientos e ingresos involuntarios y la actitud ante las medidas coercitivas y limitadoras de los derechos básicos.

Lo cierto es que no existen soluciones sistemáticas y regladas sobre esta problemática, siendo también cierto que dada su novedad tampoco existe mucha experiencia al respecto, aunque sería bueno aprovechar la existente. En este sentido y dado la importancia del tema, las UME deberían activar una labor de recogida de información al respecto, que también incluyera intercambios profesionales con otros dispositivos tanto de nuestra comunidad como de fuera, que estuvieran interesados o tuvieran experiencia en el tema.

Pero en cuanto a la participación concreta de usuarios y familiares, las UME deben proto-

colizar y operacionalizar la presencia y participación de los familiares y usuarios a través de medidas como las que se citan a continuación:

- Contactar de manera sistemática y reglada con asociaciones de usuarios y familiares.
- Establecer un sistema de acceso fluido de los familiares a los profesionales responsables del paciente.
- Disponer de un folleto explicativo de las características y aspectos prácticos de la UME.
- Identificar a los cuidadores principales estableciendo una línea especial y continuada (registrada en la historia clínica) de información, asesoramiento y apoyo, al margen de la aplicación de programas familiares específicos.
- Habilitar un buzón de sugerencias y espacios reglados para la libre expresión de los pacientes.
- Disponer de carta de derechos y deberes de los usuarios y familiares, y de un modelo de régimen interno para los usuarios, que clarifique las condiciones de la estancia de los pacientes de la UME.
- Libro de estilo o de relaciones éticas entre profesionales y usuarios.
- Cartera de servicios.
- Sistema explícito de contrato terapéutico con el paciente, que inicialmente tendrá que ser de carácter voluntario.
- Sistema de consentimiento informado comprensible.
- Carta sobre la naturaleza y justificación de las medidas limitadoras de los derechos básicos.

- Libro de quejas y reclamaciones.

Estas medidas complementarían otros dos importantes medios de participación. En primer lugar, los momentos de participación informativa e incluso aprobación del proceso asistencial, previstos en los PAISM y en concreto de su PITR. Y en segundo lugar, la necesidad de evaluar el nivel de satisfacción de familiares y usuarios, tanto a través de indicadores finalistas como intermedios.

2.11. DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA DE CASTILLA-LA MANCHA

Tras la definición del marco conceptual realizado hasta este momento, las UME de Castilla-La Mancha quedarían definidas por las siguientes características:

- Dispositivos sanitarios hospitalarios de atención continuada y estancia limitada, entre 6 y 18 meses.
- Orientadas, prioritariamente pero no exclusivamente, a la atención del TMG (definición internacional del TMG contenido en el PAISM correspondiente).
- Carácter polivalente y, por lo tanto, con capacidad limitada para prestar atención a otras patologías mentales graves especiales.
- Estructuralmente cerradas, pero funcionalmente abiertas o semiabiertas, adaptándose a las distintas fases o situaciones del paciente.
- Enclavadas funcionalmente en el Área de Salud Mental, pero con identidad y autonomía propias.
- Sus objetivos asistenciales son:
 - Estabilización psicopatológica y disminución sintomatológica.
 - Contención de situaciones de inestabilidad e importante desgobierno del paciente, que no obstante no supongan situaciones agudas.
 - Abordaje de las alteraciones comportamentales.
 - Rehabilitación de las discapacidades producidas por la enfermedad.
 - Capacitación y adquisición de habilidades encaminadas a la recuperación y al desarrollo de una vida “digna” y de calidad.
 - Tratamiento psicoterapéutico individual y grupal.
 - Reinserción sociocomunitaria.
- La actividad asistencial y terapéutica se organiza en forma de planes individuales de tratamiento, con objetivos concretos.
- Las estancias en las UME deberán ser terapéuticas en sí mismas, merced a la disposición de un ambiente y actitudes terapéuticos adecuados.
- Prioritariamente los ingresos serán de carácter voluntario, aunque podrán admitir ingresos involuntarios debidamente justificados.

Como se puede observar, no figuran referencias a algunas situaciones de carácter social (respiro familiar, pacientes en tránsito, condiciones sociales desfavorables, etc.), que solo coyunturalmente y en situaciones de emergencia una UME puede atender.

Conviene remarcar el carácter sanitario hospitalario de las UME, ya que el hecho de que

los pacientes permanezcan en el régimen de atención continuada las 24 horas durante varios meses, todavía lleva a considerar a estos dispositivos como residenciales, sobre todo para algunos profesionales de otras redes asistenciales e incluso para el público en general. Entre otras consecuencias, el carácter hospitalario implica que las **derivaciones a las UME** solo se pueden realizar desde el ámbito sanitario y por los profesionales sanitarios designados para ello.

Por último, también merece la pena reseñar el carácter limitado en el tiempo de las estancias en la UME y diferenciarla de cualquier otro tipo de atención prolongada o definitiva para pacientes especialmente refractarios o los denominados “difíciles de ubicar” (nuevos e incluso antiguos crónicos). Uno de los problemas actuales que tienen los dispositivos de media estancia, tanto en nuestra región como en otras del Estado, es la presencia de este tipo de pacientes, a veces en un porcentaje que alte-

ra muy negativamente la atención prestada a los pacientes más propios. Por lo tanto, la salida de estos pacientes de las UME y la limitación de su entrada, es uno de los elementos que van a condicionar la calidad asistencial y la eficacia terapéutica que se presta en las mismas.

Tampoco se puede dejar de hacer referencia al carácter voluntario o involuntario de los ingresos. Desde la visión polivalente que le queremos dar a las UME de Castilla-La Mancha, se define que los ingresos involuntarios forman parte del perfil básico de ingreso, puesto que responde a una necesidad asistencial en nuestra comunidad. No obstante, está claro que dado el carácter altamente terapéutico que se quiere dar a las UME, del que el compromiso del paciente es parte esencial, la tendencia debe ser propiciar ingresos voluntarios y estudiar cuidadosamente el impacto que puede tener un ingreso involuntario, lo que en algunas ocasiones bien justificadas podría constituirse como un criterio de exclusión.

Procesos asistenciales básicos

Respondiendo a la filosofía explicitada en los PAISM y coherentemente con el marco de calidad total y mejora continua en el que se quiere enmarcar a las UME, el esquema general que tendrá que adoptar el proceso asistencial será el siguiente:



Se pretende que este esquema se aplique sistemáticamente, como queda reflejado a lo largo del desarrollo de este apartado, afectando desde el desarrollo del conjunto del proceso asistencial en la UME, pasando por las intervenciones y programas concretos y terminando en los desempeños profesionales individuales.

Este esquema central, referido fundamentalmente al proceso más asistencial, está en el fondo de todo el abordaje que se aplica al paciente cuando es derivado a la UME, según se puede observar en el Anexo 10, donde se presenta un esquema general de todo su proceso asistencial en la UME.

3.1. ESTUDIO PROPUESTA DE DERIVACIÓN

Una vez recibida en la UME toda la información pertinente sobre el paciente, su equipo técnico valorará la derivación de acuerdo a los criterios ya descritos anteriormente:

- A) Idoneidad clínica y asistencial.
- B) Momento asistencial de la UME.

En el caso de que la propuesta de ingreso sea rechazada, se comunicará al facultativo del dispositivo derivante, bien mediante la aplicación informática del PAISM (AIP) o por cualquier otro medio (correo electrónico, correo ordinario, teléfono, etc.). En este acto el coordinador de la UME argumentará los motivos que justifican el rechazo de la derivación; se recomienda llevar un registro de los casos rechazados, al objeto de mejorar el conocimiento de las posibilidades asistenciales de las UME por parte de los dispositivos derivantes.

Para los pacientes con PAISM la información básica para la derivación será la contenida en el formulario PITR de la AIP.

Para las derivaciones de pacientes sin PAISM, los dispositivos derivantes utilizarán un modelo de derivación que al menos recoja toda la información que figura en el modelo utilizado por la UME de Toledo que se toma como referencia (Anexo 2); este modelo incluye diversos tipos de datos, así como una propuesta de Pitr a confeccionar por el dispositivo derivante.

3.2. ACOGIDA-RECEPCIÓN

En el supuesto de que el caso sea aceptado, podrán darse dos situaciones:

- A) Ingreso inmediato.
- B) Lista de espera.

Igualmente, en ambas situaciones el coordinador de la UME se pondrá en contacto con el facultativo que derivó el caso, para informarle de las circunstancias que concurren.

En el caso de ingreso inmediato dicho contacto será, además, aprovechado para solicitar la última información relevante sobre el paciente y dará lugar también a que el facultativo derivante comunique al paciente la decisión tomada, buscando su consentimiento y favoreciendo el futuro “enganche” con la UME.

Una vez fijada la fecha de ingreso, que por lo tanto tendrá siempre carácter programado (salvo excepciones muy justificadas), se realizan las siguientes actividades:

- Contacto telefónico con el paciente y cuidador principal para explicarles brevemente las condiciones del ingreso y aspectos logísticos y personales.
- En el momento del ingreso, el facultativo o técnico designado al efecto mantendrá

una entrevista con el usuario y cuidador explicándole con detalle las características del centro, lo que se espera del ingreso y todas aquellas informaciones que permiten que cuidador y usuario tengan un nivel adecuado de seguridad y conocimiento.

- Cada UME dispondrá de la siguiente documentación para ser entregada al usuario y su familia:
 - Folleto explicativo sobre las características generales del centro, junto con aspectos de organización práctica.
 - Reglamento del régimen interior, donde figuren las normas básicas de funcionamiento del centro.
- Igualmente se les informará de todas las posibilidades de participación y reclamación que como dispositivo público sanitario la UME ofrece y, más concretamente, sobre los momentos asistenciales en los que se requerirá a usuario y cuidador para que conozca y en su caso dé consentimiento, a las diferentes medidas asistenciales y terapéuticas a tomar con el paciente y muy especialmente con el Pitr.
- Se recomienda que al ingreso cada paciente sea ayudado durante sus primeros días de estancia por un profesional auxiliar determinado, que le sirva de guía y referencia rápida en su proceso de adaptación a la Unidad.
- Dependiendo de la disponibilidad se puede observar también que en dichas tareas colabore otro usuario en la UME.

- Todas estas medidas y su desarrollo deberán estar contenidas en un protocolo específico (el protocolo de acogida).
- La admisión de un paciente en la UME (así como el alta) deberá ser objeto de registro tanto en la UME como en el hospital de referencia, al objeto de cumplimentar entre otros el CMBD.

3.3. EVALUACIÓN

Los pacientes, a su ingreso en la UME, pueden contar con dos tipos de evaluaciones sobre su estado y justificación del ingreso:

- A) Reglada para aquellas patologías que cuenten con PAISM, en donde queda definida la evaluación específica a realizar en función de cada patología (que se hallará disponible en la AIP).
- B) No reglada para casos de pacientes sin PAISM y que debe consistir en un obligatorio informe de derivación, al que se deberán aportar por parte del FRD del dispositivo derivante toda la información y resultados de las evaluaciones realizadas que sean relevantes para el caso (Anexo 2).

Sobre la base de dicha información, el equipo técnico de la UME activará un subsiguiente proceso de evaluación para según su criterio, completar el conocimiento necesario para realizar el PITR y conocer las necesidades del paciente en su estancia en la UME.

Las áreas básicas de evaluación son las siguientes:

- Psiquiatría.
- Psicología.

- Salud general.
- Familiar, social, laboral, económica.
- Enfermería.
- Tiempo libre y ocio.
- Habilidades, capacidades y déficit para llevar una vida autónoma y digna.

Para realizar esta labor, las UME deben disponer de las herramientas de evaluación y dispositivo necesarias, además convenientemente actualizadas y si es posible en formato informático (Anexo 1).

Los resultados obtenidos en la evaluación deben servir a los siguientes objetivos:

- A) Confirmar la adecuación y/o modificación del PITR general a los objetivos concretos del PITR de la UME.
- B) Conocer al paciente en su dimensión más personal, para ajustar su estancia en la UME a sus necesidades e idiosincrasia y servir de guía en los aspectos relacionales del paciente con los profesionales y resto de usuarios.

3.4. ELABORACIÓN DEL PITR

La elaboración del PITR será realizada por el conjunto del equipo facultativo y técnico de la UME, aunque también podrán participar otro personal auxiliar cuya información y propuestas se considerarán relevantes.

Se tomará como base el PITR general en el caso de patologías con PAISM (disponible en la correspondiente aplicación informática) o el documento e informes de derivación para las patologías sin PAISM.

A partir de dicha información y de la evaluación realizada en la propia UME, se confeccionará el Pitr específico, que podrá tener variaciones con respecto a los objetivos fijados en el Pitr, debiéndose en este caso tener que consensuarlo con el FRP o facultativo derivante.

Una vez elaborado el Pitr, se designarán los referentes personales del paciente, siendo obligatorio al menos que uno de los facultativos se constituya en facultativo responsable del paciente dentro de la UME (FRD). Se recomienda además que las UME cuenten con un sistema de tutorías que permita que el paciente tenga referentes cercanos, que al mismo tiempo puedan realizar una gestión de caso en detalle.

En consonancia con el modelo del Pitr utilizado en los PAISM, el correspondiente a las UME deberá contar como mínimo con los siguientes elementos:

- Objetivos generales y específicos.
- Descripción detallada de todas las actividades a aplicar sobre el paciente, a ser posible cronografiadas.
- Asignación de FRD, otros referentes personales y responsables de las actividades terapéuticas.
- Fecha de reevaluación.

La evaluación y elaboración de Pitr será realizada en los plazos que marque cada PAISM, aunque en general no deberá superar las dos semanas.

El Pitr de la UME podrá contener actividades a realizar en otros dispositivos, por ejemplo en un CRPSL, a cuyo fin el coordinador de la UME, de acuerdo con el FRD y el GC (si lo hay)

de la USM, contactará con el responsable del dispositivo implicado a fin de organizar la asistencia correspondiente.

Tras la confección del Pitr, el FRD de la UME establecerá contacto con el FRP y el GC (si lo hay) de la USM, para informarle de los términos en los que se ha establecido el Pitr, consensuando con ellos las posibles modificaciones que se hubieran producido con respecto al Pitr general.

Igualmente, el Pitr será presentado tanto al usuario como a sus familiares, especificándoles en términos comprensibles sus objetivos y procedimientos y estando receptivos a cualquier sugerencia razonable que puedan realizar. En el caso del usuario, además, será el momento de tener en cuenta uno de los principios derivados del concepto de recuperación y empoderamiento, tal cual es que las actividades terapéuticas tengan un sentido vital para él, factor clave además para conseguir mayores logros,

Se podrá utilizar además, de forma voluntaria, un contrato terapéutico con el usuario como forma de potenciar el necesario compromiso activo del paciente con su proceso terapéutico y de recuperación. El contrato terapéutico deberá estar firmado y se recogerá en la historia. El paciente debe firmarlo buscando el momento más oportuno, y haciéndolo participe del acto. Más allá de la legalidad del mismo, este acto supone un paso en el proceso terapéutico, en el que el paciente se compromete con su proyecto terapéutico y da su consentimiento para recibir ayuda.

Todas las interacciones a las que se hace mención tanto en esta fase del proceso como en el resto, tendrán que ser objeto de registro en la historia clínica de la UME, tanto las referidas al FRP/GC y profesionales de otros dispositivos, como al usuario y su familia, ya que en definitiva constituyen características de calidad del proceso asistencial.

3.5. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PITR

3.5.1. Gestión del PITR

Esta fase será realizada esencialmente por el FRD de la UME al cual ha sido asignado cada paciente; con independencia de sus propias actuaciones y responsabilidades clínicas sus funciones serán las siguientes:

- Coordinar las actuaciones de carácter clínico que los distintos profesionales lleven a cabo con el paciente (continuidad asistencial interna).
- Integrar las informaciones y actuaciones de otros referentes personales del paciente (continuidad asistencial interna).
- Interaccionar con los técnicos y facultativos de otros dispositivos asistenciales que pudieran estar interviniendo simultáneamente (continuidad asistencial externa).
- Informar y hacer partícipe al FRP/GC de la USM o facultativo derivante, de la evolución del paciente, especialmente en los momentos clave; cambio de tratamiento, de PITR, reevaluación, ingresos externos, derivaciones,

altas, etc. (continuidad asistencial externa).

- Preparar la reevaluación del caso de acuerdo al período fijado en el primer PITR.
- Mantener informada a la familia sobre la evolución del paciente.
- Al margen del conocimiento clínico que naturalmente tiene que tener sobre el estado del paciente, el FRD indagará y orientará sobre el estado vital del paciente en la UME en tanto que usuario y ciudadano, debiendo reflejar también en la historia clínica este tipo de informaciones, así como todas las pautas e intervenciones generadas para mejorar el bienestar del paciente durante su estancia en la UME.

3.5.2. Programas y actividades

En el siguiente listado se citan los programas y actividades que a propuesta del GRT deberían conformar la oferta terapéutica de las UME.

Psicoeducación

- Autocuidado.
- Conocimiento de la enfermedad.
- Manejo de síntomas.
- Adherencia al tratamiento.
- Prevención de recaídas.
- Consciencia de enfermedad.

Psicoterapia

- Individual y grupal.
- Control psicológico de los síntomas.
- Paquetes terapéuticos: IPT, CRT, etc.
- Manejo de la impulsividad y agresividad.

- Terapia interrelacional.
- Terapia de apoyo.
- Terapia motivacional.
- Afrontamiento y resolución de problema.
- Afrontamiento de estrés.

Salud general

- Coordinación AP-AE.
- EPS y promoción de la salud.
- Situaciones especiales: HIV, hepatitis, riesgo CRV.
- Entrenamiento personal en situaciones críticas.
- Problemas de salud determinados: sueño, sexualidad, tabaquismo, síndrome metabólico, etc.

Familia

- Intervenciones familiares.
- Psicoeducación familiar.
- Soporte y apoyo.
- Establecimiento y mantenimiento de la relación.
- Apoyo al alta.

Rehabilitación

- Capacidades cognitivas.
- Actividades de la vida diaria.
- Habilidades instrumentales generales.

Recuperación

- Actividades específicas orientadas a la recuperación de la identidad propia del paciente, el desarrollo de un proyecto vital, la responsabilidad sobre su proceso tera-

péutico y de recuperación, y la neutralización del estigma.

Terapias orgánicas

- TEC en colaboración con centro externo.
- Control y reducción farmacológica de síntomas.
- Abordaje de los efectos secundarios de la medicación.

Preparación al alta

- Entrenamiento para alternativas residenciales.
- Entrenamiento para retorno a domicilio.
- Hospitalización parcial.
- Seguimiento tras el alta, se trata de un acompañamiento en su nueva integración al medio y con su FRP, donde el paciente se sentirá más seguro y le permitirá adaptarse a la nueva situación de una forma menos brusca. Limitado en el tiempo. Las formas de hacerlo se adaptarán a las circunstancias individuales de cada caso.

Integración social

- Conocimiento y manejo de recursos comunitarios.
- Identificación de agentes comunitarios.
- Relaciones con el entorno.

Ocupación

- Ocio y tiempo libre en UME y comunidad.
- Entrenamiento prelaboral.
- Habilidades instrumentales relacionadas.

- Educación básica y cultura general (UME/ comunidad).
- Prensa y actualidad.
- Deporte, gimnasia y psicomotricidad.
- Creatividad.

Relacionales

- Habilidades sociales.
- Manejo de situaciones.
- Resolución de conflictos.

Transversales

- Buenos días y similares.
- Reuniones y asambleas.
- Reflexión y tiempo libre.
- Cumplimiento de normas.
- Participación.
- Resolución de problemas interpersonales.

Gestión económica

- Gestión de prestaciones.
- Manejo del dinero, bancos y compras.

Además de esta lista de actividades terapéuticas, en los Anexos 3, 4, 5 se pueden observar las plantillas de actividades que conforman la oferta terapéutica de las UME para cada PAISM (pendientes de mayor desarrollo).

Cada UME deberá disponer de forma visible de un *planning* con la organización general de actividades de cada paciente, de manera que en cada momento todos los profesionales y cada paciente sepan qué actividad tienen que estar realizando e identificar las alteraciones de su plan de trabajo diario.

En la aplicación del PITR, se buscará un equilibrio entre una estancia en la UME estructurada en actividades y objetivos en un tiempo limitado, frente a la dimensión humanista, que se quiere dar a la estancia de los pacientes en la UME.

En el intento de normalizar la vida de estos pacientes, necesitarán espacios libres de actividad programada y dirigida, ayudando así, por un lado, a cumplir el principio de recuperación y dignidad, y por otro, a la importante función de permitir la asimilación y reflexión sobre su proceso terapéutico. Quizá la señalización que quepa hacer de este sentido, es que dicho tiempo esté disponible para los pacientes igual que lo estaría en una situación normalizada, es decir, después de haber cumplido otras tareas.

Otra reseña de importancia capital tiene que ver con la estructuración de tiempos en los horarios de mañana, tarde y fines de semana. Igualmente desde una perspectiva normalizadora no deben ser tiempos de la misma naturaleza, graduándose el nivel de intensidad y el tipo de actividades. Sin embargo, es sabido que la actividad por las tardes y fines de semana decae notablemente, situación que puede resolverse contando con una programación de actividades y con personal auxiliar suficiente, con la intención siempre de prevenir la inactividad derivada de su patología.

Otro aspecto importante tiene que ver con la naturaleza ecológica de los procesos de capacitación, aprendizaje y rehabilitación, es decir, la falta de eficacia de dichos procesos cuando solamente se desarrollan en lugares lejanos a

la normalidad o a la realidad a la que se enfrentará el paciente una vez salga de la UME. Dicho de otra manera, es necesario aumentar la capacidad de las UME de salir a entornos más normalizados, para completar determinados programas. A este respecto, el continuar la atención en un medio normalizado (piso con las garantías asistenciales necesarias), tal y como se ha hecho la referencia en páginas anteriores, garantizaría la culminación del proceso.

En la práctica esta cuestión se reduce a una reafirmación de las características diferenciales de las UME y sus necesidades específicas. Necesidades que inicialmente parten de la propia disposición de sus profesionales a trabajar fuera del centro (lo que tiene que ver con cuestiones tales como compromiso, motivación, profesionalidad, etc.), pero que termina en una serie de condiciones que tienen que ser asumidas y provistas por la Administración. Nos referimos a cuestiones como las siguientes:

- La ubicación de las UME en lugares lo más integrados físicamente con su entorno relacional y a ser posible fuera de ambientes estrictamente hospitalarios.
- La disposición de vehículos.
- Medidas administrativas que permitan que el personal pueda trabajar fuera del centro, acompañando en el proceso de recuperación normalizado.
- Medidas de variada índole que favorezcan la disponibilidad y motivación del personal en el sentido comentado en el punto anterior.
- Dotaciones de personal suficiente como para poder hacer frente a estas necesida-

des, sin que el centro quede infradotado u otras actividades seriamente afectadas.

- Disposición de dinero líquido para poder afrontar los gastos habituales derivados de estas actividades.

En esta línea, merecen una consideración especial, por las implicaciones que suponen, los programas de hospitalización parcial y seguimiento tras el alta, precisamente por la necesidad de que las UME extiendan su actividad más allá del ámbito de su estructura física. Naturalmente son programas que se deberán realizar en colaboración con otros dispositivos, pero que requieren una movilidad tanto de pacientes como de algunos profesionales, que deben afectar al papel un tanto estático que tienen las UME hasta ahora. La evidencia viene avalando la necesidad de que la vinculación de algunos pacientes con la UME y su enganche con el siguiente dispositivo no se produzca de forma brusca, pareciendo que el proceso asistencial en su conjunto se beneficia de estrategias que supongan una transición más suave.

En otro orden de cosas, también merece una señalización especial la consideración que en las UME (como en el resto de dispositivos) tiene que tener el cuidado de la salud general de los pacientes, ya que como es sabido diversas comorbilidades asociadas, muchas de ellas unidas a los efectos de la medicación, afectan gravemente a su calidad y esperanza de vida, siendo además cierto que dichos efectos tienen a veces mucho que ver con la falta de una adecuada atención a su salud general. Advertimos que se concede tanta importancia a los aspec-

tos psiquiátricos, que en ocasiones se pierden de vista aspectos de salud más generales.

Por lo tanto el programa de atención a la salud general de los pacientes ingresados en las UME, especialmente los del espectro psicótico-afectivo, debe ocupar un lugar de importancia igual al de otros programas más tradicionales, tanto a través de actuaciones propias, como de una adecuada gestión de las intervenciones del resto de la red sanitaria (Atención Primaria y Especializada, salud bucodental, Podología, Ginecología, Urología, programas y protocolos de salud externos a las UME, etc.).

3.6. REEVALUACIÓN

Una vez llegado el momento fijado en el Pitr de la UME para realizar la reevaluación del caso, o en fecha distinta si las circunstancias lo requieren, el FRD recopilará toda la información disponible hasta el momento, demandando las evaluaciones específicas necesarias de otros profesionales e integrando toda la información, para que el equipo técnico de la UME reevalúe

el caso de acuerdo a los objetivos planteados en el Pitr, así como el estado general del paciente.

Fruto de esta tarea pueden resultar las siguientes propuestas de actuación:

- A) Elaboración de un segundo Pitr.
- B) Alta y derivación a otro dispositivo.
- C) Alta y derivación comunitaria con seguimiento por parte de la USM, CRPSL, etc.

Las decisiones así tomadas serán consensuadas en el FRP/GC de la USM, o facultativo derivante, así como con el usuario y su familia, y en todo caso enmarcadas dentro del Pitr general del paciente.

3.7. ALTA Y DERIVACIÓN

El proceso de alta incluirá una preparación específica previa sobre el paciente, orientándole para el cambio vital y asistencial, desarrollándose el programa de preparación al alta.

El paciente recibirá un informe estándar de alta, así como un informe integrado de continuidad asistencial de todos aquellos profesionales y técnicos que han intervenido sobre él (Anexo 6).

Procesos de soporte

Nos referimos en este capítulo a una serie de procesos que actúan en paralelo a los procesos asistenciales, que siendo importantes en cualquier organización sanitaria, adquieren una significación especial para que las UME cumplan adecuadamente con la misión que tienen encomendada y la visión de futuro que se espera de ellas.

4.1. FORMACIÓN CONTINUADA

En principio se pueden identificar cuatro caminos por los cuales potenciar la formación continuada. En primer lugar, el aprovechamiento de la oferta del Programa de Formación Continuada de Salud Mental del SESCOAM, tanto a través de sus actividades centralizadas como descentralizadas y que ya desde hace unos años se viene orientando para prestar una formación lo más específica posible, a las necesidades de cada PAISM y tipo de dispositivo; no obstante, cabe decir que es necesario un nivel de propuestas más elevado proveniente de las mismas UME.

En segundo lugar, las UME como partes integrantes de los servicios de Psiquiatría de las

gerencias hospitalarias, deben aprovechar también de manera específica las oportunidades que en este sentido ofrecen dichos servicios. Parecida recomendación se puede hacer con respecto al aprovechamiento por parte de la UME, de la formación continuada que se realiza a nivel de los hospitales de referencia, especialmente para no desligarse de la formación sanitaria general.

En tercer lugar, la formación continuada puede hacerse directamente en la propia UME, mediante la puesta en marcha de actividades clásicas, como cursos, sesiones clínicas, bibliográficas, revisiones, etc., conformando una actividad continua y reglada.

El cuarto ámbito que también podríamos enmarcar en el concepto de Formación Continuada de las UME, se refiere a la actividad de conocer otros dispositivos similares de nuestra comunidad o de fuera de ella a través de actividades tales como intercambios, visitas o la asistencia a reuniones de carácter terapéutico o asistencial e incluso la iniciativa para organizarlos en nuestro propio ámbito. En buena medida, una de esas iniciativas ya está puesta

en marcha a través del Grupo Regional de Trabajo de UME de Castilla-La Mancha del que se hablará posteriormente.

En todo caso, lo importante es reseñar la necesidad de que la formación continuada sea considerada un aspecto esencial en la organización de las UME, que dé lugar a la realización de acciones organizadas para el aprovechamiento de las oportunidades externas de formación o a la generación de actividad propia.

Al margen de los comentarios de carácter general que se acaban de realizar, procede enfatizar dos peculiaridades referidas muy particularmente a las UME.

En primer lugar, la doble atención que hay que prestar en la formación continuada a dos objetivos aparentemente diferentes, aunque seguro que complementarios. Por un lado, al conocimiento y aprendizaje de técnicas asistenciales y terapéuticas, así como al conocimiento general de la psicopatología que se atiende en las UME. Y en segundo lugar, la atención prioritaria que merece el establecimiento, desarrollo y mantenimiento de un ambiente y actitud terapéuticas determinados.

Visto de otra forma, la necesidad de estandarizar la formación continuada de las UME entre:

- Conocimientos técnicos y destrezas instrumentales.
- Actitudes y habilidades relacionales.

Si bien la parte más técnica de la formación continuada, aún con evidentes dificultades, tiene una línea de desarrollo en marcha, el tratamiento formativo de las actitudes relaciona-

les no ha encontrado todavía un cauce de desarrollo adecuado, siendo que su importancia es capital tal cual se argumentaba en capítulos precedentes. Se hace, pues, necesario que esta dimensión de la formación continuada sea tenida también en cuenta, a un nivel de prioridad igual a la formación técnica y que se activen iniciativas al respecto. En este sentido y para apoyar esta línea de formación, desde el Programa de Formación Continuada de los Servicios Centrales, se ha incluido a las UME en los cursos de supervisión, en los que la actividad de los centros es supervisada por profesionales externos, poniendo la mirada en temas tales como las actitudes y el ambiente terapéutico, la resolución de conflictos de equipo o la interrelación entre profesionales y pacientes.

Este aspecto es especialmente importante en la formación continuada de auxiliares de enfermería y otros estamentos similares. Como es sabido, la importancia de estos profesionales en centros como la UME es mucho mayor de la que tienen en otros dispositivos asistenciales, no solo por el número de estos profesionales, sino por el conocimiento directo que tienen de la vida de los usuarios en la UME y por su fundamental contribución a dinamismos tan importantes como el ambiente terapéutico. Por otro lado, se trata de profesionales que tienen menos oportunidades de formación autónoma que otros de nivel superior y para los que es necesario realizar una discriminación positiva para aumentar sus posibilidades de formación.

Por último y recogiendo todo lo dicho, los profesionales de las UME deben asumir una de

las operaciones previstas por los PAISM, como es la de autoevaluarse con respecto a la oferta terapéutica que las UME deben ofrecer a cada PAISM (Anexos 3, 4 y 5). Es decir, evaluar en qué medida los profesionales conocen y son competentes en aquellas actividades que deben realizar, para, en función del resultado, activar la formación correspondiente.

4.2. INVESTIGACIÓN

Por supuesto, las UME al igual que el resto de los dispositivos de Salud Mental, son lugares adecuados para realizar investigación básica sobre los aspectos propios de la asistencia que se presta en ellas, en especial de aspectos que tienen que ver con la psicopatología, la evaluación, el tratamiento, el ambiente terapéutico, etc.

Pero además, se generan otras oportunidades de investigación relacionadas con la calidad de la asistencia prestada, de los sistemas de gestión, de la organización de los recursos humanos, de la formación continuada, de la gestión de riesgos, de la participación de familiares y usuarios, etc.

Ambos aspectos, clínicos y organizativos, pueden ser susceptibles de innovación y avance y servir de guía para la realización de investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas.

El esfuerzo de homogeneización que se pretende con este documento tiene también en este asunto sus implicaciones, en la medida en la que investigaciones que implicasen a todas las UME de Castilla-La Mancha tendrían mayor

relevancia, siendo necesario para ello la existencia de sistemas de registro e indicadores comunes.

4.3. GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD

En general, los dispositivos asistenciales de Salud Mental de carácter hospitalario son entornos de riesgo, que requieren por lo tanto una actitud preventiva. Prevención que en buena medida se consigue mediante la detección, identificación y análisis de los errores cometidos o los accidentes acaecidos (autolesiones, suicidios, fugas, agresiones, accidentes físicos, errores de medicación, etc.).

Procede, por lo tanto, que esta cuestión sea abordada de manera sistemática, de forma que todas las UME cuenten con el correspondiente protocolo de actuación. El objetivo debe ser que la exposición de los pacientes a los riesgos posibles no sea superior a los de la población general, o cuando menos a otros dispositivos hospitalarios generales.

En el abordaje de este tema hay que contar con la importancia que tienen cuestiones como la política de Formación Continuada, la política de Recursos Humanos y más concretamente el clima laboral y organizacional. Aparte de otros medios más técnicos y apriorísticos para organizar el abordaje de riesgos y la seguridad, la comunicación de eventos depende del nivel de concienciación, compromiso y motivación de los profesionales para hacerlo. Desde la administración y la dirección del centro, se tiene que

contribuir a crear un clima tal en este sentido, que permita que los trabajadores superen la tradicional desconfianza a comunicar estos eventos, por temor a la responsabilidad individual, para pasar a un entorno de confianza y de sentido de mejora integral del centro.

Por lo tanto, deberán existir registros para recoger la incidencia, tipo y frecuencia, que permitan posteriormente elaborar los programas y/o protocolos dirigidos de forma específica a disminuir su incidencia. En el caso de que una UME no pueda adscribirse al sistema de registro de su hospital de referencia, deberá contar con uno propio, cuyos resultados deberán ser analizados al menos en el seno de la propia UME, con independencia de la obligada comunicación al hospital de referencia.

El Ministerio de Sanidad, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el marco de las políticas relacionadas con la seguridad del paciente, asume la necesidad de poner a disposición de los profesionales sanitarios aquellos instrumentos y guías del conocimiento que, por su utilidad e interés, puedan suponer un aporte al desarrollo y consolidación de las estrategias de seguridad en el Sistema Nacional de Salud, siendo Castilla-La Mancha una de las autonomías que está participando en el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente.

La seguridad del paciente basada en el principio hipocrático: "Primum non nocere" (Ante todo no dañar), es la dimensión más importan-

te de la calidad asistencial, pero no debe ser un objetivo último sino un vehículo para obtener la calidad.

4.4. SERVICIOS GENERALES

Este tipo de servicios, que cada vez están recibiendo una mayor consideración en todo tipo de establecimientos sanitarios, en especial en lo que afecta al bienestar y confort de los usuarios, tiene en centros como las UME una importancia especial en función de la dimensión "residencial" que tienen estos centros.

Actualmente se intenta también estructurar estos servicios de manera que tengan que ver con la satisfacción de los usuarios en aspectos que se relacionan con la manutención y dietética, la higiene, lavandería, etc., buscando también la máxima calidad de estos servicios y su adecuación a los principios de privacidad e individualidad, extremo este que quizá sea subsidiario de recibir una mayor importancia tanto por las propias UME, como por las organizaciones hospitalarias de las que dependen. La interacción de los pacientes con el personal de servicios generales de una UME, nada tiene que ver con el que mantiene el paciente ingresado en un hospital general con los integrantes de los servicios generales del mismo, razón por la que este personal tiene que ser también objeto de consideración especial en temas tales como el ambiente y actitudes terapéuticas, participación, formación, etc.

Organización de recursos humanos

5.1. FUNCIONES

Muchos documentos similares a este contienen apartados sobre las funciones del personal. Con ello se pretende solucionar *a priori* los muchos problemas que suelen existir sobre este tema.

Desde luego, una definición extensa de funciones según categoría profesional es una de las posibilidades, pero la experiencia demuestra que los problemas concretos no se resuelven con dichos listados.

Inicialmente se debe partir de las definiciones que existen en el hospital o servicio de salud de referencia, siendo no obstante imprescindible hacer una adecuación a la estructura particular de la UME, aunque se recomienda que más que hacer una descripción extensiva de todas las funciones, solo se incluyan aquellas tareas, funciones y situaciones asistenciales y terapéuticas que puedan resultar más equívocas o problemáticas, especialmente cuando el desarrollo concreto de un programa pueda o deba ser compartido entre distintos profesionales.

La recomendación en este sentido es que aquellas situaciones que puedan ser ambivalentes o confusas sean resueltas específicamente por el equipo del centro y basadas en el consenso profesional, aunque luego puedan quedar reflejadas en un documento o protocolo interno.

Con el fin de minimizar los problemas que pudieran surgir respecto a la figura que debe ejercer la superior responsabilidad en la toma de decisiones clínicas, conviene hacer algunas reflexiones sobre la diferencia existente entre responsabilidad legal sobre los pacientes, responsabilidad organizativa, responsabilidad sobre el proceso asistencial y responsabilidad clínica:

- En cuanto a la responsabilidad legal sobre los pacientes, se trata de un tema que afecta fundamentalmente a psiquiatras y psicólogos clínicos, en tanto que son FEA sanitarios y que en la actualidad supone un asunto complejo y legalmente confuso, por lo que será necesario que el SESCAM se

manifieste expresamente al respecto. Hasta tanto, la responsabilidad legal recae sobre el psiquiatra al cual está asignado cada paciente, en todos aquellos aspectos que tengan que ver con las altas, permisos, ingresos en Urgencias, petición de pruebas complementarias, etc.

- En lo que se refiere a la responsabilidad clínica, esta aparece mucho más clara, y es la que tiene cada profesional con su paciente en el ámbito de sus competencias profesionales.
- La responsabilidad sobre el proceso (proyecto terapéutico del paciente) es la que recae sobre el FRD, siendo análogas a las descritas para el FRP en los PAISM y puede ser ejercida por cualquier facultativo de la UME.
- Por último, la responsabilidad sobre el dispositivo (responsabilidad organizativa) no corresponde en principio a ninguna categoría profesional específica, recayendo según la normativa actual en el facultativo que es designado por la organización para ejercer esas funciones de coordinación, dirección y superior responsabilidad sobre el centro.

Este mapa de responsabilidades necesita de un mayor desarrollo y el ya citado respaldo normativo y jurídico del sistema sanitario, mientras tanto debe servir para orientar la organización de las UME respecto al abordaje de algunas dudas respecto a las responsabilidades.

Ahora bien, no estaríamos hablando de organizaciones modernas si la dinámica organizativa tuviese que basarse en una articulación

como la descrita anteriormente. En su lugar, deberíamos hablar de funcionamiento en equipo, donde las decisiones se tomaran de manera consensuada, debiendo ser este el dinamismo primario en la toma de decisiones.

Para facilitar esta manera de funcionar, las UME deben dotarse de una estructura orgánica que facilite una difusión adecuada de la información y espacios idóneos de toma de decisiones y análisis de la dinámica asistencial habitual, que deben quedar reflejados en un organigrama tal cual se observa en el apartado siguiente.

No obstante, en el Anexo 7 se presenta una relación de funciones por cada categoría profesional, elaboradas por el Grupo Regional de Trabajo de las UME, que puede servir como guía para la estructuración del conjunto de funciones.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, las UME deberán contar con un organigrama que integre los siguientes elementos:

- A) Estructura de mando y coordinación.
- B) Sistemas de participación y apoyo interdisciplinar.
- C) Asignación de programas y actividades.

El objetivo del organigrama, más allá de servir de expresión gráfica e informativa, debe reflejar:

- El enfoque multidisciplinar e interdisciplinar.
- El trabajo en equipo.
- La participación profesional en la toma de decisiones.
- El sistema de comunicación.

- La atención integral a los usuarios.
Los componentes básicos del organigrama serán:

1. Coordinador del centro

Al margen de la normativa que en su día regule las funciones de esta figura y la manera de acceder al cargo, generalmente serían las siguientes:

- Trasladar al ámbito del dispositivo las pautas y referencias asistenciales de carácter regional y de Área, observando los principios organizacionales recogidos en este documento.
- Coordinar toda la actividad asistencial y organizativa del centro, velando para que la actividad del centro se adecúe a criterios de calidad asistencial.
- Coordinar las actuaciones del equipo técnico de su centro internamente y con otros dispositivos de Salud Mental del Área y de otras redes cuando sea necesario: Atención Primaria, Servicios Sociales, etc.
- Asegurar que en el centro se desarrollen actitudes terapéuticas y un ambiente terapéutico acorde con los objetivos asistenciales del centro.
- Establecer y desarrollar el trabajo en equipo en el centro, tanto a nivel del equipo técnico como del conjunto del personal, aplicando el principio de que las relaciones entre ellos se tienen que profesionalizar, para favorecer un adecuado ambiente terapéutico y el abordaje interdisciplinar de los problemas de los pacientes.
- Ejercer la jefatura superior del centro en términos de RRHH y observancia de todas las normas que sean de aplicación al centro, otorgando voto de calidad en aquellas situaciones de discrepancia que surjan.
- Acordar con el CSMA, oído su equipo técnico, la participación del centro en el contrato de gestión o documentos similares y controlar el cumplimiento de los respectivos objetivos.
- Elaborar la memoria anual de gestión del dispositivo.
- Ejercer la representación del centro en los ámbitos que corresponda.
- Elaborar, apoyado en una comisión creada al efecto, un plan anual de gestión del conocimiento (formación continuada, docencia e investigación), que en todo caso se adecúe a las necesidades asistenciales.
- Establecer un plan de relación con familiares y usuarios, favoreciendo su participación en los planes individuales de tratamiento.
- Pertenecer a la comisión de gobierno del Área, a la que trasladará las opiniones consensuadas de su dispositivo, sobre los temas de carácter general tratados en la primera.
- Proponer a su CSMA una organización de sus cargas de trabajo, tanto asistenciales como organizativas (las propias de la función de coordinador), que permita que estas últimas tengan prioridad.

(Funciones contenidas en la directriz nº 21, de la Dirección Regional de Salud Mental del SESCOAM, sobre el modelo de organización de la red de dispositivos de SM en el área de salud).

2. Equipo técnico

Constituido por el conjunto de facultativos y técnicos del centro, y cuyas funciones colegiadas serían las siguientes:

- Asesorar y apoyar al coordinador en sus funciones.
- Analizar y coordinar toda la actividad asistencial del centro y de sus correspondientes programas y actividades.
- Constituirse en comisión de régimen asistencial para la gestión de ingresos, altas, evolución y elaboración de PITR, etc.

3. Áreas y departamentos

El organigrama deberá reflejar las diferentes áreas, secciones y departamentos, incluidos los asistenciales y los de servicios generales que conforman el centro, tanto de carácter asistencial como de servicios generales.

4. Supervisor o director de enfermería de la UME

Entre los departamentos anteriormente citados, debe figurar en lugar destacado y diferenciado el de enfermería, con la figura del supervisor o director de enfermería de la UME al frente, dada la importancia cualitativa y cuantitativa de la enfermería en las UME.

5. Coordinador responsable de programas asistenciales

Los diferentes programas asistenciales contarán con un coordinador responsable, que también debe figurar de forma diferenciada en el organigrama.

6. Sistema de participación profesional del centro

Los temas relevantes y complejos necesitados de abordajes interdisciplinares, podrán ser tratados en comisiones, a cuyo frente habrá un responsable o coordinador.

Entre ellas figurarán las siguientes:

- Comisión de ingreso.
- Comisión de gestión del conocimiento (formación continuada, docencia, investigación, etc.).
- Comisión de calidad asistencial.
- Cualquier otra que se necesitara.

7. Sistema de intercomunicación del centro

- Reuniones.
- Sistemas de transmisión de información escrita y/o a través de la aplicación informática de los procesos.

8. Sistema de relaciones con el exterior

Dará cuenta de manera organizada de aquellas relaciones exteriores de la UME que sean más importantes y estables: el Área, otros dispositivos del área o de otras redes.

En el Anexo 11 se puede observar un modelo de organigrama representativo de la estructura que se acaba de comentar en este capítulo.

5.2. PLANTILLAS

Igualmente, en documentos similares a este y otros de más amplia referencia, se inclu-

yen apartados dedicados a las plantillas tipo de las UME.

Sin embargo, las organizaciones asistenciales cambian, como más aún lo hacen los entornos, las necesidades de los pacientes, así como las nuevas posibilidades terapéuticas y asistenciales. Por lo tanto, la definición de plantillas, no pueden ser referencias inamovibles o que sean solamente objeto de definición desde ámbitos externos a las UME.

Es posible por lo tanto y desde la perspectiva orientadora y de futuro de este documento, realizar una reflexión serena y realista de las necesidades de cada categoría profesional en las UME, para realizar propuestas razonadas.

Propuestas que tienen que partir de referencias disponibles a otros niveles, para ir recogiendo y adecuándose a realidades cada vez más cercanas a cada UME y terminando por el estudio en detalle de las cargas de trabajo (en términos cuantitativos y cualitativos) generadas por las necesidades de los pacientes y de los programas asistenciales y terapéuticos, y, en última instancia, de la filosofía asistencial que se quiera aplicar.

En todo caso dos aspectos tienen que quedar bien establecidos:

- En primer lugar, la existencia de un equipo interdisciplinar de facultativos y técnicos de manera exclusiva en la UME y formado por las figuras del psiquiatra, psicólogo clínico, supervisor de enfermería, trabajador social y terapeuta ocupacional. La importancia de que cada uno de los citados profesionales esté presente en las UME, no proceda ya justificarla a estas alturas, más allá de re-

firmar el carácter interdisciplinar de este tipo de centros.

Pero quizá sí conviene remarcar que para las dimensiones de las UME de Castilla-La Mancha, la adscripción de estos profesionales, en al menos uno por centro, debe ser permanente y exclusiva, al objeto de que el equipo adquiera y desarrolle la necesaria especialización en un ámbito asistencial diferente al de otros dispositivos hospitalarios de Salud Mental. Como es sabido, hay que conocer en profundidad la dimensión de este tipo de centros, para poder comprender adecuadamente la conducta de los pacientes y enmarcar de manera idónea las decisiones que se toman.

- El siguiente aspecto que es necesario señalar, se refiere a la utilización versátil de las plantillas de enfermería y auxiliares, cuyos ratios no pueden ser calculados tomando como referencia el ámbito hospitalario de manera genérica. En una UME se hacen muchas más cosas a lo largo de la jornada y de la semana que las meramente hospitalarias, sin olvidar las necesarias actividades comunitarias; tareas todas ellas que solo puede desarrollar en un contexto de continuidad temporal el departamento de enfermería en su conjunto. Desde este punto de vista, el dimensionamiento de la plantilla de enfermería debe tener como punto de partida la actividad específica que se realiza en las UME.

Para finalizar es necesario referirnos al documento normativo vinculante para todos los

centros de Salud Mental y por lo tanto de las UME, que fija, entre otros temas, los requisitos de plantilla que cada centro debe cumplir (Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental). Este documento debe servir de referencia para que cada UME tenga los recursos humanos mínimos y suficientes para la realización de las tareas que tienen encomendadas.

5.3. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

En este apartado no nos referimos como política de recursos humanos a su dimensión legal y administrativa, para la que las UME y su equipo técnico suelen tener poco espacio de actuación, al depender directamente en este aspecto de organizaciones superiores en las que están integradas. Aún así, el espacio restante de gestión tiene que orientarse en los términos que se comentan a continuación.

Reafirmada la importancia capital en las UME de temas como las actitudes terapéuticas, el ambiente terapéutico, los valores de la organización, etc., hay que tomar en consideración la dependencia y relación que todo ello mantiene con el clima laboral, la satisfacción profesional, el compromiso, el cumplimiento de las tareas y su trabajo en equipo. Quizás una de las tareas añadidas del coordinador del centro y de su equipo técnico sea hacer comprender tanto al conjunto de los profesionales de la UME, como a instancias superiores, la importancia de

este tema, y demandar ante estas últimas mayores posibilidades de gestión.

Al respecto y aún pecando de simplistas, lo que diferencia a la UME (y otros dispositivos terapéuticos) del resto de centros sanitarios es el necesario equilibrio entre tarea técnica y el ambiente terapéutico (y organizacional); en otros dispositivos sanitarios la tarea (cada vez más tecnificada) manda, estructura y limita en buena medida lo relacional, a pesar de lo cual los efectos de la estructura informal afecta a veces seriamente a la realización de las tareas y a la estructura formal de la organización. En el caso de las UME y de los dispositivos de Salud Mental en general, la fuerza organizadora de las tareas asistenciales es mucho menor, de manera que los fenómenos informales pueden afectar más intensamente a la estructura formal y a sus objetivos manifiestos, llegando incluso a generar formas perversas de funcionamiento grupal, como la “neurosis institucional”, que como es sabido produce sus efectos más negativos sobre el estamento más indefenso, los pacientes.

Las formas de actuar sobre dichos dinamis-mos más allá de una gestión adecuada y posible de las normativas, son de todos conocidas, pasando por el manejo de cuestiones tales como:

- Motivación.
- Refuerzos adecuados.
- Participación interdisciplinar.
- Comunicación interdisciplinar.
- Formación.
- Flexibilidad.
- Responsabilidad.

Y también por una aplicación razonable y eficaz, cuando proceda, del principio autoridad y del régimen disciplinario.

Por otro lado, la gestión de la estructura informal no solo tiene efectos adversos, sino que también genera efectos positivos cuando son convenientemente identificados y favorecidos; por lo tanto, es posible una gestión de la relación entre estructura formal e informal que minimice los efectos negativos y potencie los positivos.

Además, la gestión de los recursos humanos y de la organización, como entramado psicosocial complejo, es uno de los principales capítulos a tener en cuenta, buscando efectos muy amplios, que irían desde los criterios de selección de la figura del coordinador y otras figuras relevantes como el supervisor de enfermería, hasta la formación continuada, régimen disciplinario, régimen interno, etc.

Para terminar, es necesario hacer una importante reseña de la importancia que tiene en centros como las UME el trabajo en equipo, ya que se relaciona directamente con el entramado conformado por el ambiente terapéutico, la satisfacción profesional, el clima laboral y la eficacia terapéutica y asistencial. Desde este punto de vista se tienen que derivar acciones diversas que permitan su establecimiento, consolidación, defensa y desarrollo.

Como consecuencia directa de lo dicho anteriormente, no se puede dejar de mencionar la necesidad de que desde las áreas de Salud Mental se fomente la presencia de equipos estables a tiempo completo, extremo este cuya ausencia no solo afecta negativamente al logro de unos niveles funcionales de calidad adecuada, sino que introducen importantes deficiencias en el control clínico de los pacientes.

Las Unidades de Media Estancia como organizaciones de calidad

6.1. PROTOCOLOS

La filosofía de estructuración de la actividad asistencial de centros como las UME en forma de procesos asistenciales exige, entre otras medidas de organización, la estructuración de la actividad en protocolos.

Las ventajas de los protocolos son ampliamente conocidas, destacando entre ellas:

- Disponibilidad y orientación a la acción organizada.
- La homogeneidad de las actuaciones.
- Ser fruto de la experiencia y la reflexión.
- La posibilidad de generar registros que ayuden a la mejora.
- El garantizar la exhaustividad en el abordaje de las situaciones y problemas.
- Revisables y mejorables periódicamente.
- Ser la base de sistemas globales de gestión de la calidad asistencial.

Las UME, como dispositivo sanitario de carácter hospitalario, debe participar de esta

forma precisa de organizar métodos concretos de trabajo y tender a que toda la actividad se organice en forma de protocolos, siendo su origen tanto la elaboración propia, como la incorporación o adecuación de protocolos externos.

En todo caso, la adopción de cada protocolo debe ser consensuada entre todos los profesionales que intervienen en cada uno de ellos.

Por otro lado, si bien cada protocolo debe adaptarse a las circunstancias concretas de cada UME, es necesario dentro de la dinámica de homogenización de todas las UME de Castilla-La Mancha, que se disponga de un conjunto mínimo común de protocolos para todas las unidades y que en la medida de lo posible sus contenidos fuesen similares.

Gran parte de los procesos, programas y actividades descritos anteriormente son susceptibles de ser organizados en forma de protocolos. A continuación se presenta un listado

de protocolos, que también deberán formar parte del referido conjunto común.

Sanitarios

- Consumo de sustancias.
- Errores de medicación.
- Administración de medicación.
- Enfermedades infecciosas.
- Efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.
- Consumo de tabaco.
- Salud general.
- Nutrición.
- Riesgo de CRV.
- Protocolos de enfermería.
- Urgencias psiquiátricas generales y contacto con Hospital General.

Control de situaciones críticas

- Inmovilización terapéutica (medios de contención mecánica), aislamiento y otras medidas coercitivas.
- Conductas heteroagresivas.
- Prevención de la agresividad.
- Incumplimiento relevado de normas básicas.
- Riesgo suicida y autolesión.
- Intentos suicidas y autolesivos.
- Maltrato físico o psicológico entre usuarios.
- Seguridad por compañías privadas.
- Intervención de las fuerzas de seguridad.

Generales

- Control de riesgos y seguridad.
- Vigilancia y supervisión general periódica.

- Control de entrada y salidas.
- Permisos y vacaciones.
- Evacuación, incendios y catástrofes.
- Ingresos involuntarios y con “carácter judicial”.
- Sistema de comunicación y reuniones internas.
- Sistema de registro y anotación: clínica, asistencial, etc.
- Servicios generales.
- Sistemas de vigilancia indirecta (cámaras, espejos, ojos de buey, etc.)
- Participación terapéutica de los usuarios en actividades de servicios generales.
- Trabajadores nuevos.
- Ingresos y altas.
- Fugas.
- Fallecimientos.

Personales

- Relaciones sexuales.
- Libertad y ejercicio religioso.
- Contacto con familiares.
- Intimidad y privacidad.
- Control y gestión de dinero y pertenencias personales de los pacientes.

6.2. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD

La intención de colocar a las UME dentro de los esquemas de organización orientadas a la calidad total, necesita, como se está diciendo a lo largo de este documento, la puesta en marcha de herramientas organizativas como procesos, protocolos, memoria de gestión, etc.

Entre otras importantes funciones de estas herramientas, hay que reseñar su utilidad como generadora de datos que permita la evaluación de la actividad que se realiza, cara a realizar comparaciones con la propia organización, con otras similares o consigo misma, con el objetivo final de propiciar la mejora constante de la atención que se presta.

Por otro lado, también se ha hablado de la necesidad de que las UME desarrollen actividades de investigación, tanto clínicas como asistenciales, encaminadas a mejorar la eficiencia y la eficacia, siendo evidentemente la importancia del registro como base de la investigación.

Por último, como dispositivos sanitarios hospitalarios, están sujetas a diversos requerimientos, para suministrar datos con los que alimentar diversos sistemas de gestión y control, tanto de la propia unidad como del hospital de referencia al que pertenece.

Todos estos argumentos explican la necesidad de que las UME desarrollen un sistema de registro global de su actividad clínica y asistencial.

Al respecto existen muchas experiencias en centros parecidos que oscilan entre el registro sistemático y exhaustivo hasta un registro mínimo y generalmente poco relevante. Ambos extremos pueden llevar a una gestión improductiva de los datos, por lo que la orientación que se ofrece en este documento es la de un sistema que sea sistemático y global, pero que solamente anote datos de procesos y actividades relevantes.

El primer y gran sistema de registro es desde luego la historia clínica, que en el caso de

las UME ofrece algunas particularidades, que se comentan a continuación.

Se debe decir, en primer lugar, que la historia clínica de la UME debe llevar el mismo patrón organizativo que la del hospital de referencia e incluso ser parte integrante de la misma, surgiendo aquí una de las dificultades más importantes. Y es que en centros como las UME, deben tener historia propia otros profesionales además de los clásicos de enfermería y facultativos, como trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, con independencia de otros sistemas de anotación y registro de los estamentos auxiliares, tutorías, gestión de casos, etc., que no siempre tienen reflejo en los hospitales de referencia; no obstante, en el proceso actual de implantación de Mambrino XXI en todos los hospitales de Castilla-La Mancha, se están dando los pasos oportunos para que dichas particularidades sean tenidas en cuenta, con la disposición de un formulario específico para la UME, con apartados concretos para cada profesional del equipo asistencial.

El segundo gran sistema de anotación y registros se deriva de los requerimientos presentes en los PAISM, a través de los formularios que ofrece la aplicación informática. Su cumplimiento en el caso de las UME determina una baja frecuencia de anotaciones y de accesos a la aplicación informática, ya que básicamente se debe anotar en la aplicación las interacciones con el FRP/GC o con otros dispositivos y en los ingresos y altas.

Sin embargo, los PAISM requieren el traslado a la UME de una sistemática de registro de

sus principales características de calidad, esta vez anotadas en la historia clínica, como los contactos e interrelaciones con la familia o con el usuario en sus participaciones activas en su proceso terapéutico.

Desde el punto de vista administrativo, el control de las estancias en la UME debe tener un sistema que sea coherente con el del hospital de referencia (CMBD) y suministrar sistemáticamente datos al respecto. Además, los ingresos y altas de la UME deben estar integrados en el sistema de control del hospital de referencia.

Por último, la actividad clínica también debe ser estructurada de manera que ofrezca datos sobre eficiencia y eficacia, lo que debe llevar a una sistemática que permita evaluar si aquello que se hace merece la pena, además de su evidente utilidad en proyectos de investigación.

Naturalmente no se pueden poner en marcha sistemas de registro de la actividad tan masivos que entorpezcan la misma actividad asistencial, pero sí partir de una filosofía de registro y evolución en detalle, con la idea de controlar procesos que se consideren relevantes y clave.

6.3. INDICADORES

El apartado anterior nos aboca lógicamente a considerar el conjunto de indicadores de los que deben disponer las UME de Castilla-La Mancha. La intención es, además, definir un conjunto mínimo y común de indicadores en todas las UME de Castilla-La Mancha, de mane-

ra que se puedan comparar tanto entre ellas como consigo mismas de manera diacrónica.

Inicialmente y al igual que se comentaba en el apartado anterior, una parte del conjunto de indicadores tiene que ser coherente con los indicadores del hospital de referencia (altas, ingresos, rotaciones, etc.). No obstante, habrá que considerar que los indicadores de la UME, aunque miden cuantitativamente lo mismo que los de hospital, en realidad cualitativamente se trata de datos que suelen “alterar” las estadísticas hospitalarias, por lo que siempre será necesario indicar la necesidad de realizar un abordaje diferenciado de este tipo de indicadores, siempre sin renunciar a esta coherencia con el hospital general.

Al margen de ello, las UME tienen otros indicadores más directamente ligados a su actividad propia y que aunque no sean demandados por el hospital de referencia, sí son útiles para controlar la actividad específica de las UME.

Sin embargo, tal vez merezca la pena realizar una reflexión sobre los actuales sistemas estandarizados de indicadores, sobre la base de plantearse dos preguntas:

1. ¿Realmente reflejan la actividad relevante del centro?
2. ¿Orientan hacia la identificación de problemas y áreas de mejora?

Normalmente suelen ser registros e indicadores finalistas, es decir, dan una información global o demasiado gruesa de grandes tramos de la actividad, sin que por sí mismos puedan identificar los momentos clave o sensibles. Una

alternativa ya indicada sería aumentar el número de registros e indicadores colocados en lugares intermedios (de proceso); sin duda que tal medida es necesaria, aunque minimizándola al máximo, buscando indicadores verdaderamente relevantes.

Dentro de esa búsqueda de nuevos y significativos indicadores, deberán ocupar un lugar destacado aquellos que tengan que ver con el proceso de participación y satisfacción de usuarios y familiares, con la evolución del paciente, y que además permitan identificar las áreas concretas en las que familiares y usuarios se muestren más sensibles.

En el Anexo 8 figura la propuesta realizada por el GRT de indicadores específicos para las UME.

6.4. ORGANIZACIÓN EN PROCESOS

Muchos de los conceptos y herramientas organizativas de las que se ha venido hablando hasta este momento, pueden a su vez ser organizados en un sistema metodológico más amplio que los integre y de coherencia, como la filosofía de organización de procesos asistenciales.

En Castilla-La Mancha tenemos el ejemplo cercano de los PAISM cuya magnitud, complejidad e implicaciones, quizá puedan asustar un poco en el intento de aplicarlo a centros y dispositivos concretos. Para neutralizar dicho efecto lo primero que hay que señalar es precisamente la diferencia de magnitud, entre unos macroprocesos, como son los PAISM que afec-

tan a toda la red asistencial y no solo a la de Salud Mental, frente a la propuesta de organizar en procesos la actividad interna de un dispositivo.

Hay que tener en cuenta que la estructuración de la actividad de centros y servicios en forma de procesos, se va convirtiendo en una operación cada vez más generalizada de la que hacen gala las organizaciones más avanzadas, lo que también es un indicativo de que la dificultad real de esta operación no es tan grande como se puede pensar *a priori*.

Las bondades de los procesos son, como mínimo, las mismas que las comentadas a propósito de los protocolos, solo que referidas ya al conjunto del dispositivo o por lo menos a su proceso asistencial central, aportando una garantía de coherencia en la organización y un claro dinamismo para que toda la actividad tenga como centro a los usuarios, sin olvidar diversas formas de proporcionar satisfacción a los profesionales.

Como es sabido, los procesos a nivel macro se descomponen de subprocesos, actividades y tareas, así como los diferentes circuitos de interacción entre todos los elementos, junto con los indicadores de control que permiten identificar las deficiencias y promover su solución y mejora general.

Se trataría pues de iniciar un movimiento en cada UME para organizar y sistematizar su actividad en forma de procesos, basándose en la idea de que los procesos son una herramienta de calidad total, que afectaría tanto a los usuarios como a los propios profesionales.

6.5. MEMORIA DE GESTIÓN

Finalmente, toda la actividad global de la UME debería dar lugar a un documento operativo e integrador como la memoria anual de gestión.

Las memorias constan de una parte de análisis cualitativo y otra cuantitativa que alimenta a la primera en muy buena medida. Esta parte cuantitativa, que se refleja en los respectivos indicadores, es indispensable para conformar una memoria que no solo cumpla al objetivo de informar sobre la actividad desarrollada, sino que sirva como herramienta de mejora y evolución del dispositivo.

Se pretende que el modelo básico de memoria de cada UME sea común para todas las UME de Castilla-La Mancha, de manera que permita su intercomparación, lógicamente con el afán de realizar un análisis que permita el aprovechamiento mutuo de la experiencia de los demás para evitar errores y emular aciertos.

En el Anexo 9 se puede observar el modelo de memoria cuantitativa de gestión propuesto por el GRT para las UME, que ya puede servir de referencia, a pesar de que también en este aspecto, serán de aplicación pautas de carácter general para toda la organización.

Orden de requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental

La Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental, determina las condiciones y requisitos técnicos que deben cumplir los centros y servicios de atención a la salud mental y entre ellos las UME. Al margen de otras implicaciones, la orden debe ser utilizada para autoevaluar cada UME y establecer sus puntos fuertes y débiles, marcando aquellos aspectos, tanto estructurales,

funcionales y de plantilla en los que cada UME no cumple el requisito mínimo, cara a demandar de la Administración las dotaciones presupuestarias o la instauración de medidas funcionales que permitan que la UME cumpla con los requisitos que la orden exige.

Los resultados de esta autoevaluación deben ser reflejados en la memoria anual de gestión, junto con otras propuestas de mejora de la UME.

9

Anexos

- 1 Instrumentos de evaluación para las UME elaborado por el GRT
- 2 Informe de derivación a Unidad de Media Estancia (UME de Toledo)
- 3 Ordenación de recursos e intervenciones terapéuticas para el trastorno mental grave
- 4 Ordenación de recursos e intervenciones terapéuticas para el primer episodio psicótico
- 5 Ordenación de recursos e intervenciones terapéuticas para el trastorno afectivo bipolar
- 6 Informe de continuidad asistencial
- 7 Funciones básicas del equipo terapéutico
- 8 Indicadores de la Unidad de Media Estancia elaborados por el GRT
- 9 Modelo unificado de Memoria UME de Castilla-La Mancha. Elaborado por el GRT
- 10 Proceso asistencial general
- 11 Organigrama del equipo técnico

ANEXO I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA ELABORADO POR EL GRT												
NOMBRE DEL INSTRUMENTO												
Escala de funcionamiento social DAI 10 aptitudes hacia la medicación Cuestionario de patrones funcionales nic noc Criterios de resultados de enfermería NOC LSQ Cuestionario BELS Subescala de span de letras y dígitos Subescala de clave de números de escala de inteligencia Trail Making test A y B FAS y animals Test de cancelación HONOS TAVEC	HISTORIA DE LA ENFERMEDAD											SOPORTE RESIDENCIAL
	NIVEL PREMÓRIBIDO											SOPORTE ECONÓMICO
	SINTOMATOLOGÍA											RED SOCIAL
	AUTOOCUIDADO											INTERACCION FAMILIAR
	AUTONOMÍA											CAPACIDAD LABORAL
	PARTICIPACIÓN CIUDADANA											TRATAMIENTO
	HABILIDADES, RELACIONES INTERPERSONALES											CAPACIDAD COGNITIVA
	CAPACIDAD DE AUTOCONTROL											

4. **EXCELENTE**. Recoge con exactitud todos los aspectos relacionados con la categoría.
3. **SUFICIENTE**. Recoge con exactitud la mayoría de los aspectos relacionados con la categoría.
2. **AMBIGUA**. Recoge parte de los aspectos relacionados con la categoría.
1. **INSUFICIENTE**. Recoge de forma insuficiente o de forma muy ambigua los aspectos relacionados con la categoría.
0. **DEFICIENTE**. No recoge ningún aspecto relacionado con la categoría.

ANEXO I. INFORME DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME DE TOLEDO)**INFORME DE DERIVACIÓN A
UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

Fecha de derivación: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Nombre y Apellidos:
- Domicilio:
- Teléfono:
- Estado Civil:
- Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
- D.N.I./N.I.F: Nº S.S.:
- Familiar de referencia (o tutor lugar):
- Domicilio:
- Teléfono:

PROCEDENCIA

- Dispositivo de procedencia:
- Teléfono de contacto:
- Psiquiatra:
- Psicólogo Clínico:
- Trabajador Social:
- Facultativo Responsable en USM (si la derivación no es de la USM):.....
.....

SITUACIÓN ECONÓMICA (señalar situación)	
Ingresos propios (señalar cantidad):	
Origen de los ingresos:	
Propiedades (vivienda, otras):	

SITUACIÓN LEGAL (señalar situación)	SI	NO	EN TRÁMITE
Incapacidad Civil			

Rellenar si procede:

- Incapacidad legal tramitada a instancias de:
- Tutor Legal:
 - Nombre y apellidos:
 - Domicilio:
 - Teléfono:

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico principal (código CIE-10 o DSM-IV-TR):
.....
- Diagnósticos secundarios:
.....
.....

*Acompañar de fotocopias de informes clínicos que se consideren de interés, así como fotocopia de último informe de alta de la U.H.B. si hubiera.

HISTORIA

- Inicio y evolución de la enfermedad (fechas, diagnósticos, síntomas,...):

- Historia de ingresos psiquiátricos (fechas, diagnósticos, duración):

FECHA DEL INGRESO	DIAGNÓSTICO	DURACIÓN

- Sintomatología actual:

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL	DESAYUNO	COMIDA	CENA	NOCHE

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEPOT	DOSIS Y FRECUENCIA

- Conciencia de enfermedad del paciente:
- Actitud del paciente ante la toma de medicación:
- Efectos secundarios observados:
- ¿Conoce el paciente su medicación? SI NO
- Administración del tratamiento farmacológico (marcar con una X):

PACIENTE	
FAMILIA	
U.S.M.	

- Cumplimiento del tratamiento (petición de citas en U.S.M.,):

CIRCUNSTANCIAS CLINICAS AÑADIDAS

- Enfermedades somáticas y tratamiento actual:
- Consumo de tóxicos:
- Ideas y riesgo de autolisis:

AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL

- Manejo de situaciones de tensión:
- Agresividad:
- Habilidades Sociales:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES BÁSICAS:

- Aseo personal:
- Vestido:
- Cuidado de su salud (alimentación, sueño, salud en general):

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES:

- Cooperación en tareas de casa:
- Manejo de transportes:
- Administración del dinero (persona encargada, frecuencia de la administración):
- Manejo de gestión:

ACTIVIDADES AVANZADAS:

- Manejo de recursos de ocio:
- Actividades de ocio y tiempo libre, hobbies):
- Intentos realizados para incorporarle a recursos comunitarios:

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

(Atención, memoria, comprensión, capacidad de aprendizaje)

FORMACIÓN

Historia escolar *(Estudios realizados, rendimiento escolar, estudios actuales, intereses educativos actuales):*

Historia laboral *(Profesión, formación laboral, trabajos anteriores, expectativas laborales):*

SITUACIÓN LABORAL (señalar la situación)			
ACTIVO		INCAPACIDAD PROVISIONAL	
BUSCANDO PRIMER EMPLEO		INCAPACIDAD TOTAL	
PARADO SIN SUBSIDIO		INCAPACIDAD ABSOLUTA	
PARADO CON SUBSIDIO		JUBILADO	
I.L.T.		OTROS	

ASPECTOS FAMILIARES

- Genograma de la familia de origen y pertenencia (señalar miembros, nombre, edad, ocupación y convivencia):

- Relación entre la familia y el paciente, actitud de la familia ante el familiar enfermo, conciencia de enfermedad e información de la familia, demandas y expectativas de la familia:

- Situación económica de la familia:

CONVIVENCIA (señalar situación)	
SOLO	
FAMILIA DE ORIGEN	
FAMILIA PERTENENCIA	
OTROS:	

PERSONAS CON QUIEN CONVIVE (señalar situación)		
NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	Datos de interés

TIPO DE VIVIENDA (señalar situación)	
SIN DOMICILIO	
PISO	
PENSIÓN	
RESIDENCIA	
OTROS:	

REGIMEN TENENCIA (señalar situación)	
PROPIO	
DE LOS PADRES	
COMPARTIDO CON OTROS	
OTROS:	

Relaciones antes de la enfermedad (cantidad, tipo, actividades, rol, etc.), amistades actuales, relaciones afectivas y sexuales:

PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (PITR)

- OBJETIVO DE REHABILITACIÓN:

* Tiempo estimado de estancia en Unidad de Media Estancia:

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS PROPUESTOS AL CENTRO DE REHABILITACIÓN:

- TRATAMIENTO:

- CONDUCTAS PROBLEMA:

- ÁREA DE AFRONTAMIENTO:

- ÁREA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:
 - ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA:

 - ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA:

 - ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA:

- SITUACIÓN FAMILIAR:

- REHABILITACIÓN LABORAL:

ANEXO III. ORDENACIÓN DE RECURSOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL TRASTORNO MENTAL GRAVE										
ACTIVIDADES	AP	USM	PCA	UCA	UHB	UME	HD	CRPSL	Dispositivos Residenciales	
• Terapia farmacológica										
• TEC										
• Terapia de apoyo										
• Psicoeducación del paciente										
• Psicoeducación familiar										
• Adherencia la al tratamiento										
• Intervención motivacional										
• Intervenciones de los familiares										
• Terapia cognitivo-conductual de síntomas psicóticos										
• Rehabilitación cognitiva										
• Entrenamiento en habilidades sociales										
• Entrenamiento en el afrontamiento de estrés y solución de problemas										
• Programas de AVD										
• Programa de ocio y tiempo libre										
• Rehabilitación laboral										

Altamente recomendable;

Recomendable.

ANEXO IV. ORDENACIÓN DE RECURSOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO									
DISPOSITIVOS / INTERVENCIONES	AP	USM/ USMIJ	PAC	HD	UME	UHB	UCA	CRPSL	S. SOC.
1. Terapia farmacológica									
2. TEC									
3. Intervención en crisis con la familia									
4. Psicoeducación familiar									
5. Psicoeducación de pacientes									
6. Adherencia al tratamiento									
7. Terapia de apoyo									
8. Intervención motivacional									
9. Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana									
10. Terapia STOPP									
11. Intervenciones familiares									
12. Programas de reducción de consumo de drogas									
13. Rehabilitación cognitiva									
14. Rehabilitación laboral									
15. Programa de ocio y tiempo libre									
16. Entrenamiento en habilidades sociales									
17. Programa de actividades de la vida diaria									
18. Estrategias de afrontamiento y solución de problemas									

Altamente recomendable;

Recomendable.

ANEXO V. ORDENACIÓN DE RECURSOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR											
INTERVENCIONES	USM	UHB	UME	UAE	HD	CRPSL	AP	URGENCIAS	Alternativas Residenciales	Centros de Formación y Empleo	Centros Especiales de Empleo
Terapia farmacológica											
TEC											
Adherencia al tratamiento											
Atención en Urgencias											
Psicoterapia paciente											
Psicoeducación al paciente											
Terapia cognitivo-conductual											
Entrenamiento en habilidades sociales											
Programas integrados											
Entrenamiento en afrontamiento de estrés y solución de problemas											
Rehabilitación cognitiva											
Programas de AVD											
Programas de tutela											
Consultas programadas											
Programa de ocio y tiempo libre											
Atención residencial											
Terapia familiar											
Psicoeducación familiar											
Atención domiciliaria											
Información y apoyo a la familia											
Apoyo económico											
Rehabilitación laboral											
Actividades ocupacionales											
Apoyo al empleo											
Formación profesional											

Altamente recomendable;

Recomendable.

Altamente recomendable; Recomendable.

ANEXO VI. INFORME DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

NOMBRE Y APELLIDOS
Nº DE S. SOCIAL
FECHA DE INGRESO
FECHA DE ALTA
FECHA NACIMIENTO
Nº DE HISTORIA
DOMICILIO
ENTIDAD DERIVADORA
FRD
FRP
GC

A. EVALUACIÓN CLÍNICA

Se recogerá información sobre:

A.1. Información de carácter general y valoración clínica:

- Diagnóstico.
- Anamnesis (comorbilidad, consumo de sustancias, nivel premórbido).
- Historia de la enfermedad (años de evolución, nº de ingresos en UHB).
- Evaluación psicopatológica.
- Rasgos de personalidad.
- Nivel de impulsividad y trastornos de conducta.

A.2. Funcionamiento cognitivo

- Capacidad intelectual/capacidad de aprendizaje.
- Habilidades cognitivas básicas: orientación, memoria, atención y funciones ejecutivas.

A.3. Tratamiento y conciencia de enfermedad

- Conciencia de enfermedad.

- Responsabilidad y nivel de cumplimiento con el tratamiento.
- Conocimiento de la enfermedad.
- Respuesta al tratamiento.
- Efectos secundarios.

B. EVALUACIÓN SOCIAL**B.1. Red de apoyo social**

- Tipo de convivencia actual/lugar de residencia.
- Red de apoyo social.
- Inserción en recursos sociales.
- Autonomía/necesidades económicas.

B.2. Red familiar

- Composición familiar.
- Ambiente familiar (relación con el paciente, relaciones significativas).
- Conocimiento de la enfermedad, información, expectativas.
- Aceptación de la enfermedad, elaboración del duelo.

- Carga subjetiva y objetiva.
- Emoción expresada (hostilidad, criticismo, sobreimplicación).
- Recursos y habilidades de afrontamiento (afectividad, escucha activa, peticiones y críticas, claridad de los mensajes, definición de problemas y concreción, refuerzos, supervisión del tratamiento).
- Necesidades percibidas por la familia.
- Demandas de la familia.

B.3. Situación social

- Nivel de ingresos.
- Situación legal (presencia de incapacidad, curatela, tutela, etc.).
- Certificado de minusvalía.
- Valoración de dependencia.
- Situación jurídica.

C. EVALUACIÓN FUNCIONAL POR PATRONES DE ENFERMERÍA

C.1. AVD básicas

- Higiene personal.
- Vestido.
- Alimentación.
- Hábitos de sueño.
- Actividad física.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Sexualidad.

C.2. AVD complejas o instrumentales

- Desempeño de HH domésticas.
- Manejo del dinero.
- Manejo de transporte.
- Capacidad de gestiones burocráticas.

- Manejo de recursos sociales.
- Ocio y tiempo libre.

D. AFRONTAMIENTO SOCIAL Y PERSONAL

- Autocontrol y afrontamiento del estrés.
- Habilidades sociales.
- HH básicas.
- Conversación.
- Expresión de emociones.
- Asertividad.
- Solución de problemas.

E. EVALUACIÓN OCUPACIONAL Y LABORAL

- Formación académica.
- Experiencia laboral.
- Situación laboral.
- Capacidad laboral.
- Motivación.
- Expectativas.

F. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

G. RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

H. CITAS CONCERTADAS

FIRMA: EQUIPO UME, el psiquiatra y los profesionales que hayan intervenido en el proceso.

ANEXO VII. FUNCIONES BÁSICAS DEL EQUIPO TERAPÉUTICO

FUNCIONES COMUNES

A TODOS LOS PROFESIONALES

- Colaborar en la creación de un ambiente terapéutico positivo en las interacciones del día a día en la UME, asegurándose del cumplimiento de las normas de convivencia de la UME y fomentando la interacción positiva entre usuarios y profesionales.
- Participar en aquellas actividades de planificación y gestión de la unidad que le correspondan.
- Colaborar, intervenir y asesorar a las familias desde los distintos ámbitos profesionales.
- Colaborar, desde su categoría profesional, en los distintos programas que se desarrollen en la UME.
- Fomentar el desarrollo de las habilidades del paciente a nivel de competencia máximo, minimizando los déficits para aumentar su independencia y calidad de vida.
- Gestionar los recursos humanos y materiales disponibles para cubrir las necesidades de ocupación de los usuarios de la UME teniendo en cuenta los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- Participar en el proceso de acogida y enganche terapéutico del usuario en la UME.
- Participar en las reuniones de equipo aportando la información pertinente desde su categoría profesional.
- Elaborar los informes que sean requeridos por el proceso del paciente, de evolución y sobre todo de alta.

PSIQUIATRA

- Reconocimiento, diagnóstico y prescripción de tratamiento.
- Seguimiento de procesos con las funciones propias del facultativo responsable de dispositivo (FRD).
- Redacción de informes, historiales, peritajes, etc.
- Participar en sesiones clínicas, actividades de formación y proyectos de investigación.
- Proponer objetivos generales y específicos de la Unidad.
- Participar en evaluación, coordinación y supervisión de actividades y programas.
- Coordinación y colaboración con el resto de dispositivos sanitarios.
- Participar en el diseño, revisión y evaluación del PIR.
- Evaluar y valorar demandas de ingreso.
- Recepción del usuario y valoración psicopatológica, identificando las prioridades del tratamiento.
- Llevar a cabo los programas de rehabilitación que le correspondan.
- Realización de terapias individuales.
- Formación a otros profesionales (MIR).
- Todas aquellas funciones que le indiquen sus superiores y correspondan a su categoría profesional.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

- Seguimiento de procesos con las funciones propias del facultativo responsable de diagnóstico (FRD).
- Participar en sesiones clínicas, actividades de formación y proyectos de investigación.
- Evaluar y valorar demandas de ingreso.
- Reconocimiento, diagnóstico y tratamiento terapéutico.
- Evaluación psicométrica y reevaluación a lo largo del ingreso.
- Proponer y desarrollar los programas de rehabilitación que se consideren adaptados a cada caso.
- Participar en el diseño, revisión y evaluación del Pitr.
- Seguimiento de tratamientos terapéuticos y coordinación de los diferentes procesos de rehabilitación.
- Todas aquellas funciones que le indiquen sus superiores y correspondan a su categoría profesional.

ENFERMERÍA

- Supervisar las funciones y/o tareas del personal auxiliar.
- Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los planes de cuidados de enfermería diseñados para el usuario y/o familia, tanto dentro como fuera de la UME, utilizando para ello metodología enfermera basada en los patrones funcionales de salud y las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

- Participar en el diseño, revisión y evaluación del Pitr.
- Administración de la medicación prescrita y explicación de las normas de automedicación.
- Participar en la formación de otros profesionales (alumnos de enfermería EIR).
- Todas aquellas funciones que le indiquen sus superiores y correspondan a su categoría profesional.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Participar en la elaboración y evaluación del/los Pitr.
- Diseño y puesta en funcionamiento y coordinación de los programas de terapia ocupacional.
- Entrevistar y valorar al paciente en las distintas áreas a trabajar.
- Participar en la formación de futuros terapeutas ocupacionales y otros profesionales cuyas funciones estén relacionadas con la TO en Salud Mental.
- Todas aquellas funciones que le indiquen sus superiores y correspondan a su categoría profesional.

TRABAJADOR SOCIAL

- Valoración de los aspectos sociofamiliares y económicos del paciente.
- Intervenir a nivel familiar, potenciando el apoyo y la colaboración de la familia en el proceso de rehabilitación, a través de las indicaciones y valoración de los permisos de fin de semana.

- Fomentar la colaboración con los distintos servicios Sociales y Asociaciones o Gestionar el servicio de atención al usuario.
- Participar en los pisos de transición y protegidos potenciando la relación y el apoyo familiar, facilitando la integración en el medio comunitario a través de la utilización de servicios sociales.
- Asesorar y fomentar la utilización de otros recursos comunitarios normalizados así como la relación con movimientos asociativos de pacientes y familiares.
- Todas aquellas funciones que le indiquen sus superiores y correspondan a su categoría profesional.
- Controlar la ropa de los pacientes y la ropa de la Unidad (sábanas, colchas, etc.).
- Transmitir la información sobre el estado físico y psíquico de los pacientes.
- Cuidados del material clínico y utillaje, realizar control de existencias y pedidos del material necesario.
- Colaborar en la realización e intervención bajo la supervisión de enfermería en los programas derivados de los planes de cuidados de enfermería diseñados para el usuario y/o familia, tanto dentro como fuera de la UME, utilizando para ello metodología enfermera basada en los patrones funcionales de salud y las taxonomías NANDA-NIC-NOC.
- Todas aquellas funciones que le indiquen sus superiores y correspondan a su categoría profesional.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- Realizar todo tipo de acompañamientos con pacientes fuera de la UME.

ANEXO VIII. INDICADORES UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (ELABORADO POR EL GRUPO REGIONAL DE TRABAJO)

ENTRADAS

1. N° de derivaciones correctas, con Pitr incluido.
2. N° de derivaciones aceptadas ingresadas.
3. N° de derivaciones no aceptadas (se refiere al bajo nivel de adecuación al perfil de la UME y al momento coyuntural en el que se encuentre).
4. N° de ingresos según procedencia en el año:
 - De la USM de Área.
 - De la UHB de Área.
 - De fuera de área

LISTA DE ESPERA DE ENTRADA

5. N° de pacientes en lista de espera a 31 de Diciembre.
6. Media de días desde la derivación hasta la aceptación.
7. Media de días desde la aceptación hasta el ingreso.

LISTA DE ESPERA DE SALIDA

8. N° de pacientes en espera de plaza en otro recurso habiendo finalizado su proceso terapéutico en UME.
9. Estancia media de espera: tiempo de permanencia en la UME desde que finaliza el proceso terapéutico hasta que se efectúa el alta.

USUARIOS EN ATENCIÓN

10. N° total de pacientes atendidos durante el año.
11. N° de pacientes en atención a fin de año.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

12. N° de ingresos: n° total de ingresos en el año.
13. Porcentaje de ingresos voluntarios.
14. Porcentaje de ingresos involuntarios:
 - Por autorización judicial.
 - Con autorización judicial por incapacidad.
 - Por orden judicial.
15. N° total de altas:
 - Por cumplimiento del proceso terapéutico:
 - % que van a domicilio.
 - % a RC.
 - % a VV SS.
 - Por traslado a otro dispositivo:
 - % UHB.
 - % ULE.
 - Por traslado de domicilio:
 - Por fuga.
 - Por éxitus.
 - Alta voluntaria.
16. Estancia media:
 - De las altas.
 - Anual.
 - Por diagnósticos de las altas.

17. Índice de ocupación.
18. Porcentaje de altas informadas: % de pacientes que salen de alta con informe en mano.
19. Porcentaje de reingresos efectuados después de transcurridos tres meses del alta.
20. Porcentaje de reingresos efectuados en los tres primeros meses posteriores al alta.
21. Continuidad de cuidados: nº de pacientes que al alta llevan en su informe las indicaciones terapéuticas oportunas recogidas en su Pitr.
22. Tasa de incidencia de accidentes: considere accidente aquel suceso eventual o acción que involuntariamente resulte o pueda resultar daño para las personas o las cosas (ejemplo: caídas, agresiones, etc.). Especial mención y registro es la:
 - Tasa de incidencias por errores de la medicación:
 - Por prescripción.
 - Por administración.
23. N° de fugas.
24. N° de inmovilizaciones terapéuticas:
 - N° de actos de inmovilización realizados.
 - N° de pacientes diferentes a los que se ha aplicado la inmovilización terapéutica.
 - Tiempo medio de inmovilización: numerador sumatorio de los tiempos de duración de cada una de las contenciones. Denominador nº de contenciones.
25. N° de pacientes con el Pitr elaborado y/o modificado en la UME.
26. N° de pacientes con revisión de Pitr en la UME.
27. N° de Pitr consensuados con los pacientes y tutores si los hubiere.
28. Media de días para la elaboración del PIR. No superará las dos semanas.
29. Existencia de manual de protocolos.
30. N° de reuniones de coordinación:
 - Con la comisión de TMG.
 - Con otros, especificar.
31. N° de actividades de formación. Diferenciar entre externas e internas.
32. Porcentaje de profesionales que participan en actividades de formación. Distinguir entre impartir y recibir.
33. N° de quejas y reclamaciones, adjuntar breve análisis agrupándolas dependiendo si es de:
 - < Estructura.
 - < Organización.
 - < Funcionamiento.
34. Existencia de encuestas de satisfacción de pacientes y trabajadores. Adjuntar nivel de satisfacción.
35. Porcentaje de consentimientos firmados de contratos terapéuticos.
36. Indicadores asociados a situaciones potencialmente críticas:
 - % de pacientes con politerapia antipsicótica a su ingreso en UME.
 - % de pacientes con politerapia antipsicótica al alta de UME.
 - % de pacientes con tratamiento depot al ingreso en UME
 - % de pacientes con tratamiento depot al alta de UME.

EVALUACIÓN Y Pitr

(Considérese politerapia antipsicótica a la toma de más de un principio activo del grupo de los antipsicóticos en un tiempo determinado. No contabilizar la concomitancia de dos fármacos que se puede dar en los cambios de tratamiento).

37. Indicadores globales terapéuticos HONOS.

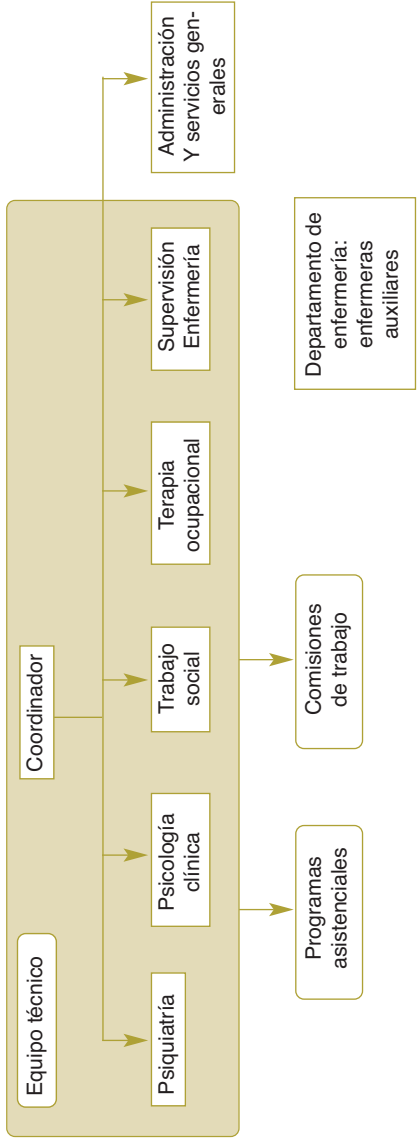
- Al ingreso.
- A los tres meses.
- Al alta.

ANEXO IX. MODELO UNIFICADO DE MEMORIA UME DE CASTILLA-LA MANCHA. ELABORADO POR EL GRT

1. INTRODUCCIÓN.
2. DESCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN:
 - A)Ámbito territorial:
Área sanitaria.
 - B)Pirámide de población.
 - C) Descripción del Centro:
 - Ubicación.
 - N° plazas.
 - Extensión.
 - Recursos humanos.
 - Características del centro.
 - D) Organigrama.
 - E) Sistemas de comunicación.
3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL:
 - A)Ingresos:
 - % Ingresos voluntarios.
 - % Ingresos involuntarios.
 - % Incapacitados.
 - % por orden/autorización judicial.
 - B)Altas:
 1. Por cumplimiento de objetivos (indicar dispositivo derivación).
 2. Por defunción.
 3. Voluntaria.
 4. Por fuga.
 - C) Estancias totales por cumplimiento de objetivos.
 - D) Media estancia.
 - E) Global.
 - F) Por diagnósticos.
 - G) Estancias mayores de dos a contabilizar en otro apartado.
 - H) Índice de ocupación.
 - I) Porcentaje de altas informadas.
 - J) Porcentaje de altas que regresan a su actividad previa.
 - K) Porcentajes de reingresos (considérese reingreso aquel que tras ser dado de alta vuelve a ingresar antes de los 3 meses)
 - L) Continuidad de cuidados -> número de pacientes con informe de alta en mano con indicaciones terapéuticas.
 - M) Indicadores relacionadas con la coordinación y realización de los cuidados:
 - Porcentaje de ingresos con informe que contengan objetivos psicosocio-sanitarios definidos.
 - Lista de espera:
 1. Días transcurridos desde que se recibe el informe hasta que se realiza la evaluación.
 2. Días transcurridos desde que se acepta el caso hasta que se realiza el ingreso.
 - Tasa de incidencias de accidentes. (considérese accidente aquel suceso eventual o acción del que involuntariamente resulte daño para las personas o las cosas).
 - Tasa de incidencias por errores de medicaciones:
 1. Por prescripción.
 2. Por administración.
 - Tasa de fugas.

- Tasa de contenciones, porcentaje de registros.
 - Existencia de manual de protocolos y/o procedimientos, relación :
 1. Fugas.
 2. Contención.
 3. Ingreso y acogida.
 4. Normas específicas, tabaco, dinero.
 5. Síndrome febril ante la toma de medicación.
 6. Tóxicos.
 7. Recogida de muestras biológicas.
 8. Control de usuarios.
 9. Pacientes agresivos y/ o agitados.
 10. Actuación ante cuadros delirantes.
 11. Actuación ante ideación suicida.
 12. Recepción de ropa y enseres personales.
 13. Registro y control de AVD.
 14. Pos-exposición a enfermedades contagiosas.
 15. Manual de actuación para nuevos trabajadores del centro.
 - Número de reuniones para planificación y coordinación.
 - Número de reuniones con otros dispositivos.
 - Número de actividades de formación.
 - Porcentaje de profesionales que participan en actividades de formación.
 - Número de quejas y reclamaciones.
 - Existencia de encuestas de satisfacción de familiares -> Índice de satisfacción.
 - Existencia de encuestas de satisfacción de pacientes -> Índice de satisfacción.
- N) Indicadores asociados a situaciones especiales:
- Tiempo transcurrido hasta la evaluación del paciente.
 - Uso de medicación s/p más de 5 días.
 - Uso de dos medicaciones del mismo grupo.
 - Porcentaje de consentimientos firmados.
 - Tasa de inmovilizaciones terapéuticas.
4. OFERTA TERAPÉUTICA:
- A) Diferenciación cognitiva.
 - B) Habilidades sociales.
 - C) Resolución de problemas.
 - D) Psicoterapia individual.
 - E) Percepción social.
 - F) Psicoeducación familiar.
 - G) Adherencia al tratamiento.
 - H) AVD básicas.
 - I) AVD instrumentales.
 - J) Psicoeducación.
 - k) Educación para la salud.
 - L) Psicomotricidad.
 - M) Ocio y tiempo libre.
 - N) Programa de preparación al alta.
 - O) Creatividad.
 - P) Programa de talleres: escritura, lectura, periódico, videoforum.
 - Q) Programas innovadores por centros.
5. AUTOEVALUACIÓN.
6. REALIZACION DEL PLAN DE MEJORA.

ANEXO XI. ORGANIGRAMA DEL EQUIPO TÉCNICO



Bibliografía

1. AEN. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Cuadernos técnicos nº 4 Madrid 2000.
2. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16:11-23.
3. A recovery-oriented approach to psychiatric medication: Guidelines for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2007;45(2):35-40.
4. Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In: *The Working Alliance: Theory, Research and Practice* (eds Horvath, A.O. & Greenberg, L.S.) John Wiley, New York 1994;13-17.
5. Bulechek GM, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2009; 5ª Edición. Elsevier-Mosby: Madrid.
6. Cleary A, Dowling M. Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16:539-545
7. Consejería de Salud y Bienestar social de Castilla La Mancha. Orden de 18/11/2010 de requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental.
8. Cook A y Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26:87-103.
9. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning *Schizophrenia Bulletin Advance Access published 14 March 2011*.
10. Consejería de Salud y Bienestar social de Castilla La Mancha, Plan de Salud Mental 2005-2010.
11. Consejería de sanidad de la Región de Murcia. Procesos de la unidad de rehabilitación Lorca/ Aguilas: documento técnico. 2009.
12. Dirección regional de Salud Mental del SESCAM. Directriz nº 21. Modelo de organización de la red de dispositivos de salud mental de área.
13. El Observatorio de salud mental: Análisis de la Situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos técnicos, 7. Madrid, 2007.
14. Estrategia de salud mental del Sistema nacional de salud 2009-2013, Ministerio de Sanidad y Política Social 2011.
15. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación psicosocial. Documento de consenso Madrid 2006.
16. García J, de las Heras B, Peñuelas E. Rehabilitación Psicosocial. Conceptos y estrategias. Oviedo, KRK Ediciones, 1997.
17. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
18. Huizing E, y col. Opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre la prestación de

- cuidados a pacientes con trastorno mental basada en el enfoque de recuperación. Biblioteca Las-casas, 2013f.com/lascasas/documentos/ lc0688 index-f.com/lascasas/lascasas.php
19. Huizing E. Recuperación y Enfermería de Salud Mental. *Rev Presencia* 2011 jul-dic, 7(14). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n14/p0179.php>.
 20. Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona. Martínez Roca, 1993.
 21. Manual de organización y funcionamiento de las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria. Subdirección de Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud. Mérida 2009.
 22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Nacional en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006.
 23. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Libro blanco de la dependencia Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco, 2004.
 24. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2009; 4ª Edición. Elsevier-Mosby; Madrid
 25. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. 2010; Elsevier: Madrid.
 26. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(6):457-63.
 27. Parlamento Europeo. Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Informe sobre la Salud Mental (2008/2209 (INI)). Documento de sesión A6-0034/2009. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES>.
 28. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Ambiente Terapéutico en Salud Mental, Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía-2010.
 29. SESCAM. Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental del Trastorno Mental Grave 2013.
 30. SESCAM. Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos 2013.
 31. Shanley E, Jubbs-Shanley. The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007; 14: 734-743.
 32. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality Sainsbury Centre for Mental Health 2008; Traducido por el Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.1decada4.es/profsalud/documentos/>
 33. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*. 1999; 11(4):93-101.
 34. Rathbone G, Campling P. Psychotherapeutic approaches on acute wards. *Psychiatry*. 2005; 4(5):14-18. Ruane PA. Carer's perceptions of the therapeutic value of inpatient settings. In: Campling P, Davies S, Farquharson D. From toxic institutions to therapeutic environments. London: Gaskell; 2004.
 35. Rebolledo Moller S. Concepto, objetivos y fases de la rehabilitación psiquiátrica. En Rebolledo Moller S, editor. Rehabilitación psiquiátrica. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1995;p.29-40.
 36. Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. AEN. Cuadernos técnicos, 6. Madrid 2002.
 37. Roder V, Brenne HD. Terapia integrada de la esquizofrenia. Ariel SA Barcelona, 1996.
 38. Rodríguez. A. Rehabilitación Psicosocial de personas con Trastornos mentales crónicos. Ed. Pirámide Madrid 1997.
 39. Wats FN, Bennett D. (Ed): Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica. México, Limusa, 1990.
 40. Wing J, Brewin CR, Thornicroft G. Defining mental health needs. En: Measuring mental health needs, de Thornicroft G, Brewin CR y Wing J, Gaskell, London. 1992;1-17.
 41. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977;86:pp.103-126.

