

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

*Cristina Botella Garnería*

[cristinabotella@hotmail.com](mailto:cristinabotella@hotmail.com)

## SUMMARY

This study combines several documents which form part of the PREVI Centre's Organisation Manual. Some of the documents included here have been taken from previously existing documents and others have been produced specifically for this study. Our aim is to have an Operating Manual which will go hand in hand with the relevant legislation currently in force in order to unify and register a number of different actions by the PREVI Eating Disorder Unit, with the aim of achieving quality care and the effective functioning of the programmes.

## KEY WORDS

Manual, quality, eating disorder.

## RESUMEN

El presente trabajo reúne diversos documentos que forman parte del Manual de Organización del Centro PREVI. Algunos de los documentos aquí incluidos han sido tomados de documentos previamente existentes y otros han sido elaborados expresamente para su uso. Pretendemos contar con un Manual Operativo que acompañe la normativa vigente de referencia con objeto de unificar y protocolizar diversas actuaciones de la Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI, en aras a la calidad asistencial y el adecuado funcionamiento de los programas.

## PALABRAS CLAVE

Manual, calidad, trastornos alimentarios.

## 1. PROCEDIMIENTOS PARA LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Justificación: Desarrollo del proceso de atención asistencial desde el momento en que el usuario establece contacto con el centro hasta el posible ingreso del mismo en la Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI.

Contenido: Directrices para la ejecución de la Entrevista de Acogida, Evaluación Psicológica Inicial del Paciente y la Familia, Evaluación Psiquiátrica, Evaluación Médica, Evaluación y Diagnóstico, Sesión Clínica, Entrevista de Devolución, Entrevista de Formalización del Ingreso, Ingreso en la Unidad.

### 1.1.- Contrato Terapéutico.

Justificación: Se hace necesario, según la normativa vigente en materia de salud mental, disponer de un contrato terapéutico firmado por el paciente que incluya el consentimiento informado. El consentimiento informado implica la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Contenido: Dispositivos asistenciales que componen la Unidad, horarios, tarifas aplicadas, formas de financiación, confidencialidad, consentimiento informado.

### 1.2.- Reglamento de Régimen Interno.

Justificación: Para el correcto funcionamiento del programa y del proceso terapéutico se hace necesario poner en conocimiento de los pacientes y profesionales del centro las normas a seguir.

Contenido: Compendio de normas estructuradas por áreas.

### 1.3.- Aceptación del Reglamento de Régimen Interno.

Justificación: Según la normativa actual vigente se hace necesario contar con la aceptación y compromiso del paciente mediante su firma a garantizar el cumplimiento del Reglamento de Régimen Interno.

Contenido: Compromiso del paciente a cumplir la normas, derecho del centro a modificarlas y adoptar medidas en caso de incumplimiento, responsabilidades del centro.

### 1.4.- Autorización para el tratamiento de datos referentes a la salud del paciente.

Justificación: Según la normativa actual vigente se hace necesario contar con la autorización del paciente en caso de ser solicitado por el mismo el envío a terceros, de información referente a su salud y proceso terapéutico.

Contenido: Destinatario de la Información, Motivo de Envío y firma del paciente.

#### 1.5.. Procedimiento de Actuación ante Situaciones de Crisis.

Justificación: Dadas la dificultades y consecuencias que pueden generar las situaciones de crisis en los pacientes y los profesionales, el personal del centro debe tener claras las pautas de intervención. Se pretende proporcionar procedimientos que guíen a los profesionales para actuar del modo más eficaz.

Contenido: Aspectos generales, situaciones específicas de crisis y medidas preventivas futuras.

#### 1.6.. Solicitud de Alta Voluntaria.

Justificación: Según la normativa actual vigente se hace necesario contar con la firma del paciente en caso de que decida por decisión propia abandonar el tratamiento en contra de las pautas prescritas.

Contenido: Firma del paciente y profesional que expide el alta.

#### 1.7. Escala de satisfacción con el tratamiento.

Justificación: Uno de los valores centrales del Centro PREVI es la mejora continua de la calidad asistencial con la consecuente satisfacción de los usuarios y para ello se cuenta con una encuesta como indicador de calidad que percibe el paciente y/o familiares.

Contenido: Valoración del grado de profesionalidad y seriedad del centro, ayuda recibida y otros aspectos.

#### 1.8.. Declaración derecho a la confidencialidad del paciente.

Justificación: Consideramos necesario que todo profesional del centro conozca, acepte y se comprometa a respetar la normativa vigente en materia de derecho a la intimidad del paciente, confidencialidad de los datos referentes a la salud del mismo, así como del manejo de los ficheros e historias clínicas.

Contenido: Referencia a la normativa vigente en materia de intimidad del paciente, confidencialidad de los datos referentes a la salud del mismo, así como del manejo de los ficheros e historias clínicas. Firma del profesional.

#### 1.9. Fuentes de Información: Legislación vigente, normativas, artículos de interés.

Justificación: Recopilar las leyes y normativa existentes en materia de salud mental. La lectura de la normativa se considera de utilidad para la elaboración de los contenidos de los documentos incluidos en los diversos protocolos y procedimientos y se aportan para la lectura de los distintos profesionales integrantes del equipo terapéutico.

Contenido:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al Paciente de la Comunidad Valenciana.

### 1.10 Derechos y deberes de pacientes y profesionales.

Justificación: Según normativa vigente en materia de salud mental se hace necesario poner al alcance de pacientes y profesionales, los derechos y deberes de los mismos.

Contenido:

Ley General de Sanidad (Arts. 10 y 11 de la Ley 14/1986 de 25 de abril).

## 2. PROCEDIMIENTOS PARA LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El Centro Clínico PREVI ofrece en su Unidad de Trastornos Alimentarios asistencia especializada a pacientes que han sido diagnosticados de un Trastorno Alimentario.

La Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) establece para cada paciente un tratamiento individualizado, integral y multidisciplinar (médico, psiquiátrico, psicológico, etc.) y está compuesta por los siguientes dispositivos asistenciales:

- Consultas ambulatorias.
- Centro de Día (CD).
- Centro de Atención Continuada (CAC).

### 2.1. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN ASISTENCIAL

En la mayoría de los casos los usuarios inician el proceso de atención estableciendo contacto telefónico con el centro. Si se trata de usuarios que residen en la ciudad o provincia de Valencia se facilita una cita para la *Entrevista de Acogida* que tiene lugar en el Centro Clínico de Psicología.

En ocasiones, usuarios de otras comunidades solicitan información vía telefónica y se desplazan al centro para la evaluación. En estos casos es necesario llevar a cabo por teléfono la *Entrevista de Acogida* y establecer un primer contacto con el usuario y/o familiares por parte del Coordinador Clínico.

Los usuarios son remitidos por centros educativos, psicólogos y profesionales sanitarios del ámbito público y privado, asociaciones, así como por la Conselleria de Sanitat.

### 2.2.1. ENTREVISTA DE ACOGIDA

Donde: Centro Clínico de Psicología

Quien: Psicólogo Acogida

Objetivo y Actuaciones:

Entendemos esta primera entrevista como el comienzo del proceso asistencial. Se trata del primer contacto personal en el que el usuario y/o familiares solicitan atención. Durante la *Entrevista de Acogida* se intenta dar respuesta a las dudas que puedan tener referentes al posible tratamiento, funcionamiento del centro, trastornos alimentarios, su pronóstico, etc. No se trata por tanto de una mera recogida de información, es el comienzo de un proceso de asistencia en el que se intenta aportar cuanta información solicite el paciente y ofrecer el apoyo emocional que la situación requiere.

Con frecuencia nos encontramos con personas que sienten gran temor al establecer este primer contacto y sabemos que ha sido difícil para ellos solicitar ayuda, por lo que debemos proporcionar un clima de confianza, confidencialidad y respeto con el usuario y la familia, ayudando, en la medida de lo posible, a aliviar la angustia que puedan experimentar.

La *Entrevista de Acogida* reúne las siguientes actuaciones:

- Informar al usuario y familia de los objetivos de la entrevista de acogida.
- Recogida de Datos: Quien le remite, motivo de consulta, tratamientos previos realizados.
- Informar acerca de:
  - Misión del Centro PREVI.
  - Objetivos y características de la Unidad de Trastornos Alimentarios.
  - Equipo terapéutico.
  - Procedimiento de atención asistencial desde la entrevista de acogida hasta la determinación del diagnóstico y tratamiento más adecuado para el paciente.
  - Dispositivos asistenciales.
  - Actividades e intervenciones terapéuticas.
  - Vías de financiación de la asistencia por parte de entidades públicas y privadas.
  - Tarifas aplicadas en los distintos regímenes de tratamiento.
- Ofrecer ayuda para determinar las posibles vías de financiación del usuario.
- Proporcionar información sobre la no realización de ingreso involuntario por parte del centro.
- Entrega de un Manual de Atención al Usuario.
- Aclarar cualquier otra cuestión que pueda expresar el paciente o su familia.

Al finalizar la *Entrevista de Acogida* se introduce en el *Fichero de Nuevos Usuarios* los siguientes datos:

- Nombre.
- Teléfono.
- Motivo de consulta.
- Quien le remite.
- Posibles vías de financiación.

Se garantiza la *Evaluación Psicológica Inicial del Paciente y la Familia* en un tiempo no superior a 10 días desde la decisión del usuario a ser evaluado, decisión que se comunica en la entrevista de acogida o a través de llamada telefónica al centro solicitando asistencia.

### 2.1.2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

Dónde: Centro Clínico de Psicología

Quién: Coordinador Clínico

Objetivo y Actuaciones:

El objetivo de esta entrevista es la valoración inicial del paciente y la familia para realizar un primer diagnóstico, valorar la gravedad de la sintomatología del paciente y asignar el caso a uno de los profesionales del equipo clínico.

En la *Evaluación Psicológica Inicial del Paciente y la Familia* se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

- Apertura de Historia Clínica Informatizada.
- Recogida y valoración de informes de tratamientos anteriores.
- Valoración inicial del paciente y la familia determinando el diagnóstico clínico individual.
- Asignación de los profesionales implicados en el tratamiento.
- Coordinación con el servicio de psiquiatría y endocrinología para la evaluación por parte de estos profesionales.
- Derivación para la asistencia hospitalaria, si el paciente presenta gravedad somática que requiere cuidados médicos más intensivos y realización de contacto telefónico con el dispositivo asistencial al que se deriva al paciente, si se considera necesario.
- Se garantiza la colaboración y comunicación entre los profesionales responsables del tratamiento.

### 2.1.3. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Donde: Centro Clínico de Psicología

Quien: Psiquiatra

Objetivo y Actuaciones:

Realización de entrevista de evaluación para establecer el diagnóstico y determinar el plan individualizado de tratamiento.

### 2.1. 4. EVALUACIÓN MÉDICA

Dónde: Centro Clínico de Psicología  
Quién: Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición.

Objetivo y Actuaciones:

Realización de entrevista de evaluación para establecer el diagnóstico y determinar el plan individualizado de tratamiento.

#### 2.1.5. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Donde: Centro Clínico de Psicología  
Quien: Psicólogo responsable del caso

Objetivo y Actuaciones:

Realización de diversas entrevistas de evaluación para confirmar el diagnóstico y determinar el plan individualizado de tratamiento.

#### 2.1.6. SESIÓN CLÍNICA

Donde: Centro Clínico de Psicología  
Quien: Equipo clínico del centro

Objetivo y Actuaciones:

Toma de decisión respecto al tipo de intervención y abordaje psicoterapéutico. La decisión sobre el programa de tratamiento y dispositivo asistencial aconsejado para la paciente se determina en función de las directrices de la *Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders (APA, 2000)*.

#### 2.1.7. ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN

Donde: Centro Clínico de Psicología  
Quien: Psicólogo responsable del caso

Objetivo y Actuaciones:

El objetivo de esta entrevista es informar al paciente y a la familia del diagnóstico y plan individualizado de tratamiento y comunicar la decisión sobre el régimen de tratamiento y el dispositivo asistencial correspondiente. Si el paciente está de acuerdo con estas pautas y decide ingresar en la Unidad de Trastornos Alimentarios se acuerda el día del ingreso y se coordina con el psicólogo de acogida para proceder al mismo mediante la firma del *Contrato Terapéutico*.

#### 2.1. 8. ENTREVISTA DE FORMALIZACIÓN DEL INGRESO

Donde: Centro Clínico de Psicología  
Quien: Psicólogo Acogida

Objetivo y Actuaciones:

El objetivo de la *Entrevista de Formalización del Ingreso* es proceder a la firma del *Contrato Terapéutico*.

Tras ser informados del régimen de tratamiento recomendado por el equipo clínico y previo al momento del ingreso en la Unidad de Trastornos Alimentarios el paciente y la familia proceden a formalizar el ingreso mediante la firma del *Contrato Terapéutico*.

El *Contrato Terapéutico* implica un compromiso ético entre terapeuta y paciente y tiene como objetivo reflejar el acuerdo entre ambas partes sobre las prescripciones terapéuticas realizadas por los profesionales del centro.

El *Contrato Terapéutico* incluye de un modo claro y comprensible información referente al objetivo de la unidad en la asistencia especializada, el régimen de tratamiento prescrito, la confidencialidad, las tarifas, las vías de financiación, el consentimiento informado.

En la actualidad existen dos tipos de ingreso, el voluntario y el involuntario. En nuestra unidad se lleva a cabo el ingreso únicamente si este es consentido por la paciente, tal y como se refleja mediante la firma del consentimiento informado. Es esencial dejar constancia mediante el consentimiento informado, del carácter voluntario del ingreso. Se entiende que el consentimiento informado conlleva la recepción continua por parte del paciente respecto a la evolución del proceso terapéutico.

#### 2.1.9. CONTACTO TELEFÓNICO SERVICIO DE ENFERMERÍA

Donde: Contacto telefónico desde Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI  
Quien: Enfermera

Objetivo y Actuaciones:

Si el régimen de tratamiento pautado es el ingreso en el Centro de Atención Continuada, la enfermera de la unidad procede a establecer contacto telefónico con la paciente y/o familia para informar sobre la indumentaria y otros enseres personales que la paciente necesita para su ingreso.

#### 2.1.10. INGRESO EN UNIDAD PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Donde: Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI  
Quien: Enfermera

Objetivo y Actuaciones:



Los profesionales de Enfermería de la Unidad llevan a cabo la recepción del paciente y/o familia.

Se informa al paciente y/o familiares del *Reglamento de Régimen Interno* y otros aspectos a tener en cuenta durante la estancia en la Unidad y se procede a la firma de la aceptación del reglamento.

Se entrega al paciente y/o familiares dossier informativo sobre el funcionamiento del centro.

### 3. CONTRATO TERAPÉUTICO

#### 3.1. Tipo de unidad

La Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI ofrece un tratamiento individualizado, integral y multidisciplinar (médico, psiquiátrico, endocrino, psicológico, de enfermería, etc.) y está compuesta por los siguientes dispositivos asistenciales:

- Consultas ambulatorias.
- Centro de Día (CD).
- Centro de Atención Continuada (CAC).

El objetivo general de la unidad es reestablecer el funcionamiento físico, social y emocional de los pacientes con Trastornos Alimentarios.

En función de la evaluación y mediante una sesión clínica en la que está presente todo el equipo terapéutico que atiende al paciente (psiquiatra, psicólogo, endocrino, etc.) se toman las decisiones sobre el tipo de intervención más aconsejado para el mismo, pautando si es necesario el ingreso en el Centro de Atención Continuada, en el Centro de Día o por el contrario dicha intervención se puede realizar en régimen ambulatorio. Esta decisión se realiza siguiendo las directrices de la *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (APA, 2000)*.

Se ofrece al paciente, en cada momento de la enfermedad, el tratamiento más adecuado y se ponen a su disposición distintos tipos de intervención terapéutica que se diferencian, principalmente, en función de la intensidad que ofrece cada uno de ellos.

El tratamiento requiere, en algunos casos, la utilización de diversos dispositivos asistenciales en función de las necesidades terapéuticas del paciente. El objetivo del tratamiento es lograr que el paciente requiera una forma de intervención cada vez menos intrusiva, obteniendo una mayor autonomía en las distintas áreas de su vida de una forma progresiva, realizando un seguimiento en el centro, y finalizando con un tratamiento en régimen ambulatorio, cuyo objetivo es el mantenimiento de la recuperación y la prevención de recaídas.

En función del régimen de tratamiento y de las necesidades terapéuticas, el paciente recibe tratamiento psicológico, psiquiátrico, y médico (endocrinología y nutrición), y participa en una serie de actividades o terapias individuales y en grupo.

### 3.2. Horarios

Horario del Centro de Día: De 10:00 h a 18:00 h. de Lunes a Viernes.

Ampliación de horario: De 10:00 h a 22:00 h. de Lunes a Viernes.

De 10:00 h a 22:00 h. de Lunes a Domingo.

El tratamiento en régimen de Centro de Día con horario de 10 a 18 horas incluye la realización del desayuno, la comida y la merienda, bajo la supervisión del equipo terapéutico. El horario de 10 a 22 horas incluye también la realización de la cena.

El horario del Centro de Atención Continuada es de Lunes a Domingo las 24 horas del día.

### 3.3. Confidencialidad

El centro garantiza el derecho de los pacientes a la propia intimidad. Toda información y documentación obtenida durante el proceso asistencial queda sujeta al derecho de secreto profesional, tratándose de manera confidencial.

Consideramos, a su vez, esencial facilitar información apropiada a los familiares y cuidadores de la paciente con el fin de que se le proporcionen los cuidados necesarios al mismo.

Puede hacerse necesaria la ruptura del derecho de intimidad, si está justificado por la presencia de riesgo en la salud de la paciente, se conocen indicios de que otros sufran daños, o es requerido por la Ley.

Los pacientes y/o familiares o cuidadores se comprometen a su vez a mantener el carácter confidencial de los datos que conozcan sobre otros pacientes del centro y/o familiares.

### 3.4. Formas de financiación

#### Seguro Escolar (Instituto Nacional de la Seguridad Social):

Esta Entidad ofrece una prestación a todos los estudiantes, que cursen en España, a partir de 3º de ESO y menores de 28 años.

#### Tarifas Centro PREVI:

- Las tarifas del Centro PREVI en el tratamiento en régimen ambulatorio son las siguientes:

- Sesión psicológica:
- Sesión psiquiatría:
- Sesión médica:
- Sesión de Terapia de grupo:

- Las tarifas aplicadas en régimen de Centro de Día son las siguientes:

Si la paciente permanece en el Centro de 10:00h a 18:00h, de Lunes a Viernes, la cantidad a abonar asciende a Euros diarios.

Si la paciente permanece en el Centro de 10:00 a 22:00 h, de Lunes a Viernes, la cantidad a abonar asciende a Euros diarios.

Si la paciente permanece en el Centro de 10:00 a 22:00 h, de Lunes a Domingo, la cantidad a abonar asciende a Euros diarios.

- Si la paciente permanece en el Centro de Atención Continuada 24 horas, de Lunes a Domingo, la cantidad a abonar será de Euros diarios.

En los tres casos se considera que la paciente ocupa una plaza, por lo que el coste mensual es de euros, euros, y euros respectivamente. En los casos en los que por prescripción del equipo clínico se decida que la paciente debe acudir al centro determinados días establecidos se facturará **únicamente** el número de días señalados por el terapeuta.

En los casos en los que por prescripción del equipo clínico se decida que la paciente acuda al centro únicamente a determinadas comidas terapéuticas (almuerzo, comida o cena) el importe a pagar por cada una de ellas, ascenderá a euros.

El plazo para poder cancelar la asistencia al centro de alguno de los días señalados por el equipo clínico, así como a alguna de las comidas terapéuticas, es de 24 horas.

*Los abajo firmantes declaran haber recibido y comprendido la información adecuada y necesaria sobre el proceso del paciente y sobre las consecuencias que pudieran derivarse del mismo, otorgando voluntariamente los suscribientes, mediante el presente, el consentimiento y su autorización a los profesionales que vayan a tratar al paciente para la realización de cuantos tratamientos sean necesarios.*

*Los firmantes manifiestan expresamente haber leído íntegramente el contenido del presente documento, habiendo quedado por lo tanto informados de las diferentes opciones de tratamiento que ofrece el Centro PREVI, así como de las tarifas que corresponde a cada uno de los tratamientos, cuya aceptación también expresan mediante la firma del presente.*

*Los firmantes manifiestan que tanto los datos personales como el domicilio facilitado al Centro son correctos, comprometiéndose a comunicar a PREVI cualquier cambio habido en el domicilio hasta el total cumplimiento de las obligaciones dimanantes del presente documento.*

**Fecha de ingreso en la Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI:**

.....

**Régimen de Tratamiento en la fecha de ingreso:**

.....

**Nombre del paciente:**.....  
**Nombre del padre o tutor:**.....  
**Domicilio:**.....  
**Teléfonos:**.....

**Paciente:** ..... **Parentesco con paciente:** .....

**Fdo:D/Dña:**..... **Fdo:D/Dña:** .....

**DNI/NIF:** ..... **DNI/NIF:** .....

**Responsable de la Unidad:**.....  
**Firma:**.....

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

#### 4. REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO

Las normas que a continuación se establecen, están destinadas al buen funcionamiento del centro y sus programas y, por tanto, a favorecer la salud y el progreso terapéutico de todos los pacientes.

##### 4.1 Asistencia

- La asistencia diaria es obligatoria, a menos que se disponga de algún permiso. El usuario que sume 3 faltas de asistencia sin justificar, quedará excluido del programa de tratamiento durante 1 semana.
- La asistencia a los talleres y terapias de grupo es obligatoria, salvo que el equipo prescriba lo contrario.
- Los usuarios del centro han de seguir los horarios programados para no perjudicar la marcha del resto del grupo.

- Durante la hora de actividades (12-13.30h) se realizarán aquellas que proponga el equipo terapéutico, pudiéndose llevar a cabo otras actividades similares, siempre y cuando el equipo de el visto bueno a la actividad en concreto propuesta por el/la paciente.
- Los/as pacientes realizarán todas las comidas bajo supervisión del equipo terapéutico.
- Las/os pacientes tienen que realizar registros de comida, así como las tareas terapéuticas propuestas por el equipo terapéutico.
- Se ha de mostrar respeto al personal del centro, así como del material y las instalaciones del mismo.
- Deberás guardar reposo si el equipo clínico lo decide.
- Se prohíbe realizar cualquier actividad física fuera de las horas programadas por el equipo terapéutico.
- El peso de el/la paciente, le será comunicado una vez a la semana por parte de su psicoterapeuta, siempre y cuando la paciente desee conocerlo.
- No está permitido el uso del baño fuera de los horarios establecidos para ello. Igualmente, siempre se irá acompañado por una auxiliar, no se podrán introducir bolsos, bolsas, etc. Las puertas permanecerán entornadas y la auxiliar tirará de la cadena cuando se termine.
- En los horarios para ir al baño, es necesario que los/as pacientes esperen su turno apoyados/as en la pared de los baños y no en la de enfrente.
- Se realizarán registros aleatorios de habitaciones y efectos personales cuando el equipo lo considere necesario y sin aviso previo.
- Los días que hay una actividad que requiera indumentaria especial (chándal, patines, etc.) por la tarde, las pacientes deberán preverlo y dejar la ropa preparada sobre la cama, se os facilitará el acceso previo o posteriormente (a valorar por la auxiliar) de la ducha.
- En el Centro no se permitirán discusiones fuertes y/o faltas de respeto, si sucediera se informará del suceso en el grupo de convivencia con el fin de resolverlo.
- Cualquier miembro del equipo puede cortar/zanjar un tema de conversación y/o discusión. Si la paciente continúa con el mismo, el profesional asumirá las medidas que considere oportunas.
- Sólo se permitirá el uso de los auriculares en el horario de reposo tras la comida, el resto del día no se pueden utilizar.

- Los/as pacientes han de abstenerse de realizar actos impulsivos (intentos de autolisis, ejercicio excesivo, abuso de drogas, toma de laxantes, atracones, vómitos, robos, falta de control en la actividad sexual... etc.) tanto dentro como fuera del Centro. En el caso de realizar estas conductas informar al equipo terapéutico del suceso.

## 4.2. Régimen de vida

### 4.2.1. Hostelería

- Al ingreso en el Centro de Atención Continuada, al ingreso, enfermería ayudará a los usuarios a deshacer la maleta y guardar sus pertenencias y se requisarán los objetos que puedan ser peligrosos (objetos cortantes o punzante, bolsas de plástico, piercing, collares punzantes, cuerdas, etc.).
- Durante el tiempo de estancia en el centro los usuarios permanecen bajo supervisión de los profesionales incluyendo el momento de las comidas, baño, salidas terapéuticas, etc.
- Queda terminantemente prohibido fumar en las habitaciones, sólo se podrá hacer en zonas destinadas para este fin y en los horarios establecidos.
- Se ha de respetar las áreas restringidas (cocina, lavabos y despachos).
- Se realizarán registros aleatorios de habitaciones y efectos personales cuando el equipo lo considere necesario y sin aviso previo.
- Las habitaciones permanecerán cerradas (desde que la paciente sale de ella) durante todo el día hasta que la auxiliar la vuelva abrir por la noche, por lo tanto sacaran de ella todo aquello que se necesite a lo largo del día.
- En las duchas no deberán dejarse objetos personales, como champú, gel, esponjas, etc.
- La ropa húmeda deberá tenderse fuera, nunca se introducirá en las habitaciones.

### 4.2.2. Salidas y permisos

- El régimen de salidas del usuario durante la semana, fin de semana y vacaciones, se establecerá por el equipo, y dependerá de la evolución de cada paciente en concreto.
- Una vez que los/as pacientes salen del centro de permiso de fin de semana no podrán regresar a por objetos al centro, ya que deben prever aquello que vayan a necesitar.

- Durante los paseos con la auxiliar y/o la educadora social las pacientes podrán observar los escaparates, pero no podrán pararse ante ellos ya que la salida está establecida para otros fines.
- No se puede salir del recinto sin permiso o sin acompañamiento de algún miembro del equipo, salvo en los casos en que esté establecido por el equipo clínico.

#### 4.2.3.. Teléfono

- Se hará uso del teléfono únicamente en el horario asignado para ello por el equipo terapéutico.
- Los móviles deberán entregarse al personal y su uso estará restringido a las horas de llamadas. Los móviles se cargarán siempre apagados.

#### 4.2.4. Visitas

- Las visitas de familiares se recibirán de manera programada cuando el equipo lo considere conveniente.
- Durante las visitas, ni la familia ni el paciente podrán traer comida o bebida al centro.

#### 4.2.5. Medicación

- Está prohibida la entrada y/o consumo de cualquier droga o medicación no controlada en el Centro.
- El personal cualificado es el que deberá administrar la medicación, no pudiendo tener el usuario acceso directo a ella. Si se trae medicación de casa debe ser entregada al personal del centro en el mismo momento que se entre en él. No se puede introducir en el centro medicación que no haya sido prescrita por un profesional.
- Si en la actualidad se tiene cualquier patología física se ruega aportar informe del médico y las pautas de tratamiento.
- Si en la actualidad se padece de algún trastorno psiquiátrico por el que se sigue tratamiento, se deberá aportar también información sobre el tipo de intervención y profesional que se lleve, así como pautas de tratamiento.

#### 4.2.6. Indumentario y objetos personales

- Para la estancia en el centro es preferible utilizar la indumentaria que habitualmente se suele llevar, se descarta el uso del pijama durante el día e incluso el chándal.

- En caso de ingresar en el Centro de Atención Continuada (24h) es preferible no traer demasiada ropa debido al espacio limitado. La familia puede ir trayendo ropa nueva y llevarse la que no se use.
- Evitar, en lo posible, traer joyas u objetos de valor. El Centro no se hace responsable de aquello que pueda desaparecer.

#### 4.2.7.

- Se sentarán en la mesa sin abrigos ni chaquetas.
- Permanecerán sentados en sus sillas mientras el personal sirve los platos y desde al principio al final de la comida.
- Durante la comida no se hablará de alimentos, de peso, restaurantes, etc.
- No se harán referencias sobre lo que hay en el plato.
- Se tiene que terminar los platos, sin dejar nada en ellos.
- El tiempo para comer es de 50 minutos.
- Se debe comer un panecillo de pan.
- La comida se irá troceando a la vez que se va comiendo.
- Se comerán las pieles de los alimentos, excepto pollo y salmón.
- No se comerá con la boca abierta.
- Siempre ambas manos deberán estar sobre la mesa a ambos lados del plato.
- No se hablará en la hora de las comidas de las normas del comedor, ni de los temas tratados en terapia.
- Se abstendrá de realizar alusiones sobre compañeras, auxiliares, psicólogos, etc.
- Se abstendrá de poner malas caras así como gesticular ante lo que hay en el plato.
- Se evitará hacer referencia a cuestiones políticas o raciales, así como a otro tipo de cuestiones controvertidas.
- No se adoptarán posturas que denoten malestar o pereza.
- No se permite esconder ni tirar comida.
- No se permiten cambios en el menú. No se permiten cambios de alimentos, excepto los indicados por el personal de Enfermería
- Si se vomita la persona vuelve a comer.
- Después de la comida se quedarán en el centro en reposo relativo y vigilado.



- Los WC permanecerán cerrados, por lo que para ir al WC tendrán que ir acompañados y sin cerrar la puerta.

FINALMENTE, EL PACIENTE DEBE CUMPLIR TODAS AQUELLAS INDICACIONES Y PRESCRIPCIONES QUE, EN CADA MOMENTO, EL EQUIPO TERAPÉUTICO CONSIDERE OPORTUNAS.

## 5. ACEPTACIÓN REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO

El Reglamento de Régimen Interno de la Unidad para Trastornos Alimentarios PREVI comprende el conjunto de normas que tanto el paciente como el tutor o familiar deben respetar para contribuir a la evolución satisfactoria del proceso terapéutico.

PREVI se reserva el derecho a adoptar las medidas que estime oportunas ante el incumplimiento por el paciente, su tutor o familiares del Reglamento de Régimen Interno.

A si mismo, se hace constar que PREVI no constituye un centro de alta seguridad, si bien cuenta con medidas de seguridad operativas durante las 24 horas.

El centro no se responsabiliza de lo que suceda al paciente durante los permisos terapéuticos. Contamos con un registro de entradas y salidas que firma el paciente diariamente.

Las normas del centro pueden ser modificadas según las necesidades del grupo y tras revisión del equipo. Se tiene derecho a ser informado.

El paciente, su tutor o familiares manifiestan expresamente haber leído íntegramente el contenido del Reglamento de Régimen Interno así como el presente documento, y expresan la aceptación de ambos mediante la firma del presente. Se comprometen a su vez a comunicar al personal del centro cualquier circunstancia que pueda suponer o haya supuesto el incumplimiento del reglamento.



6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS REFERENTES LA SALUD DEL PACIENTE

Los abajo firmantes autorizan al Centro Clínico PREVI a facilitar información con datos referentes a la salud del paciente, a la siguiente entidad:

Nombre de la entidad y/o profesional donde deseo sean remitidos mis datos:

.....  
.....

Relación de los documentos a enviar:

.....  
.....

Motivo del envío:

.....  
.....

**Paciente:** ..... **Parentesco con paciente:** .....

**Firmado:** ..... **Firmado:** .....

**DNI/NIF:** ..... **DNI/NIF:** .....

**Responsable de la Unidad:**.....

**Firma:**.....

Valencia, a ..... de ..... de dos mil cinco.

## 7. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE CRISIS

### 7.1. Aspectos generales

El objetivo de este procedimiento es garantizar la seguridad del paciente, la de los otros pacientes, y la del personal asistencial.

En la Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI no se realiza contención mecánica de pacientes buscando siempre abordajes alternativos y/o complementarios a la contención mecánica.

En el caso de que haya que tomar medidas, éstas se llevan a cabo cuando se suceden los primeros indicios de que la paciente se encuentra en una situación de crisis donde existe una pérdida de control y se detecta que va en aumento.

Cuando se recuerda al paciente las normas y límites del centro en una situación de crisis, un aspecto esencial a tener en cuenta es la necesidad de que el personal que atiende al paciente se muestre en todo momento calmado y con actitud de protección y escucha hacia el mismo. Se evita mostrar una actitud autoritaria eludiendo cualquier tipo de provocación.

Es importante que la persona responsable de atender al paciente cuente con información sobre las circunstancias actuales del mismo así como sobre su historia, ya que además de conocer las pautas generales de actuación en situación de crisis se hace necesario, a su vez, tener en cuenta las necesidades individuales del paciente para actuar del modo más eficaz.

Si cuando atendemos al paciente percibimos que no podemos hacerlo a solas pediremos ayuda a otro miembro del equipo, garantizando en todo momento el acompañamiento del resto de los pacientes del centro por parte de un profesional del equipo clínico.

En función de la conducta que muestre el paciente se llevarán a cabo diversas medidas generales contemplándose el abordaje verbal, medidas ambientales y/o conductuales así como la administración de fármacos.

#### a) Abordaje verbal

Para que la medida de abordaje verbal tenga éxito es importante recordar diversos aspectos:

Cuando invitamos o solicitamos al paciente que abandone la actividad y lugar donde se está produciendo la conducta de agitación tomaremos asiento, si es posible, a la misma altura que la paciente.

Escucharemos atentamente al paciente permitiendo que descargue su ira, rabia, o irritación, evitando intentar calmarles en este primer momento.

Prestaremos atención en todo momento a nuestro tono de voz que debe de ser pausado, calmado, de bajo volumen mostrando a su vez una actitud firme. Mantendremos contacto visual con el paciente.

Comunicaremos verbalmente las normas del centro; conductas que no están permitidas así como las consecuencias de la realización de dichas conductas.

b) Medidas ambientales y / o conductuales

En cuanto a medidas ambientales y / o conductuales, recordaremos la importancia de la restricción de estímulos, esto es intentaremos eliminar en lo posible estímulos que pueden provocar una respuesta agresiva (Ej. acompañar al paciente a una sala silenciosa).

c) Manejo psicofarmacológico de la agitación.

El personal de enfermería es el profesional indicado para administrar fármacos según prescripción médica por escrito.

## 7.2. Situaciones de crisis

### 1.- Sintomatología excesiva sin motivo justificado que interfiera con la actividad que se está llevando a cabo.

Ejemplos de estas conductas pueden ser:

- Llanto inconsolable.
- Bloqueo.
- Desmayo.

Pasos a seguir:

- 1.- Sacarla de la actividad y llevarla a un lugar donde su sintomatología no interfiera a nadie, ni pueda ser reforzada.
- 2.-Atender a la persona lo suficiente para asegurarse de que el síntoma se va reduciendo y no es signo de un problema más grave (ingesta de alguna sustancia, problema orgánico, etc....).
- 3.- Posteriormente tranquilizar a la persona.
- 4.-Reincorporación a la actividad si se puede, en el caso de que no sea posible permanecerá en un lugar donde no altere el funcionamiento de las demás pacientes. Durante la atención en crisis deberá estar acompañada en todo lugar por un miembro del equipo.
- 5.-Apuntar lo ocurrido en el libro de incidencias.

### 2.-Crisis de ansiedad.

- 1.- Sacarla de la actividad y llevarla a un lugar donde su sintomatología no interfiera a nadie, ni pueda ser reforzada.

2.-Actuación ante una crisis de ansiedad tal como indica el protocolo de tratamiento del pánico (respiración lenta, bolsa de plástico, técnicas distractoras).

3.-Tranquilizar.

4.-Incorporación a la actividad grupal, progresivamente en la medida que pueda.

Si la paciente no puede realizar la actividad del momento se le indicará una actividad para ella sola. Durante la atención en crisis deberá estar acompañada en todo lugar por un miembro del equipo.

5.- Informar al médico

6.-Apuntar lo ocurrido en el libro de incidencias.

### 3.- Ataques de ira o conductas agresivas.

Las conductas agresivas pueden ser verbales o físicas y pueden estar dirigidas:

Hacia ellas mismas.

Hacia otra compañera.

Hacia algún miembro del equipo terapéutico.

1.- Sacarla de la actividad y llevarla a un lugar donde su sintomatología no interfiera a nadie, ni pueda ser reforzada.

2.- Atención a la crisis de ira (que suelte la ira, que llore o que grite).

3.-Tranquilizar.

4.- Avisar al terapeuta de guardia.

5- Si los síntomas se reducen y la paciente lo desea se empieza con una incorporación progresiva a las actividades del centro. Si la paciente no puede realizar la actividad del momento se le indicará una actividad para ella sola.

6.-En el caso de que la paciente no pueda contener las conductas auto o heteroagresivas, se la llevaría a urgencias del hospital.

7.-Apuntar lo ocurrido en el libro de incidencias.

### 4.-Amenaza o Intento de suicidio.

1.- Sacarla de la actividad y llevarla a un lugar donde su sintomatología no interfiera a nadie, ni pueda ser reforzada.

2.- Avisar al médico y al terapeuta de guardia.

3.- Abordaje de la ideación suicida.

4.-Si los síntomas se reducen y la paciente lo desea se empieza con una incorporación progresiva a las actividades del centro. Si la paciente no puede realizar la actividad del momento se le indicará una actividad para ella sola.

5.- En el caso de que la paciente siga con la ideación o la intención suicida, se la llevaría a urgencias del hospital clínico.

6.- Apuntar lo ocurrido en el libro de incidencias.

*DURANTE LA ATENCIÓN EN CRISIS DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA EN TODO MOMENTO POR UN MIEMBRO DEL EQUIPO GARANTIZANDO EL ACOMPAÑAMIENTO DEL RESTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO POR PARTE DE UN PROFESIONAL DEL EQUIPO CLÍNICO.*

## MEDIDAS PREVENTIVAS FUTURAS

Con el objetivo de mejorar la calidad y eficacia de la intervención en situaciones de crisis así como llevar a cabo la prevención de las mismas, es importante comentar el episodio una vez finalizado. Llevaremos a cabo un análisis de la situación por parte de los profesionales implicados en la situación de crisis que se haya producido junto con los profesionales responsables de la unidad.

El análisis incluye entre otras las siguientes preguntas:

- ¿Qué desencadenó la situación?
- ¿Qué factores lo hubieran prevenido?
- ¿Qué tipo de actuación se realizó?
- ¿Fue la más correcta?
- ¿Cómo se sienten el personal y el paciente en relación a los métodos utilizados?



ANEXO I

Esta encuesta tiene por objetivo mejorar la calidad de nuestra asistencia.  
Gracias por su participación

NOMBRE: Puede no rellenarlo si desea la confidencialidad
NÚMERO:

1) ¿Se ha sentido bien atendido/acogido/a? Valorar de 0 a 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2) Grado de profesionalidad del psicólogo/a que le atendió. Valorar de 0 a 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3) ¿En qué medida cree que le ha ayudado el tratamiento recibido? Valorar de 0 a 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4) Valore de 0 a 10 el grado de seriedad del centro (en cuanto a puntualidad, cancelación de citas,...)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5) Recomendaría nuestro centro.

SI                      NO

6) Anote los comentarios y sugerencias que le parezcan oportunas-----  
-----  
-----  
-----

## ANEXO II. SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA

El abajo firmante solicita el Alta Voluntaria de la Unidad de Trastornos Alimentarios PREVI para lo cual se expide el presente documento.

El paciente declara haber recibido y comprendido la información sobre las consecuencias que pudieran derivarse de la consecución del *Alta Voluntaria*. Esta información es facilitada por el profesional que acompaña al paciente en el momento de producirse la firma del presente documento por ambas partes.

**Paciente:..... Profesional del Centro: .....**

**Fdo.D/Dña:..... Función que desempeña:.....**

**DNI/NIF: ..... Fdo.D/Dña: .....**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

### ANEXOIII. DECLARACIÓN DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

El/la abajo firmante D/Dña \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, como integrante del personal del Centro Clínico PREVI en calidad de \_\_\_\_\_ declaro:

Conocer y asumir mis obligaciones de garantizar el **derecho a la confidencialidad** del paciente respecto del tratamiento de toda información obtenida en el contexto clínico en el que desarrollo mi trabajo y de **respetar la normativa vigente** en el uso de la documentación clínica de los pacientes atendidos en el centro, en particular:

- El **artículo 7** de la **ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica trata el derecho a la intimidad, y establece que toda persona tiene derecho a que se respete el **carácter confidencial** de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. A si mismo, los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.
- El **artículo 16** de la misma ley que, al regular los **usos de la historia clínica**, determina que la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. A si mismo, el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
- El **artículo 10** de la **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal que, refiriéndose explícitamente al tratamiento por parte del personal del centro de los datos incluidos en los ficheros, señala que el responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al **secreto profesional** respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aún después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
200\_\_

Fdo: D/Dña \_\_\_\_\_