

# **Protocolo de atención a personas con enfermedad mental**

COMISIÓN DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA  
DEL ÁREA DE SALUD DE SALAMANCA



**Junta de  
Castilla y León**

# Presentación



Un objetivo prioritario en *La Estrategia Salud 21 de la OMS para Europa*, es la mejora de la salud mental, incidiendo en que la prevalencia y el impacto sanitario adverso de los problemas de salud mental deben reducirse de forma sustancial, ofertando servicios completos mejores y más eficaces a las personas con problemas de salud mental.

*La Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León*, propicia el desarrollo de protocolos de actuación para afrontar los problemas de salud mental más relevantes, además de aquellos otros relacionados con la atención de urgencia ante conductas agresivas y otras emergencias psiquiátricas que puedan surgir.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, han trazado un camino de relación y confluencia entre los servicios de salud y los servicios sociales con el fin de conseguir la continuidad de cuidados a las personas con trastornos mentales a lo largo de su itinerario vital, lo que supone un gran reto, ante la complejidad y las diferencias que existen en ambas redes.

Este *Protocolo de Atención a Personas con Enfermedad Mental* que surgió como una iniciativa de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria de Salamanca en 2007, hoy es una realidad que tiene el objetivo de mejorar el proceso de atención a personas con enfermedad mental, en todo lo referente a la organización del tratamiento, el traslado y el internamiento, a fin de que se realice con las debidas garantías jurídicas y médicas, y con la continuidad de cuidados que el proceso requiere, desde la cooperación coordinada; pero con el compromiso, el impulso y la confluencia de los diferentes ámbitos administrativos, en función de las competencias propias de cada uno.

El *III Plan de Salud de Castilla y León* contempla la intersectorialidad siguiendo las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales, incorporando objetivos y planes relacionados con otras instituciones, porque la salud está presente en campos mucho más amplios que el estrictamente sanitario.

En este documento participa el Ayuntamiento de Salamanca con la Policía Local y los servicios sociales, la Junta de Castilla y León pone a disposición los centros de salud y el Hospital, la Diputación regula la acción de los CEAS, la subdelegación del gobierno, intervine por medio de la Fiscalía, la Guardia Civil y la Policía Nacional, además de los Juzgados que actúan durante los traslados ante el juez.

Prestar a los ciudadanos servicios eficaces en el tratamiento y cuidado de las personas con enfermedad mental es el objetivo que preside e inspira todas las páginas de este protocolo, así como es necesario determinar criterios para orientar a los profesionales en la práctica diaria de sus intervenciones y que permitan mejorar la calidad en la atención, primando siempre el beneficio del paciente.

**Francisco Javier Álvarez Guisasaola**  
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

# Índice



<b>1.</b>	<b>ACTUACIÓN Y PROCEDIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO Y TRASLADO DE ENFERMOS MENTALES</b>	<b>11</b>
1.1.	Actuaciones desde un centro de salud	12
1.2.	Actuaciones del equipo de salud mental de distrito	13
1.3.	Actuaciones de los equipos de psiquiatría hospitalarios	16
1.4.	Actuaciones del personal de enfermería	19
1.5.	Actuaciones de los cuerpos y fuerzas de seguridad	19
1.6.	Actuaciones del personal de transporte sanitario	20
1.7.	Actuaciones judiciales, del ministerio fiscal y del médico forense	21
1.8.	Solicitudes de atención domiciliaria para pacientes con problemas de salud mental	23
<b>2.</b>	<b>ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA</b>	
2.1.	Abandonos de tratamiento: protocolo de actuación	27
2.3.	Intervención en crisis: protocolo de actuación	29
<b>ANEXOS</b>		
<b>I.</b>	<b>Equipos de salud mental</b>	<b>35</b>
<b>II.</b>	<b>Instrucciones generales</b>	<b>45</b>
<b>III.</b>	<b>Números de fax de los juzgados de primera instancia de guardia de internamientos</b>	<b>53</b>

# Actuación y procedimientos en el tratamiento y traslado de enfermos mentales

El presente documento parte de la premisa básica de considerar la enfermedad mental como un problema sanitario, cuyo objetivo esencial será el sanitario terapéutico.

Para ello, y en el ejercicio de las competencias propias, los profesionales sanitarios prestan atención, tanto urgente como no urgente, en cualquier momento del día todos los días del año.

La organización del tratamiento, traslado e internamiento de un enfermo mental, supone la implicación y coordinación de los siguientes ámbitos, dispositivos y/o servicios:

## ■ Atención Primaria:

- Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud.
- Personal de Enfermería, tanto del ámbito ambulatorio como hospitalario.
- Servicio de Atención a Urgencia (S.U.A.P.)

## ■ Servicio de Urgencias del Hospital

## ■ Atención Especializada:

- Equipos de Salud Mental de Distrito
- Equipo de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital General

## ■ Servicio de Emergencias 112

## ■ Cuerpos y Fuerzas de Seguridad

- Ambulancias
- Juzgados de Guardia, Juzgados de 1ª Instancia, Ministerio Fiscal y Médicos Forenses.

## 1.1. Actuaciones desde un centro de salud

Su función queda definida como el primer eslabón de respuesta sanitaria frente a la petición de atención sanitaria a un enfermo o posible enfermo mental.

Los Equipos de Atención Primaria prestan atención en días laborables y jornada habitual de trabajo en los Centros de Salud o en el Consultorio Local, en horario de 8 a 15 horas; el resto de jornada laboral y festivos la atención se realiza en el Centro de Salud en horario de urgencias (de 15 a 8 horas), en la zona rural, y en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (S.U.A.P.), en el medio urbano de 15 a 8 horas.

### Actuaciones:

---

1. El médico de Atención Primaria realizará la valoración inicial del enfermo.
2. Si es necesario aplicará la contención farmacológica, para lo que puede solicitar asesoramiento a los Equipos de Salud Mental en horario de servicio normalizado (\*). Fuera de este horario podrá solicitar asesoramiento a los Equipos de Psiquiatría del Hospital General.
3. Si es necesario indicará el traslado en ambulancia, para lo que emitirá los oportunos volantes de traslado.
4. Cuando lo considere necesario, propondrá el ingreso en un servicio psiquiátrico, previo contacto telefónico o directo con el mismo.
5. Dejará constancia escrita en el libro de incidencias del Centro de Salud, sobre cualquiera de los aspectos anteriores.

(\*). El horario normalizado de los Equipos de Salud Mental es de 8,00 a 15,00 horas en su Centro de Salud de Ubicación. Para mayor información, consultar Anexo I.

## Procedimientos:

---

Si se comprueba la oposición del paciente a ser asistido o trasladado, y ello puede provocar una alteración del orden público o poner en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales:

- ▶ **Los profesionales sanitarios** (de la medicina y de la enfermería) en número suficiente para este tipo de intervenciones, **solicitarán la actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad** cuando se compruebe que con ello se pueda provocar una alteración del orden público o poner en peligro su integridad física, la integridad de otras personas o la conservación de bienes materiales, **sin necesitar ningún paso previo a través del Juzgado.**

# 1.2. Actuaciones del equipo de salud mental de distrito

Se refiere a la estructura de atención de especialistas en Psiquiatría en el ámbito de la atención psiquiátrica ambulatoria.

Su función queda definida como el segundo eslabón de respuesta sanitaria frente a la petición de atención sanitaria inicial de un enfermo o posible enfermo mental, tanto en los casos urgentes como no urgentes.

## Actuaciones:

---

1. Los Equipos de Salud Mental atenderán los casos urgentes, en horario de 8.00 a 15.00 horas, de lunes a viernes laborables (\*)
2. Prestarán información y asesoramiento sobre aspectos referidos a la contención farmacológica o decisión terapéutica.
3. Valoración de pacientes.
4. Atención de casos y establecimiento de un plan terapéutico (en el que se incluye la proposición de ingreso).

(\*) Consultar Anexo I para la localización del Equipo de Salud Mental.

## Procedimientos:

---

Si el Equipo de Salud Mental considera necesario realizar el ingreso, urgente o no, de un paciente en contra de su voluntad.

- **En los internamientos no voluntarios urgentes no se precisa en ningún caso de autorización judicial previa, sino de decisión médica.** En este caso, el centro en el que se hubiera practicado el internamiento comunicará al Juez el mismo para autorización judicial. La autorización judicial es posterior al internamiento. La comunicación se realizará al fax del Juzgado de los de Primera Instancia de guardia de internamientos. Como ANEXO TRES figuran los números de fax de los Juzgados de Primera Instancia de Salamanca.

Los siete Juzgados de Primera Instancia permanecen una semana de guardia de internamientos, conforme al calendario que se comunica por el Decanato de los Juzgados a la Delegación de Sanidad de la Junta de Castilla y León y a la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Los internamientos urgentes voluntarios no precisarán intervención judicial, ni previa ni posterior.

Los Juzgados de Primera Instancia dan a la comunicación del internamiento, el tratamiento del Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, cuyo tenor literal es el siguiente:

- «1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que por razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso el **responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste** al tribunal competente lo antes posible, y, en todo caso, **dentro del plazo de veinticuatro horas**, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya pro-

ducido el internamiento. Dicho Tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado. El tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente»

Si el Equipo de Salud Mental necesita realizar el traslado de un paciente en contra de la voluntad de éste.

- Solicitará la ambulancia.
- Se pondrá en contacto con la Unidad de Internamiento Psiquiátrico del Hospital General al que vaya a realizarse el traslado.
- Si es necesario solicitará el apoyo del personal de enfermería
- Si es necesario solicitará el apoyo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

Si en estas actuaciones sanitarias (ingreso y/o traslado en contra de la voluntad del paciente), tanto urgentes como no urgentes, el Equipo de Salud Mental comprueba que puede alterarse el orden público o poner en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales:

- **El Equipo de Salud Mental solicitará la actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad** cuando compruebe que con ello se pueda provocar una alteración del orden público o poner en peligro su integridad física, la integridad de otras personas o la conservación de bienes materiales, **sin necesidad de trámites ni autorización judicial previa.**

## 1.3. Actuaciones de los equipos de psiquiatría hospitalarios

A este estamento compete exclusivamente la posibilidad o decisión final de un ingreso hospitalario de determinada persona. Su actuación se ciñe exclusivamente a una respuesta intrahospitalaria (si existen objetivos médico-clínicos alcanzables en dicha Unidad), de forma similar a lo que ocurre con cualquier equipo médico o profesional hospitalario.

La atención se presta en el ámbito hospitalario la 24 horas del día, todos los días del año.

### Procedimientos:

---

#### Si se produce un ingreso urgente, en contra de la voluntad del enfermo

- **Se comunicará a la autoridad judicial**, por el centro en el que se hubiere practicado el ingreso y por fax, **siempre dentro de las 24 horas siguientes:** Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

«... el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible, y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho Tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.»

La comunicación se realizará al Juzgado de Primera Instancia de Guardia de Internamientos, conforme al calendario que se comunica por el Decanato de los Juzgados a la Delegación de Sanidad de la Junta de Castilla y León y a la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y al fax del Juzgado que corresponda (Ver Anexo TRES)

Si una persona ingresada voluntariamente, cambia su decisión durante el período de ingreso hospitalario, NO QUERIENDO PERMANECER ingresada.

- Se comunicará al Juzgado de primera Instancia de Guardia el mantenimiento del ingreso involuntario, dentro de las siguientes 24 horas a la comunicación del cambio de voluntariedad.

### **Si se pretende realizar un INGRESO INVOLUNTARIO NO URGENTE**

- Deberá solicitarse una autorización judicial previa al ingreso.
- Dicha autorización deberá ser solicitada por la familia o por el médico al Juez Decano, quien procederá a cursar la petición mediante el sistema de turno de asuntos de Jurisdicción Voluntaria entre los Juzgados competentes que darán a la petición el tratamiento procesal adecuado, concediendo o denegando la autorización.

**Si se decide que no es necesario el ingreso; y no se prevé ninguna circunstancia de especial valoración.**

Si el Juez ha autorizado (a priori o a posteriori) el internamiento, los médicos deben comunicarle motivadamente que no han considerado necesario ingresar al enfermo, o, en su momento, que le han dado el alta hospitalaria, por si fuera procedente la adopción de otras medidas.

- Se entregará a la persona revisada, o a la familia o allegados, un informe de la valoración efectuada.
- Se remitirá la misma valoración al Equipo de Salud Mental de referencia, con el fin de asegurar un adecuado seguimiento del paciente.

**Si se considera necesaria algún tipo de medida psiquiátrica obligada, pero no se considera adecuado el ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de un Hospital General.**

- Se tramitará la solicitud de la medida a aplicar.
- Se comunicará dicha circunstancia a la estructura responsable correspondiente, debiendo permanecer la persona explorada en categoría de observación, hasta la toma de decisión definitiva y bajo la tutela de la familia si esta no se puede ejecutar de inmediato.

**Si se produce un alta hospitalaria de un internamiento involuntario ordinario (\*)**

- Se notificará al Juzgado de Primera Instancia que ratificó el internamiento urgente o que autorizó el internamiento ordinario.
- Si el alta se produce de forma no autorizada médicamente (fuga), tal circunstancia deberá notificarse al Juez a la mayor brevedad posible.

(\*) Es el que se realiza después de obtenida una autorización judicial que se concede tras petición de una persona legitimada (parientes, Ministerio Fiscal, tutor,...), un examen del afectado, el dictamen de un facultativo del que depende el diagnóstico, y su recomendación de tratamiento en régimen de internamiento. La orden de ejecución del internamiento una vez corroborada su necesidad corresponde al Juez si el enfermo se niega o está imposibilitado para su cumplimiento. Corresponderá igualmente al Juez llevar el control de la situación de estos enfermos y solicitar, en cualquier momento, informes sobre su evolución y la necesidad de continuar el tratamiento.

## 1.4. Actuaciones del personal de enfermería, tanto en centros de atención primaria como en el ámbito hospitalario

### Actuaciones:

---

1. El personal de enfermería desarrollará las funciones propias de su cometido profesional.
2. Acompañar y auxiliar al Equipo Médico del ámbito correspondiente (Atención Primaria o Especializada).
3. Ayudar a los familiares o personas cercanas del enfermo, en cuanto a la información sobre la actuación médica realizada, incidencias del traslado y destino (en su caso) medicación, etc.
4. Tomarán las decisiones oportunas cuando el caso de urgencia lo requiera, para proteger la integridad de las personas o los bienes amenazados, dentro del ámbito de sus competencias profesionales.

## 1.5. Actuaciones de los cuerpos y fuerzas de seguridad

Su misión se centra exclusivamente en el auxilio en materia de seguridad, bien sea del propio enfermo o de otras personas o bienes.

La actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad se realizará, previa personación en el lugar de los hechos, cuando sea acordada por los responsables policiales intervinientes.

### Actuaciones:

---

1. Colaborar en la contención física del enfermo, cuando la situación de peligro obligue a ello, de forma subsidiaria y de apoyo, cuando hayan quedado superados los medios de contención habituales.

En estos casos, **NO SE PRECISARÁ AUTORIZACIÓN JUDICIAL PREVIA HABILITANTE DE LA INTERVENCIÓN DE LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD.**

A este respecto es necesario recordar la RECOMENDACIÓN publicada en el «Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España (1991)» según la cual se recomendaba la necesidad de «que se realicen convenios de colaboración entre la administración sanitaria, jueces, fiscales y Fuerzas de Seguridad para que la competencia de la administración sanitaria en materia de traslados de enfermos psíquicos pueda llevarse a cabo con la fluidez necesaria»

## PROCEDIMIENTOS:

---

Si la persona a internar ha cometido una infracción penal, se actuará conforme a la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

En particular, para el régimen de entrada en domicilio, se seguirán los criterios de la Ley de Enjuiciamiento Criminal autorización que, de ser necesaria, se recabará del Juzgado de Instrucción de Guardia.

Cuando se precise la colaboración de la Guardia Civil, siempre que sea posible, se solicitará por telefax a la Subdelegación del Gobierno.

## 1.6. Actuaciones del personal de transporte sanitario

1. Conducir el vehículo
2. Prestar ayuda física en el traslado del paciente para acceder a la ambulancia y/o para salir de la misma.
3. Se encargarán de la aplicación de las medidas habituales o especiales de sujeción de los pacientes.

Al solicitar la ambulancia:

- Se especificará que el paciente que va a ser trasladado es un enfermo mental, para que se envíe un vehículo dotado de los medios necesarios.
- Si el médico, que ordena el traslado, lo considera necesario el conductor irá acompañado de una persona de apoyo; y si así lo estima, podrá decidir que el paciente vaya acompañado de personal sanitario.

## 1.7. Actuaciones judiciales, del ministerio fiscal y del médico forense

**Si se solicita un internamiento NO URGENTE.**

Esta solicitud será realizada por el propio paciente, por sus familiares o a través de los canales de atención sanitaria convencionales (Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Equipos de Atención Psiquiátrica Hospitalaria, etc.), e incluso, a través del Ministerio Fiscal.

A esta última instancia, se recurrirá agotadas las posibilidades anteriores.

- La solicitud se formulará ante el Juez Decano, quien la tramitará al Juzgado de Primera Instancia correspondiente.
- Dicho Juzgado recabará de las instituciones sanitarias los informes que recojan los posibles antecedentes o seguimientos de atención psiquiátrica, así como la posible propuesta de ingreso hospitalario en la que se especifique la necesidad de dicha medida, aún en contra de la voluntad del paciente.
- Se dará a la solicitud el cauce procesal adecuado (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).
- Se fijará día y hora para que la persona, cuyo internamiento se solicita, comparezca con objeto de realizar el examen facultativo.
- Tras el examen del médico forense, el examen del Juez y el informe del Ministerio Fiscal, se dictará auto autorizando o denegando el internamiento.
- Dicho auto se notificará a las partes y al Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (\*).

«Legitimación en los procesos de incapacitación y de declaración de prodigalidad.

1. La declaración de incapacidad pueden promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz.
2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.
3. Cualquiera persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.
4. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacitación de menores de edad, en los casos en que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.
5. La declaración de prodigalidad sólo podrá ser instada por el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos y los representantes legales de cualquiera de ellos. Si no la pidieren los representantes lo hará el Ministerio Fiscal.»

### Si se produce un ingreso urgente.

- El hospital donde se haya producido el internamiento lo comunicará al Tribunal competente por fax y, en todo caso, dentro de las 24 horas siguientes de haberse producido el internamiento (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).
- Dicho Juzgado incoará el oportuno expediente de Jurisdicción Voluntaria, personándose el Juez y el Médico Forense en el hospital de internamiento.
- En dicha visita se realizará examen y reconocimiento del interno.
- El médico forense remitirá informe y, tras el informe del Ministerio Fiscal, se dictará auto ratificando o dejando sin efecto el internamiento.
- Dicho auto se notificará a las partes y al Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el Art. 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Tanto en internamientos no urgentes como urgentes, una vez se haya autorizado el internamiento, y hasta que se produzca el alta hospitalaria, se harán, por parte del Juzgado que autorizó el internamiento, las recomendaciones pertinentes sobre la periodicidad de los informes sobre la evolución del paciente.

El alta es decisión médica, que se comunicará al Juzgado que autorizó el internamiento.

## 1.8. Solicitudes de atención domiciliaria para pacientes con problemas de salud mental

La aplicación del Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula la forma en que deben realizarse los internamientos involuntarios de pacientes con problemas de salud mental, ha sido objeto de diversas reuniones entre Autoridades Judiciales, de las Fuerzas de Seguridad y Autoridades Sanitarias.

De estas reuniones, en lo que respecta a los servicios sanitarios, se ha creído conveniente diseñar un modo de actuar, por parte de los facultativos médicos generales y los facultativos médicos de los puntos de atención continuada, que será de aplicación de forma generalizada en Salamanca y Provincia a partir de un mes de la fecha que consta en la firma de este documento.

Genéricamente cabe distinguir dos supuestos:

1. Pacientes para los que se programa su ingreso
2. Pacientes para los que se solicita asistencia urgente

Se describe, a continuación, el modo de actuar en ambos casos.

### Pacientes con ingreso programado.

---

- a. La Unidad de Admisión del Hospital Clínico pasa aviso al médico general para que acuda al domicilio del paciente el día que está programado el ingreso.

- b. El médico general acude al domicilio del paciente , entre las 9 y las 15 horas del día que está programado el ingreso, y actúa de la siguiente forma:
- ☛ Si el paciente no ofrece resistencia, extiende el correspondiente volante para el traslado del enfermo hasta el Hospital Clínico y de ambulancia si lo precisa.
  - ☛ Si el paciente ofrece resistencia o se encuentra agitado, se procederá a sedarlo por métodos farmacológicos. Si fuera preciso se solicitará el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad a través de la Subdelegación del Gobierno, en los casos y circunstancias que se han indicado con anterioridad. Se extenderá el correspondiente volante para el traslado del enfermo hasta el Hospital Clínico.

## Pacientes para los que se solicita asistencia domiciliaria urgente.

Habitualmente la solicitud la hará la familia o las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Si la solicitud se hace dentro de la jornada habitual de trabajo los días laborables, el aviso solicitando atención domiciliaria se realizará al médico al que esté adscrito el paciente, a través del consultorio o Centro de Salud en el que pasa consulta el facultativo médico.

Si la solicitud se hace en horario de guardias o de funcionamiento del Punto de Atención Continuada (PAC) el aviso, solicitando atención domiciliaria, se hará al Centro de Salud o Punto de Atención Continuada que corresponde el paciente, para que acuda el facultativo de guardia al domicilio del paciente.

Una vez en el domicilio del paciente, el facultativo médico general actuará de la siguiente forma:

- a. Examinado el paciente se valorará –y ejecutará– la respuesta adecuada a su necesidad. Si la respuesta a su situación clínica trasciende sus posibilidades y si el paciente no ofrece resistencia el facultativo extiende el correspondiente volante de ambulancia para que se proceda a su traslado el Hospital Clínico para una valoración más específica por parte de los especialistas de guardia.
- b. Si el paciente ofrece resistencia o se encuentra agitado, se procederá a sedarlo por métodos farmacológicos. Si fuera preciso contactará telefónicamente con el facultativo especialista de psiquiatría de guardia en el Hospital Clínico para recibir asesoramiento.

Asimismo, y si fuera preciso se solicitará el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, cuando se pueda provocar una alteración del orden público o poner en peligro la integridad de las personas o la conservación de los bienes.

Posteriormente, una vez tranquilizado el paciente, se extenderá el volante de la ambulancia correspondiente para que el paciente sea trasladado al Hospital Clínico. Asimismo emitirá un informe dirigido al Servicio de Urgencias correspondiente.

Se ruega encarecidamente el cumplimiento de estas instrucciones, con objeto de evitar trastornos a los propios pacientes, a sus familiares y a las instituciones implicadas en la resolución de estos casos.

# Enfermedad mental grave y prolongada

# 2

## 2.1. Abandonos de tratamiento: protocolo de actuación

### 1. Detección:

- a. Equipo de Salud Mental (E.S.M.):
  - I. Falta de asistencia a una consulta
  - II. Falta de asistencia a ponerse medicación depot.
- b. Familia:
  - I. Negativa a seguir las prescripciones
  - II. Detección de conductas desajustadas
  - III. Quejas por parte de personas de la Comunidad
- c. CEAS: Problemas en el entorno comunitario
- d. Médico de Atención Primaria.

- I Detección de incumplimiento de prescripciones
- II Detección de sintomatología

**2. Actuación: Notificación a la familia y al Gestor del Caso, o en su defecto, al Responsable del E.S.M. de referencia, o profesional sanitario de Atención Primaria.**

**3. Análisis de la situación:**

- a. Entre el gestor del caso y el psiquiatra o psicólogo con la participación del E.S.M. si es necesario
- b. Análisis del problema:
  - I ¿Efectos adversos?
  - II ¿Problema transferencial?
  - III ¿Problema contratransferencial?
  - IV ¿Reacción a cambios de entorno?
  - V Otros
- c. Establecimiento de hipótesis de trabajo
- d. Consulta en la historia clínica de la estrategia prevista para crisis.
- e. Delineamiento de intervención y responsabilidades de las personas a intervenir entre las siguientes:
  - I Gestor del Caso
  - II Responsable del tratamiento
  - III Trabajador social
  - IV D.U.E.
  - V Médico de Atención Primaria
  - VI Otra persona
  - VII Equipo de Coordinación de Base (ECB) cuando se considere necesario.

#### 4. Intervención: Nueva toma de contacto con el paciente.

- a. Citación por escrito
- b. Telefónica
- c. Citar a la familia y dar instrucciones
- d. Presencial. Visita domiciliaria
- e. Otras

#### 5. Inclusión del paciente, si no lo estaba, en un programa de seguimiento de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada por parte del E.S.M. y del Equipo de Atención Primaria.

- a. Definición del abandono de tratamiento como un problema más, entre otros, dentro del programa y que puede volver a ocurrir.
- b. Análisis de los abandonos previos para entender lo que le lleva al paciente a dejarlos.
- c. Consenso de un plan de acción para evitarlos o responder de ellos. Gestión de Caso en el seno del propio ESM y con el ECB, si procede.
- d. Anotación del plan en la historia clínica.

## 2.2. Intervención en crisis: protocolo de actuación

### 1. Detección.

- a. Familia:
  - I Negativa a seguir las prescripciones
  - II Detección de conductas desajustadas

III Quejas por parte de personas en la Comunidad

- b. Fuerzas de Orden Público
- c. CEAS: Problemas en el entorno comunitario
- d. Médico de Atención Primaria: detección de pródromos en la consulta.

## 2. Días laborables, en horario de mañana y tarde: notificación a la familia y al Médico de Atención Primaria.

---

a. Valoración domiciliaria por médico de A.P.

b. Intervención:

- I Tratamiento provisional y citación para consulta. Notificación al Gestor de Caso o en su defecto al responsable del E.S.M. (vía telefónica, fax o correo ordinario).
- II Derivación para consulta preferente al E.S.M. de referencia. Notificación al Gestor de Caso o en su defecto al responsable del E.S.M. (vía telefónica, fax o correo ordinario).
- III Derivación al Servicio de Urgencias Hospitalarias. Si es preciso avisar al 112 y solicitud de intervención de las fuerzas de orden público en caso de riesgo físico para los profesionales, familia y el propio paciente
- IV Anotación de la intervención en la historia clínica y notificación al Gestor de Caso o en su defecto al responsable del E.S.M. (vía telefónica, fax o correo ordinario).

c. Actuación en el Servicio de Urgencias:

- I Valoración por especialista en Psiquiatría. El paciente ingresa. Notificación al Juez en caso de ingreso involuntario. Notificación al E.S.M. correspondiente y a su Gestor de Caso. Copia del informe de alta al E.S.M. y al Equipo de Atención Primaria.

Chequeo diario desde los ESM (DUE) a los Servicios de Urgencia del Área, y en su caso, notificación al E.A.P.

- II Valoración por el especialista en psiquiatría. El paciente es devuelto a su domicilio con tratamiento de urgencia.

### 3. Días laborables, horario de noche y festivos: Notificación a la familia y al Punto de Atención Continuada.

---

a. Valoración domiciliaria.

b. Intervención:

- I Tratamiento provisional y citación para consulta. Al día siguiente notificación al Gestor de Caso o en su defecto al responsable del E.S.M. (vía telefónica, fax o correo ordinario) y al E.A.P.
- II Derivación para consulta preferente al E.S.M. de referencia. Al día siguiente notificación al Gestor de Caso o en su defecto al responsable del E.S.M. (vía telefónica, fax o correo ordinario).
- III Derivación al Servicio de Urgencias Hospitalarias. Si es preciso avisar al 112 y solicitud de intervención de las fuerzas de orden público en caso de riesgo físico para los profesionales, la familia y el propio paciente.
- IV En caso de que la intervención la realizara un médico que no trata habitualmente al paciente: notificación al día siguiente al Médico de Atención Primaria responsable del caso para anotación de la intervención en la historia clínica y éste, a su vez, notificación al Gestor de Caso o en su defecto al responsable del E.S.M. (vía telefónica, fax o correo ordinario).

c. Actuación en el Servicio de Urgencias:

- I Valoración por Especialista en Psiquiatría. El paciente ingresa. Notificación al Juez en caso de ingreso involuntario. Notificación al E.S.M. correspondiente y a su Gestor de Caso. Copia del informe de alta al E.S.M. y al Equipo de Atención Primaria.

- II Valoración por especialista en Psiquiatría. El paciente es devuelto a su domicilio con tratamiento de urgencia.
- III El Gestor de Caso indaga al día siguiente si el paciente ha regresado a su domicilio o continúa ingresado.

#### 4. Análisis de la crisis en el E.S.M.

---

- a. Entre el Gestor de Caso, el psiquiatra o psicólogo y familia, con la participación del E.S.M. si es necesario.
  - I Análisis del problema
  - II Modificación de la estrategia previa

#### 5. Inclusión del paciente, si no lo estaba, en un Programa de seguimiento con enfermedad mental grave y prolongada del E.S.M. y del equipo de Atención Primaria.

---

- a. Definición de la crisis como un problema más, entre otros, dentro del programa, considerando la posibilidad de repetición en el futuro.
- b. Análisis de las crisis previas para entender los factores personales y situacionales que están en su origen.
- c. Consenso de un plan de acción. Gestión de Caso con el ECB.
- d. Anotación del plan en la historia clínica.