



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

GUÍA FORMATIVA EIR SALUD MENTAL

UGC SALUD MENTAL AGS SUR DE CÓRDOBA

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL. UGCSM AGS Sur de Córdoba.**
 - 2.1. Estructura física**
 - 2.2. Organización jerárquica y funcional**
 - 2.3. Cartera de Servicios**
- 3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.**
- 4. ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL**
 - 4.1. Competencias generales a adquirir durante la formación**
 - 4.2. Objetivos de la Formación**
 - 4.3. Características y Esquema del Programa Formativo**
 - 4.4. Plan de Competencias Transversales**
 - 4.5. Plan de Rotaciones**
- 5. GUARDIAS. Protocolo de supervisión de la unidad**
- 6. SESIONES FORMATIVAS**
- 7. PROGRAMAS ESPECÍFICOS SALUD MENTAL HUVV**
- 8. REPRESENTANTE DE RESIDENTES**
- 9. INVESTIGACIÓN Y TRABAJO FIN DE RESIDENCIA.**
- 10. PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN**
- 11. EVALUACIÓN**
- 12. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**
- 13. ANEXOS**

1. INTRODUCCIÓN.

Desde la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (UDM-SM) planteamos el desarrollo de una formación especializada de profesionales sanitarios de Salud Mental (psiquiatras, psicólogos-as clínicos y enfermeros-as especialistas en Salud Mental) a través del modelo de gestión del conocimiento integrando el abordaje multiprofesional y bio-psico-social de los problemas de salud mental. Partimos de un modelo de “Docencia de calidad” con las siguientes claves:

- El Residente es el punto de partida, “enseñanza centrada en el que aprende”.
- Conseguir la adhesión del Residente a través del ejemplo.
- Conseguir la participación activa y la responsabilidad progresiva en su propio proceso de aprendizaje.
- Estimular la actualización permanente de los objetivos y de la evaluación.
- Medir a través de indicadores apropiados el logro de los compromisos prefijados.

Organizamos la docencia como instrumento de mejora para desarrollar y perfeccionar a los profesionales proporcionando conocimientos, promoviendo actitudes y desarrollando habilidades, e impulsando la formación desde la acción, sobre las competencias profesionales basadas en la conveniencia, eficiencia y participación activa.

La formación del *Enfermero Interno Residente (EIR)* es un proceso continuo cuyo primer paso sería “aprender a aprender” y desde ahí, ir adquiriendo progresivamente la capacidad para el trabajo autónomo y competente.

Tenemos en cuenta que, aunque existen unas expectativas y necesidades formativas que son comunes al conjunto de los residentes de cada especialidad, estas varían según la etapa del periodo formativo a lo que se suman las expectativas, la experiencia previa, las inquietudes y motivación individuales. Tratamos de combinar no sólo lo troncal con lo específico de la especialidad sino también lo común con lo particular, desde la perspectiva de “docencia basada en el que aprende”. Incluimos, por tanto, la subjetividad, en el sentido de tener en cuenta al residente con su historia, en un contexto y en un tiempo; esta subjetividad es lo que nos permite manejar eficazmente el feedback, para que la retroalimentación se convierta en avance.

2. LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL. UGC-SM AGS Sur de Córdoba.

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC de Salud Mental) del AGS Sur de Córdoba tiene como misión el desarrollo de la actividad asistencial, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de enfermería, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de las personas con problemas de Salud Mental, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos, de buena práctica clínica y de cooperación intersectorial. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias y promover su proceso de recuperación e inclusión social.

En este contexto de trabajo en red es en el que pretende inscribirse la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, solicitada en los últimos dos años, que incluye en su formación MIRs, PIRs y EIRs.

2.1 Estructura física

La UGC de Salud Mental del AGS Sur de Córdoba está compuesta por cuatro Unidades Asistenciales, ubicadas en el Hospital Infanta Margarita de Cabra, en un emplazamiento comunitario para el Hospital de Día de Salud Mental y las Unidades de Salud Mental Comunitaria (en adelante USMC) de Cabra y Lucena, con una población que supera los 180.000 habitantes (BDU 2020).

Estas unidades son:

- Una Unidad de Hospitalización de Salud Mental.
- Un Hospital de Día de Salud Mental.
- USMC Cabra.
- USMC Lucena.

Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC)

Las USMC son centros de apoyo a la Atención Primaria y constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental especializada. Atienden los problemas de salud mental de la población (de todas las edades) a su cargo derivados desde Atención Primaria. Desarrollan programas comunitarios que integran actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales y de rehabilitación y reinserción social en coordinación con recursos sanitarios y no sanitarios.

Estas unidades constituyen los dispositivos con los que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la Salud Mental.

Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM)

Es un dispositivo de atención continuada en régimen de hospitalización total para pacientes adultos con trastorno mental en periodos de descompensación de su cuadro clínico, que por la intensidad de su patología o por las dificultades de abordaje, no pueden ser tratados en otros dispositivos de la Red de Salud Mental. En ella se benefician de una estancia breve con intervención intensiva orientada hacia la posterior continuidad de cuidados en la comunidad.

La UHSM del Hospital Infanta Margarita está situada en la tercera planta del Hospital y cuenta con 14 camas para hospitalización completa.

Hospital de Día de Salud Mental (HDSM)

El Hospital de Día de Salud Mental es un dispositivo asistencial de Salud Mental, de hospitalización parcial de adultos, enfocado a la recuperación y que se configura como recurso intermedio entre la unidad de Salud Mental comunitaria y la unidad de hospitalización de Salud Mental.

Se encuentra situado en los bajos de un edificio comunitario ubicado a unos 300 metros del Hospital Infanta Margarita.



Comunidades Terapéuticas (CT)

Las Comunidades Terapéuticas constituyen Unidades de media estancia en régimen de hospitalización total, donde se desarrollan programas psicoterapéuticos y psicosociales de tratamiento activo para abordar situaciones temporales de pacientes con Trastorno Mental Grave.

Nuestra UGC carece de CTSM pero mantiene un canal de comunicación y derivación fluido con la CTSM del Hospital Universitario Reina Sofía, refrendada en Comisiones de continuidad asistencial y de cuidados y en el seno y competencias de las Comisiones Trastorno Mental Grave y de la Comisión Provincial Intersectorial.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ-HD):

La USMIJ es una unidad específica de apoyo a las USMC y de atención ambulatoria y hospitalaria, total y/o parcial, a los problemas de salud mental más graves de niños y adolescentes hasta los 18 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de dichas USMC.

La Unidad atiende, en régimen ambulatorio a la población infanto-juvenil que requiere tratamiento psiquiátrico y /o psicológico especializado, al estar superadas las posibilidades terapéuticas o de intervención de las USMC.

Nuestra UGC carece de USMIJ, pero mantiene un canal de comunicación y derivación fluido con la CTSM del Hospital Universitario Reina Sofía, refrendada en Comisiones de continuidad asistencial.

2.2 Organización jerárquica y funcional

La UGC de Salud Mental se encuentra dirigida por D. Antonio Jesús Moreno Campos, facultativo especialista en psiquiatría, siendo la Coordinadora de Cuidados de Enfermería D. ^a Inmaculada Serrano Gómez, enfermera especialista en salud mental. Cada dispositivo de la UGC está compuesto por profesionales de diversos perfiles y funciones, (Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros, Trabajo Social, Terapia Ocupacional,

Auxiliar de Enfermería, Auxiliares Administrativos y Celadores), dirigidos por un Coordinador Asistencial.

Cada dispositivo incluido en el circuito de rotación de residentes de enfermería de salud mental contará con, al menos, un colaborador docente, cuya función es tutorizar a los residentes durante su rotación.

2.3 Funciones y Cartera de Servicios

2.3.1 Unidades de Salud Mental Comunitaria

Las **funciones** comunes a las 2 USMC, en relación con las personas con problemas de Salud Mental, son las siguientes:

- a. Prestar atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.
- b. Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.
- c. Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.
- d. Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria, como puerta de entrada a la red de salud mental comunitaria, en la atención a los problemas de Salud Mental de la población asignada, mediante la realización de programas comunitarios y actividades de formación, interconsultas u otras.
- e. Coordinar la derivación de pacientes al resto de dispositivos de Salud Mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.
- f. Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el Servicio Andaluz de Salud mediante convenio o concierto.

Cartera de Servicios

Para llevar a cabo estas funciones la **cartera de servicios** común de las USMC que conforman la UGC de Salud Mental del AGS Sur de Córdoba son las siguientes:

- Información al usuario:
 - Gestión de citas y derivaciones. Atención telefónica.
 - Asignación y cambio de especialista.
 - Reclamaciones y sugerencias.
 - Realización de informes clínicos.
- Atención integral:
 - Consulta ambulatoria, en el domicilio del paciente y en el EBAP (conjuntamente con el facultativo y/o enfermera de Atención Primaria).
 - Evaluación psiquiátrica y/o psicológica del paciente y su familia. Evaluación funcional y exploración psicopatológica. Diagnóstico.
 - Valoración familiar y social.
 - Valoración de situaciones de riesgo y exclusión social de pacientes con trastorno mental.
 - Intervenciones individuales, familiares y grupales (facultativas y de enfermería):
 - Intervenciones generales: atención urgente (urgencias extrahospitalarias e intervención en crisis en horario de 8:00 a 15:00 horas), seguimiento e interconsulta
 - Intervenciones biológicas: tratamiento farmacológico y prescripción de Terapia Electro-Convulsiva
 - Intervenciones psicológicas: psicoterapias, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, psicoeducación a pacientes, psicoeducación familiar, técnicas integradas, grupos de relajación, de autocuidados...
 - Desarrollo de programas:
 - Programa de detección e intervención precoz en psicosis.
 - Promoción de la Salud en personas con Enfermedad Mental.
 - Prevención y promoción de la Salud Mental en la Población general.
 - Abordaje de los problemas de Salud Mental de la población penitenciaria y la población inmigrante.

- Intervenciones relacionadas con los ingresos económicos y la gestión cotidiana del dinero.
- Programa de Terapia Familiar Sistémica.
- Elaboración de informes individualizados de tratamiento.
- Atención comunitaria:
 - Potenciación del uso de la red social a través de la coordinación con los siguientes recursos sociales:
 1. FAISEM: programas ocupacional-laboral, de ocio y tiempo libre y residencial.
 2. Instituciones Tutelares y técnicos de orientación y apoyo al empleo, así como del programa de provisión de tutela y otras entidades de apoyo social.
 - Plan de atención a las personas cuidadoras de pacientes con TMG
 - Coordinación con las CTA:UDAs de la red de adicciones de nuestro ámbito de influencia.
 - Programa de coordinación con otros recursos no sanitarios:
 - Centros educativos de primaria y secundaria y Equipos de Orientación Escolar y Psicopedagogía.
 - Servicios Sociales Comunitarios de primer nivel (corporaciones locales) y especializados (Equipo de Tratamiento Familiar)
 - FAISEM.
 - Cooperación con el movimiento asociativo en el desarrollo de programas de ayuda mutua, sensibilización social y potenciación del voluntariado, así como el fomento de la participación de los

profesionales de la UGC de Salud Mental en las actividades desarrolladas por el movimiento asociativo.

- Continuidad asistencial y de cuidados:
 - Derivación a otros niveles asistenciales de la UGC de Salud Mental y a otras unidades hospitalarias y de la red social.
 - Colaboración con Atención Primaria en la recepción y seguimiento de pacientes en el medio comunitario.
 - Supervisión de casos de pacientes atendidos en Atención Primaria.
 - Coordinación con los dispositivos de tercer nivel de la UGC de Salud Mental (UHSM, USMIJ, CTSM y HDSM) tendentes a garantizar la continuidad de los tratamientos y los cuidados de los pacientes derivados a dichos dispositivos.
 - Programa de coordinación con el resto de servicios hospitalarios del área del AGS Sur de Córdoba.
- Programa de formación e investigación:
 - Colaboración con Atención Primaria en la formación y desarrollo de protocolos comunes de atención.
 - Formación pregrado y postgrado.
 - Sesiones clínicas en la USMC y entre dispositivos de la UGC de Salud Mental.
 - Participación en proyectos de investigación.

2.3.2 Unidad de Hospitalización de Salud Mental

Las **funciones** de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental son:

- a. Prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.
- b. Dar el alta al paciente en la unidad de hospitalización e informar de la misma a la correspondiente unidad de Salud Mental comunitaria, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de Salud Mental, se realizará en coordinación con la unidad de Salud Mental comunitaria.
- c. Atender a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen.

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

Cartera de servicios

Para llevar a cabo estas funciones la **cartera de servicios** de la UHSM de la UGC de Salud Mental del AGS Sur de Córdoba son las siguientes:

- Información al usuario
 - Gestión de citas para el seguimiento ambulatorio en las USMC tras el alta hospitalaria.
 - Reclamaciones y sugerencias.
 - Realización de informes clínicos.
- Atención Especializada:
 - Atención psiquiátrica y psicológica a los pacientes ingresados en régimen de estancia breve con intervención intensiva orientada hacia la posterior continuidad de cuidados en la comunidad.
 - Talleres ocupacionales, de ocio, comunicación, lectura de periódico y artículos de opinión y actividad física (psicomotricidad y deporte).
 - Talleres de educación para la salud, habilidades sociales, etc.
- Continuidad asistencial y de cuidados:
 - Programa de coordinación con las USMC durante el ingreso y tras el alta para garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.
- Atención a pacientes en otros servicios hospitalarios:
 - Desarrollar actividades de interconsulta y programas específicos con otros servicios hospitalarios (EPOC, Rehabilitación cardiaca, muertes perinatales, etc.)
 - Prestar un servicio de atención de urgencias psiquiátricas hospitalarias dentro del Servicio general de Atención a Urgencias del Hospital Infanta Margarita.

2.3.3 Hospital de Día de Salud Mental

Las **funciones** del hospital de día de Salud Mental, en relación con las personas con problemas de Salud Mental, son las siguientes:

1. Prestar atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de Salud Mental Comunitaria y/o desde la Unidad de Hospitalización de su ámbito de influencia, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención.
2. Dar el alta al paciente del hospital de día de Salud Mental e informar de la misma a la unidad de Salud Mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de Salud Mental, se realizará en coordinación con la unidad de Salud Mental comunitaria.
3. Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o con trastorno mental grave, que se desarrollan por las unidades de Salud Mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de Salud Mental encargados de desarrollar los programas mencionados.

Cartera de servicios

Para llevar a cabo estas funciones la **cartera de servicios** del HDSM de la UGC de Salud Mental del AGS Sur de Córdoba son las siguientes:

- Información al usuario
 - Gestión de citas para el seguimiento ambulatorio en las USMC tras el alta hospitalaria y de citas para seguimiento en otros servicios hospitalarios.
 - Reclamaciones y sugerencias.
 - Realización de informes clínicos.
- Atención Especializada:
 - Valoración de ingresos.

- Tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores individuales, familiares y/o grupales.
- Desarrollo de grupos, intervenciones familiares, talleres y programas:
 - Grupos: de interacción, de psicoeducación para pacientes, de psicoeducación para familiares, de habilidades de la vida cotidiana (básicas e instrumentales), de manejo de la medicación, de manejo de síntomas, de manejo de habilidades sociales, de promoción y educación para la salud, de psicoeducación para pacientes con primer episodio psicótico, de psicoeducación para familiares de pacientes con primer episodio psicótico, de apoyo para pacientes con primer episodio psicótico, de apoyo para familiares de pacientes con primer episodio psicótico
 - Intervenciones familiares: para el manejo de la emoción expresada y afrontamiento al estrés, centrada en necesidades, para disminuir riesgo de recaídas, para síntomas psicóticos persistentes, en personas con primer episodio psicótico
 - Programas: corporal, de habilidades comunitarias, de ocio y tiempo libre, cognitivo, de artes plásticas, polivalente, de tratamiento domiciliario para pacientes en crisis, de automedicación, de monitorización del estado físico, de monitorización del cuidador, de tratamiento de trastornos relacionados con el uso de sustancias, de abordaje a aspectos secundarios en primeros episodios psicóticos
 - Taller: relato crisis tras desestabilización
- Programas comunitarios:
 - Coordinación y colaboración con otras instituciones y asociaciones (FAISEM, ASAEM SURCO, MALVA, ARAEN, etc.)
- Continuidad asistencial y de cuidados:
 - Coordinación y comunicación durante el ingreso con otros dispositivos de la UGC de Salud Mental (USMC, UHSM) para garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.

3 PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

El programa formativo oficial de la Especialidad se adjunta junto a esta guía formativa. Está disponible en la página web del Ministerio de Salud y Consumo en:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaSaludMentalProgramaNuevo.pdf>

3 ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

3.1 Competencias generales a adquirir durante la formación

Funciones Generales del Enfermero de Salud Mental.

1. Funciones en el ámbito asistencial.

a) Utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental y de los principios éticos a los que se refiere el apartado 6.2 de este programa.

b) Formular juicios profesionales a partir de la integración de conocimientos, el análisis de la información y el pensamiento crítico.

c) Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta asimismo los criterios de calidad y seguridad del paciente.

d) Participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos, aportando al equipo de salud mental planes de cuidados específicos.

e) Coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería.

f) Elaborar, aplicar y evaluar guías clínicas de cuidados de enfermería de salud mental basadas en las evidencias científicas y participar en la creación de guías clínicas de salud mental con otros profesionales.

g) Manejar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la salud mental, de acuerdo con la legislación vigente.

h) Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica.

i) Coordinar los cuidados de enfermería que se ofertan cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre, supervisando las intervenciones de otros profesionales y el ajuste de las mismas a la planificación de cuidados especializados de salud mental establecidos para cada paciente y/o situación.

j) Actuar como gestora de casos en los problemas de salud mental que requieren continuidad de cuidados (por ejemplo en trastornos mentales graves), manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental.

k) Asesorar, en calidad de experta, a profesionales de enfermería, otros profesionales de la salud, así como a personas y/o grupos.

2. Funciones en el ámbito de administración, gestión y dirección:

a) Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.

- b) Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.

- c) Gestionar los recursos humanos disponibles para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital.

3. Funciones en el ámbito de la docencia e investigación:

- a) Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades.
 - b) Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales y especialistas de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.

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

 - d) Liderar y/o participar como miembro del equipo investigador en proyectos de investigación multidisciplinares.

Competencias

Para el desarrollo de las funciones anteriores son necesarios una serie de conocimientos, habilidades y actitudes, que el Enfermero Interno Residente de Salud Mental debe lograr al final del periodo formativo.

A. Conocimientos

- Conceptos de salud y enfermedad en las distintas etapas históricas, así como los tratamientos y cuidados, que han recibido las personas con enfermedad mental a través de la historia.

- Derechos de la persona con enfermedad mental en la legislación actual.

- Principales teorías de la comunicación humana y los principios que rigen las relaciones interpersonales.
- Desarrollo psicológico evolutivo a lo largo del ciclo vital.
- Factores que condicionan la salud mental del individuo, familia y comunidad.
- Factores de protección de la salud mental y factores de riesgos de enfermedad mental a lo largo del ciclo vital.
- Comportamiento y/o respuestas adaptativas o desadaptativas ante situaciones de cambio y/o acontecimientos críticos.
- Conocimientos generales sobre psicopatología, clínica psiquiátrica y exploración psicopatológica en las diferentes etapas del ciclo vital.
- Modalidades terapéuticas de intervención en salud mental comunitaria (individual, grupal y familiar).
- Conocimientos generales sobre psicofarmacología.
- Teorías y modelos enfermeros aplicables en salud mental.
- Conocimientos básicos sobre los principios fundamentales de las diferentes disciplinas profesionales en SM.
- Gestión por Procesos Asistenciales Integrados en salud mental: Trastorno Mental Grave (TMG); Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS); y Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).
- Conocimiento del modelo comunitario de atención en salud mental, la orientación a la recuperación y otras perspectivas relacionadas con la desigualdad social (genero, interculturalidad, colectivos en riesgo de exclusión social).
- Programas específicos de apoyo a la persona cuidadora de pacientes con enfermedad mental grave.
- Recursos comunitarios y mecanismos de coordinación intersectorial.
- Conocimiento sobre factores que influyen en el ambiente terapéutico de las diferentes unidades asistenciales de salud mental.
- Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica).
- Prácticas seguras en el manejo de la medicación.

- Planificación de cuidados e intervenciones enfermeras más efectivas en salud mental.
- Prevención de los efectos adversos asociados a las intervenciones sanitarias.
- Escalas multiprofesionales de apoyo a la valoración y diferentes taxonomías utilizadas en el ámbito de la S M.

B. Habilidades

- Identificar los factores que condicionan la salud mental del individuo, la familia y la comunidad.
- Desarrollar el proceso enfermero en la atención a personas adultas con enfermedad mental, tanto en el centro como en domicilio como en otros entornos comunitarios.
- Capacidad para atender a pacientes en estado de descompensación psicopatológica y riesgo de autolesiones o lesiones a terceros.
- Capacidad de detectar e intervenir precozmente ante riesgo de descompensación psicopatológica.
- Técnicas de comunicación y manejo de la relación terapéutica ante personas con sintomatología activa, derivadas del padecimiento de trastornos de los procesos del pensamiento y de la percepción, deterioro de la comunicación verbal y estados confusionales.
- Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones).
- Ayuda psicológica mediante escucha activa, manejo de emociones, y apoyo emocional.
- Establecer, mantener y finalizar relaciones terapéuticas basadas en la corresponsabilidad y el respeto al proceso de recuperación del paciente
- Adaptar los cuidados a la condición sociocultural del paciente.
- Apoyar a la familia en su rol de cuidador y acompañarle a lo largo del proceso.
- Aplicar técnicas que fomenten la participación activa del paciente en su proceso terapéutico: aceptación y manejo de su enfermedad, adherencia al tratamiento y fomento de los autocuidados y la autonomía personal.
- Detección e intervención proactiva orientada a la recuperación funcional en pacientes con sintomatología negativa.

- Desarrollar actuaciones como agente de cambio y crear condiciones para la salud mental en los diferentes ámbitos de actuación, prestando una atención especial a la erradicación del estigma y la discriminación, y a la defensa de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental.
- Habilidades docentes en educación para la salud.
- Capacidad para adecuar las Intervenciones a las distintas situaciones de cambio y/o crisis en que se encuentra la persona, familia o grupos.
- Atención telefónica: valoración e intervención.
- Manejo de sintomatología cambiante.
- Afrontamiento de situaciones de crisis.
- Potenciar y apoyar el proceso de recuperación e inclusión social del paciente y su familia.
- Técnicas rehabilitación psicosocial.
- Capacidad de intervención en la mejora del ambiente terapéutico del dispositivo.
- Capacidad para hacer efectiva la defensa de los derechos y libertades fundamentales de las personas atendidas en situación de extrema vulnerabilidad.
- Participar en las actuaciones del equipo multidisciplinar de salud mental, destinadas a la evaluación, tratamiento, recuperación e inclusión social de pacientes y familiares.
- Capacidad de integrar los distintos niveles asistenciales y sectores relacionados en la atención a la salud mental.
- Habilidades de coordinación y cooperación con enfermería de Atención Primaria.
- Manejo de los recursos comunitarios y habilidades en relaciones intersectoriales.
- Asumir riesgos y actuar en entornos de incertidumbre, y capacidad de adaptación a situaciones no predecibles.
- Gestión del tiempo.
- Habilidad negociadora y diplomática.

- Habilidad de autocontrol.
- Resolución de problemas.
- Promover y adaptarse al cambio.
- Generador de clima de confianza y seguridad.
- Aplicabilidad de Bioética en decisiones clínicas
- Utilización de herramientas de Asistencia Sanitaria Basada en Evidencia (en adelante ASBE).
- Manejo de recursos didácticos para la transmisión del conocimiento y su aplicabilidad práctica.
- Dinámica de grupos.
- Capacidad de detectar e intervenir precozmente ante riesgo de descompensación fisiopatológica.
- Atención a pacientes con psicopatología activa y/o riesgo de autolesiones o lesiones a terceros.
- Habilidades sociales.
- Capacidad para promover un clima laboral y una comunicación intraequipo saludable.
- Entrevista clínica.
- Capacidad para realizar entrevista motivacional.

C. Actitudes

- Respeto a los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad.
- Trabajo en equipo: Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad (interdisciplinar, internivel e intersectorial).
- Humanista y con sensibilidad social hacia el colectivo de personas con enfermedad mental, especialmente de aquellas en riesgo de exclusión social.
- Actitud empática, respetuosa, dialogante, negociadora y diplomática en la relación terapéutica con pacientes y familiares.

- Accesibilidad hacia pacientes, familiares, profesionales y otros agentes de la red de salud mental.
- Generador de confianza y seguridad.
- Proactividad e iniciativa.
- Respeto a los aspectos culturales, espirituales y sociales, con actitud neutral y exenta de prejuicios hacia las personas con enfermedad mental y sus allegados.
- Orientación positiva sobre la salud mental y sobre las capacidades de las personas con enfermedad mental.
- Talante positivo y conciliador.
- Capacidad de asumir compromisos.
- Equilibrio emocional y autocontrol.
- Orientación a resultados.
- Flexibilidad.
- Constancia, tenacidad y prudencia.
- Asumir responsabilidades y riesgos.
- Creatividad.
- Juicio crítico.
- Favorecer el proceso de recuperación e inclusión social de las personas con enfermedad mental.
- Aprendizaje y mejora continua.
- Reconoce riesgo y asume errores.
- Facilitador.

3.2 Objetivos de la formación

La formación de los Enfermeros Especialistas de Salud Mental deberá garantizar que al terminar el programa de formación serán capaces de:

- Profundizar en las ciencias que conforman la base de la Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, de acuerdo con el concepto de atención integral que cubre las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes/clientes y familias en su comunidad de pertenencia.
- Desarrollar su rol de experto en la atención de Enfermería de Salud Mental a personas, familias, grupos y comunidades en la valoración, planificación, ejecución y evaluación de las actividades dirigidas a potenciar y mantener la Salud Mental y la prevención de los problemas en este campo.
- Conocer y aplicar los métodos de tratamientos enfermeros de salud mental y psiquiátricos y capacitarlos para la elección del método terapéutico apropiado a la edad, situación, a las circunstancias del paciente/cliente y de acuerdo con los diagnósticos de enfermería formulados.
- Reconocer que el producto final de la atención a los pacientes/clientes es el resultado de las interacciones de éstos con los miembros del equipo interdisciplinar y de las que se producen entre los propios integrantes del equipo.
- Tener conciencia de su identidad profesional y conocimiento de los derechos y deberes éticos y legales propios de la profesión así como del paciente- cliente que atiende.
- Desarrollar y colaborar en procesos educativos dirigidos a pacientes/clientes, familias, profesionales y grupos significativos del medio comunitario.
- Conocer la legislación vigente en materia de salud mental.
- Investigar en el campo de la Enfermería en Salud Mental y participar en otros proyectos de investigación interdisciplinares.
- Organizar y administrar servicios de salud mental.
- Conocer las líneas de la política sanitaria y social que les permitan asesorar en calidad de expertos y decidir estrategias en el marco de la salud mental.

3.3 Características y Esquema del Programa Formativo

La formación del residente de enfermería tiene un fuerte componente aplicado en el que el eje principal del programa lo constituye el aprendizaje clínico ya que el sistema de residencia consiste, fundamentalmente, en “aprender haciendo”. Sin embargo, la adquisición de conocimientos teóricos también constituye una parte fundamental del aprendizaje, su adquisición se garantizará a través de los distintos dispositivos de la unidad docente por donde está establecida la rotación el y siempre a través de una metodología que favorezca el aprendizaje activo.

La formación se sustenta en la acción práctica complementada con la formación teórica del residente:

A. La formación práctica se basa en la rotación por diversos dispositivos de nuestra UGC-SM y otros de la red de atención a la salud mental; en los que se adquieren paulatina y supervisadamente responsabilidades progresivas (siguiendo Protocolo sobre supervisión progresiva de los residentes Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, septiembre 2009), a la vez que se adquiere creciente experiencia en el manejo de casos clínicos.

B. La formación teórica, está íntimamente ligada a la actividad clínica a desarrollar, y ha de ser coherente con las rotaciones y el grado de formación del EIR de Salud Mental, se realiza a través de distintos tipos de actividades: Formación teórica general transversal común con otras especialidades (PCCEIR), seis módulos organizados en colaboración entre la Delegación Provincial de Salud y la Comisión de Docencia del Hospital, Docencia específica, revisiones bibliográficas, sesiones clínicas, supervisión de casos, cursos, seminarios y tutorías; estas actividades se llevan a cabo en los dispositivos de rotación y en el “Día Docente” (Jueves), que será de realización conjunta con los MIR y PIR de Salud Mental en todas aquellas materias que puedan establecerse como comunes.

A lo largo de la formación el EIR de Salud Mental contará con el **Tutor General de Residencia** que planifica, gestiona supervisa y evalúa todo el proceso de formación, proponiendo cuando proceda, medidas de mejora en el desarrollo del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente, con especial atención a la eficiencia y calidad de las actividades que el EIR realice en las diferentes fases del proceso formativo. La

actividad del **Tutor de Residencia** se apoya en la que llevan a cabo los diferentes **Colaboradores Docentes de Rotación**.

3.4 Plan de Competencias Transversales

Desde la Dirección del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía se ofrece el Programa de Formación en Competencias Transversales (PFCT) para EIR del SSPA. Se ha diseñado un programa de formación en competencias transversales, dirigido a la totalidad de los especialistas en formación, con el que se trata de proporcionar a los EIRs un acercamiento estructurado a determinadas materias generales y comunes para todas las especialidades y que tienen un carácter clave en la práctica profesional de los sistemas sanitarios.

Este programa se ha planteado desde una pedagogía innovadora que permite al EIR dirigir su propio ritmo de aprendizaje, haciendo compatible el seguimiento de la acción formativa con la actividad asistencial cotidiana.

Los módulos de los que consta son cuatro.

- 1. Bioética y Profesionalismo**
- 2. Comunicación y Trabajo en equipo**
- 3. Metodología de Investigación**
- 4. Asistencia Basada en la Evidencia y Calidad**

La realización del PFCT es tenida en cuenta positivamente en la evaluación anual de los EIR que lo completan.

3.5 Plan de Rotaciones

4.5.1 Contenidos Clínico-Asistenciales

El circuito de rotación está integrado por los distintos Dispositivos Especializados en Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del AGSSC.

Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), como eje central de referencia formativa, con programas de atención ambulatoria y comunitaria a niños, adolescentes, adultos, tercera edad, , grupos

psicoeducativos, programas de apoyo y coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales, Equipos de educación, etc. En la UGC-SM de AGSSC se realizarán las rotaciones por la UCSM de Lucena y la UCSM de Cabra.

Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM). Con programas de interconsulta y Enlace y coordinación con otros servicios del Hospital. Se realiza la rotación en la USMH del Hospital Infanta Margarita.

Unidades de Rehabilitación, con programas de rehabilitación y recuperación; Las rotaciones se realizan en la Comunidad terapéutica situada en el Hospital de los Morales en Córdoba.

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ), En la UGC Salud Mental de Reina Sofía en Córdoba. Con programas de atención a TCA (trastornos de la conducta alimentaria), psicóticos, TGD (trastornos generalizados del desarrollo) y TDAH(trastornos por déficit de atención e hiperactividad).

4.5.2 CIRCUITO DE ROTACIONES.

4.5.2.1 Distribución y duración de las rotaciones.

Primer Año

- **Rotación por Unidad de Hospitalización Breve:** 4 meses en UHSM Hospital Infanta Margarita.
- **Rotación por Comunidad Terapéutica:** 2 meses en Comunidad Terapéutica del Hospital de los Morales en Córdoba

- **Rotación por Unidad de Salud Mental Comunitaria:** 3 meses en Unidad de Salud Mental de Lucena y 3 meses en UCSM de Cabra.

Segundo Año

- **Rotación por Hospital de Día:** 4 meses en Hospital de Día de Salud Mental de Cabra
- **Rotación por Unidad de Salud Mental Comunitaria:** 2 meses en Unidad de Salud Mental de Cabra y 2 meses en Unidad de Salud Mental de Lucena.
- **Rotación por Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ):** 2 meses en USMI-J de Reina Sofía de Córdoba.
- **Rotación de libre disposición:** 2 meses en Rotación Externa o en Dispositivo de la UGC.

Rotaciones externas

Se considerarán rotaciones externas, los períodos formativos que se lleven a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente y cuyo contenido esté relacionado con el Programa Oficial de la Especialidad.

Requisitos para la autorización.

La solicitud de Rotación externa debe ser aprobada por la Comisión de Docencia del Hospital y Jefatura de Estudios.

Se remite al interesado al enlace donde se especifica la normativa y las instrucciones que regulan las rotaciones externas en el Servicio Andaluz de Salud:

- BOE Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>

- BOJA Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2018/48/3>
- Instrucción nº 2/2013 de la dirección general de calidad, investigación, desarrollo e innovación por la que se define el procedimiento de autorización previa de estancias formativas de profesionales de otros estados de la UE y extracomunitarios en unidades docentes del sistema sanitario público de Andalucía y se establecen los criterios relativos a la autorización de rotaciones externas de los especialistas en formación en el sistema sanitario público de Andalucía.

4.5.2.2 Competencias específicas por rotación

Objetivos específicos-operativos: Actividades por Dispositivos.

Se establecen dos niveles orientativos de responsabilidad (NR) en la ejecución y desarrollo de actividades a realizar por los residentes en cada una de las rotaciones, así como el número mínimo de dichas actividades que debe realizar el residente:

NR 1: Observación participante; NR 2: Realización directa.

Unidad de Salud Mental Comunitaria (U.S.M.C.)

Objetivos

- a) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para participar en la atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.
- b) Participar en el desarrollo de programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.

- c) Adquirir conocimientos que permitan garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.
- d) Participar en el apoyo y asesoramiento a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsultas u otras.
- e) Participar en la coordinación y derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.
- f) Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares.

Actividades

1. Gestión de cuidados de los pacientes de los que es referente, esté o no incluido e uno de los procesos asistenciales de SM (ADS, TCA TMG): Valoración Integral, planificación y seguimiento de plan de cuidados individualizado.
2. Cribado y atención a la demanda urgente.
3. Intervención en crisis.
4. Detección e intervención precoz de pródromos de descompensación psicopatológica.
5. Atención domiciliarias y en otros entornos comunitarios.
6. Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
7. Entrenamiento en habilidades sociales.
8. Intervenciones encaminadas a fomentar la participación del paciente con TMG en los programas de apoyo social.
9. Intervenciones para fomentar la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico y garantizar su tratamiento.
10. Entrenamiento actividades de la vida diaria e instrumentales de la vida diaria.
11. Apoyo a los cuidadores.
12. Grupo de relajación.
13. Intervenciones grupales para el fomento de autocuidados.

14. Teleasistencia.
15. Participar en las acciones de promoción y prevención de la salud física y mental.
16. Trabajo compartido y en coordinación entre los diferentes dispositivos de SM, Atención Primaria e intersectorial.
17. Dirección y diseño de sesiones clínicas de cuidados, y multidisciplinarios.
18. Participación en proyectos de Investigación en salud mental.
19. Programa de Psicoeducación a paciente y familia.
20. Participación en grupos terapéuticos.
21. Protocolos compartidos de prescripción colaborativa.
22. Atención específica a pacientes con psicopatología activa y/o riesgo de autolesiones y/o lesiones a terceros.
23. Participación en programas rehabilitación cognitiva.
24. Intervenciones cognitivo- conductuales.
25. Participación en programa de detección e intervención precoz en la psicosis.
26. Atención a los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia.
27. Intervenciones de asesoramiento y apoyo a profesionales sanitarios y de otros sectores.
28. Diseño y desarrollo de proyectos de investigación.

Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM)

Objetivos

- a) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.
- b) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería al alta de la Unidad.

- c) Participar en la atención a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen mediante el apoyo y asesoramiento por medio de interconsultas enfermeras.
- d) Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las unidades de salud mental comunitaria y otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia.
- e) Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares.

Actividades

1. Gestión de cuidados de los pacientes de los que es referente, esté o no incluido en uno de los procesos asistenciales de SM (ADS, TCA TMG): Valoración Integral planificación y seguimiento de plan de cuidados individualizado.
2. Intervención en crisis.
3. Atención a pacientes en estado de descompensación psicopatológica y riesgo de autolesiones o lesiones a terceros.
4. Acogida, valoración inicial y realización de protocolos al ingreso.
5. Cumplimentación de los cuidados, técnicas y procedimientos.
6. Observación y monitorización continuada del estado del paciente.
7. Monitorización del efecto terapéutico del tratamiento.
8. Acompañamiento a pacientes ingresados en actividades grupales de carácter cultural, lúdica y deportiva.
9. Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
10. Entrenamiento en habilidades sociales.
11. Intervenciones encaminadas a fomentar la participación del paciente con TMG en los programas de apoyo social.
12. Intervenciones para fomentar la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico y garantizar su tratamiento.

13. Entrenamiento Actividades de la vida diaria e Instrumentales de la vida diaria.
14. Apoyo a los cuidadores.
15. Grupo de relajación.
16. Intervenciones grupales para el fomento de autocuidados.
17. Participar en las acciones de promoción y prevención de la salud física y mental.
18. Trabajo compartido y en coordinación entre los diferentes dispositivos de SM, Atención Primaria e intersectorial.
19. Dirección y diseño de sesiones clínicas de cuidados, y multidisciplinares.
20. Participación en proyectos de Investigación en salud mental.
21. Programa de Psicoeducación a paciente y familia.
22. Participación en grupos terapéuticos.
23. Protocolos compartidos de prescripción colaborativa.
24. Participación en programas de rehabilitación cognitiva.
25. Participación en programa de detección e intervención precoz en la psicosis.

Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM)

Objetivos

- a) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para prestar atención especializada a pacientes con trastorno mental grave derivados desde las unidades de salud mental comunitaria.
- b) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería al alta de la Comunidad.
- c) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o pacientes afectados por trastornos mentales graves, que se

desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.

- d) Participar en el desarrollo de programas de atención parcial en aquellos casos que sean precisos.
- e) Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares.

Actividades

1. Gestión de cuidados de los pacientes TMG de los que es referente: Valoración Integral planificación y seguimiento de plan de cuidados individualizado.
2. Intervención en crisis.
3. Detección e intervención precoz de pródromos de descompensación psicopatológica.
4. Acogida, valoración inicial y realización de protocolos al ingreso.
5. Cumplimiento de cuidados técnicas y procedimientos.
6. Observación y monitorización continuada del estado del paciente.
7. Acompañamiento a pacientes en actividades culturales, lúdicas y de tiempo libre en la comunidad.
8. Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
9. Entrenamiento en habilidades sociales.
10. Intervenciones encaminadas a fomentar la participación del paciente con TMG en los programas de apoyo social.
11. Intervenciones para fomentar la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico y garantizar su tratamiento.
12. Entrenamiento Actividades de la vida diaria e instrumentales de la vida diaria.
13. Apoyo a los cuidadores.
14. Grupo de relajación.
15. Intervenciones grupales para el fomento de autocuidados.

16. Participar en las acciones de promoción y prevención de la salud física y mental.
17. Trabajo compartido y en coordinación entre los diferentes dispositivos de SM, Atención Primaria Especializada e intersectorial.
18. Dirección y diseño de sesiones clínicas de cuidados, y multidisciplinarios.
19. Programa de psicoeducación a paciente y familia.
20. Protocolos compartidos de prescripción colaborativa.
21. Participación programas de rehabilitación cognitiva.
22. Intervenciones de asesoramiento y apoyo a profesionales sanitarios y de otros sectores.
23. Intervenciones cognitivo-conductuales.
24. Intervenciones domiciliarias y/o en otros entornos comunitarios en el marco del proceso de recuperación del paciente.
25. Intervenciones específicas para la vinculación terapéutica en el preingreso.
26. Participación en programa de detección e intervención precoz en la psicosis.
27. Intervenciones especializadas de rehabilitación psicosocial.
28. Diseño y desarrollo de proyectos de Investigación.

Hospital de día de Salud Mental (HDSM)

Objetivos

- a) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para prestar atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención.
- b) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería al alta del Hospital de Día.

- c) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o con trastorno mental grave, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas menciona.
- d) Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares.

Actividades

1. Gestión de cuidados de los pacientes de los que es referente, esté o no incluido e uno de los procesos asistenciales de SM (TCA TMG): Valoración Integral planificación y seguimiento de plan de cuidados individualizado Intervención en crisis.
2. Detección e intervención precoz de pródromos de descompensación psicopatológica.
3. Atención a pacientes en estado de descompensación psicopatológica y/o riesgo de autolesiones o lesiones a terceros.
4. Acogida, valoración inicial y realización de protocolos al ingreso.
5. Cumplimiento de cuidados técnicas y procedimientos.
6. Observación y monitorización continuada del estado del paciente.
7. Acompañamiento a pacientes en actividades culturales, lúdicas y de tiempo libre en la comunidad.
8. Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
9. Entrenamiento en habilidades sociales.
10. Intervenciones encaminadas a fomentar la participación del paciente con TMG en los programas de apoyo social.
11. Intervenciones para fomentar la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico y garantizar su tratamiento.
12. Entrenamiento Actividades de la vida diaria Instrumentales de la vida diaria.
13. Apoyo a los cuidadores.
14. Grupo de relajación.
15. Intervenciones grupales para el fomento de autocuidados.
16. Teleasistencia.

17. P
a
r
t
i
c
i
p
a
r
e
n
l
a
s
a
c
c
i
o
n
e
s
d
e
p
r
o
m
o
c
i
ó
n
y
p
r
e
v
e
n
c
i
ó
n
d
e
l
a
.
18. Dirección y diseño de sesiones clínicas de cuidados, y multidisciplinarios.
19. Participación en proyectos de Investigación en salud mental.
20. Programa de psicoeducación a paciente y familia.
21. Protocolos compartidos de prescripción colaborativa.
22. Participación programas de rehabilitación cognitiva.
23. Intervenciones de asesoramiento y apoyo a profesionales sanitarios y de otros sectores.
24. Intervenciones cognitivo-conductuales.
25. Intervenciones domiciliarias y/o en otros entornos comunitarios en el marco del proceso de recuperación del paciente.
26. Intervenciones específicas para la vinculación terapéutica en el preingreso.
27. Participación en programa de detección e intervención precoz en psicosis.

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.

Objetivos

- Adquirir los conocimientos y experiencias suficientes en la atención a la salud mental en la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
- Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales de salud mental.
- Participar en el desarrollo de programas asistenciales específicos para la atención a las necesidades planteadas por las unidades de salud mental comunitaria, o la generada por las instituciones públicas competentes en materia de atención y protección de menores.
- Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.

a) A
d
q
u
i
r
i
r
l
o
s

- a) Adquirir los conocimientos y experiencia necesarios para apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente.
- b) Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares.

Actividades

1. Gestión de cuidados de los niños y adolescentes de los que es referente: Valoración Integral planificación y seguimiento de plan de cuidados individualizado.
 2. Intervenciones relacionadas con el proceso de atención: Trastorno de la Conducta Alimentaria.
 3. Intervenciones relacionadas con el proceso de atención: Trastorno del espectro autista.
 4. Intervención en crisis.
 5. Cribado y atención a la demanda urgente.
 6. Atención domiciliarias y en otros entornos comunitarios.
 7. Protocolos compartidos de prescripción colaborativa.
 8. Participación en intervenciones intensivas en niños y adolescentes.
 9. Intervenciones cognitivos conductuales.
 10. Psicoeducación nutricional a pacientes con TCA.
 11. Entrenamiento en habilidades sociales.
 12. Grupo de relajación.
 13. Grupo terapéutico.
 14. Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
 15. Programa de psicoeducación a los niños y adolescentes y familia.
 16. Intervenciones para garantizar el cumplimiento y la adherencia al tratamiento.
 17. Intervenciones dirigidas a potenciar y adquirir autocuidados y hábitos saludables en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo.
-

18. Participación en el diseño, coordinación, seguimiento y evaluación de programas para promoción y prevención de la salud mental en población infantil y adolescente.
19. Apoyo y atención a madres, padres y entorno familiar de infantes y adolescentes.
20. Trabajo compartido y en coordinación entre los diferentes dispositivos de SM, Atención Primaria especializada e intersectorial.
21. Intervención en programas de promoción de la salud física en niños y adolescentes con trastorno mental.
22. Participación en programa para la detección e intervención precoz en la psicosis.
23. Intervenciones de asesoramiento y apoyo a profesionales sanitarios y de otros sectores.
24. Dirección y diseño de sesiones clínicas de cuidados, relacionada con la atención a la infancia y a la adolescencia y multidisciplinarias.

5. GUARDIAS

Los residentes realizarán servicios en concepto de atención continuada (guardias) durante los dos años y a partir del segundo mes de residencia. Los servicios prestados en concepto de atención continuada tendrán siempre carácter formativo, y a tal fin se realizarán de forma programada conjuntamente con los tutores de residencia y de dispositivo. Se realizarán 3 guardias mensuales en dispositivos de hospitalización completa. La programación de las guardias se realizará preferentemente en turnos diurnos.

6. SESIONES FORMATIVAS

La unidad docente multiprofesional destina un día a la semana para las actividades docentes. En ese día los residentes no tienen actividades asistenciales y se dedica íntegramente a la realización de actividades docentes.

El temario se divide en 5 bloques:

1. Básico de Introducción a la Salud Mental: (3 meses).
2. Bases Clínicas: psicopatología, psicofarmacología, estudio de casos...
3. Modelos Psicoterapéuticos: sistémico, psicodinámico y cognitivo-conductuales.

4. Habilidades terapéuticas e intervenciones grupales.
5. Docencia Específica de Enfermería.

La docencia es teórico-práctica y de participación activa, con soporte bibliográfico, estudio de casos, juego de roles y material audiovisual, bajo una adecuada supervisión.

BLOQUE 1. BÁSICO DE INTRODUCCIÓN A LA SALUD MENTAL

Durante los tres meses primeros de incorporación de los residentes se imparte un módulo básico de introducción a la salud mental para los nuevos residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería. Este módulo tendrá lugar los jueves y tiene una duración de 60 horas.

BLOQUE 2. BASES CLÍNICAS

El primer espacio está dedicado a las bases de la práctica de la Salud Mental, es común para los residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental. Consta de 64 temas, repartidos en dos años, que serán impartidos por docentes de la UGC y residentes de tercer y cuarto año supervisados por docentes. Cada tema tendrá una duración de 90 minutos, desde las 8.30 a las 10.00 horas. Este bloque se impartirá en módulos de dos años.

Objetivos y metodología docente

Conocimientos	Habilidades	Metodología
Psicopatológica	Diagnosticar	Exposición conjunta de la materia entre residente y docente.
Investigación	Realizar valoración psicopatológica	
Psicodiagnóstico	Manejo de los sistemas clasificatorios de los trastornos	Revisión bibliográfica del tema a tratar
Psicofarmacología	Manejo de los sistemas clasificatorios de los trastornos psicopatológicos	Debate sobre el tema
Principios de psiquiatría comunitaria	Orientación y tratamiento correcto	Visionado de videos
Rehabilitación	Manejo de circuitos asistenciales	Role playing
Salud mental y Salud Física	Habilidades básicas de investigación	
Legal	Lectura crítica de artículos	
Historia		

Temario Bloque 2	
1	Historia de la Psiquiatría/Psicología/Salud mental (1)
2	Historia de la Psiquiatría (desinstitucionalización y reforma psiquiátrica) (2)
3	Introducción a la Neurociencia
4	Cultura y enfermedad mental
5	Psicopatología: grandes síndromes psiquiátricos
6	Trastornos psicóticos (1)
7	Trastornos psicóticos (2)
8	Trastornos psicóticos (3)
9	Trastornos afectivos (1) Depresión, distimia
10	Trastornos afectivos (2) Tr. Bipolar
11	Trastornos por ansiedad
12	Trastorno por estrés
13	Tr. Obsesivo compulsivo
14	Trastornos Somatomorfos
15	Trastornos conversivos y disociativos
16	Trastornos conducta alimentaria
17	Tr. Conducta alimentaria (2)
18	Disfunciones sexuales
19	Trastornos de la personalidad (1)
20	Trastornos de la personalidad (2)
21	Trastornos de la personalidad (3)
22	Trastornos del control de los impulsos
23	Psicopatológica de la violencia
24	Trastornos orgánicos – diagnostico diferencial
25	Psicopatología Infantil (1) TGD
26	Psicopatología Infantil (2)TDAH y TC
27	Psicopatología Infantil (3)
28	Psicopatología infantil (4)
29	Demencias
30	Psicopatología de la vejez
31	Trastornos facticios
32	Bioética
33	Investigación
34	Investigación
35	Psicodiagnóstico
36	Psicodiagnóstico (2)
37	Psicofarmacología (1)
38	Psicofarmacología (2)
39	Psicofarmacología (3)
40	Psicofarmacología (4)
41	Psicofarmacología (5)
42	Psicofarmacología (6)
43	Salud física y enfermedad mental
44	Adicciones

45	Adicciones (2)
46	Alcoholismo
47	Patología dual
48	Retraso mental
49	Epidemiología en salud mental
50	Prevención en Salud Mental
51	Estigma
52	Genética
53	Técnicas de neuroimagen
54	Psiquiatría comunitaria
55	Trabajo con Atención primaria
56	Programas especiales: Primeros episodios – Hospital de día
57	Programas especiales: reinserción y rehabilitación CT
58	Psiquiatra transcultural y de la emigración
59	Enlace (1)
60	Enlace (2)
61	Duelo
62	Teoría del apego
63	Psicosomática
64	Legal

BLOQUE 3. MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS

Los residentes de enfermería participan de la formación básica del modelo sistémico psicodinámico y cognitivo-conductual conjuntamente con los residentes de 1º y 2º de psiquiatría, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental. Estos modelos se van alternando cada año.

MODELOS 1	MODELOS 2
Sistémico (20 días)	Cognitivo y conductual (20 días)

3.1. Modelo sistémico:

Objetivos y metodología docente

Conocimientos	Habilidades	Metodología
Terapia sistémica en: - Trastorno mental grave - TCA - Ansiedad-Depresión-Somatización	Diagnóstico relacional Habilidades de entrevista sistémica Habilidades de escucha Planificación y desarrollo de la intervención.	Presentación de casos Role playing Videograbación Lectura crítica Presentación teórica

Trastorno de personalidad
Niños
Adolescentes
Evaluación
Técnicas de intervención
Proceso terapéutico

Temario

1	Principios teóricos básicos
2	Teoría de la comunicación humana
3	Familia desde el punto de vista interactivo
4	Familia desde el punto de vista interactivo
5	Familia desde el punto de vista evolutivo
6	Familia desde el punto de vista evolutivo
7	Entrevista, primer contacto, técnicas de entrevista
8	Entrevista, primer contacto, técnicas de entrevista
9	Entrevista, primer contacto, técnicas de entrevista
10	Evaluación familiar
11	Evaluación familiar
12	Intervención
13	Intervención
14	Intervención
15	Intervención
16	Escuelas y desarrollos actuales
17	Terapia de pareja
18	Redes
19	Familia multiproblemática
20	Psicopatología y terapia familiar.

Temario

3.3. Modelos cognitivo y conductual

Objetivos y metodología docente

Conocimientos	Habilidades	Metodología
Terapia cognitivo-conductual en: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno mental grave - TCA - Ansiedad-Depresión-Somatización - Trastorno de personalidad - Niños - Adolescentes Evaluación Técnicas de intervención Proceso terapéutico	Diagnóstico cognitivo-conductual Habilidades de entrevista Habilidades en realización de análisis funcional Planificación y desarrollo de tratamientos cognitivos conductuales Manejo de técnicas basadas en los distintos tipos de condicionamiento	Presentación de casos Role playing Videograbación Lectura crítica Presentación teórica.

Temario

1	Introducción. Conceptos básicos
2	Proceso de evaluación. Entrevista, Análisis funcional
3	Técnicas basadas en el condicionamiento clásico (I)
4	Técnicas basadas en el condicionamiento clásico (II)
5	Técnicas basadas en el condicionamiento operante (I)
6	Técnicas basadas en el condicionamiento operante (II)
7	Técnicas basadas en el condicionamiento vicario
8	Técnicas basadas en la teoría del autocontrol
9	Técnicas de Biofeedback.
10	Entrenamiento en Habilidades Sociales (I)
11	Entrenamiento en Habilidades Sociales (II)
12	Inoculación de estrés. Autoinstrucciones

13	Solución de problemas
14	Terapias cognitivas. Terapia Racional Emotiva (Ellis)
15	Terapia cognitiva de Beck (I)
16	Terapia cognitiva de Beck (II)
17	Nuevas orientaciones en terapia de conducta. Terapia de aceptación y compromiso (I)
18	Terapia de aceptación y compromiso (II)
19	Constructivismo
20	Otras terapias nuevas. PAF, TDC...

BLOQUE 4. HABILIDADES TERAPÉUTICAS, INTERVENCIONES GRUPALES Y SUPERVISIÓN

En este bloque se trabajarán las habilidades terapéuticas, psicoterapias e intervenciones grupales, supervisión y rol de observador. Se organizarán dos grupos separados: los residentes de primer y segundo año recibirán una formación básica; y los residentes de tercer y cuarto año una formación avanzada.

4.1. Entrenamiento en habilidades terapéuticas básicas

Los métodos de entrenamiento basados en la evidencia que incrementan las competencias en psicoterapia son:

- Modelado del experto en la terapia.
- Enseñanza de habilidades.
- La supervisión directa o indirecta a través de material video y/o audio grabado.

Este módulo sigue las propuestas desarrolladas por Beitman y Yue (1999) y Fernández Liria y Rodríguez Vega (2002).

Objetivos y metodología docente

Conocimientos	Habilidades	Metodología
Predictores de éxito en psicoterapia Factores comunes	Habilidades de entrevista terapéutica Escucha Lectura de la comunicación no verbal Empatía Categorías de respuesta verbal por parte del terapeuta	Presentación teórica Simulación Videograbación Ejercicios escritos

Temario

1	<p>Habilidades básicas de escucha</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Escuchar lo que no se dice (formulario A). ○ Comunicación no verbal (formulario B). ○ Empatía (formulario C).
2	<p>Modos de respuesta verbal e intenciones del terapeuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Modos de respuesta verbal, 14 categorías nominales (formulario 8): ○ Animar mínimamente, silencio, aprobación-tranquilización, información, guía directa, pregunta cerrada, pregunta abierta, repetición con otras palabras, reflejo, interpretación, confrontación, referente no verbal, autorevelación y otros. ○ Intenciones del terapeuta (formulario 11). ○ Cuestionarios: desarrollo de competencias en psicoterapia y de autopercepción del terapeuta.
3	<p>Alianza terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tareas objetivos y vínculos ○ Estrategias ○ Cuestionarios: Inventario de alianza terapéutica, cuestionario de autopercepción del terapeuta,

4	<p>Razonamiento inductivo para determinar pautas disfuncionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Listado de pautas disfuncionales. ○ Pautas según las escuelas de psicoterapia. ○ Pautas relevantes del paciente. ○ Cuestionarios: razonamiento inductivo para determinar pautas disfuncionales (15-1, 15,2), registro de triple columna (17),
5	<p>Cambio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estadios del cambio. ○ Estrategias para el cambio. ○ Principios para la selección de estrategia. ○ Apéndices: estrategias generales y técnicas. Glosario EPCIS
6	<p>Resistencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fuentes de la resistencia. ○ Formas. ○ Manejo.
7	<p>Transferencia y contratransferencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuestionarios: categorías estándar del tema nuclear del conflicto relacional (TNCR) (formulario 22). ○ Cuestionario: Reacciones del paciente (formulario 7).

4.2. Psicoterapias e intervenciones grupales

Objetivos y metodología

Conocimientos	Habilidades	Metodología
Grupos Balint	Básicas de conducción de grupos	Presentación teórica
Psicopedagógicos	Conducir grupos psicopedagógicos	Videograbación
Niños	Entrevista y evaluación familiar y de pareja	Simulaciones
Adolescentes	Manejo de niños en grupo	Dinámicas grupales
Terapia familiar	Uso de técnicas grupales con niños y adolescentes	
Terapia de pareja		
Grupo y patologías		

Temario

1	Grupo: Definición y concepto
2	Tipos de grupos.
3	Teorías aplicadas a los grupos:
4	Terapias e intervenciones grupales: Grupos de Apoyo, Psicopedagógicos, Grupo Balint, Grupo Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Analítica, Psicodrama, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Terapia Multifamiliar, Grupos de Encuentro, Terapia Institucional, Comunidad Terapéutica, Hospital de día.
5	Intervenciones grupales por edad y psicopatología: <ul style="list-style-type: none"> - Por edad: niños, adolescentes, adultos y tercera edad. - Por patología: psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, drogodependencias...

BLOQUE 5. DOCENCIA ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA.

1	Teorías y modelos de enfermería en salud mental.
2	Proceso de Atención de Enfermería de salud mental.
3	Nosografías y sistemas de clasificación enfermeras (NANDA, NIC, NOC, CIPE) aplicadas en la enfermería de salud mental.
4	Métodos de valoración y técnicas de intervención de enfermería aplicados a los cuidados de la salud mental de personas, familias y comunidades.
5	Procesos Asistenciales Integrados.
6	Plan de Cuidados del PAI Trastorno Mental Grave.
7	Programas de Intervención Precoz en Psicosis
8	Programa de Intervención domiciliaria en Trastorno Mental Grave.
9	Plan de Cuidados del PAI Ansiedad, Depresión y Somatización.
10	Plan de Cuidados del PAI Trastorno Conducta Alimentaria.
11	Plan de Cuidados del PAI Trastorno del Espectro Autista.
12	Programas de Atención de Enfermería a pacientes con déficit de Atención e Hiperactividad.
13	Programas de educación para la salud mental: metodología, aplicaciones y sistemas de evaluación de resultados.
14	Enlace e interconsulta en enfermería de salud mental.
15	Rehabilitación psicosocial en los diferentes niveles de intervención y situaciones de cuidados.

16	Metodología de la Gestión de casos en enfermería de salud mental, aplicada al abordaje del Trastorno Mental Grave.
17	Planes de Cuidados de Enfermería de Salud Mental aplicados a la intervención en el ámbito de las drogodependencias y adicciones.
18	Normativa relativa al uso, indicación y autorización de fármacos y productos sanitarios en enfermería de salud mental.
19	Salud Mental Positiva: concepto y factores relacionados.
20	La relación intrapersonal, y las características personales que favorecen o dificultan la relación terapéutica.
21	El autocuidado de la enfermera.
22	Teoría y manejo de las relaciones interpersonales.
23	La relación terapéutica enfermera/paciente.
24	La familia como grupo de apoyo.
25	Intervenciones psicosociales de enfermería en situaciones de estrés, cambio y/o crisis.

7. PROGRAMAS ESPECÍFICOS SALUD MENTAL AGS SC

En la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del AGS Sur de Córdoba se desarrollan, en el momento de la elaboración del presente documento, los programas específicos que se detallan a continuación. El enfermero interno residente de salud mental podrá tener la oportunidad de participar en uno o varios de los siguientes programas a lo largo de la residencia, en los términos en que sean posible en cada momento y siempre y cuando no menoscabe en términos generales el resto de formación general obligatoria.

7.1 Programa de atención a Primeros Episodios de Psicosis

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL

Intervención en la fase de recuperación

Introducción

Nos centramos en este apartado en la **fase de recuperación**, una vez que ha aparecido el Primer Episodio Psicótico. Dicho periodo comprende aproximadamente entre los 3 a los 18 meses tras la estabilización de la crisis psicótica, y en la literatura consultada se divide en dos etapas: la recuperación temprana, que va de los 3 a los 9 primeros meses y la recuperación prolongada que va de los 9 a los 18 meses siguientes (Edward y McGorry, 2004; IEAP, 2005).

Para la elaboración de esta parte del programa se ha realizado una revisión bibliográfica de los programas existentes en distintos contextos y países (Centro de Prevención e Intervención en Psicosis temprana EPPIC, en Australia; Servicio de Intervención Temprana de Birmingham EIS, en Reino Unido; Proyecto de tratamiento e Identificación Temprana de la Psicosis TIPS, en Noruega; Estudio de Identificación y Tratamiento Temprano de Jóvenes Pacientes con Psicosis OPUS, en Dinamarca y Programa de Intervención Temprana de Calgary EPP, en Canadá). A continuación, se presenta un resumen de la revisión realizada por Vallina, Lemos y Fernández (2006) sobre las intervenciones centradas en la recuperación o fase postpsicótica, ampliando datos sobre nuevas intervenciones puestas en práctica en nuestro país en los últimos años y más concretamente en Andalucía. Así mismo, se ha realizado una revisión de las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica a nivel mundial, guía NICE para la Psicosis y Esquizofrenia en adultos (2014), la Guía de Práctica Clínica para la Esquizofrenia y el trastorno Psicótico Incipiente editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en España (2009) y la reciente Guía de práctica

clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia, editada por la consejería de sanidad de Andalucía (2016).

Es preciso aclarar que en la actualidad, aún no disponemos de tratamientos psicológicos suficientemente validados para las distintas fases de la enfermedad. Los formatos terapéuticos adaptados a estas fases son escasos y todavía se encuentran en fase experimental en su mayoría. A continuación se presentan algunas opciones psicoterapéuticas diseñadas específicamente para la intervención sobre la experiencia psicótica en la fase de recuperación.

- *Terapia de Orientación Cognitiva para el Primer Episodio Psicótico (COPE)*. Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC). Parte de la idea de que el primer episodio de psicosis supone una experiencia tan perturbadora que puede bloquear el desarrollo psicosocial posterior del paciente. Se sirve de los principios de la Terapia Cognitiva, desde una perspectiva constructivista. Pretende ayudar a preservar un sentido del yo (identidad), promover una sensación de dominio sobre la experiencia de la psicosis y a preservar o incrementar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. Formato individual, entre 20 y 30 sesiones. Utiliza una combinación de psicoeducación y técnicas cognitivas y consta de cuatro componentes: evaluación, compromiso, adaptación y morbilidad secundaria. Resultados de estudios (Jackson et al., 1998): la terapia se muestra efectiva para cambiar las valoraciones negativas sobre la psicosis, para mejorar las habilidades de afrontamiento, y para impedir el encasillamiento del yo en la psicosis. La terapia se mostró menos efectiva en cambiar los estilos atributivos negativos, las creencias y los esquemas centrales y las características de personalidad negativas.
- Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente (STOPP) (Herrman-Doig y cols, 2003). Desarrollada para aquellos pacientes que presentan una recuperación complicada de su primer episodio psicótico (continúan presentado síntoma positivo). Formato individual, orientación cognitiva, se centra en reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos, el malestar y la interferencia que generan y promover una comprensión de la psicosis que permita al paciente identificar recaídas y actuar con estrategias eficaces.
- Grupo de Educación y Apoyo para Jóvenes (YES): Desarrollado por Malla y col., en el Prevention and Early Intervention Program for Psychoses (PEPP). Se trata de una intervención terapéutica grupal de ocho semanas específica para jóvenes, de entre 16 y 25 años, que se están recuperando de su primer episodio psicótico. Su principal objetivo es ayudar a la persona joven en el proceso de recuperación a través de la prevención de recaídas y la reanudación de las tareas relevantes para el desarrollo psicosocial de la persona. Los temas están agrupados siguiendo la siguiente estructura: sesión introductoria, identidad y definición de psicosis, presión de los iguales y consumo de sustancias; relaciones familiares y sociales y medicación; estigma y estrategias; recuperación y habilidades sociales; señales tempranas de alarma e intervención y revisión final.

- Terapia cognitiva interpersonal para la recuperación y prevención de recaídas. Gumley (2008). Esta terapia se dirige a los siguientes aspectos claves en la recuperación y mantenimiento de la mejoría:
 - La reorganización del yo: valoraciones de humillación, pérdida y atrapamiento.
 - La desconfianza interpersonal.
 - Las reacciones traumáticas a la psicosis.
 - El desarrollo de estrategias interpersonales.
 - El tratamiento de esquemas y creencias nucleares.
 - El tratamiento del miedo a la recaída.

En España desde hace aproximadamente quince años se vienen realizando programas de detección e intervención temprana a la psicosis. Estos programas ofrecen un tratamiento combinado, en el que la intervención psicoterapéutica se basa en las propuestas anteriores.

- Programa PAPED: implantación de un programa de atención a primeros episodios psicóticos. Hospital Sagrado Corazón Martorell. En la fase de recuperación las principales modalidades de intervención psicológica son la psicoeducación, los programas cognitivos dirigidos al ajuste y superación de la psicosis y las intervenciones con familias.
- Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de pacientes con diagnóstico de Primer Episodio Psicótico, en el ámbito de la Unidad de Transición Hospitalaria; Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Destacamos dentro de su programa la adaptación al formato grupal de la Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis (COPE) en la fase de recuperación.
- Programa de Detección Temprana e Intervención Temprana en Psicosis P3 de Torrelavega: en funcionamiento desde el año 2000 y que pretende reducir el periodo DUI, facilitar el reconocimiento y derivación de jóvenes con riesgo desde AP e implementar un programa terapéutico integral (educación del médico general, detección del nivel de riesgo, terapia cognitiva, intervención familiar breve, tratamiento neuroléptico a dosis bajas para sujetos con síntomas positivos). En la fase de recuperación ofrecen terapia psicológica encaminada al ajuste a la psicosis (COPE), tratamiento de síntomas positivos (STOOP), psicoeducación y terapia familiar.
- Programa de Atención Específica Específica al Trastorno Psicótico Incipiente. Red de Salud Mental de Girona. IAS
- Programa de de Atención Específica Específica al Trastorno Psicótico Incipiente. Les Corts/Sarrià Sant Gervasi.

En Andalucía según el documento elaborado por el Grupo de Trabajo sobre la intervención temprana en psicosis del II PISMA (SAS, 2010) se están implantando los siguientes programas:

- Programa Detección e Intervención temprana en la psicosis . UGC Salud Mental Área Sanitaria Sur de Granada. (tratamiento combinado. Psicoterapia modelo cognitivo-conductual).
- Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). Hospital de Día de Salud Mental El Cónsul. UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. (tratamiento combinado. Psicoterapia: cognitivo-conductual para síntomas psicóticos)
- Programa de intervención en Primeros Episodios (PIPE). Unidad de Rehabilitación de Salud Mental UGC Salud Mental Hospital Puerto Real, Cádiz. (tratamiento combinado. Terapia de orientación cognitiva para la psicosis (COPE).

Todos los programas presentados incluyen atención a familiares (psicoeducación y apoyo) adaptada a la fase del proceso.

En todos los casos, el programa es llevado a cabo por equipos multidisciplinares. Siendo esencial en estos abordajes integrales el papel de la enfermería (AEN, 2009). Juega una importante función en las intervenciones psicoeducativas, en el trabajo sobre hábitos (especialmente el consumo de tóxicos pero también sobre otros cuidados de salud), en las intervenciones asertivas y otras intervenciones comunitarias y en la gestión integral del caso (Askey, 2007).

El formato de intervención en los distintos programas es individual y grupal. Los programas de grupo, adaptados a las necesidades evolutivas de las personas jóvenes, durante el periodo crítico complementan al resto de intervenciones (Lawrence, 2006). Resultan eficaces para promover la recuperación e integración social, reducen el desarrollo de la discapacidad secundaria a la psicosis y facilitan la consecución de los objetivos personales.

Objetivos

Proponemos desarrollar un programa de intervención temprana a la psicosis en la fase de recuperación. Este programa pretende dar una asistencia continuada e intensiva al paciente y su familia tras el episodio.

Los **objetivos generales** del Programa de Intervención Temprana a primeros episodios psicóticos en la fase de recuperación serán los siguientes:

- Adherencia al tratamiento
- Adquirir o incrementar conciencia de enfermedad
- Potenciar el afrontamiento y la adaptación
- Disminuir el riesgo de recaídas precoces

- Minimizar la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés postraumático, abuso de sustancias, etc.)
- Facilitar y estimular la implicación activa de la familia en el tratamiento
- Capacitar y/o mantener en las personas sus principales logros y áreas de desarrollo psicosocial (educación, empleo, ocio y tiempo libre), priorizando la utilización de servicios normalizados
- Reducir el riesgo de suicidio

Los **objetivos específicos** serán desarrollados más adelante asociados a cada una de las fases propuestas. El abordaje integral a primeros episodios psicóticos en la fase de recuperación incluirá:

- Tratamientos psicológicos recogidos en las guías de práctica clínica para trabajar los síntomas positivos (STOOP), ayudar a preservar un sentido del yo, desarrollar sensación de dominio sobre la experiencia de psicosis y aumentar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad (COPE). El formato de intervención será individual con frecuencia semanal y grupal (adaptación grupal de la Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis).
- Tratamiento farmacológico basado en guías de práctica clínica.
- Intervención para la minimización de riesgos (suicidio, consumo de sustancias)
- Intervención familiar individual y grupal (psicoeducación y terapia familiar).
- Intervención vocacional, intervenciones en habilidades sociales, inserción comunitaria social, dando consejo, apoyo, motivación y orientación para el uso de recursos comunitarios, intervención en la búsqueda de empleo, intercambio social y planificación del ocio y tiempo libre. Puede hacerse de forma individual o grupal.
- Intervención en prevención de recaídas.
- Intervención en rehabilitación cognitiva.
- Entrevistas de seguimiento.

Método

Participantes

El programa va dirigido a personas que han tenido un primer episodio de psicosis o se encuentran dentro de los 5 primeros años de evolución de la enfermedad (periodo crítico). Los pacientes con una edad inferior a los 17 años deberán ser derivados a Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.

El conjunto de diagnósticos prioritariamente asociados a los trastornos psicóticos establecidos puede comprender los siguientes (según criterios DSM o CIE):

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizotípico
- Trastorno de ideas delirantes
- Trastornos psicóticos agudos

- Trastornos esquizoafectivos
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastornos psicóticos no orgánicos
- Episodio maníaco con síntomas psicóticos
- Episodio psicótico debido al consumo de sustancias.

Recursos humanos

Esta fase se desarrollará principalmente en el Hospital de día pero en colaboración con los demás dispositivos.

El tratamiento será multidisciplinar y los profesionales implicados serán los siguientes: Psicólogo Clínico, Psiquiatra, Enfermera y Terapeuta Ocupacional. También se realizarán intervenciones por parte del Trabajador Social de la USMC correspondiente por área geográfica. En aquellos casos en los que se requiera una intervención domiciliaria se contará con la enfermera encargada de la atención asertivo comunitaria de la USMC correspondiente.

Procedimiento

Los pacientes podrán ser derivados desde la comisión de primeros episodios, o directamente desde la USMC o UHSM. Supuestos:

- Derivación desde la comisión de primeros episodios psicóticos según PIT consensuado en la misma.
- Derivación directa desde USMC a través de protocolo ordinario de derivación a HDSM (Informe y contacto telefónico con el coordinador del HDSM).
- Derivación desde UHSM a través de protocolo ordinario de derivación a HDSM (Informe y contacto telefónico con el coordinador del HDSM) y en coordinación con USMC. Aquellos pacientes derivados que no dispongan de historial clínico previo en SM deberán disponer de un profesional referente en la USMC, correspondiendo dicha solicitud y comunicación del caso a la UHSM.

Intervención en Hospital de Día.

Entrevista de acogida.

Dicha entrevista será dirigida por los profesionales referentes del paciente en HD (psiquiatra/ psicólogo clínico y enfermera).

Puesto que se trata de un recurso al que los pacientes acuden de forma voluntaria, las primeras entrevistas resultarán claves para el desarrollo de la adherencia. En todo el proceso, pero aún más en esta fase, tanto los profesionales derivantes como los profesionales de HD utilizarán técnicas motivacionales que potencien una actitud positiva en el paciente hacia el

tratamiento ambulatorio diario. Un alto porcentaje de pacientes derivados tras presentar un Primer Episodio Psicótico proviene de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. En estos casos, se iniciará la transición del paciente y la familia a HD desde la UHSM los días previos al alta, una vez estabilizada la sintomatología.

Entrevistas de evaluación.

La evaluación del paciente y su familia se plantea desde el inicio de los contactos de éstos con el equipo asistencial. La entrevista clínica es el eje básico sobre el que se fundamenta el establecimiento del vínculo terapéutico y la evaluación integral de cada caso. El estado clínico del paciente y el tipo de relación terapéutica establecida guiarán el proceso de evaluación.

La evaluación incluirá las siguientes áreas básicas:

- Exploración de la psicopatología de la psicosis y/o comorbilidad
- Exploración, examen físico y pruebas complementarias.
- Evaluación de la personalidad
- Evaluación de riesgos (suicidio, auto y heteroagresividad, consumo de sustancias, exclusión social).
- Evaluación de las necesidades personales
- Evaluación estructurada de las funciones cognitivas superiores.
- Evaluación de la calidad de vida
- Evaluación de la red social
- Evaluación del impacto de la psicosis
- Evaluación de la dinámica familiar.
- Evaluación de las variables psicológicas relacionadas con la enfermedad (insight, creencias, estilo de recuperación).
- Evaluación de las expectativas del paciente y su familia.

La evaluación se apoyará en los siguientes instrumentos psicométricos:

Áreas evaluadas	Instrumentos de evaluación
Entrevistas y cuestionarios de evaluación diagnóstica	
Personalidad	MMPI-II
Funcionamiento social	Escala HONOS RAS I-ROC
Respuesta Psicológica a la psicosis	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario sobre Creencias Personales (opcional) - Cuestionario de Estilo de Recuperación - Fortalezas Personales - SF.36 - Conciencia de enfermedad
Sintomatología Comórbida (no de forma protocolaria)	<ul style="list-style-type: none"> - Inventario de depresión de Beck (BDI) - Escala de Young para la evaluación de la manía. - Escala de desesperanza de Beck.
Evaluación funciones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Semajanzas (WAIS-III) - Figuras Incompletas (WAIS-III) - Dígitos (WAIS III) - Clave de Números (WAIS III).
Sobrecarga del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Zarit

La evaluación integral permitirá el **diseño de un Plan Individualizado de Tratamiento**. Dicho plan se realizará en un periodo máximo de un mes desde la primera valoración del usuario. En la elaboración del plan de intervención participarán todos los profesionales implicados en el tratamiento (psicólogo clínico, psiquiatra, enfermera y terapeuta ocupacional y trabajador social), reuniéndose para la presentación del caso clínico, discusión y elaboración del plan de intervención. Dicho plan incluirá los principales problemas detectados en la evaluación, los objetivos propuestos y actividades para su consecución y una temporalización de los

mismos. En la fase de recuperación, según la literatura consultada se distinguen dos momentos de intervención, la recuperación temprana de los 3 a los 9 meses y la recuperación prolongada que abarca desde los 9 los 18 meses siguientes. De este periodo el tratamiento en HD abarcará aproximadamente 12 meses, realizando una revisión del PIT a los seis meses aproximadamente desde el inicio del tratamiento en este dispositivo. En cualquier caso, el momento de dicha revisión se adaptará igualmente a la consecución de objetivos terapéuticos y cambios en las necesidades expresadas y detectadas.

Siguiendo las indicaciones de la revisión realizada y de las Guías de Práctica Clínica, (G.P.C. NICE para la Psicosis y Esquizofrenia en adultos 2014; G.P.C. para la Esquizofrenia y el trastorno Psicótico Incipiente, 2009; y G.P.C. para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia, 2016) y adaptándolas a las características y objetivos de HDSM, el **abordaje integral** a primeros episodios psicóticos en la fase de recuperación en este recurso incluirá dos etapas, y se prolongará un año aproximadamente:

- Primeros 6 meses tras inicio de tratamiento (recuperación temprana)
- De los 6 a los 12 meses (recuperación prolongada)

Recuperación temprana en HD (inicio tratamiento - 6 meses).

En este momento del proceso se realizará una intervención intensiva tanto con el usuario como con los familiares.

Intervención con paciente.

Objetivos específicos (EPIIC, 2001).

- Desarrollar y configurar un modelo explicativo de la enfermedad que explique y permita entender las experiencias tenidas durante la fase aguda de la psicosis y las que aún persistan.
- Fortalecer el sentido del yo, recuperar la identidad y diferenciar el yo de la psicosis.
- Aumentar la percepción de control sobre la enfermedad proporcionándole estrategias de afrontamiento e identificando los motivos que le pueden producir fluctuaciones en este control.
- Promocionar el manejo autónomo de la enfermedad basándose en:
 - o Fortalecer su implicación en el tratamiento
 - o Conocer sus signos tempranos de recaída.
 - o Disponer de estrategias de prevención de recaídas
 - o Saber buscar las ayudas que necesite en cada momento.
- Retomar actividades evolutivas:
 - o Teniendo en cuenta su funcionamiento premórbido y estableciendo metas realistas adaptadas a sus capacidades en estos momentos y reajustando su trayectoria vital si fuese necesario.

- Desidealizando su funcionamiento premórbido.
- Iniciando el restablecimiento de relaciones familiares, sociales y formativas.
- Implicándose en las estrategias terapéuticas.
- Prevenir la morbilidad secundaria o proporcionar tratamientos psicológicos específicos para las distintas comorbilidades que se pudiesen desarrollar (depresión, ansiedad, fobia social, estrés postraumático, consumo de drogas, ideación suicida).

Actividades propuestas (ver figura 1).

- Tratamientos psicológicos recogidos en las guías de práctica clínica para trabajar los síntomas positivos (STOOP), ayudar a preservar un sentido del yo, desarrollar sensación de dominio sobre la experiencia de psicosis y aumentar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad (COPE).
 - Psicoterapia individual semanal (psicología clínica/psiquiatría).
 - Psicoterapia grupal COPE. 16 sesiones, con una duración de 90 minutos. Y frecuencia semanal (Psicología Clínica y enfermería).
- Elaboración del plan de cuidados de enfermería y seguimiento del mismo.
- Tratamiento farmacológico basado en guías de práctica clínica.
 - Valoración psicofarmacológica según revisión realizada por componentes de la comisión de PEP (psiquiatría)
- Intervención para la minimización de riesgos (suicidio, consumo de sustancias)
 - Psicoterapia individual (psicología clínica/psiquiatría)
 - Módulo psicoterapia grupal (psicología clínica y enfermería)
 - Taller de Hábitos de Vida saludable (enfermería)
- Intervención vocacional, intervenciones en habilidades sociales, inserción comunitaria social, intervención en la búsqueda de empleo, intercambio social y planificación del ocio y tiempo libre. Puede hacerse de forma individual o grupal.
 - Valoración individual (Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social). Se realizará un plan individualizado de terapia ocupacional incluyendo los recursos que el paciente tiene disponibles en su entorno.
 - Grupo de formación y orientación laboral (terapeuta ocupacional y enfermería)
 - Valoración por IPS.
- Intervención en prevención de recaídas.
 - Psicoterapia individual
 - Módulo psicoterapia grupal.

Intervención familiar.

Objetivos específicos.

- Evaluar el funcionamiento familiar actual.
- Mantener la alianza de trabajo.
- Aumentar el conocimiento familiar de la psicosis.

- Ayudar a la familiar a entender el proceso de recuperación y a identificar señales tempranas de alarma.

Actividades propuestas (ver figura 2)

- Intervención familiar individual y grupal (psicoeducación y terapia familiar).
 - Psicoterapia familiar individual: entrevistas familiares quincenales al inicio y posteriormente mensuales; contacto telefónico regular (psicología clínica y enfermería)
 - Terapia grupal familiares: psicoeducación y apoyo (enfermería y apoyo de psicología clínica en sesiones concretas)

Figura 1. Intervención paciente recuperación temprana

Intervenciones individuales	Intervenciones grupales
Psicoterapia	Grupo COPE
Psicofarmacología	Hábitos de vida saludable
Terapia ocupacional	Orientación formativo/laboral
Orientación formativo/laboral	
Cuidados enfermería	

Figura 2. Intervención familia recuperación temprana

Intervenciones individuales	Intervenciones grupales
Psicoterapia familiar	Psicoterapia familiar:
Asesoramiento enfermería	psicoeducación y apoyo

Recuperación prolongada en HD (6-12 meses).

Pasados los primeros seis meses del tratamiento se realizará una revisión del Plan Individualizado de Tratamiento en Hospital de Día, trabajando en el mantenimiento de aquellos objetivos conseguidos y proponiendo nuevos objetivos terapéuticos adaptados al estado y proceso del paciente y la familia.

Parte de la intervención en este periodo se realizará de forma conjunta con los profesionales de la Unidad de Salud Mental Comunitaria correspondiente, facilitando así la adherencia de los pacientes a dicho recurso y la transición al mismo. Proponemos iniciar entrevistas con enfermería de la USMC transcurridos 9 meses desde el inicio del tratamiento. En ese momento se iniciará el proceso de desvinculación del dispositivo Hospital de Día y los

pacientes serán atendidos durante un periodo entre dos y tres meses por ambos recursos en coordinación.

Intervención con paciente.

Objetivos específicos en esta fase (adaptado de Rollison y col, 2008):

- Compromiso terapéutico
- Desarrollar una perspectiva narrativa
- Desarrollar un modelo de psicosis
- Potenciar estrategias autorreguladoras
- Desarrollo de pruebas de realidad
- Tratamiento de comorbilidad secundaria
- Resolver la ambivalencia
- Mantener la mejoría. Prevención de recaídas.

Actividades propuestas (ver figura 3)

- Tratamientos psicológicos recogidos en las guías de práctica clínica para trabajar los síntomas positivos (STOOP), en aquellos casos en los que dicha sintomatología no remita; continuar trabajando la preservación de un sentido del yo, desarrollar sensación de dominio sobre la experiencia de psicosis y aumentar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad (COPE).
 - Psicoterapia individual quincenal o mayor intervalo entre sesiones en función del Plan terapéutico de cada paciente y su disponibilidad a acudir al dispositivo (psicología clínica/psiquiatría).
 - Psicoterapia grupal. Sesiones de seguimiento: tras la finalización de la psicoterapia grupal COPE se realizarán 6 sesiones de seguimiento con carácter mensual (a convenir con los participantes) la primera semana de cada mes. En estudio la opción de plantearlo como un grupo de apoyo que se pueda mantener durante todo el periodo crítico en los casos en los que se estime necesario.
- Revisión y seguimiento del Plan de cuidados de enfermería. Como se ha comentado anteriormente transcurridos nueve meses tras el inicio dicha área será cubierta por profesionales de la USMC.
- Tratamiento farmacológico basado en guías de práctica clínica y revisión llevada a cabo por profesionales de la comisión PEP.
 - Valoración psicofarmacológica (psiquiatría)
- Revisión de su plan ocupacional/formativo/laboral y seguimiento del mismo (asesoramiento, dificultades, etc).

Intervención familiar.

Objetivos específicos (AEN, 2009):

- Implicar a la familia en la recuperación activa de las habilidades y roles del paciente.
- Aplicación del conocimiento adquirido en el día a día.
- Manejar los riesgos de recaída.
- Reajustar las expectativas
- Mantener el bienestar psicológico y personal.

En aquellos casos en los que la recuperación es incompleta o persiste un importante grado de discapacidad la intervención con familiares se dirigirá a:

- Producir un cambio en las expectativas familiares sobre el nivel de logro en la recuperación.
- Ayudar a una adaptación a una recuperación incompleta.
- Desarrollar un consenso observando el pronóstico a más largo plazo.
- Trabajar individualmente las reacciones de pena y de pérdida
- Organizar la transición a servicios de larga duración.

Actividades propuestas (ver figura 4)

- Intervención familiar individual (psicoeducación y terapia familiar).
 - Psicoterapia familiar individual: entrevistas familiares mensuales; contacto telefónico regular (psicología clínica/psiquiatría y enfermería). En este momento se van perfilando aspectos más específicos de cada caso en cuanto a la evolución, por lo que se considera prioritaria la atención individualizada a familias.
- En estudio se plantea la posibilidad de mantener un grupo de apoyo de frecuencia mensual al que puedan asistir los padres que se estime necesario durante el periodo crítico.

Figura 3. Intervención paciente recuperación prolongada

Intervenciones individuales	Intervenciones grupales
Psicoterapia Psicofarmacología Terapia ocupacional Orientación formativo/laboral Cuidados enfermería	Grupo Psicoterapéutico apoyo/seguimiento

Figura 4. Intervención familia recuperación prolongada

Intervenciones individuales	Intervenciones grupales
Psicoterapia familiar Asesoramiento enfermería	Grupo de apoyo mutuo

Referencias

Edward, J., y McGorry, P.D. (2004). La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y la psicosis.

International Early Psychosis Association Writing Group (2005). Internatioinal clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry, 187, 120-124.

Herrmann- Doig, T., Maude, D. y Edwards, J. (2003). Systematic Treatment od persistent Psychosis (STOPP). A psychological approach to facilitating recovery in young people with first- episode psychosis. Londres: Martin Dunitz.

Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert , C., Henry, L., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S. y Dudgeon, P. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results. British Journal of Psychiatry, 172, 93-100.

Detección e Intervención Temprana en las psicosis. (2010). Grupo de trabajo sobre la intervención temprana en psicosis del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud.

Askey, R, Gamble C. y Gray, R., (2007). Family work in first-onset psychosis: a literature review. Journal of Psychuatric and Mental Health Nursing. 14: 356-365.

García- Herrera JM^a, Hurtado M.M, Nogueras EV, y otros (2016) Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y en salud mental. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

7.2 Programa de coordinación exhaustivo UDA-Salud Mental

Nuestra UGC mantiene una coordinación estrecha con la red de adicciones en base al protocolo común de coordinación entre ambas redes. Esta coordinación garantiza la formación integral de todos los profesionales de salud mental en la atención a la patología dual y el abordaje integral de estos pacientes.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA ENTRE UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA Y CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DROGODEPENDENCIAS (Segunda edición, Consejería de Salud, 2012)

7.3 ETIC

El trabajo asertivo comunitario se comenzó a introducir en la década de los 70 en EEUU. Desde entonces los ETAC han intentado suplir ciertas carencias que conllevaba la desinstitucionalización, intentando llevar la atención al domicilio de pacientes complicados que no se adherían al sistema y tenían graves dificultades de adaptación a la comunidad, mostrando una tendencia importante al reingreso hospitalario, que hacía prácticamente imposible promover un alta prolongada.

Los contextos asistenciales han cambiado de manera notable desde que los primeros ETAC comenzaron a funcionar, lo que ha traído como consecuencia necesaria el que éstos tengan que, sin modificar la esencia de sus principios, incorporar modificaciones que optimicen sus resultados.

Actualmente la creación de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario Flexible (FACT), es la opción que parece imponerse y que cuenta con mayor respaldo de resultados, con cambios muy relevantes con respecto a los primeros ETAC. El primero en cuanto a la ampliación de la cartera de servicios, pasando de un modelo de cuidados, centrado en aspectos esenciales pero muy básicos, a otro basado en las competencias, con idea de no solo suplementar, sino de dotar de recursos personales y familiares que permitan en última instancia el afrontamiento activo y la recuperación del sentimiento de control personal. Un segundo aspecto tiene que ver con la incorporación de nuevos perfiles profesionales, que puedan facilitar y garantizar el acceso a procedimientos con evidencia, que podrían ser claves en el proceso de recuperación, como el Psicólogo Clínico. Un tercer aspecto tiene que ver con el modelo de recuperación, que ha ido calando en los servicios de salud mental y que hoy día se considera uno de los ejes de la atención a las personas con TMG.

Adaptar la filosofía general del ACT a estos principios requiere cambios profundos que van a afectar a las propias actitudes implícitas de los profesionales (abandono del paternalismo terapéutico, evitación de la “coerción amistosa”). Un cuarto aspecto, tiene que ver con la ampliación a nuevos perfiles de usuarios, . De manera tradicional, el perfil de usuarios del ETAC era paciente con TMG, generalmente de larga evolución y con problemas de vinculación.

Actualmente se está reivindicando de manera continuada la posibilidad de poder incorporar usuarios más jóvenes en los que se apunta que los equipos FACT pueden ser también útiles. El perfil de necesidades de esta población sobrepasa con creces el modelo de cuidado original y subraya, aún más si cabe, la necesidad de incorporar nuevas aproximaciones terapéuticas. Un quinto y último aspecto tiene que ver con la limitación temporal de las intervenciones y la posibilidad de altas. Si los nuevos equipos de FACT se centran realmente en la dotación de recursos personales, la posibilidad de altas, no solo es algo deseable, sino posible.

La característica diferencial de estos programas es proponer una nueva organización de la atención que la persona recibe, de forma más estructurada, coordinada y cercana.

El TAC plantea cambios muy relevantes en al menos 5 áreas:

1. Necesidad de una actitud más proactiva por parte del/de la profesional, donde la detección

activa de necesidades de la persona afectada y la búsqueda de soluciones en su entorno natural han de ser los elementos clave de su desempeño.

2. Atención integral flexible, individualizada y centrada en la persona atendida. El sujeto aparece como parte activa y determinante de los objetivos, intervenciones y curso de las mismas. Son las necesidades percibidas por la persona afectada las que se tornan críticas, y por tanto, se debe de pasar a una relación de interdependencia, flexibilidad y cooperación.

3. Las respuestas terapéuticas deben articularse en el medio natural donde el o la paciente se encuentra.

4. Se debe utilizar un enfoque centrado en la recuperación, enfatizando el valor de la esperanza, la responsabilidad personal, la información, la autoayuda y, en definitiva, el empoderamiento, como elementos clave para que la persona recupere el control sobre aquellos factores que comprometen su calidad de vida.

5. El cese de los síntomas no es necesariamente equivalente a la recuperación. El tradicional control del síntoma es ahora claramente insuficiente y aparecen nuevas áreas como la capacidad de afrontamiento, integración social, el apoyo familiar, la orientación ocupacional-laboral o la calidad de vida.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL TAC

- Equipo multidisciplinar que asume la responsabilidad completa del tratamiento del paciente.
- La atención que se provee es integral, incluyendo tratamiento farmacológico, rehabilitación y soporte comunitario.
- Las intervenciones se llevan a cabo en el medio natural del paciente.
- Prestación de servicios continuada, 24horas/7días a la semana.
- Baja ratio de pacientes asignados/as por profesional 1:10.
- El equipo actúa con una metodología activa en cuanto a la provisión de cuidados y la evitación de los abandonos.
- Se interviene sobre el sistema de soporte social y las redes naturales con que cuenta el/la usuario/a en su comunidad.
- Estilo de trabajo basado en la colaboración, la dotación de recursos y la filosofía de la recuperación.
- Planificación individualizada y centrada en las necesidades percibidas por el/la usuario/a.
- La actuación se sostiene de por amplios periodos de tiempo, si es necesario de manera ilimitada.
- El equipo asume, evalúa y trabaja los casos de manera conjunta y coordinada.
- Los/las miembros/as del equipo mantienen frecuentes contactos con el paciente. Tres como mínimo a la semana.
- Las intervenciones son Flexibles y se adecuan a las circunstancias particulares del usuario/a.

DATOS EXPERIMENTALES, NIVELES DE EVIDENCIA, CRITERIOS DE CALIDAD

Estamos ante un formato de actuación que se aplicó inicialmente en EEUU, con varios estudios que mostraron evidencia empírica acumulada sobre la eficacia del TAC para reducir tanto el número de reingresos hospitalarios como la duración de los mismos, mayor autonomía, reducción de los problemas con la justicia, mejora significativa de la adherencia terapéutica, mejoría coste/efectividad, exhibiendo a la vez un alto nivel de satisfacción de pacientes y familiares. Algunos trabajos más recientes, realizados en Inglaterra, cuestionan esos buenos resultados, en los citados parámetros, si bien la satisfacción y adherencia de usuarios y familiares sigue siendo

favorable a los programas TAC. Para justificar esas diferencias argumentan que la implementación no estaba siguiendo los criterios de fidelidad mínimos del modelo original para que ésta sea efectiva (por ejemplo, no trabajar con equipos multidisciplinares, no proveer atención 24h, funcionan con ratios de pacientes mayores, escasa gestión y coordinación con recursos hospitalarios y residenciales, etc). Otros autores plantean que en Inglaterra, el contexto de servicios en el que se desarrollan los procedimientos, ya incluye de manera natural en su práctica de rutina, creencias, valores y métodos de trabajo que son propios del TAC. Por ello, las comparaciones entre el TAC y otros tratamientos de grupo control, no arrojan diferencias tan significativas como en el caso de EEUU.

En el manejo intensivo de casos en general y TAC en particular, parece interesante destacar:

1. La intervención solo debe ser reservada para aquellos sujetos especialmente graves y desvinculados de los servicios.
2. El TAC se ha mostrado más eficaz en zonas con elevada densidad poblacional (generalmente metropolitanas). Cuando el área de actuación es pequeña, cuenta con servicios bien integrados y coordinados y se tiene una baja densidad poblacional o alta dispersión geográfica, la utilidad del TAC puede ser menor.
3. Los elementos que limitan la intervención y que están asociados a la eficacia son:
 - Usuarios/as diana con alta tasa de reingresos en el último año.
 - Desarrollo de las intervenciones en el domicilio.
 - Actuación sobre pacientes del espectro esquizofrénico, con elevadas disfuncionalidades a nivel de síntomas y ajuste comunitario.
 - El equipo asume cuidado social y de salud.
 - Psiquiatra integrado en el equipo.
 - Visitas domiciliarias regulares.
 - Baja ratio de pacientes asignados por profesional.
 - Equipo multidisciplinar.

Desde esta perspectiva se plantea que, aunque la reducción de los ingresos ha sido considerada tradicionalmente como una medida de eficacia en el TAC, la reducción de hospitalizaciones no se debe asociar directamente a la ausencia de recaída. Es posible que, aunque se produzca una recaída, el o la paciente no ingrese debido al mejor cuidado. Por lo general se acepta que la creación de equipos TAC con adecuados criterios de fidelidad del modelo es cara. Para optimizar la relación coste-eficiencia de la intervención, el TAC solo debería aplicarse al grupo de pacientes más graves, que se hayan desvinculado de los servicios y/o con una historia anterior de múltiples ingresos (3 o más ingresos y/o más de 50 días de estancia hospitalaria al año).

Actualmente en el contexto de servicios europeos, lo más común ha sido la adaptación del formato inicial para adecuarlo a la realidad asistencial, por ejemplo el Modelo de Holanda de Van Os de equipos de Tratamiento Asertivo en la Comunidad Flexible (Flexible Assertive Community Treatment: FACT). Recientemente, Sood et al. (2017), en el Reino Unido, han mostrado como la intervención basada en un programa Flexible-TAC, reducía el tiempo de hospitalización frente a las personas provenientes de un Equipo de Salud Mental Comunitario y también, aunque en menor grado, cuando provenían de un equipo TAC estándar. También se redujo las intervenciones del equipo domiciliario de resolución de crisis. Al respecto de el modelo Flexible-FAC, Martínez Jambrina (2017) concluye que “el modelo FACT es una aplicación híbrida, más flexible, del modelo original, donde el equipo tiene la libertad de decidir aquellos pacientes que se quedan en el nivel de atención más bajo y cuales deben recibir el nivel de atención más alto, que implica ser atendido por modelo TAC genuino; esta variante por tanto no representa un rechazo al modelo TAC, sino más bien una adaptación a contextos concretos que permite conservar los ingredientes clave más exitosos del modelo original con un perfil coste-efectividad

más favorable” (p 49). Finalmente, en la más reciente revisión Cochrane hasta el momento (Dietrich, et al, 2017), se concluye que los tratamientos intensivos (ya sea TAC o gestión de casos, con ratios inferiores a 20:1), en comparación con la atención estándar, reduce la hospitalización y aumenta la adherencia al tratamiento, además de mejorar el funcionamiento social a nivel global, aunque el efecto sobre el estado mental y la calidad de vida sigue siendo incierto. La revisión concluye que los modelos de Tratamiento Intensivo de casos con una alta fidelidad a la organización original del equipo al modelo TAC, fueron más eficaces para reducir el tiempo de hospitalización.

IMPLEMENTACIÓN ETIC EN LA UGC SALUD MENTAL DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE CÓRDOBA

Entre las experiencias que se están llevando a cabo en toda España, algunas se localizan en la Comunidad de Madrid (IPSE). También hay equipos TAC en Cataluña, Galicia (Ferrol), Castilla la Mancha (Albacete), Canarias (Las Palmas y Tenerife) o Murcia (Cartagena y Lorca). Y especialmente destacada es la experiencia de Avilés, cuya metodología se define como Modelo Avilés. En Andalucía también existen algunos desarrollos llevados a cabo en la UGC del Hospital de Valme y del Hospital Macarena en Sevilla; el Programa de intervención en Salud Mental (PISMES) de la UGCSM del HRU Carlos Haya de Málaga, o los equipos transversales de tratamiento intensivo de las UGCSM de los Hospitales de Jérez y de Puerto Real, actualmente se están implementando ETIC en la mayoría de las UGC de Salud mental de Andalucía.

En nuestro ámbito de actuación se propone la creación de un equipo transversal, compuesto de tres profesionales, que si tendrían dedicación exclusiva en el ETIC y otros pertenecientes a las USMC, que se encargarían de las prestaciones que no pudieran realizar los “liberados”, que en este caso serían un psicólogo clínico, un trabajador social y un monitor de FAISEM. A estos equipos de corte transversal, que forman profesionales de varios dispositivos se les denomina ETIC. En el caso de nuestra UGC, el ETIC no dispondría de psiquiatra ni enfermera “liberados”, por lo que se tendría que articular una forma ágil de coordinación entre el ETIC y los referentes de cada paciente de su USMC, para poder dar una continuidad de cuidados adecuada a las características del servicio que pretendemos dar. Se podría realizar a través de las reuniones periódicas con las USMC (se propone una reunión semanal de una hora de duración con cada USMC), donde se podrían realizar propuestas de derivación, perfilar plan de actuaciones y coordinación con otros dispositivos. También tener la posibilidad de comunicación inmediata en caso de crisis o descompensación, que necesitaría de una intervención más urgente, pudiendo ser necesario implicar a otros recursos, tanto de la propia red de Salud Mental (ej. urgencias psiquiátricas), como de la red sanitaria general (061, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, etc.). A través del desarrollo de equipos de corte transversal, pocas o ningunas conclusiones se podrían sacar sobre la eficacia real del TAC, ya que llevándolas a cabo se soslayarían elementos centrales de este procedimiento. En ningún caso deberá superar de 20 usuarios/as. Incrementos de carga asistencial por encima de estos números van a exponer al equipo a tensiones en su funcionamiento que, con una alta probabilidad, van a hacerlo inoperante. La organización del trabajo debe garantizar al menos una reunión semanal de coordinación y revisión de casos con cada USMC. Una reunión semanal de los todos miembros del ETIC, en caminata fundamentalmente a la revisión de los PIT, presentación de casos nuevos y discusión de altas potenciales, además de una reunión diaria de incidencias, donde se tratarán problemas ocurridos en el día anterior y se organizarán las tareas no rutinarias para ese día (situaciones de crisis, imprevistos, etc.).

OBJETIVOS GENERALES ETIC

1. Ofrecer atención socio-sanitaria en el entorno natural de las personas que sufren TMG.
2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados accesible y cercano. Proveer de atención individualizada, consensuada y negociada con la persona afectada y el entorno familiar o de cuidados, para frenar los procesos de cronicidad, deterioro y abandono.
3. Desarrollar equipos multidisciplinares e intersectoriales. Realizar acciones formativas. Trabajar como un dispositivo de enganche y transición entre las USMC y el resto de dispositivos rehabilitadores.
4. Potenciar la prevención y promoción de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS ETIC CON LAS PERSONAS ATENDIDAS

- Lograr una adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento.
- Desarrollar las capacidades de cada paciente basándonos en el modelo de competencias. Los bloques de intervención propuestos son:
 - Habilidades de autocuidado: Higiene e imagen personal, pautas adecuadas de descanso y dieta equilibrada.
 - Habilidades instrumentales (habilidades para la vida diaria): Cuidado del espacio de convivencia y privado, uso de sistemas de comunicación (telefonía móvil, etc.), manejo doméstico (preparación de comidas, cuidado de la ropa, identificación de riesgos domésticos y capacidad de respuesta y resolución ante los riesgos). Capacidad en el mantenimiento de la vivienda, organización económica, traslado uso de transporte, manejo de las gestiones administrativas.
 - Elaboración y cuidado activo de la salud: Mantenimiento del tratamiento farmacológico, cuidados de enfermedades somáticas y el seguimiento de controles analíticos, identificación y manejo de pródromos, conductas adictivas, hábitos sexuales, psicoeducación (individual o grupal).
 - Apoyo psicológico: manejo de los síntomas positivos, negativos y/o conductas perturbadoras, conciencia de enfermedad, identificación de situaciones estresantes y/o disruptivas, motivación.
 - Estructuración ocupacional: Capacidad de planificar el tiempo diario, semanal y para combinar las actividades de ocio, laboral, doméstico y de autocuidados y búsqueda y/o mantenimiento de una actividad ocupacional, formativa o laboral.

CON EL MEDIO FAMILIAR

- Trabajar en una relación de ayuda mutua.
- El abordaje familiar se considera una intervención básica en el proceso terapéutico para el o la paciente y una medida protectora hacia la cuidadora o cuidador.
- Apoyar, informar y educar a los y las miembros de la familia. Mejorar las relaciones de convivencia.
- Incrementar la capacidad de manejo en los conflictos. Ofrecer ayuda en situaciones de crisis. Reforzar el conocimiento y la utilización adecuada de los recursos sanitarios y sociales.

CON LOS SERVICIOS SANITARIOS

- Trabajar en coordinación con los diferentes dispositivos.
- Utilizar la hospitalización, no como último recurso, sino como un instrumento positivo para disminuir situaciones estresantes derivadas de la descompensación. Ingresos programados y consensuados para evitar escaladas. Garantizar continuidad de cuidados a través de visitas a la persona ingresada y participar en la planificación del alta.
- Acompañamiento en el proceso de adherencia a la USMC.
- Facilitar la relación de los equipos e Salud Mental con Atención Primaria.
- Utilizar la enfermera gestora de casos para potenciar el cuidado de enfermedades somáticas y el seguimiento de pruebas específicas.

CON LA RED DE APOYO SOCIAL

Utilizar todos los recursos existentes y potenciar la creación de nuevos.

- Con los recursos públicos no sanitarios: Coordinación con los Ayuntamientos, con la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, recursos ligados a políticas locales dirigidas a personas con discapacidad, red de atención a las drogodependencias. Es necesario contar con un censo actualizado de recursos normalizadores. Encontrar, conservar y desarrollar entornos y contextos de apoyo social para las personas con TMG y su familia.
- Con los recursos privados. Acercar y acompañar a el/la paciente que lo requiera si son de su interés. Establecer canales operativos de comunicación con asociaciones de familiares, de autoayuda, centros residenciales, Cáritas, talleres ocupacionales, empresas protegidas de empleo...

CON LA RED DE FAISEM

Establecer vías ágiles de coordinación con las personas responsables de los diferentes recursos. Con los recursos asistenciales: habrán de garantizar una adecuada continuidad asistencial, facilitando la atención del usuario, con el tiempo y la frecuencia necesaria, y ofreciendo apoyo y asesoramiento a los/las profesionales de los mismos.

CON LOS RECURSOS OCUPACIONALES Y LABORALES

Articular un seguimiento continuado para valorar la evolución y anticipar dificultades en la adaptación. Crear canales directos de contacto y coordinación.

PERFIL DE PACIENTES DIANA

Tener claramente identificada a la población diana está considerado como uno de los elementos claves. El ETIC está dirigido a las personas diagnosticadas de trastorno mental grave, que según el PAI de TMG, tras su valoración se les asigne un nivel de intensidad muy alta. Se revisará al menos anualmente, salvo en el caso de los primeros episodios que sería semestralmente.

Intensidad muy alta:

- Los síntomas positivos y negativos interfieren gravemente en su vida diaria, causando problemas graves en sus relaciones con los demás y en su autocuidado.
- Ha requerido más de un ingreso en el último año.
- No cuenta con entorno familiar, o si lo tiene, es muy conflictivo, no proporcionado apoyo a las dificultades de la persona y no siendo efectivo para responder a sus necesidades.
- No tiene adherencia a los servicios de SM.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En las personas incluidas en este programa además de padecer TMG, deben darse al menos dos de las siguientes circunstancias:

- Estar desvinculadas o en riesgo de desvinculación de los Servicios de Salud Mental del SSPA
- Presentar dificultades para su reinserción social y no tener garantizada la cobertura de sus necesidades más básicas: alimentación, alojamiento y asistencia sanitaria.
- Requerir apoyo continuado para hacer uso de los recursos y prestaciones a que tienen derecho.
- Presentar una mala adherencia a los tratamientos prescritos, más de tres ingresos en un año o duración superior a 50 días de ingreso.
- Presentar una evolución tórpida del trastorno, con numerosos déficits que dificultan la adaptación a la vida comunitaria y no contar con apoyo socio-familiar o que éste sea desfavorable.
- No presentar diagnóstico primario de Trastorno de Personalidad.
- Tener entre 18 y 60 años.
- Algunos autores sugieren la utilización de un punto de corte igual o mayor de 15 en la Escala HoNOS.

- No se deberían derivar pacientes descompensados o en situación de crisis que no sean conocidos

por el equipo.

CRITERIOS DE SALIDA

Ocurre cuando el o la paciente ha conseguido los objetivos individuales explicitados en su plan y ha mostrado competencia en el manejo de las áreas básicas de su vida cotidiana sin la necesidad de la asistencia del programa. En caso de que la persona no se beneficie de la intervención o se niegue a que se le preste. Si la persona atendida está estabilizada y ha cumplido los objetivos marcados pasará un periodo de transición y adaptación al alta, el tratamiento que recibe será menos intensivo y se espaciarán los contactos con el ETIC, de forma paralela se debe incorporar al tratamiento convencional a la USMC.

DERIVACIÓN A ETIC

La USMC tendrá un censo administrativo de las personas que sufren un trastorno mental grave y serán los que deriven los casos. La Comisión de TMG y las reuniones de coordinación con las USMC, podrían ser el canal más idóneo para realizar la propuesta de derivación a través de la formulación del caso. Tras esta derivación, el ETIC dispone de un mes para realizar una evaluación inicial, tanto de la persona afectada, como de su entorno y decidir si es susceptible de beneficiarse de esta modalidad de tratamiento. El ritmo de derivación no debe superar los 4 ó 5 casos por mes.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

CARTERA DE SERVICIOS

A nivel general podríamos organizar la oferta de servicios sobre la base de tres ejes fundamentales:

1. Tratamiento específico:

- Atención clínica individual.
- Psicoterapia individual.
- Intervención en crisis.
- Afrontamiento y manejo del estrés.
- Adherencia al tratamiento.
- Identificación de pródromos y síntomas precoces de descompensación.
- Educación y promoción de la salud.
- Psicoeducación familiar e individual.
- Habilidades sociales.

2. Ámbito doméstico:

- Adiestramiento en cuidados básicos (aseo personal, alimentación, etc.).
- Entrenamiento en habilidades domésticas.
- Aprendizaje de la administración económica.
- Provisión de alojamiento (programa residencial FAISEM, recursos temporales como albergues, etc.).

3. Ámbito ocupacional-laboral:

- Orientación motivacional.
- Apoyo al empleo.
- Planificación y estructuración del tiempo.

EVALUACIÓN INDIVIDUAL: DINÁMICA E INSTRUMENTOS

La evaluación ha de obtener el máximo de información sobre el funcionamiento y las necesidades concretas que la persona presenta en ese momento. Habría de recoger datos en una serie de áreas, entre las que destacan:

1. Datos clínicos (historia de síntomas, estado mental, diagnóstico, consultas anteriores y resultados, etc.).
2. Salud física.
3. Consumo de sustancias (alcohol, drogas).
4. Funcionamiento social.
5. Actividades de la vida diaria.
6. Educación y empleo.
7. Soporte y relación familiar.
8. Condiciones y calidad de vida.

Lo verdaderamente prioritario debe ser en todo momento establecer una adecuada relación de confianza con el usuario o usuaria, desde la que poder acercarse al trabajo sobre sus necesidades. La cumplimentación de registros debe estar supeditada a las condiciones particulares de cada momento. Es posible dividir el proceso de evaluación del usuario que realiza el ETIC en dos momentos diferentes:

- **Inicial:** Busca fundamentalmente el enganche de la persona y una primera valoración de sus necesidades básicas, visión inicial global y rápida de la situación. Serían útiles los siguientes instrumentos:

- Funcionamiento Personal: Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS), (American Psychiatric Association, 2008)

- Detección de Necesidades: Denver Acuity Scale (DAS) (Sherman&Ryan, 1998).

- **Segundo momento:** Se pueden utilizar otras escalas encaminadas a obtener una valoración más amplia y detallada de la problemática personal presente:

- Psicopatología: Escala HoNos.

- Calidad de Vida: World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOLBREF, 1994).

- Funcionamiento Social: Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood et al, 1990).

- Habilidades de la Vida Diaria: Basic Everyday Living Skills (BELS) (Taps Project, 1993).

- Satisfacción: Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Roberts y Attkisson, 1983).

LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS DOMICILIARIAS

Las intervenciones comunitarias o domiciliarias, son una de las características principales de los programas asertivos comunitarios. A continuación, se enumeran una serie de principios y objetivos que deben guiar este tipo de intervenciones cuando se llevan a cabo dentro de un equipo TAC.

¿CÓMO DEBE DEBEN REALIZARSE LAS INTERVENCIONES DOMICILIARIAS?

- La intervención debe ser conocida y aceptada por el paciente antes de ser realizada. En ocasiones el deseo de enganchar al paciente que no acude a consulta puede generar la precipitación de intervenciones domiciliarias “involuntarias” que pueden dificultar el establecimiento posterior de una relación terapéutica sólida y de confianza.

- Debe realizarse de forma programada o a demanda del paciente (p.e., telefónicamente), siempre que se tenga suficiente información de la situación.

- Aunque todo el equipo debe participar en el abordaje de casos, las intervenciones deben realizarse prioritariamente por los miembros del equipo con quien tenga establecida el paciente la relación terapéutica.
- Las intervenciones domiciliarias deben realizarse al menos por dos miembros del equipo, evitando intervenciones por un solo profesional.
- Es importante ceñirse a los objetivos preestablecidos y evitar realizar intervenciones que no hayan sido planificadas para ese momento.
- No deben realizarse intervenciones en crisis o ingresos de pacientes que no se conocen suficientemente o que necesitan una actuación involuntaria. En ocasiones, se solicita a los equipos TAC intervención en pacientes clínicamente descompensados, que el equipo previamente no conoce. Esa intervención debe realizarla los equipos destinados a la atención en crisis. Establecer los primeros contactos con un paciente en una situación en crisis, puede generar situaciones aversivas, que compliquen el establecimiento de una posterior alianza terapéutica sólida.

PRINCIPALES OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES DOMICILIARIAS

Como cualquier intervención, y quizá más claramente en las intervenciones domiciliarias, éstas deben realizarse con objetivos claramente definidos, explicados y consensuados con el paciente. Entre los principales objetivos podemos destacar:

- Evaluación de la situación del paciente en un contexto real. Conocer las condiciones de la vivienda, el apoyo comunitario del paciente, su autonomía en su entorno cotidiano, etc, es un objetivo de evaluación imprescindible para poder establecer un plan terapéutico realista.
- Administración del tratamiento farmacológico. En ocasiones, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico puede ser un problema motivacional o de funcionamiento cognitivo, lo que puede ocasionar olvidos en la toma de la prescripción farmacológica que requieran un apoyo domiciliario para garantizar una adecuada adherencia.
- Estrechamiento de lazos con pacientes y cuidadores. El contexto hospitalario o de consultas de salud mental, en ocasiones, dificulta establecer una relación de confianza, que puede consolidarse en los contactos en el contexto natural del paciente.
- Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria u otras Habilidades in vivo. La dificultad de generalizar aprendizajes requiere que muchas habilidades puedan ser adquiridas y entrenadas en el contexto real, de modo que puedan evaluarse, analizarse las dificultades e implementarse nuevas actividades o habilidades de forma realista y operativa.
- Apoyo a la realización de gestiones burocráticas, visitas médicas, compras u otras tareas, para las que el paciente necesite acompañamiento y asesoramiento y cuando no disponga de apoyo efectivo en su entorno natural.
- Apoyo afectivo ante situación de soledad y abandono.
- Evitar el estigma de atención en el hospital o de las consultas ambulatorias.
- Intervenciones terapéuticas concretas que deban ser realizadas en el entorno natural, como, por ejemplo, ayudar a la exposición al paciente recluido en el domicilio, realizar experimentos conductuales para desconfirmar sus creencias sobre las alucinaciones auditivas, etc.
- Realizar intervenciones familiares sistemáticas. Algunos modelos terapéuticos familiares han sido desarrollados para ser implementados en el domicilio familiar (Fallon), en el que participan todos los miembros de la familia.

PRINCIPALES DIFICULTADES EN LAS INTERVENCIONES DOMICILIARIAS

- Objetivos no clarificados. Es importante no acudir al domicilio de un paciente sin un objetivo claro, ya que puede generar confusión respecto a los roles o un sentimiento de ser invadida la intimidad del paciente.
- Demandas no adecuadas o confusión de roles. Puede ser frecuente que en ocasiones se espere del equipo terapéutico que realice funciones o tareas que no le correspondan o que puedan favorecer una mayor dependencia.
- Reticencias ante las visitas de algún miembro de la familia o el paciente. Cuando en la unidad familiar existen miembros que no tienen una buena relación con el paciente, pueden generarse conflictos o rechazo del equipo por parte de esos miembros.
- Incomodidad ante la situación de la vivienda.
- Situaciones conflictivas derivadas de los síntomas de la enfermedad. En ocasiones, si no se conoce suficientemente la situación clínica o no se ha evaluado adecuadamente, pueden generarse situaciones conflictivas que pueden ser difícilmente abordables o resolubles.

FUNCIONES DE CADA PROFESIONAL DEL ETIC

Cada profesional, dependiendo de su cualificación y titulación, va a desarrollar unas funciones específicas que podrían distribuirse así.

PSIQUIATRA:

- Ser el/la responsable del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).
- Realizar acogida y evaluación clínica de la persona atendida.
- Prescribir y controlar el tratamiento psicofarmacológico y la atención médica general.
- Supervisar las intervenciones clínicas de otros miembros del equipo.
- Llevar a cabo la coordinación con otros servicios sanitarios.

PSICÓLOGO/A CLÍNICO:

- Evaluación psicopatológica (clínica y psicométrica).
- Evaluación funcional integral.
- Evaluación del sistema familiar.
- Evaluación psiconeurológica.
- Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).
- Psicoterapia individual intensiva.
- Psicoterapia de grupo.
- Psicoterapia familiar intensiva.
- Psicoeducación individual y grupal.
- Intervención neurocognitiva y metacognitiva.
- Intervención en crisis (Apoyo y contención en entorno domiciliario o en hospital).
- Acompañamiento terapéutico.
- Coordinación con otros dispositivos socio-sanitarios y comunitarios.

ENFERMERO/A:

- Realizar la acogida y valoración de la persona afectada identificando las alteraciones de las necesidades básicas, establecimiento del plan de cuidados de enfermería basado en el proceso enfermero. La valoración inicial se hará de acuerdo con algunos de los siguientes modelos: a) Necesidades básicas de Virginia Henderson (1994), b) Patrones funcionales de Marjorie Gordon (2003). Así mismo, se deben usar las taxonomías de enfermería (Blulechek y McCloskey 1995) para diagnóstico (NANDA), intervenciones (NIC) y resultados esperados (NOC).
- Realizar las intervenciones definidas en el plan de atención individualizada que correspondan a las funciones específicas de enfermería:

- Elaborar y supervisar los programas de autocuidados: alimentación, imagen e higiene personal, higiene del sueño, cuidados enfermeros de las enfermedades somáticas crónicas, etc.
- Participar en los programas de prevención de y abordaje precoz de las recaídas, promoción y prevención de la Salud Mental.
- Controlar la toma de medicación, los efectos secundarios de la misma y apoyo al seguimiento clínico.
- Participar en la atención domiciliaria de pacientes con dificultades (en la adherencia terapéutica, aislamiento, dificultades en el afrontamiento familiar, etc.).
- Trabajar aspectos vinculados a la educación para la salud y la promoción de hábitos de vida saludable.
- Facilitar asesoramiento, apoyo y cuidados al paciente y la familia.
- Participar en la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

TRABAJADOR/A SOCIAL

- Realizar la evaluación del desempeño social del paciente o de la paciente. Ésta incluye:
 - Desarrollo Social.
 - Relaciones familiares actuales e historia familiar.
 - Relaciones sociales.
 - Rol social.
 - Historia laboral.
 - Valoración de la habilidades y aspectos sociales conservados e identificación y evaluación de las necesidades sociales.
- Promover la puesta en marcha del plan de atención social.
- Facilitar la tramitación de la documentación precisa para el ejercicio de sus derechos como ciudadano/a (prestaciones...).
- Realizar la búsqueda de recursos para garantizar la cobertura de las necesidades básicas: vivienda, alimentación, ropa, etc.
- Realizar los informes sociales que sean requeridos.
- Participar en los programas de intervención familiar.
- Asesorar a paciente y familia sobre recursos sociales de su comunidad.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y/O MONITOR

- Participar en el entrenamiento en habilidades domésticas.
- Apoyar en la organización de las tareas del hogar (limpieza, organización doméstica, manejo electrodoméstico...).
- Desarrollar actuaciones encaminadas a la estimulación y fomento de la máxima autonomía y participación en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Fomentar hábitos de higiene y autocuidados, según el plan de cuidados del Plan individualizado de tratamiento (PIT).
- Participar en los programas de autoadministración económica.
- Apoyar al usuario/a y su familia.
- Acompañar y promover la participación del usuario/a en actividades de carácter educativo, terapéutico y social.
- Participar en el entrenamiento de habilidades comunitarias (uso de transporte público, de servicios asistenciales, de servicios públicos...).
- Potenciar y facilitar hábitos de convivencia y relaciones familiares y sociales.
- Fomentar la participación en actividades de ocio y tiempo libre.
- Apoyar en las gestiones sanitarias:
 - Acompañar a citas médicas (atención primaria, especialidades...).
 - Supervisar la administración de medicamentos según prescripciones facultativas.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Allness, D. J., Knodler, W, H. (1998). The PACT model community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness. A manual for PACT start-up. Arlington (VA): National Alliance for the Mentally Ill.
2. Cantero Rodríguez, N., Muñoz Cárdenas, M.. Implantación de un Programa de Tratamiento Intensivo Comunitario en una Unidad de Salud Mental Comunitaria: Málaga Centro. Servicio Andaluz de Salud. 2018.
3. De la Higuera Romero, Jesús y col. “Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco” Servicio Andaluz de Salud” Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN 978-84-693-6803-9. 2010.
4. Del Río Noriega, Fco. Et al.. Proceso Asistencial Integrado. Trastorno Mental Grave. 2ª Edición. Sevilla: Consejería de Salud y Familia. Junta de Andalucía. ISBN: 978-84-120550-2-3. 2020.
5. Department of Health (2002). The mental Health Policy Implementation Guide. Community Mental Health Teams. London: Department of Health.
- 6.
7. Grupo de trabajo ETIC de la SEPCA : “ Estrategia de implantación de equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario en Andalucía. Objetivos y funciones específicas del Psicólogo Clínico.”. SEPCA. 2021.
8. López Santiago, José. Curso Tratamiento Asertivo Comunitario. FOCAD. Edición n.º 44, enero-marzo 2021.
9. Martínez Jambrina J.J. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario en España. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 2017.
10. Sood, L., Owen, A., R., Sharma, A., Nigriello, J., Markham, D, & Seabrook, H. (2017). Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis Teams: an evaluation. BJPsych bulletin, 41(4), 192-196. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.053967>
11. Stein, L.I. y Santos, A. B. (1998). assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York (NY): Norton

7.4 Psicólogo coordinador para AP

PRINCIPIOS Y VALORES.

El Programa de Psicología Clínica (PC) en Atención Primaria (AP) que se presenta a continuación, supone un impulso hacia una atención a la salud más integral, eficiente y centrada en la activación de las propias capacidades de las personas para el desarrollo de una vida saludable.

El proyecto se inspira en los valores de la AP, parte de los principios de la salud comunitaria y pretende colaborar con los demás profesionales, agentes y activos de salud y del ámbito social en el desarrollo del modelo. En la tabla de Meritxell Sánchez-Amat y cols. (2021)¹ se recogen los principios que nutren la filosofía de la Atención Primaria:

¹ Meritxell Sánchez-Amat, M; Padilla Bernáldez, J; Gavilán Moral, E. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? AMF 2021;17(2):76-84

Tabla 1. Algunos de los atributos reconocidos a la Atención Primaria de Salud y los valores que aportan a la sociedad

Accesibilidad

Posibilita que los distintos problemas de salud de los individuos reciban la asistencia sanitaria necesaria en el momento oportuno y con las mínimas barreras posibles

Longitudinalidad

Permite trazar una relación de confianza mutua entre el paciente y el profesional que realiza el seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo del tiempo

Integralidad y visión generalista

Habilita el tener una visión biopsicosocial lo más completa posible del sujeto, con vistas a poder resolver y acompañar la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, no solo desde la curación, sino a través de la prevención y promoción de la salud, la rehabilitación y la atención paliativa

Coordinación y continuidad de la asistencia

Permite conciliar los diferentes servicios de atención a la salud, independientemente del momento y lugar en que se realicen, de forma que, a partir del conocimiento que el profesional de APS acumula del paciente, se dispongan en busca de un objetivo común evitando posibles conflictos

Orientación hacia el paciente

Permite que los servicios sanitarios se enfoquen desde y hacia las necesidades y expectativas del paciente

Empoderamiento de los individuos, sus familias y las comunidades

Trabaja para que los individuos, sus familias y las comunidades donde viven puedan hacerse cargo de una manera efectiva y equitativa de su salud dentro de un marco de corresponsabilidad

Abordaje de los determinantes en salud e intersectorialidad

Involucra la acción de sectores diversos que influyen en los factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones

Modificado de las referencias 3-6.

El Programa pretende también contribuir a la mejora de los procesos de coordinación entre AP y los Servicios de Salud Mental (SM), desde una perspectiva que incluya los aspectos psicológicos en la comprensión de los problemas de salud y en la intervención sobre los mismos.

Por otro lado, poner el acento en los aspectos emocionales de los procesos de salud y enfermedad, resulta ineludible en el momento histórico que vivimos debido a la pandemia de la covid-19 y sus efectos sobre el bienestar y la salud mental de las personas que atendemos en nuestro sistema sanitario público.

2. OBJETIVOS

A partir de los principios recogidos, se especifican a continuación los objetivos del Programa de PC en AP, que corresponden a los cuatro espacios de actuación del profesional: **Espacio colaborativo, espacio asistencial, espacio de coordinación entre AP-SM y espacio de promoción y prevención:**

- Colaborar en el desarrollo de un **modelo biopsicosocial** para la comprensión y afrontamiento de los problemas de salud en general y de SM en particular.
- Apoyar las actuaciones que desarrolle AP en el ámbito de la sensibilización, la **prevención y la promoción de salud**.
- Asesorar a los profesionales de AP en la **detección, valoración e intervención** sobre problemas y trastornos del ámbito de la SM de las personas usuarias.
- Promover en el Centro de Atención Primaria (CAP) el desarrollo de **intervenciones psicológicas y psicosociales con diferentes niveles de intensidad** en función de las necesidades de la persona (Modelo de Atención por Pasos).
- Mejorar la **discriminación entre los problemas cotidianos propios del ciclo vital de las personas y los trastornos mentales**. Favorecer de esta manera que sólo se deriven personas con sintomatología grave o moderada a las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).
- Disminuir **el plazo empleado en la detección** de personas en situación de riesgo o con sintomatología relacionada con SM.
- Reducir el tiempo que transcurre **entre la detección de síntomas y la intervención** sobre los mismos por parte de los profesionales de AP y SM.
- Apoyar la **formación** de los demás profesionales de AP **sobre herramientas psicosociales** individuales, grupales y familiares en el abordaje de los problemas emocionales atendidos en AP.
- Contribuir al **uso racional de psicofármacos** mediante la oferta de otras opciones de tratamiento y mediante las acciones de coordinación, colaboración, promoción y prevención.
- Mejorar la **coordinación entre SM y AP**.
- Apoyar la **realización de actuaciones recogidas en el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, depresión, somatizaciones** por parte de los profesionales de la USMC.
- Ofrecer a usuarios con trastornos leves y moderados **intervenciones psicológicas breves** e intervenciones comunitarias con formato individual, de pareja y/o familiar o grupal.
- Priorizar las **intervenciones grupales**.
- **Mejorar la sintomatología y la calidad de vida** percibida en las personas usuarias con problemas leves o moderados de SM atendidos en AP.

3. MARCO DE REFERENCIA

El profesional de PC que desarrolle el Programa pertenecerá a la plantilla de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental (SM). Será asignado a una USMC. Estará ubicado en un CAP, lugar en el que desempeñará su tarea integrándose en el equipo de ese centro. Utilizará la Estación Clínica de Diraya para anotar la información clínica de las personas usuarias.

En una primera etapa se desarrollará el pilotaje hasta diciembre de 2021. La actividad

asistencial se abordará mediante agendas gestionadas por los profesionales del Programa, que permitan analizar, filtrar y organizar las demandas planteadas por los profesionales del CAP y evitar así, tanto las demoras excesivas en la atención a las personas usuarias, como la pérdida de los espacios de trabajo no asistenciales, considerados claves en el Programa. Por ejemplo, los espacios de coordinación o formación.

Observamos tres momentos en el proceso de derivación de las personas usuarias al profesional de PC:

- La propuesta de derivación del profesional de medicina mediante hoja de seguimiento, en espacios colaborativos o mediante otros procedimientos acordados que permitan un análisis mínimo de la propuesta. A corto plazo, el profesional de PC aceptará la propuesta, la devolverá de forma razonada o propondrá otras alternativas de atención.
- La primera consulta del profesional de PC permitirá valorar las dificultades de la persona usuaria y optar por:
 - dar el alta tras realizar una intervención terapéutica de consulta única
 - realizar una propuesta de tratamiento que incluya más sesiones
 - derivar a la persona usuaria a la USMC o a la USMIJ, si la gravedad y complejidad del caso así lo requieren (las derivaciones a USMIJ requieren acuerdo previo en cada caso con el profesional de PC referente en la USMC para la población infantil y adolescente o acuerdo global en la UGC respecto a estas derivaciones directas desde el Programa de PC en AP)

Si la persona acepta la propuesta de tratamiento, se llevará a cabo una intervención breve, focal, de carácter individual, familiar, de pareja, grupal y/o comunitaria.

En las intervenciones colaborativas con los profesionales de AP primarán la flexibilidad de los formatos y la adaptación al contexto de trabajo por parte del profesional de PC.

4. CARTERA DE SERVICIOS

Para dar respuesta a los objetivos propuestos, los profesionales de PC en AP desarrollarán las siguientes actividades:

ESPACIO COLABORATIVO

- Valoración razonada de las propuestas de derivación de los profesionales de AP.
- Consultoría con profesionales de AP.
- Actividades formativas planificadas en función de las necesidades de los profesionales de AP.
- Tutorización de residentes (como tutores/as colaboradores/as).



ESPACIO DE COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL

- Coordinación entre SM y AP.
- Apoyo de cara al establecimiento de comisiones de coordinación/seguimiento del Programa, en las que deberían participar representantes del CAP, de la USMC y/o UGC de SM y el profesional de PC.

ESPACIO ASISTENCIAL

- Primera consulta con la persona usuaria para valoración e intervención. Podrá tratarse de una consulta única inspirada en el modelo de “Indicación de no Tratamiento” (intervención que favorece el que la persona pueda dar un sentido a sus síntomas dentro de su contexto vital y utilice sus propias habilidades de afrontamiento). También podrá ofertarse a la persona una propuesta de tratamiento con intervenciones como las que se especifican a continuación.
- Intervenciones y tratamientos psicológicos breves y focales (1-5 sesiones), individuales, de pareja o familiares, dirigidas a niños y niñas, adolescentes o adultos para abordar sintomatología leve-moderada.
- Intervenciones comunitarias en los ámbitos de servicios sociales, educación, justicia, movimiento asociativo, atención a la mujer y adicciones, entre otros. Recursos orientados al motivo de consulta de la persona usuaria.
- Intervenciones y tratamientos psicológicos grupales de orientación transdiagnóstica (hasta 10 sesiones) para abordar sintomatología leve o moderada relacionada con problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones.
- Intervenciones y tratamientos psicológicos grupales (hasta 10 sesiones) para abordar otras necesidades de la población. Por ejemplo: Grupos psicoeducativos para padres de niños y niñas con dificultades en áreas básicas, grupos para adolescentes con trastornos emocionales leves, grupos para personas con dolor crónico, etc.

ESPACIO DE PROMOCIÓN/ PREVENCIÓN

- En unos casos el profesional de PC en AP prestará apoyo a la realización de intervenciones de prevención y promoción por parte de profesionales de AP, en otros casos participará en las mismas y también desarrollará actuaciones propias. A continuación, recogemos algunos de los programas de prevención y promoción en los que intervendrá:
 - Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Línea de promoción del bienestar emocional (apego seguro, parentalidad positiva, buen trato a la infancia y la adolescencia, estilos educativos saludables, etc.)
 - Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable (Creciendo en Salud y Forma Joven)
 - Aplicación del Protocolo TDAH
- Coordinación con Técnicos de Salud (Educación para la Salud y participación Comunitaria) del Distrito o del Área de Gestión Sanitaria
- Intervenciones comunitarias en los ámbitos de servicios sociales, educación, justicia, adicciones, atención a la mujer y movimiento asociativo entre otros, para la promoción de la SM.

5. TIEMPOS ASIGNADOS A CADA ESPACIO DE INTERVENCIÓN

De acuerdo con la filosofía y valores del Programa, la atención directa a pacientes no debe de exceder **el 50% del tiempo del profesional**. Es muy importante dedicar tiempo al resto de tareas para evitar la psicologización del malestar y la saturación inmediata de los servicios por la demanda asistencial excesiva. Se aconseja dedicar a cada espacio los siguientes porcentajes (deben de interpretarse de manera flexible, pero como límites de referencia para no desviarse de los objetivos del Programa).

- ESPACIO COLABORATIVO/ 20 %
- ESPACIO ASISTENCIAL / 50 %
- ESPACIO DE COORDINACIÓN AP-SM / 15 %
- ESPACIO DE PROMOCIÓN / PREVENCIÓN / 15 %

6. EVALUACIÓN

La evaluación del Programa se centrará, en esta primera etapa de pilotaje, en el registro de las intervenciones del profesional y en la obtención de indicadores de proceso y resultados, fundamentalmente a partir del registro de las intervenciones. El período de pilotaje resulta breve para poder evaluar algunos objetivos propuestos. El registro de datos e intervenciones en muchos casos permitirá obtener una línea base sobre la que concretar más adelante estándares y realizar evaluaciones más completas.

Se utilizarán también cuestionarios de satisfacción de las personas usuarias y de los profesionales de AP.

Se estimulará el desarrollo de estudios más detallados en poblaciones reducidas (población atendida en un CAP), que permitan:

- Comparar diferentes variables de la población atendida en un CAP donde se desarrolle el Programa con un CAP donde no se desarrolle el Programa.
- Comparar la sintomatología previa y posterior a la intervención.

Se solicitará al profesional de PC una breve memoria referida al desarrollo e implantación del Programa que permita recoger detalles cualitativos y datos que no se recogen ni en la hoja de cálculo, ni en la agenda de Diraya.

Se consideran elementos relevantes en la evaluación:

5. El reparto de tiempos entre los diferentes espacios de intervención, con especial atención a las actuaciones relacionadas con asesoría, formación, intervención comunitaria, prevención y promoción.
6. La integración del profesional de PC en la dinámica del equipo del CAP en el que desempeñe sus funciones.
7. La existencia de agendas que permitan la organización autónoma del profesional y la organización de los flujos de derivación.
8. La inmediatez de la respuesta a las propuestas de derivación de los profesionales de AP y la demora hasta la primera intervención del profesional de PC.
9. La capacidad de respuesta y resolución de las dificultades de los pacientes en tiempos reducidos: porcentaje de personas atendidas en consulta única y media de intervenciones (citas) por paciente atendido.
10. La utilización de intervenciones grupales, especialmente aquellas recomendadas en el Programa.
11. El establecimiento de acuerdos con los profesionales de medicina de los CAP para no pautar psicofármacos a aquellas personas que atienden por primera vez por un problema de SM si van a ser derivadas de forma inmediata al Programa de PC en AP.

A continuación, se detallan aspectos relacionados con el registro de las intervenciones y los indicadores.

6.1. REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES

Al menos durante la fase de pilotaje, se recogerán un mayor número de datos acerca de las intervenciones realizadas en el Programa. Los datos se obtendrán de dos fuentes:

- Hoja de cálculo específicamente diseñada para el Programa, en la que se recogerá aquella información que no puede obtenerse a través de otras fuentes oficiales.
- Agenda de Diraya.

En los anexos se especifican los datos que se registrarán en una hoja de cálculo elaborada para el Programa y los datos que se recogerán de la agenda de Diraya.

6.2. INDICADORES

Actividades asistenciales

- Propuestas de derivación recibidas
- Propuestas de derivación devueltas
- Motivo de devolución de las propuestas
- Propuestas de derivación aceptadas
- Demora en la atención a las personas usuarias (desde la propuesta de derivación hasta la primera consulta con profesional de PC)
- Personas atendidas mediante consulta única
- Personas que reciben tratamiento individual
- Personas que reciben tratamiento grupal
- Personas que reciben tratamiento individual y grupal
- Personas derivadas a USMC tras primera consulta
- Personas derivadas a USMC desde el CAP
- Personas derivadas a USMIJ tras primera consulta
- Personas usuarias que tienen tratamiento farmacológico en el momento de la primera intervención con el profesional de PC
- Personas que acuden a primera consulta
- Número de sesiones individuales, familiares o de pareja que recibe una persona hasta el momento del alta
- Número de grupos realizados
- Número de personas usuarias que configuran cada grupo
- Asistencia media al grupo

Actividades de colaboración con AP

- Personas usuarias atendidas en colaboración con AP (caso clínico/ interconsulta/ coterapia y supervisión)
- Actividades formativas
- Colaboraciones en grupos realizados por profesionales de AP
- Actividades de coordinación entre AP y SM
- Actividades de promoción y prevención en AP

Intervención comunitaria

- N.º de intervenciones comunitarias



Satisfacción

- Satisfacción y utilidad percibida por parte de las personas usuarias
- Satisfacciones profesionales AP

7.5 Acreditación de Unidades y Profesionales a través del ACSA

Nuestra UGC Salud Mental hizo en 2011 un compromiso por la mejora de la calidad asistencial en su servicio, usando como herramienta de mejora el Manual de acreditación de centros de la Agencia de Calidad sanitaria de Andalucía. Se inicia entonces un camino de mejor continua que ha visto refrendado con la obtención del nivel avanzado de acreditación en 2013 y el nivel óptimo en 2019, recientemente refrendado, lo que nos sitúa como la única UGC Salud Mental de Andalucía en este nivel de certificación de calidad y como una de las 10 UGCs andaluzas, de cualquier ámbito de conocimiento con mayor cumplimiento de estándares de calidad del ACSA



8. REPRESENTANTE DE RESIDENTES

Con el objetivo de potenciar conocimientos, competencias y habilidades en la participación en gestión, concretamente en la organización de la propia unidad docente multiprofesional de salud mental, de facilitar la comunicación entre el colectivo de residentes y el de tutores, así como de agilizar la resolución de determinadas cuestiones que se presenten, se designarán, durante cada curso lectivo (mayo-mayo), a tres representantes de residentes, uno por cada especialidad (EIR, PIR y MIR).

La elección de dichos representantes será realizada, preferentemente por consenso, entre el propio colectivo de residentes de cada especialidad. Éstos deberán ser elegidos entre los R3 de Psicología Clínica, los R3 de Psiquiatría y los R2 de Enfermería Salud Mental de dicho curso. En caso de que el consenso no fuese posible, se valoraría por parte de los tutores la asignación de dicha(s) figura(s) y/o la suspensión de la misma durante dicho curso.

9. PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN

Se adaptará esta guía o itinerario del residente a un plan individualizado de formación, que será elaborado anualmente y revisado en las entrevistas trimestrales.

En este plan individualizado se especificarán las actividades formativas que se deben realizar y los meses exactos en las que se llevarán a cabo, incluyendo el dispositivo y colaborador docente asignado.

Se realizará según el formato que figura en ANEXO 4

10. EVALUACIÓN

La evaluación de los especialistas internos residentes (EIR) constituye un elemento esencial de la formación especializada y se realizará según la normativa vigente en la actualidad, que se rige por el Real Decreto 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada y por la Resolución de 21 de Marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. Así, la evaluación del proceso de adquisición de las competencias profesionales durante el período de residencia se realizará mediante la evaluación formativa y la evaluación sumativa (anual y final).

La evaluación formativa persigue evaluar el progreso en el aprendizaje del EIR, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos del programa de formación de la especialidad e identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora. Los principales instrumentos para su realización son el Libro del Residente (LR), y la entrevista periódica entre tutores o tutoras y EIR, de carácter estructurado, semiestructurado o libre y frecuencia mínima trimestral, las cuales servirán de base para la elaboración de los Informes de Evaluación Formativa.

La evaluación sumativa anual, por su parte, tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de las actividades formativas asistenciales, docentes e investigadoras realizadas conforme al plan individual de formación (PIF), al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo de la especialidad.

La evaluación sumativa final tiene también por objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por la persona especialista en formación durante todo el período de residencia le permite acceder al título de especialista.

Por último la evaluación del proceso formativo por parte del EIR se realizará mediante una encuesta anónima anual autonómica en la que se evaluarán aspectos generales y específicos del centro docente, unidad docente, Comisión de Docencia y jefatura de estudios, jefatura de unidad docente y tutor, con el objeto de establecer un proceso de mejora continua de la formación especializada.

En los siguientes apartados se detallan cada uno de estos aspectos, así como los criterios de homogenización del proceso de evaluación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

11.1 Evaluación Formativa

11.1.1 DEL LIBRO DEL RESIDENTE (LR)

El Libro del Residente constituye el documento en el que se registra la actividad en la que participa la persona especialista en formación conforme a lo previsto en su Plan Individual Anual de Formación. Así mismo recoge y almacena la documentación que acredita, si ello fuera necesario, la realización de tales actividades. La regulación del LR se establece en la actualidad en el RD 183/2008, aunque su desarrollo por parte

de las Comisiones Nacionales de las distintas especialidades aún está pendiente de producirse.

Este instrumento es el resultado natural del sistema de información y gestión de los recursos docentes en la medida en que, iniciado con el PIF, el especialista en formación va progresando en las etapas fijadas en éste, incorporando el visto bueno de la persona responsable de autorizarlas, hasta cubrir en su totalidad los compromisos fijados para su aprendizaje.

Por tanto, la estrategia definida para el Modelo de Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud de Andalucía se dirige a diferenciar nítidamente las funciones de definición y seguimiento de la ruta formativa del especialista en cadauna de sus fases, de las de registro o bitácora que el LR desempeña. De este modo tiene pleno sentido la secuencia funcional que se inicia con la definición de la Guía o Itinerario Formativo Tipo, y continúa con la del Plan Individual anual de Formación, la ejecución de las actividades y previsiones del mismo, la captura de datos y la consignación de los mismos en el Libro del Residente.

El libro del residente constituye un elemento nuclear en la formación del residente del SSPA, pues en él se reflejan todas las actividades que se realizan, se da lugar a la reflexión, al autoaprendizaje, a la autocrítica, y a la detección de gaps formativos o de habilidades. Se consigna obligatoriamente en el 100% de su contenido, con ayuda y supervisión del tutor o tutora, y se monitorizará en todas las entrevistas trimestrales. Se incluirá también en la evaluación sumativa anual, incorporando la cultura de la evaluación sumativa discriminante del LR en todas las personas que ejerzan la tutoría. De esta forma cada anualidad formativa compondrá un capítulo del LR, que se abrirá al inicio y se cerrará y evaluará al final de la anualidad formativa.

11.1.2 DE LAS ENTREVISTAS FORMATIVAS TRIMESTRALES

Las entrevistas formativas trimestrales entre el tutor y el EIR a su cargo constituyen potentes instrumentos de evaluación formativa. En ellas, en formato semiestructurado o libre, el tutor o tutora supervisa la marcha de la ruta formativa conforme al PIF, comprueba la realización de las actividades mediante la revisión del LR, detecta posibles desviaciones o gaps, y recibe impresiones del EIR, generándose un feedback mutuo que potencia el aprendizaje. Entre estas tiene

especial relevancia la que se lleva a cabo durante el mes de junio de cada anualidad, pues en ella se transmite el resultado de la evaluación sumativa anual al residente incidiendo en las áreas de mejora y las áreas completadas con éxito por una parte, y se elabora y pacta el PIF para la anualidad siguiente, o para los meses de recuperación si se tratara de una evaluación negativa recuperable. Las entrevistas trimestrales se consideran de obligado cumplimiento, siendo la responsabilidad de que se produzcan del tutor o tutora.

Las entrevistas trimestrales podrán modificar diferentes aspectos del PIF, a tenor de las circunstancias particulares de la trayectoria del EIR, y en un formato consensuado con la persona responsable de la tutoría. Las actas de las entrevistas trimestrales serán firmadas por tutor/a y residente, y se registrarán en el LR. Al final de este apartado de evaluación se encuentra el modelo de entrevista formativa estructurada.

11.2 Evaluación Sumativa

11.2.1 EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES.

Las rotaciones constituyen uno de los aspectos nucleares en el itinerario de los EIR, para la adquisición de todas las competencias necesarias del área de conocimiento de sus respectivas especialidades. La evaluación rigurosa y sistematizada de los mismos, por tanto, es una responsabilidad de todos los actores docentes desde tutores hasta facultativos colaboradores con los que rotan los y los EIR.

La evaluación de las rotaciones se realizará al finalizar la misma, utilizándose para ello el modelo vigente en la actualidad con una horquilla de 0-10 puntos. En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, auditorias, observación estructurada) y éstos serán incluidos en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia.

Las jefaturas de estudio trabajarán con todos los tutores y colaboradores docentes pertenecientes a su Comisión de Docencia, exponiéndoles los criterios de evaluación y la importancia que tiene la objetividad en el uso de los mismos.

La evaluación negativa de los ítems del apartado A del informe de evaluación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B

del informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año en formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).

En el siguiente enlace se puede descargar el informe de evaluación de la rotación.

https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/uniDocentes/docs/2018_19InformeEvaluacionRotacion.pdf

11.2.2 EVALUACIÓN ANUAL

La evaluación anual tiene por objetivo calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo, incluido el último. Asimismo, es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. Este informe será realizado por el tutor tras la última entrevista formativa y estructurada con el residente, sirviendo el acta de la misma como Informe de Evaluación Anual. El tutor deberá incluir en esta acta cualquier observación relacionada con los informes de evaluación formativa o entrevistas celebradas en la anualidad correspondiente, los informes de las evaluaciones de las rotaciones internas y externas y, en su caso, los informes que se hayan recibido de las distintas unidades por las que haya rotado el residente.

En el informe de evaluación anual del tutor, se incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas y libro del residente) y excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

A. Evaluación de las Rotaciones: Compuesta por la evaluación media ponderada por duración de las rotaciones del año formativo. Horquilla 0-10 puntos.

DURACION (en meses) x CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN
11 MESES

B. Sumatorio Actividades Complementarias: Con los siguientes criterios de puntuación.

B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS con los siguientes criterios de puntuación

Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02

Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

C. Calificación del Tutor. El tutor valorará tanto el contenido de competencias específicas del LR y su formato, como la trayectoria (comprobable a través de las actas de entrevistas trimestrales) seguida por el/la residente, aspecto clave a tener en cuenta en la evaluación sumativa anual. Horquilla 0-10 puntos

C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR:	
Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben proponerse áreas de mejora.
3-4	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario.
5	Suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
6-7	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
8-9	Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

En el siguiente enlace se puede descargar el informe de evaluación de la evaluación anual del tutor.

https://www.msrebs.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/uniDocentes/docs/2019InfoEvalcAnualTutory4_Nuevo.pdf

11.2.3 EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe anual del tutor. Se calificará de 1 a 10 según la siguiente tabla. Una evaluación negativa de los ítems del apartado A de un informe de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa recuperable por insuficiente aprendizaje.

	Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
NEGATIVA	<3	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales.
	Entre 3 y <5	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales pero se acerca.
POSITIVA	Entre 5 y <6	Suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
	Entre 6 y <8	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
	Entre 8 y <9.5	Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
	Entre 9.5-10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

La calificación tendrá los siguientes efectos:

- **POSITIVA:** cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual de 5.
- **NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, bien porque la Calificación Global Anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas. Deberá especificarse la causa:

A: NEGATIVA POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN: El Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este periodo. La prórroga anual del contrato por los restantes nueve meses del año formativo queda supeditada a la evaluación positiva del período de recuperación. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La prórroga anual del contrato por los restantes nueve meses del año formativo queda supeditada a la evaluación positiva del periodo de recuperación.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el periodo de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación¹ y su resultado fuera positivo.

B: NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales). El Comité de Evaluación establecerá la prórroga del periodo formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa de año, cuando así lo aconseje la duración de la suspensión o las circunstancias del caso. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor a 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo de la Comisión de Docencia.

En aquellos supuestos en los que la suspensión del contrato sea inferior al 25% de la jornada anual y el Comité de Evaluación considere que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.

C: NEGATIVA, NO SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN

- **POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE / NOTORIA FALTA DE APROVECHAMIENTO**
- **POR REITERADAS FALTAS DE ASISTENCIA NO JUSTIFICADAS**

El Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato, notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación¹ y su resultado fuera positivo. En los documentos

de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

11.4.4 EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACION.

La evaluación sumativa final se realiza cuando el residente termina el último año de la especialidad, en el mismo Comité de Evaluación comentado previamente. El Comité de Evaluación decide la calificación final del residente basándose en los resultados de las evaluaciones anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo con la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizan los siguientes criterios:

Duración de la especialidad	Año de formación	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1	40%
	R2	60%
3 años	R1	20%
	R2	30%
	R3	50%
4 años	R1	10%
	R2	20%
	R3	30%
	R4	40%
5 años	R1	8%
	R2	12%
	R3	20%
	R4	25%
	R5	35%

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

- **POSITIVA:** cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.
- **POSITIVA DESTACADO:** cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.
- **NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que puede obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

11.3 ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL EIR A SU FORMACIÓN

La Comunidad Autónoma a través del Plan Estratégico de Formación Integral ha habilitado una encuesta anual en la que los y las EIR evaluarán su formación. Esta encuesta será multidimensional e incorporará necesariamente la evaluación del tutor/a, de la jefatura de la unidad docente, de la unidad docente, de la Comisión de Docencia y del Centro Docente, además de aspectos concretos de guardias y jornadas de atención continuada, y elementos de la anualidad formativa sobrevenida. La encuesta se habilitará durante los meses de abril y mayo. Posteriormente se analizará global y desagregadamente, publicándose el análisis entre los meses de septiembre y octubre. Constituirá un elemento clave de comparación y mejora en la formación especializada de la Comunidad Autónoma.

Se habilitarán elementos docentes que incentiven la cumplimentación de la misma por parte de los y las EIR.

MODELO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA FORMATIVA TRIMESTRAL

A continuación, adjuntamos una copia de la entrevista estructurada que realizaremos cada tres meses entre tutor y residente.

ENTREVISTA TRIMESTRAL

Apellidos:

Nombre:

Especialidad:

Año de formación:

Fecha de entrevista:

Tutor/a que realiza la entrevista:

- **ROTACIONES:**

- Internas (propias del servicio o de otros servicios intrahospitalarios):
- Externas:

1. OBJETIVOS DURANTE LA ROTACIÓN

El residente tiene que conocer los objetivos: conocimientos teóricos y prácticos, y mapa de competencias (habilidades y actitudes) de la rotación.

2. OBJETIVOS CONSEGUIDOS

Detallar la relación de los conocimientos y habilidades más útiles que hayas aprendido durante este periodo de rotación. Describe: los conocimientos y habilidades de nueva adquisición, los que has recibido una visión novedosa (basada siempre en buenas prácticas clínicas) o los que su ampliación te ha afianzado en la práctica clínica. No incluir aquellos conocimientos o habilidades que ya estaban consolidados y para los que la rotación no ha sido esencial.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS MÁS ENRIQUECEDORAS PARA LA FORMACIÓN

Detallar

4. OBJETIVOS QUE FALTAN POR CONSEGUIR

Detallar

5. CRITERIOS MÍNIMOS QUE FALTAN PARA APROBAR LA ROTACIÓN El residente tiene que conocer los criterios mínimos para aprobar la rotación (descritos en el Itinerario Formativo de la Especialidad).

Detallar los criterios mínimos que aún no han sido superados.

6. ¿QUÉ CREES QUE PODEMOS HACER (O PUEDES HACER) PARA ADQUIRIR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES QUE TE FALTAN?:

- **SESIONES PRESENTADAS (clínicas, bibliográficas...)**

- **OTRAS ACTIVIDADES (publicaciones, comunicaciones a Congresos, cursos...)**

- **ACTIVIDADES DE RESIDENTES (colaboración en el planning de guardias, protocolos realizados/revisados...)**

- **REVISIÓN DEL LIBRO DEL RESIDENTE**
Valoración conjunta con el tutor del libro del residente: actividad asistencial.



- **Problemas e incidencias en el período (en rotaciones, guardias, etc.) y posibles soluciones:**

- **OBSERVACIONES**

Fecha:

Firma de la entrevista:

Fdo:

Fdo:

Residente

Tutor/a

12. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICA I Y II:

- Ajurriaguerra (1998): *“Manual de Psicopatología del niño”*. Editorial Toray
- Bobes García J y Cols (2000): *“Enfermería Psiquiátrica”* DOYMA Universidad de Oviedo
- Bradshaw, J., Woodman, M., Jung, C y Cols (1994): *“Recuperar el niño interior”*. Editorial Kairos Barcelona
- Carpenito L. (2000): *“Manual de Diagnósticos de Enfermería”*. Interamericana. Argentina.
- C.I.E. 10. (1995): *“Clínica Psiquiátrica “.A.P.A. y O.M.S.*
- Cook, J.S. y Fontaine. K.L (1993): *“Enfermería Psiquiátrica”* Interamericana. McGraw-Hill. Madrid
- Dyer, W.W. (1994): *“Tus zonas erróneas”* Plaza&Janes. Barcelona
- Freud, S., Jung, C.G., Erickson, E. Chopra, D y Col. (1999): *¿Quién soy yo?* Kairos Barcelona
- Galvache, P. (1995): *“Manual de Enfermería Sistémica”*. Díaz Santos. Madrid
- Gurméndez, C. (1994): *“Sentimientos básicos de la vida humana”* Libertaus. Madrid
- Gómez-Feria P. (1998): I *“Manual de Psicopatología”* Serie Psiquis. Padilla libros editores. Sevilla
- I.A.S.A. M. (2000): *“La reforma Psiquiátrica en Andalucía”*. Sevilla.
- Isaacs A. (1998): *“Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica”*. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid
- IASAM *“Organización de la Atención especializada en S.M. Infantil (Documento de trabajo)”*
- Kaplan., y Sadock, B. (2001): *“Tratado de Psiquiatría”* Masson-Salvat. Barcelona
- Kaplan H y otros (2000): *Sinopsis de Psiquiatría* Panamericana
- Lowen A. (1995): *“El Lenguaje del cuerpo”*. Editorial Herder. Barcelona

- Maslow, A. (1983): “*El hombre Autorrealizado*“ Kairos Barcelona
- Mejías F. (2000): “*Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica*” Madrid
- Morrison Michelle. (1998): “*Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. Harcourt Brace. Mosby Madrid.
- O'Brien y Otros. (2001): “*Enfermería Psiquiátrica*”. McGraw-Hill Madrid
- Osterrieth “*Psicología Evolutiva*” Ediciones Morata
- Pichot, P. (2002): “*Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales D.S.M.IV.T.R.* “. Masson. Barcelona.
- Pichot, P. (2002) “*Manual Diagnóstico breviarío de las Enfermedades Mentales*” Masson.
- Rigol A, y Ugalde M. (2002): “*Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica*“. Salvat. Serie Manuales de Enfermería. 2ª edición. Barcelona
- Santo-Domingo Carrasco Joaquín y Cols. (2002) “*Manual de Psiquiatría*” Editorial Ars Médica Barcelona
- Vallejo Ruiloba J. Y Cols. (2002): “*Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* “B.M.B. 5ª Edición. Barcelona.
- Velez Nogueras, J.L. y Cols. (1994): “*Enfoque de los trastornos afectivos en la Atención Primaria*. Gráficas Jaén.
- <http://red-farmamedica.com/psicofarmacos>

2. ENFERMERIA PSICOSOCIAL I Y II:

- Avia, M^a D., Vázquez, C. (1998): “*Optimismo inteligente*”. Editorial Alianza Madrid
- Barriga S., y Cols. (1998): “*Intervención Psicosocial* “Hora S.A. Sevilla
- Calle R. (1998): “*Terapia emocional; temas de Hoy*. Madrid
- Calle R. (1999): “*Terapia afectiva. Como amar más y mejor*” temas de Hoy. Madrid
- Calle R. (2000) “*Vida en Armonía. Claves para la serenidad*”, Editorial Libertarias. Madrid
- Carrión López (1999): “*Autoestima y desarrollo personal con PNL*”

- E.A.S.S. (1990): "*Actividades de Promoción de la Salud*". Escuela Andaluza de S.P. Granada
- G. y Enrubia. (1994): "*Enfermería Psicosocial, I y II*" Masson. Barcelona
- Goleman, D. (1997): "*La salud emocional*" Kairos. Barcelona
- Goleman, D (1998): "*La práctica de la inteligencia emocional*". Kairos. Barcelona
- Henderson Neile. (1994): "*La naturaleza de la enfermedad*". Interamericana. Buenos Aires
- Llor, B., y Col (1995): "*Ciencias Psicosociales aplicadas a la Salud.*" McGraw-Hill. Madrid
- Marriner A. y Tomey. (1994): "*Modelos y Teorías de Enfermería*". Doyma. Madrid.
- Master de Enfermería. (1996): "*Ciencias Psicosociales*". Masson. Barcelona
- Master de Enfermería. (1991): "*Enfermería Psicosocial II*" Salvat. Barcelona
- Moreno Manso Juan M. (2002): "*Maltrato Infantil*". Editorial EOS Psicología Madrid
- Novel Martí G. y Col. (1995): "*Enfermería Psicosocial y Salud Mental*". Masson. Barcelona

3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

- Anderson C. H Gerard. (1986): "*Esquizofrenia y Familia; Guía práctica de Psicoeducación*". Amarrotu Buenos Aires.
- Bolivar A. (1995): "*La Evaluación de valores y Actitudes*" Arraya. Madrid.
- Comisionado para la Droga. *Cuaderno Nº 1 Orientación para Educadores. La intervención educativa.*" Colección materiales didácticos. Junta de Andalucía 1993.
- Del Pozo Pilar (1993): "*Formación de Formadores*". Eudema. Salamanca
- Pérez Tapias J. A. (1996): "*Claves humanistas para una educación democrática de los valores humanos al hombre como valor*". Alanda A. Madrid
- Roji Menchaca M.B. (1987): "*La entrevista Terapéutica. Comunicación, e interacción Psicoterapia.*" UNED. Madrid

- Tierno B. (1996): "*Aprendo a vivir. Un Método práctico para ser feliz*". Bockd. Madrid

4. ÉTICA Y LEGISLACIÓN:

- Actas del 2º Congreso Derecho y Salud. (1996): "*La Responsabilidad de los Profesionales de la Administración Sanitaria*". Junta de Andalucía. Consejería de Salud Sevilla.
- Antón Almera P. (1996): "*Enfermería. Ética y Legislación*". Serie Manuales de Enfermería. Masson Salvat. Barcelona.
- Arroyo G. M. P, Serrano Gil A. (1989): "*Ética y Legislación*". Editorial Masson-Salvat. Barcelona.
- Editorial Cívitas. S.A (1996): "*Código Penal y Legislación complementaria*". Cívitas. Madrid.
- Gafo J. (1994): "*Ética y Legislación en Enfermería*". Editorial Universita. Madrid
- Ley General de Sanidad. 1995
- La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. 1984 (BOJA)
- Lecciones de Bioética. (1987): "*Primer Curso de Deontología Médica*". Universidad de Valladolid

5. ADMINISTRACIÓN:

- Balderas Pacheco M.L. (1995): "*Administración de los Servicios de Enfermería*". Interamericana Macgraw-Hill. México
- Lewis M. y Col. (1989): "*La Eficiencia Administrativa*". Now. México
- Marrimer-Tomey A. (1996): "*Administración y Liderazgo en Enfermería*". Mosby. Barcelona
- Monpart García, M.P. (1994): "*Administración Servicios de Enfermería*". Masson Salvat. Barcelona.

6. INVESTIGACIÓN:

- Botella J. Y Cols. (1993): "*Análisis de datos en Psicología*". Pirámide. Madrid.

- Cuadras C. M. y Col (1987): “*Fundamentos de Estadística*”. P.P.U. Barcelona
- Domenech Rba D. (1988) “*M.E. Modelo lineal de regresión*. Herder. Barcelona.
- León O. G. y Montero I. (1993): “*Diseño de las investigaciones* “. McGraw-Hill. Madrid.
- López T. Miranda J. Galante R. (1993): “*Análisis de datos en Ciencias del comportamiento y Educación. Síntesis de estadísticas descriptivas univariada y bivariada.*”. Secretariado de Publicaciones. Universidad de Málaga.
- San Martín R. y Col. (1987): “*Psicoestadística. Estimación. Y Contrastes*“. Pirámide. Madrid.
- Gálvez Toro a. enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Cuadernos metodológicos nº 1. Granada: fundación Index; 2001.
- Icart Isern Mt, Pulpón Segura Am, Icart Isern MC. Aplicación de la Enfermería basada en la evidencia: de la pregunta a la búsqueda bibliográfica. *Enf Clin* 2001; 11 (1) 23-28
- Icart Isern Mt, Pulpón Segura Am, Gracia I Gálvez I, Icart Isern MC. Aplicación de la Enfermería basada en la evidencia: de la búsqueda bibliográfica a la lectura crítica. *Enf Clin* 2001; 11 (3) 117-123
- Icart Isern Mt, Pulpón Segura Am, Icart Isern MC. Aplicación de la Enfermería basada en la evidencia: de a la valoración crítica a la aplicación de la mejor evidencia científica disponible. *Enf Clin* 2001; 11 (4) 166-171

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

- BDIE: <http://www.iscii.es/investen/bdie>
- BIBLIOTECA COCHRANE:
<http://www.cochrane.ac.uk>
- CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO:
<http://www.cochrane.es/castellano>
- CINAHL: <http://www.ebscohost.com/cinahl/>
- CUIDEN: <http://www.doc6.es/index/>
- EMBASE: <http://www.elsevir.nl>
- MEDLINE: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Página Web de la Unidad Docente Multiprofesional

La UDM de Salud Mental tiene una página web de uso restringido a los residentes en la siguiente dirección: www.udmsmmalaga.tk

ANEXOS
ANEXO 1:

ANEXO I

INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:			

ROTACIÓN	
UNIDAD:	CENTRO:
COLABORADOR DOCENTE/TUTOR:	DURACIÓN:
Fecha Inicio Rotación	Fecha fin Rotación:
OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO Total/Parcial/No conseguido

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
HABILIDADES	
USO RACIONAL DE RECURSOS	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	
MEDIA (A)	

B.- ACTITUDES	CALIFICACIÓN
MOTIVACIÓN	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA	
TRABAJO EN EQUIPO	
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES	
MEDIA (B)	

CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN (70%A + 30% B)	
--	--

Observaciones/Áreas de mejora:

En _____, fecha:
EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR

Vº Bº. EL RESPONSABLE
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo.: _____

Fdo.: _____

ANEXO 2: PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN DE RESIDENTES (www.portaleir.es)

Residente promoción

Período	Unidad/servicio/actividad formativa	Objetivos de aprendizaje	Colaborador docente	Evaluación	Entrevistas tutor-residente
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					



PERÍODO DE RECUPERACIÓN

Período	Unidad/servicio/actividad formativa	Objetivos de aprendizaje	Colaborador docente	Evaluación	Entrevistas tutor-residente
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					

Nombre del tutor/a:

Objetivos de Investigación

Objetivos de formación

Realizar los Módulos del PFCT

Otros