

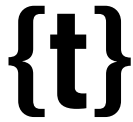


Ambiente Terapéutico en Salud Mental

Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización
y comunidades terapéuticas en Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Ambiente Terapéutico en Salud Mental

Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización
y comunidades terapéuticas en Andalucía

Con la financiación de Fondos de Cohesión
del Ministerio de Sanidad y Política Social
y el patrocinio de la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Elabora Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico

Edita Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud

y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Diseño Catálogo

Imprime Alsur S.C.A.

Depósito Legal GR-3.177/2010

ISBN 978-84-693-4561-0

Todos los derechos reservados

equipo de elaboración

Evelyn Huizing (Coordinadora)

*Enfermera Especialista en Salud Mental Asesora
Técnica. Programa de Salud Mental.
Servicio Andaluz de Salud*

Antonio Reyes Taboada

*Enfermero Especialista en Salud Mental. unidad
de Hospitalización de Salud Mental. unidad de Gestión
Clínica de Salud Mental Virgen de la Victoria*

Carmen Iglesias Ruiz

*Familiar. Federación Andaluza de Asociaciones
de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
FEAFES-Andalucía*

Cesar Robles Pérez

*Usuario. Federación Andaluza de Asociaciones
de Usuarios y Usuarías de Salud Mental.
«En Primera Persona»*

Antonio Madueño Urbano

*Auxiliar de Enfermería y Trabajador Social. unidad de
Hospitalización de Salud Mental. unidad de Gestión
Clínica de Salud Mental Regional de Málaga*

Diego Ruz Meroño

*Terapeuta Ocupacional. unidad de Hospitalización
de Salud Mental. unidad de Gestión Clínica de Salud
Mental Virgen de la Victoria*

Buenaventura Olea Peralta

*Psiquiatra. unidad de Hospitalización de Salud Mental.
unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Complejo
Hospitalaria de Jaén*

Eneka Sagastagoitia Ruiz

*Psicóloga Clínica. Comunidad Terapéutica de Salud
Mental. unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Hospital Virgen del Rocío*

revisión

Pablo García-Cubillana de la Cruz

*Enfermero Especialista en Salud Mental y Psicólogo.
Técnico Asesor. Programa de Salud Mental Servicio
Andaluz de Salud*

José Indalecio Ramírez Benítez

*Psicólogo Clínico. Comunidad Terapéutica de Salud
Mental. unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Hospital Puerto Real*

Almudena Millán Carrasco

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Begoña Isac Martínez

Técnica. Escuela Andaluza de Salud Pública

agradecimientos

Al equipo docente de los cursos de Mejora de Ambiente Terapéutico organizados por el Programa de Salud Mental e impartidos en los años 2008 y 2009: M^a José Ariza Conejero, Juan Antonio Guede Ocaña, Rafael Guerrero Vida, Margarita Laviana Cuetas, Pablo Lorenzo Herrero y Francisco Santos Jiménez.

A los y las profesionales de las unidades de hospitalización de Salud Mental (UHSM) y comunidades terapéuticas de Salud Mental (CTSM) por sus planes de mejora desarrollados en los cursos y a la coordinación y supervisión de las mismas por sus aportaciones al análisis de la situación actual.

índice

Presentación	11
1 Introducción	15
2 Antecedentes	23
3 Dimensiones de Ambiente Terapéutico	31
3.1. Espacio físico	34
3.2. Dinámica de funcionamiento	44
3.2.1. Fase de acogida	44
3.2.2. Organización de la unidad o del dispositivo	50
3.2.3. Oferta y planificación de las actividades	59
3.2.4. Implicación activa de pacientes	65
3.2.5. Implicación activa de familia y personas allegadas	70
3.2.6. Continuidad asistencial y de cuidados	74
3.3. Ambiente relacional	82
3.4. Trabajo en equipo y clima laboral	89
4 Conclusiones	99
Listado de siglas y abreviaturas	105
Bibliografía	107
5 Anexos	115
Anexo 1. Reorganización de una UHSM por niveles asistenciales	117
Anexo 2. Secuencia temporal en el abordaje del paciente en UHSM	125
Anexo 3. Secuencia temporal en el abordaje del paciente en CTSM	129

Protocolo de Contención Mecánica: Ver segundo volumen



ambiente terapéutico en salud mental



presentación

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía propone revisar el ambiente terapéutico y elaborar planes de mejora en todas las unidades y dispositivos de Salud Mental, una tarea ambiciosa que pretende iniciar una línea de trabajo que necesita el compromiso de profesionales, personas usuarias, familiares y gestores.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de recuperación.

El principio de «recuperación» hace referencia a la toma de control por parte de la persona atendida sobre su proceso, independientemente de la evolución de su sintomatología clínica. Además, la recuperación personal de las personas afectadas por un trastorno mental es un principio básico del Modelo de atención comunitaria a la Salud Mental y está estrechamente relacionada la protección de los derechos de los y las pacientes.

Este documento se centra en las unidades de Hospitalización (UHSM) y las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM) por las connotaciones especiales que tienen este tipo de unidades al prestar una atención continuada.

El grupo de trabajo de este documento, formado por profesionales de diferentes categorías, familiares y personas usuarias, revisó la literatura disponible relacionada con ambiente terapéutico, y se basó en resultados y conclusiones de grupos de consenso y grupos focales en nuestro entorno más directo, además de su propia experiencia.

Con el objetivo de hacer más tangible el complejo concepto de ambiente terapéutico se identificaron 4 dimensiones que lo reflejan, al menos en parte: el espacio físico, la dinámica de funcionamiento, el ambiente relacional y el trabajo en equipo, incluyendo el clima laboral. La dinámica de funcionamiento es la dimensión más extensa y refleja cómo está organizada la unidad en cuanto a protocolos y planificación de actividades y recoge el nivel de implicación de pacientes y familiares y el contacto con el resto de las y los profesionales implicados en la atención a la Salud Mental.

En cada dimensión se realiza una introducción a modo de justificación y se aportan datos de la situación actual en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se hacen recomendaciones de mejora, adaptadas a nuestro entorno. Las recomendaciones que, según la opinión del grupo de trabajo, tienen especial impacto en el ambiente terapéutico, **aparecen en el texto resaltadas en verde.**

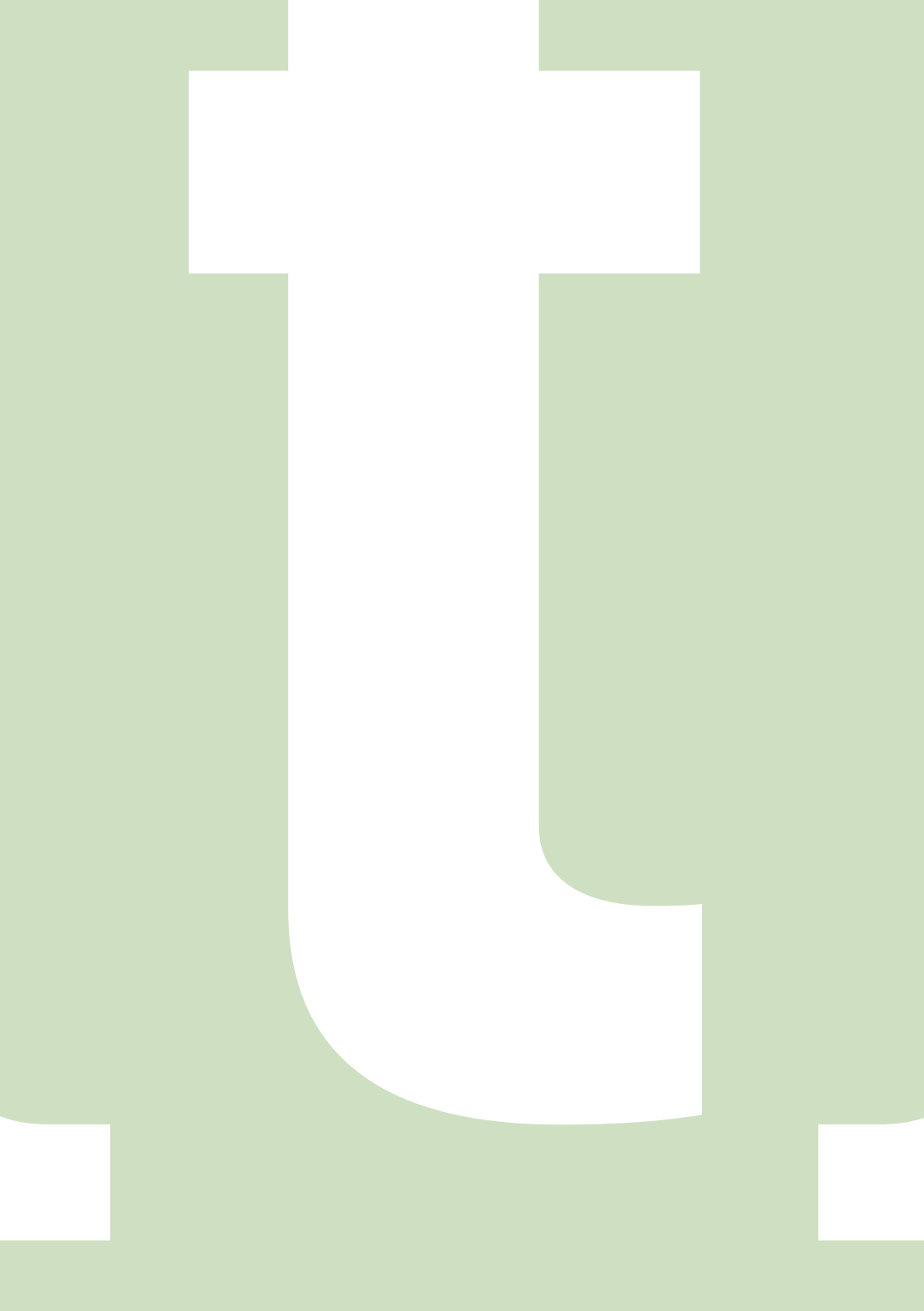
Este documento pretende ser un instrumento de ayuda en el proceso de la revisión del ambiente terapéutico y cada unidad o dispositivo tendrá que implantar las recomendaciones más adecuadas para mejorar su realidad.

Se presenta como documento anexo el Protocolo autonómico de Contención Mecánica, revisado y actualizado, al considerar que el manejo de situaciones susceptibles de contención mecánica está interrelacionado con el ambiente en las unidades y dispositivos. Este Protocolo adjunta un CD en el que se recogen distintos formularios y registros, de uso recomendado.



1

introducción



La mejora del ambiente terapéutico de los dispositivos de Salud Mental es una prioridad para el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y así queda reflejado en Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), en su estrategia de actuación 5: «Red sanitaria, modelo organizativa y cartera de servicios».

Entre los objetivos de esta estrategia se plantea mejorar el ambiente terapéutico de los dispositivos de Salud Mental para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de continuidad de cuidados y recuperación de las personas atendidas. Para garantizar una atención humanizada es imprescindible personalizar la atención y organizar los servicios basándose en las necesidades de los y las pacientes y no a la inversa^{1,2,3,4,5}.

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental, pero tiene unas connotaciones especiales en las unidades que prestan una atención continuada como son las unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) y las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM).

Un ambiente seguro y acogedor favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento y mejora la satisfacción y los resultados en salud^{6,7,8,9}.

Un comité de expertos de la Organización Mundial de Salud ya reconoció, en el año 1953, que la creación de una atmósfera terapéutica es en sí misma uno de los más importantes tipos de tratamiento que un hospital puede proporcionar. Este comité identificó las siguientes características de ambientes terapéuticos; preservar la individualidad del/de la paciente, tener confianza en las personas atendidas, fomentar las buenas conductas, potenciar la responsabilidad e iniciativa de los y las pacientes y proporcionar una actividad adecuada durante el día¹⁰.

En los estudios más recientes referentes a este tema sigue quedando patente que el ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. Además, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los y las profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica^{11,12}.

Se podría decir que un medio terapéutico es aquel que permite a las personas gozar de un entorno saludable, seguro, privado, digno, apropiado y con autonomía sin comprometer los objetivos clínicos de la unidad¹³.

Por ello, el II PISMA propone revisar el ambiente terapéutico en toda su complejidad y elaborar planes de mejora en las unidades y dispositivos, una tarea ambiciosa que pretende iniciar una línea de trabajo y que necesita el compromiso de profesionales, pacientes, familiares y gestores pero también una planificación y ejecución de intervenciones específicas¹⁴.

El II PISMA propone hacer esta revisión desde el enfoque de la «recuperación». En Salud Mental, este enfoque se relaciona con la toma de control por parte de la persona atendida sobre su proceso de recuperación social, independientemente de la evolución de su sintomatología clínica¹⁵.

Asimismo, la recuperación personal de las personas afectadas por un trastorno mental es un principio básico del Modelo de atención comunitaria a la Salud Mental y en este contexto, la preocupación por la seguridad de las personas y su entorno se debe de enfocar desde la protección de los derechos de los y las pacientes¹⁶.

Un informe del Parlamento Europeo sobre Salud Mental también relaciona el modelo comunitario con la promoción de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales y subraya la importancia del desarrollo de proyectos a largo plazo para la prestación de servicios de Salud Mental de calidad, tanto en dispositivos comunitarios como en los de régimen de internado¹⁷. En este mismo sentido se acordó en 2008, en el «Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar»¹⁸, que las personas que han padecido problemas de Salud Mental poseen una experiencia muy valiosa y es necesario que tengan un papel activo en la planificación y en la puesta en marcha de las actuaciones.

Por todas estas razones es fundamental incorporar la opinión a las personas usuarias y sus familiares en esta línea de trabajo, tanto desde la reflexión, como con respecto al papel activo que puedan tener en las unidades y dispositivos de Salud Mental.

Además, tomando como referencia la documentación disponible sobre las experiencias de personas usuarias y sus familiares en sus relaciones con los servicios de Salud Mental, quedan claramente identificadas sus expectativas, necesidades y demandas con respecto a las unidades de hospitalización de Salud Mental^{19,20,21,22}. En este sentido es importante resaltar que pacientes y profesionales a veces tienen una perspectiva diferente del mismo problema y que el ambiente de la unidad tiene más impacto en la satisfacción de los y las pacientes que en la de los y las profesionales^{23,24}. En cuanto a los episodios violentos o de agresividad, se identifica en los diferentes estudios que los y las profesionales atribuyen estos episodios principalmente a factores relacionados con la enfermedad, pero las personas usuarias discrepan de esta visión y sostienen que los factores interpersonales y de entorno son igualmente responsables²⁵.

Las áreas de mejora que destacan pacientes y familiares como más importantes en un estudio de la Federación Española de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, están relacionados con el trato al ingreso, la atención a las familias y la atención al estado de salud general y otros aspectos de la vida, temas muy relacionados con las dimensiones del ambiente terapéutico y la recuperación²⁶.

En el proyecto «La experiencia importa. Comunicación y trato en los servicios de Salud Mental»²² se señala la importancia de ofertar información sobre las asociaciones de personas usuarias y familiares, de estilos relacionales más horizontales entre profesionales y pacientes y del papel activo de los y las pacientes en su propio proceso de recuperación. También destaca la necesidad de cuidar los aspectos relacionados con la confortabilidad, la intimidad y la privacidad.

Al mismo tiempo, en los diferentes estudios se insiste en la necesidad de que las personas atendidas mantengan contacto con su vida fuera de la unidad, y en la «apertura» de las unidades hacia la comunidad, es decir, que acudan organizaciones o entes comunitarios a las unidades y que sean entornos más «permeables». Todo esto facilita la inclusión social de las personas⁵.

Los documentos técnicos y las guías de práctica clínica elaborados por el Sistema Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra^{1,2,3,4,5,13,27,28}, y especialmente por su Departamento de Salud, han sido una referencia a la hora de enmarcar este documento. Las unidades de hospitalización siguen siendo un componente crítico de los servicios de Salud Mental, especialmente las unidades donde ingresan pacientes en la fase aguda de su enfermedad. En un reciente estudio de la Health Commission del NHS, tras la revisión de la situación actual en más de 500 unidades de hospitalización en Inglaterra, se llega a la conclusión de que no siempre se prestan los mejores cuidados posibles. El estudio sugiere que esto podría estar relacionado con la falta de atención que han recibido las unidades de hospitalización en los últimos años, ya que el avance ha estado más enfocado al desarrollo de dispositivos comunitarios. Es posible que algo parecido haya pasado en nuestro entorno, al igual que en otros contextos donde se ha llevado a cabo una reforma de la atención a la Salud Mental hacia un modelo comunitario. Los resultados de la Health Commission señalan que hay margen de mejora en todas las unidades investigadas. Además resaltan la importancia de la oferta de cuidados personalizados, siendo esta la base para la recuperación e inclusión social de la persona, y que se presten en servicios seguros para todas las personas (pacientes, profesionales y visitantes de la unidad), ofertando las intervenciones más apropiadas⁵.

Con el objetivo de hacer más tangible y facilitar el análisis del «ambiente terapéutico» se identificaron para este documento 4 dimensiones que componen este concepto tan complejo, apoyándose en la literatura existente sobre este tema²⁹: el **espacio físico**, la **dinámica de funcionamiento**, el **ambiente relacional** y el **trabajo en equipo y clima laboral**. En cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno, o propuestas y consensuadas por el grupo de trabajo de este documento.

Asimismo se presenta como anexo a este documento el Protocolo autonómico de Contención Mecánica revisado y actualizado, al considerar que el manejo de situaciones susceptibles de contención mecánica está interrelacionado con el ambiente en las unidades y dispositivos³⁰. En varios estudios han sido identificadas las intervenciones claves para reducir de forma significativa la contención mecánica, siendo este un objetivo a incluir como indicador de calidad en las unidades de hospitalización. Estas intervenciones están relacionadas con el liderazgo para introducir cambios organizativos, el desarrollo profesional, el uso de prácticas basadas en la evidencia, el uso de herramientas preventivas, la inclusión de familias y usuarios y la comunicación rigurosa de los episodios^{31,32}.

2

antecedentes



En 2005 se inició una línea de trabajo desde el Programa Autonómico de Salud Mental sobre manejo de conductas disruptivas y mejora del ambiente terapéutico, con un Taller piloto en la unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Torrecárdenas, Almería.

El profundizar en esta línea de trabajo estaba motivado por la preocupación de los y las profesionales por la mejora del manejo de este tipo de conductas, ya que alteran en gran medida el funcionamiento de las unidades. Asimismo, se sabía gracias a los diferentes estudios que este tipo de conductas están relacionadas con el ambiente en las unidades y dispositivos, no sólo con la patología de las personas atendidas²⁵.

Se partió de la premisa que un ambiente contenedor previene y reconduce conductas disruptivas y facilita su manejo, sin perder de vista la importancia de buscar el equilibrio entre la necesidad de autonomía de la persona atendida y la estructura, evitando un exceso de rigidez¹⁴. Por este motivo, y con respecto a los contenidos del taller, se decidió afrontarlo desde una perspectiva preventiva y no desde el entrenamiento en habilidades para manejar las agresiones, una línea también utilizada en otros trabajos sobre ambiente terapéutico³⁰.

Se decidió integrar el Protocolo de Contención Mecánica dentro de los contenidos del taller y vincularlo, así, expresamente al ambiente terapéutico por la interrelación existente entre ambas partes.

A raíz de esta experiencia, y por la buena valoración de los y las profesionales, se abrió una línea de formación dirigida a profesionales de cuidados de las UHSM y CTSM.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud¹⁶ en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación, objetivos igualmente recogidos en el II PISMA²⁰.

El grupo de trabajo de este documento, formado por profesionales de diferentes categorías de las UHSM y CTSM, familiares y personas usuarias, revisó la literatura disponible sobre este tema, y se basó en resultados y conclusiones de grupos de trabajo y grupos focales en nuestro entorno más directo, además en su propia experiencia^{1,19,20,21,22}.

Para completar la información necesaria para el análisis de la situación se realizó en 2009, un estudio de tipo descriptivo transversal, en todas las UHSM y CTSM del SSPA, valorando las diferentes dimensiones del ambiente terapéutico. La tasa de respuesta de la UHSM ha sido de un 84% (16 de 19) y de las CTSM de un 85% (12 de 14). Los resultados del estudio han sido incorporados en este documento.

Para promover los cambios pertinentes, se estimó imprescindible iniciar las mejoras a nivel local, en cada unidad o dispositivo. Por esta razón se incluyó a los y las responsables de las unidades como agentes de cambio y se fomentó el debate entre profesionales a través de actividades formativas. Se realizaron talleres de trabajo con los y las responsables de las UHSM y CTSM, para presentar la actividad formativa, debatir sus contenidos e identificar «barreras» y «facilitadores» a la hora de abordar la mejora del ambiente terapéutico. En una primera fase, estas actividades formativas fueron dirigidas a profesionales del ámbito de cuidados, al ser profesionales que comparten mucho tiempo y espacio con los y las pacientes. Los objetivos estuvieron centrados en: dar a conocer las características, factores relacionados y consecuencias de las conductas disruptivas; favorecer el desarrollo de actitudes positivas y de espacios saludables; ofertar conocimientos y habilidades sobre estrategias preventivas y de intervención; favorecer la reflexión y retroalimentación, y compartir experiencias.

Para aportar elementos de mejora en la atención a los y las pacientes se incluyó en la actividad formativa, como parte no presencial, un ejercicio de reflexión, dirigido hacia una propuesta de mejora en la propia unidad o dispositivo.

Propuestas de mejora de los y las profesionales del SSPA

A continuación se presenta un resumen de los ejercicios de reflexión del alumnado de las actividades formativas. Estos datos corresponden al 50% de las CTSM y del 65% de las UHSM.

En ambos dispositivos existe una gran preocupación por mejorar el trabajo en equipo, como elemento fundamental en la mejora del ambiente terapéutico y manejo de conductas disruptivas. Con el objetivo de conseguir una mayor cohesión de equipo, se identifica la importancia de mejorar la comunicación intraequipo, procurando una comunicación más horizontal y un enfoque de trabajo inter o multidisciplinar. Las sesiones clínicas y las reuniones de equipo, tanto para tener espacios de análisis y autoevaluación, como para evaluar los conflictos y conductas disruptivas, se señalan como herramientas que contribuyen a fomentar el trabajo en equipo y un ambiente más terapéutico.

Los y las profesionales destacan, en ambos dispositivos, la necesidad de poder contar con personal con una formación adecuada, por lo que se sugiere que se tengan en cuenta las competencias de los y las profesionales y la formación continuada de los mismos. Al mismo tiempo se recoge la necesidad de una buena acogida en el equipo de trabajo de nuevos profesionales.

Con respecto a los aspectos de la organización del trabajo se subraya la importancia de la personalización de los cuidados, asignando profesionales referentes a las personas atendidas.

Hay aspectos que se proponen especialmente en los planes de mejora de las UHSM, no con la misma frecuencia en las CTSM, y hacen referencia la estructura física, tanto al espacio en sí y el acceso al aire libre, como a su mantenimiento.

Otro punto a mejorar es la planificación y coordinación de las actividades y la coordinación con el resto de la red, para garantizar la continuidad asistencial.

La mayor implicación de pacientes y familiares en el tratamiento se define como otra dimensión a tener en cuenta, empezando por una mejora de la acogida al ingreso.

También se sugiere que las normas de funcionamiento de las unidades y dispositivos necesitan ser revisadas, flexibilizadas, consensuadas y explicitadas.

Por último, se destaca la importancia de hacer más visible a la Gerencia del hospital las necesidades específicas que tienen los pacientes con patología mental, tanto en recursos materiales como humanos, y la posibilidad de reorganizar la unidad, valorando la diferenciación por patologías y/o necesidades de cuidados. Además, este último punto lo llevan identificando como crítico pacientes y familiares desde hace varios años^{19, 21, 22}.

En una segunda fase de esta línea de trabajo, en los años 2010-2011, se han planificado talleres de trabajo en las propias UHSM y CTSM, dirigidos a profesionales asistenciales, basados en las necesidades de las propias unidades e impartidos por docentes externos.

3

dimensiones de ambiente terapéutico



Con el objetivo de hacer más tangible el complejo concepto de ambiente terapéutico se han identificado 4 dimensiones que lo reflejan, al menos en parte²⁹.

Las dimensiones identificadas, como ya se ha mencionado en la introducción, son por un lado el espacio físico y la dinámica de funcionamiento en las unidades, y por otro, el ambiente relacional y el trabajo en equipo, incluyendo el clima laboral. La dinámica de funcionamiento es la dimensión más extensa y pretende reflejar cómo está organizada la unidad en cuanto a protocolos y planificación de actividades, y recoge además el nivel de implicación de pacientes y familiares y el contacto con el resto de los profesionales implicados en la atención a la Salud Mental. En cada dimensión se realiza una introducción a modo de justificación, se aportan datos de la situación actual en las unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) y Comunidades Terapéuticas (CTSM) y se hacen recomendaciones de mejora, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno, o propuestas y consensuadas por el grupo de trabajo de este documento.

El grupo de trabajo ha identificado las recomendaciones que, en su opinión, tienen especial impacto en el ambiente terapéutico en las unidades y dispositivos y **aparecen en el texto resaltadas en verde.**

3.1. Espacio físico

Justificación

El espacio físico es una parte básica del ambiente terapéutico y tiene un efecto importante sobre las personas que conviven en él: pacientes, profesionales y visitantes de las unidades y dispositivos². Para que el espacio físico sea terapéutico es fundamental encontrar un equilibrio entre aspectos como la seguridad, la privacidad y la dignidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las diferencias culturales.

En la bibliografía manejada para este documento, queda patente la relación entre el espacio físico y la prevención de conductas disruptivas y violentas². La guía de la National Institute for Clinical Excellence (NICE) sobre violencia¹³ dedica un apartado específico al entorno físico en las unidades de Salud Mental. En un documento interno del Programa de Salud Mental sobre las «unidades de hospitalización psiquiátrica de hospital general»³³ elaborado en 2002, se describen una serie de requisitos en cuanto a ubicación, infraestructura y mobiliario, en este mismo sentido. En este documento se hace especial hincapié en la seguridad y el confort. Las recomendaciones de seguridad se asemejan a las de la guía NICE sobre violencia¹³ y están centradas en la prevención de accidentes y actos auto-líticos. Con respecto al confort se recomienda la creación de un ambiente acogedor (paredes de color, muebles cómodos, cortinas, etc.).

En el mismo contexto, se elaboró en 2002 un documento interno del Programa de Salud Mental sobre las «Comunidades Terapéuticas»³⁴, que incluye re-

comendaciones específicas acerca del espacio físico. Este documento recomienda que en las CTSM conviene crear un ambiente no hospitalario, lo más normalizado posible, sin ocultar por ello el carácter de servicio sanitario que posee. Se persigue con esto que los y las pacientes disfruten de un ambiente cálido y acogedor, más parecido a una casa o a una pequeña residencia que a una planta de hospital. Estas recomendaciones también están recogidas en el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (Proceso TMG)¹⁹.

El Informe del Comité de Expertos para el Consejo de Europa «Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental»³⁵ aconseja crear un ambiente terapéutico positivo. Esto implica proporcionar el suficiente espacio a cada paciente, una iluminación adecuada, calefacción y ventilación y el mantenimiento del establecimiento en unas condiciones satisfactorias que cumplan los requisitos de higiene del hospital. Asimismo en el Proceso TMG, pacientes y familiares, en las expectativas recogidas a través de grupos focales, expresan la necesidad de que las UHSM sean espacios agradables, con posibilidad de acceso al aire libre¹⁹.

El «Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental; derechos humanos y legislación»³⁶ resalta la importancia de garantizar los derechos vinculados a la privacidad.

Los mencionados documentos recogen una serie de recomendaciones acerca del espacio físico, relacionados con el ambiente terapéutico, que se podría dividir en tres bloques: recomendaciones generales, relacionadas con la seguridad y referentes a las necesidades personales de las personas usuarias, con especial atención a la dignidad e intimidad^{2,4}.

Estado actual en UHSM y CTSM

Aunque el espacio físico es importante en todos los dispositivos de Salud Mental, en el contexto de este documento nos centramos en las UHSM y en las CTSM, por ser dispositivos donde las personas ingresadas permanecen las 24 horas.

Mientras todas las UHSM del SSPA están ubicadas en los Hospitales Generales, las CTSM presentan un panorama más variado y están ubicadas tanto en los Hospitales Generales como en espacios en la comunidad.

Muchas de las UHSM, tras el cierre de los hospitales psiquiátricos, ocupan un espacio físico con características arquitectónicas basadas exclusivamente en la atención, en fase aguda, de pacientes con patología somática. En esta fase de la Reforma psiquiátrica probablemente los equipos terapéuticos, pacientes y familiares tuvieron poca influencia sobre esta variable tan importante en el tratamiento. Por este motivo, se considera de suma importancia tener en cuenta la opinión de profesionales de Salud Mental, pacientes y familiares en el diseño de nuevas UHSM así como a la hora de plantear modificaciones y mejoras en los dispositivos existentes.

En un taller de trabajo que el Programa de Salud Mental llevó a cabo con responsables de las UHSM y CTSM en el año 2008, se resaltó la importancia de tener en cuenta *todas* las características del espacio físico (arquitectónicas, utilización de los espacios, seguridad, intimidad y dignidad, accesibilidad, imagen, mantenimiento, luz natural y acceso aire libre, etc.)

a la hora de plantear propuestas de mejora. Con respecto a la ubicación de las CTSM, entre los responsables actuales no hay una postura consensuada sobre cuál es el sitio más adecuado de ubicación, teniendo la ubicación urbana y comunitaria la ventaja de facilitar la accesibilidad y la inclusión social de las personas ingresadas y la ubicación hospitalaria la de facilidad de suministro y mantenimiento.

Los y las responsables de las UHSM identificaron la importancia de hacer un estudio adecuado del espacio físico en función de las personas atendidas, con la posibilidad de diferenciación por nivel de cuidados, insistiendo en tener espacios con usos diferenciados y acceso a espacios al aire libre. Actualmente hay algunas experiencias en este sentido en el SSPA (ver Anexo 1 y el punto 3.2.2 de este documento).

El cuidado de la imagen de las unidades se señaló como punto clave en las UHSM y CTSM. Este punto ha sido referido también en otros estudios que concluyen que un entorno sucio y desagradable es claramente antiterapéutico¹¹. Se considera de especial trascendencia cuidar este aspecto, ya que los espacios descuidados refuerzan los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen.

En el estudio descriptivo de las UHSM y CTSM se tuvieron en cuenta los siguientes ítems: la existencia de un documento de referencia de los estándares de espacio físico (por ejemplo «recursos y requisitos» Proceso Asistencial Integrado TMG, planes funcionales, documentos internacionales,...), el acceso al aire libre dentro de la unidad y la existencia de suficiente luz natural, la existencia de un espacio específico para las

actividades ocupacionales y si se cuenta con la opinión de profesionales, pacientes y familiares para modificaciones y mejoras en la unidad. La tabla 1 refleja los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 1. ESPACIO FÍSICO

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Existencia de documento sobre estándares espacio físico	41,7%	25,0%
Acceso al aire libre dentro del dispositivo	75,0%	68,8%
Suficiente luz natural en dispositivo	75,0%	81,3%
Espacio específico para actividades ocupacionales	100,0%	87,5%
Contar con opinión de profesionales sobre mejoras	100,0%	81,3%
Contar con opinión de pacientes y familiares sobre mejoras	75,0%	43,8%

*Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

Recomendaciones

Generales

- **Todos los espacios deben tener dimensiones apropiadas y acordes a la cantidad de camas de hospitalización.** Para ello es recomendable que se identifique la capacidad de la unidad y que se eviten ingresos por encima de la misma, como son los ingresos en «pasillo». Es imprescindible articular un plan de actuación en caso de que se presenten

ingresos por encima de esta capacidad (derivaciones a otras unidades o plantas, mejor programación de los ingresos y altas en el seno de las unidades de Gestión Clínica -UGC-, etc.).

- En unidades o dispositivos donde varias personas comparten una misma habitación, es importante proveer un ambiente privado en el cual se puedan recibir visitas ya que esto constituye un paso hacia la ampliación de los derechos vinculados con la privacidad.
- **Se debe de contar con los y las profesionales de Salud Mental, pacientes y familiares para las reformas y mejoras en las unidades.**
- La Comunidad Terapéutica de Salud Mental precisa un espacio físico propio, diferenciado y no compartido con otros servicios, bien comunicada y dotada de servicios y preferentemente situada en una zona urbana, y a ser posible, fuera de un espacio hospitalario.
- **Las unidades y dispositivos deben de disponer de sistemas de comunicación telefónica** y de medios que permitan a las personas atendidas mantener y mejorar el grado de ubicación en su entorno ambiental, cultural y social. Las normas con respecto al uso del teléfono tienen que estar especificadas, si bien, salvo que exista una contraindicación terapéutica, el uso del teléfono no debería de restringirse. En caso de contraindicación terapéutica, se recomienda que el manejo de la comunicación telefónica sea valorado por los y las profesionales referentes y consensuados con los y las pacientes (a quién llamar, con qué frecuencia, en qué franja horaria etc.).

Seguridad

- **Las medidas de seguridad han de ser proporcionales a las necesidades de pacientes y profesionales, discretas y visibles sólo cuando las circunstancias así lo aconsejen.**
- El diseño interno de la UHSM debe de facilitar la observación sin tener obstrucciones visuales. Se deberían tomar medidas para controlar los espacios ciegos, considerando por ejemplo el uso de cámaras, espejos convexos, etc., salvaguardando en todo momento el derecho a la privacidad e intimidad de las personas usuarias.
- En las UHSM los dormitorios y cuartos de aseo tienen que estar libres de elementos que pudieran ser usados para su autoagresión y los productos peligrosos deben de estar fuera del alcance de los y las pacientes y bajo llave.
- **En las unidades y dispositivos se deben controlar de forma adecuada la luz artificial, la temperatura, la ventilación y el ruido.** Además es importante tener suficiente luz natural en la unidad.
- Las unidades y dispositivos dispondrán de espacios al aire libre para aquellos y aquellas pacientes que no puedan o quieran dejar de fumar. Si no se dispone de espacios abiertos, las dependencias para fumadores tienen que tener una buena ventilación y deben tener puertas especiales para el humo.
- Salvo contraindicación terapéutica, los y las pacientes deben tener acceso a áreas exteriores a través de la unidad. En el caso de las UHSM,

estos espacios deben de estar adecuadamente vallados y se procurará el acompañamiento por parte del personal.

Necesidades personales

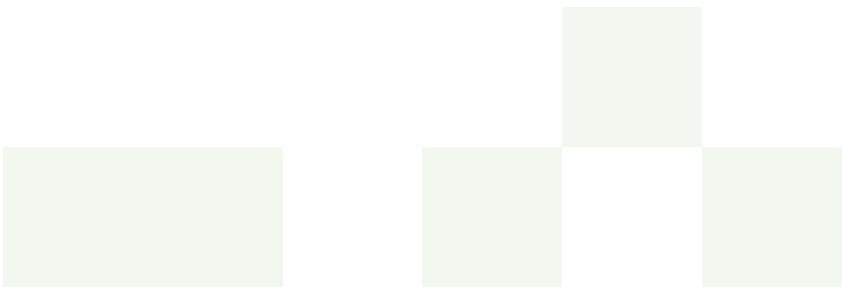
Estas recomendaciones están relacionadas con la privacidad, dignidad e intimidad de las personas atendidas. En este sentido los diferentes documentos consultados^{1,13,35} hacen especial hincapié en la importancia de tener en cuenta las necesidades individuales de las mismas, viéndose reflejado en las siguientes recomendaciones:

- Debe de haber un espacio para que los y las pacientes puedan meditar, rezar o tener reflexiones tranquilas.
- Debe de haber acceso a las estancias diurnas por la noche para aquellas personas usuarias que no consigan conciliar el sueño, con la finalidad de poder aplicar las intervenciones enfermeras dirigidas a fomentar una higiene de sueño adecuada.
- **Debe de haber acceso a los dormitorios, o poder disponer de otros espacios para tener tranquilidad, durante el día** cuando el/la paciente lo necesite y no esté contraindicado terapéuticamente, evitando normas estrictas y generales que no tienen en cuenta las necesidades personales de los y las pacientes.
- **Debe de haber un espacio** para actividades y un lugar para ver la TV, ya **que favorece que las personas usuarias mantengan un nivel óptimo**

de interacción entre sí y con los y las profesionales y disminuye el riesgo la aparición de conductas disruptivas o violentas.

- En las CTSM conviene diferenciar el área asistencial, los espacios comunes y los dormitorios. Estos últimos deben de ser utilizados solo por los y las residentes y no tienen porque acceder a ellos pacientes de hospitalización parcial.
- **Las personas usuarias deben de tener cuartos de baño y habitaciones diferenciados por sexo.**
- **Todos los espacios tienen que tener un aspecto y olor limpio haciendo especial hincapié en la imagen de la unidad.** Para garantizar un olor limpio en la UHSM habrá que buscar sistemas de ventilación, que al mismo tiempo garanticen la seguridad del paciente.
- Se debería prestar especial atención a la decoración de las zonas comunes de las personas atendidas y las zonas de recreo, con el fin de proporcionarles un estímulo visual.
- **Con respecto a la imagen es de suma importancia que las instalaciones tengan un aspecto digno y que se solucionen los desperfectos lo antes posible.**
- Siempre que sea posible, las personas usuarias deben de tener privacidad para llamadas telefónicas, recibir visitas y hablar con los y las profesionales.

- El suministro de mesitas de noche y armarios es altamente recomendable y **se les debería permitir a las personas usuarias conservar en ellos determinadas pertenencias personales (fotografías, libros, etc.).**
- **Se debería de proporcionar a los y las pacientes un espacio de uso personal con llave en el que puedan guardar sus pertenencias;** la falta de dicho espacio puede minar el sentido de seguridad y autonomía del paciente. En las UHSM el personal de cuidados debe custodiar la llave y posibilitar el acceso cuando el o la paciente lo necesite.
- Los servicios deberían garantizar la privacidad de las personas atendidas, valorando la posibilidad de cerrar las habitaciones, asegurando el control externo por parte del personal.
- **Con respecto a la vestimenta de los y las pacientes en la UHSM, es muy importante que sea digna (talla adecuada, sin roturas,...).** Se recomienda valorar el uso de ropa personal, según la situación clínica y garantizando la seguridad del paciente. La posibilidad de disponer de espacios físicos diferenciados por estadios clínicos (ver Anexo 1) facilita la puesta en marcha de estrategias personalizadas.
- El espacio físico debe de tener en cuenta las necesidades especiales de las personas atendidas (problemas de movilidad, de orientación, discapacidad visual y de oído, etc.).



3.2. Dinámica de funcionamiento

La dinámica de funcionamiento de las unidades y dispositivos se puede considerar la parte «central» del ambiente terapéutico y en este documento se ha optado por dividirla en 6 subapartados:

- 1 la fase de acogida,
- 2 la organización,
- 3 la oferta y planificación de las actividades,
- 4 la implicación activa de pacientes en el tratamiento,
- 5 la implicación activa de familiares en el tratamiento y
- 6 la continuidad y coordinación asistencial.

Cada subapartado se desarrolla por separado e incluye resultados del análisis de la situación actual en los dispositivos y recomendaciones.

3.2.1. Fase de Acogida

Justificación

La acogida en todas las unidades y dispositivos de Salud Mental es una parte esencial del proceso asistencial, ya que puede marcar las futuras relaciones terapéuticas.

A través de una buena acogida se pretende lograr la adaptación de la persona usuaria a la unidad o dispositivo, asegurando su bienestar integral.

Esta acogida cobra especial importancia en las unidades de hospitalización por el impacto que suele generar en pacientes y familiares⁴. Muchos pacientes refieren que el propio proceso del ingreso puede ser una experiencia estresante y degradante¹.

Los primeros días del ingreso en la UHSM pueden ser confusos y aburridos y muchas veces ni las personas usuarias ni sus familiares saben muy bien que es lo que se espera de ellos.

Especialmente en las primeras 72 horas del ingreso son importantes y se necesitan, orientación, pautas, información y apoyo, siempre considerando la vulnerabilidad y capacidad de la persona atendida en ese momento y valorando el formato adecuado de la transmisión de la información³. Es por esto la conveniencia de mostrarle las dependencias de la unidad, presentar al compañero o compañera de habitación y demás pacientes de la unidad o dispositivo y resolver las posibles inquietudes y dudas; siempre ofreciendo disponibilidad y apoyo por parte del personal.

Pacientes y familiares esperan que se afine y cuide el proceso de la evaluación inicial de los y las pacientes, tal y como han expresado en los grupos focales llevados a cabo para el Proceso Asistencial Integrado TMG¹⁹.

Todas las unidades y dispositivos deben de tener una política de recepción y orientación, teniendo claro las funciones de cada profesional en este proceso, y las necesidades especiales de ciertos grupos de población (minorías étnicas, personas que no dominan el castellano, personas con discapacidad, etc.)⁴.

Además, la información facilitada a pacientes y familiares debe de estar planificada y registrada, para ofertarla dependiendo de las necesidades de cada momento, evitando dar información en exceso en un momento en que no puede ser asimilada u omitir proporcionar cierta información, al suponer que ya se ha facilitado con anterioridad.

Estado actual en UHSM y CTSM

En el estudio descriptivo en las UHSM y CTSM se tuvieron en cuenta los siguientes ítems para analizar esta dimensión: la existencia de un protocolo de acogida, la oferta de información por escrito, la acogida específica de familiares y los contenidos de la información. La tabla 2 refleja los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 2. FASE DE ACOGIDA

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Existencia de protocolo de acogida	100,0%	100%
Oferta información escrito/folleto	75,0%	93,8%
Acogida específica familiares/allegados	91,7%	81,3%
Oferta de información general	100,0%	100,0%
Información oferta actividades	100,0%	68,8%
Oferta otro tipo de información	58,3%**	68,8%***

*Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas. **Tipo de información CTSM: objetivos dispositivo, ubicación, derechos y deberes, referentes profesionales, uso de recursos comunitarios. ***Tipo de información UHSM: Horario visitas y llamadas, horario de atención facultativos, uso pertenencias personales, normas convivencia, acompañamiento familiar, contenido y objetivos de actividades ofertadas.

Recomendaciones

El documento del Departamento de Salud de la NHS de Inglaterra sobre las unidades de hospitalización en fases agudas⁴, plantea recomendaciones generales y sugerencias de buenas prácticas con respecto a la fase de recepción y orientación. Estas recomendaciones han sido ampliadas y consensuadas por el grupo de trabajo de este documento, considerando esencial resaltar que la fase de acogida abarca no sólo el momento del ingreso sino también los primeros días de estancia.

La información recibida en este momento del proceso es fundamental para pacientes y familiares, tal como expresan los diferentes estudios cualitativos, por lo que se detalla con más precisión qué tipo de información se considera necesario facilitar. Aunque actualmente existen protocolos de acogida en todos las UHSM y CTSM en Andalucía, y en el 85% de estos dispositivos se facilita la información por escrito, existen bastantes diferencias entre las unidades con respecto a los contenidos y la forma de transmitir la información.

A continuación se sugieren buenas prácticas acerca de recepción y orientación, basado en el documento del Departamento de Salud de Inglaterra anteriormente mencionado⁴.

A la hora de incorporar estas prácticas, las unidades tendrán que especificar qué información se da en qué momento y quién se hace cargo de ella, ya que alguna información será proporcionada por personal facultativo y otra por profesionales de cuidados. Además

es recomendable incorporar herramientas de monitorización, tipo «checklist» (listado de comprobación), para garantizar que se haya facilitado toda la información pertinente. La información puede ser facilitada en formato individual o en actividades grupales diseñadas para la acogida de pacientes.

Buenas prácticas

- **Que haya políticas claras sobre salidas, acceso, contacto con familia y amistades, horario de visita y acceso al teléfono.**
- Que exista un manual o guía de personas usuarias acerca de los recursos disponibles en la unidad o dispositivo y como acceder a ellos.
- Que haya políticas para prevenir conductas o actitudes racistas, abusos o acoso sexual.
- **Que estén especificadas las normas de funcionamiento de las unidades o dispositivos.**
- Qué se planifique la presentación a la persona o personas con quién se va a compartir habitación y/o dispositivo.
- Que exista información clara sobre enfermedad, síntomas, servicios y tratamientos con el objetivo de poder ser facilitados a pacientes y familiares.

- **Que se informe a pacientes y familiares sobre sus derechos legales** en relación a las decisiones con respecto a su tratamiento, y que esta información sea recordada con cierta frecuencia.
- Que se facilite y promueve el acceso a servicios de apoyo.
- Que se disponga de un plano de la unidad en un lugar visible y de señalización clara dentro de la misma.
- **La persona atendida y su familia deben de recibir información durante la fase de acogida acerca de:**
 - El **motivo del ingreso**.
 - El **carácter del ingreso**, voluntario o involuntario, y lo que implica.
 - Los y las **profesionales referentes**, facilitando sus nombres por escrito.
 - El **funcionamiento de la unidad**, tanto verbalmente como por escrito:
 - Horarios de la unidad (descanso, comidas, visitas, consultas con personal facultativo, etc.).
 - Oferta de actividades terapéuticas: horarios y explicación de las mismas.
 - Normas, derechos y deberes, dirigido tanto a pacientes como a familiares.
 - Política de objetos personales (objetos prohibidos, de custodia y de acceso por la propia persona usuaria).
 - Política referente al consumo de tabaco.
 - Acceso al uso del teléfono.
 - Acceso a permisos de salida.

- Debe de haber acceso a servicios de apoyo, como puede ser el servicio de atención al usuario, servicios de traducción, etc.
- **Información sobre la existencia de la resolución 0229 del SAS/ 09, de 15 de mayo sobre «Garantía para la opción de acompañamiento de pacientes especialmente vulnerables con necesidad de atención sanitario en centros hospitalarios».**
- Debe de haber información sobre la ubicación geográfica y plano de la unidad o dispositivo, direcciones y teléfonos de interés.
- Además es recomendable informar por escrito sobre la existencia de asociaciones de personas usuarias y de familiares, facilitando correo electrónico y teléfono.

3.2.2. Organización de la unidad o del dispositivo

Justificación

En este apartado se aborda la manera de estructurar la atención al paciente, especialmente a través de los protocolos existentes, las normas de funcionamiento internas y la posibilidad de diferenciación de espacios físicos según los objetivos clínicos. Las otras partes claves de la organización de la atención, como son la planificación de las actividades y la coordinación y continuidad asistencial se desarrollará en los siguientes apartados.

La manera de organizar la unidad refleja sus objetivos y valores y puede ayudar a mejorar el ambiente y disminuir el nivel de conductas conflictivas. A través de una organización y funcionamiento clara y explicitada, las unidades actúan como «contenedores de seguridad» para pacientes y profesionales^{4,37,38}.

Las normas de funcionamiento pretenden regular las relaciones, tareas y horarios entre todas las personas integrantes de la unidad o dispositivo. Algunas son obvias, otras exigen la discusión y a ser posible el consenso con pacientes, profesionales y familiares. Las primeras, consideradas fundamentales, deben de limitarse a aquellos aspectos considerados esenciales para un funcionamiento adecuado del dispositivo, siendo las segundas las que recojan aquellos aspectos más cotidianos del día a día del dispositivo, que precisen de alguna regulación.

Es indispensable la regulación de las tareas entre todo el equipo de profesionales, que debe disponer de ellas para consulta inmediata. Todo el equipo debe respetarlas y valorarlas como una herramienta útil que facilitará la tarea y el manejo de situaciones comunes. Por otro lado, la uniformidad en los procedimientos impide que pacientes y familiares creen contradicciones y que la variabilidad en las respuestas ante sus demandas sea alta^{6,25}. Deben estar expuestas para su consulta por las y los profesionales e incluir normas sobre los siguientes aspectos: trato, convivencia, actividades, salidas, permisos terapéuticos, teléfono, TV, tabaco, visitas, objetos personales y horarios de habitaciones³⁹.

Los protocolos han de dotar de sentido y coherencia a las actuaciones terapéuticas, ya que garantizan intervenciones coordinadas y programadas.

Los protocolos mejoran la calidad asistencial, homogeneizan la oferta de servicios en orden a criterios de efectividad, eficiencia y eficacia y ofrecen tratamientos que integren los máximos elementos validados posibles, aunando diversas actuaciones³³. En la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se indica la necesidad de protocolizar los procesos de atención más prevalentes o de mayor complejidad asistencial, al igual que todas las medidas restrictivas de la libertad con el objetivo de mejorar la calidad de la atención a los problemas en Salud Mental y garantizar el respeto de los derechos y la dignidad de las personas atendidas¹⁶.

Al mismo tiempo, en el documento «Con la seguridad en mente», de la Comisión de Salud de Inglaterra, se analizan los protocolos y guías disponibles sobre la seguridad del paciente e identifican los temas más prevalentes en Salud Mental; accidentes, comportamiento agresivo o antisocial, seguridad sexual, autolesiones y suicidios, fugas y medicación⁴⁰.

También es conveniente protocolizar la organización de acuerdo con la secuencia temporal del abordaje del paciente, que incluya la descripción operativa de las actividades y tareas, y explicita los requisitos, responsables y registros, para asegurar una atención efectiva⁴¹ (ver Anexo 2, ejemplo UHSM).

Un tema crítico y muy debatido, especialmente por personas usuarias y familiares, es la convivencia de personas con motivos de ingreso y estadios clínicos muy variados en un mismo espacio físico en las UHSM^{15,19,20,21,42,43}. Esto dificulta la prestación de una atención individualizada y sensible a las necesidades específicas de los y las pacientes¹⁵.

Sin embargo, en el caso de las CTSM, con un perfil de pacientes más estándar, no procede plantear una división de espacios entre niveles de cuidado y estadios clínicos. Además, lo característico de este dispositivo es el uso del ambiente de la unidad como medio terapéutico, a modo de herramienta de trabajo para la reestructuración interna de la persona atendida y la consecución de una posición dentro de la sociedad lo más adecuada posible. Lo que sí conviene en las CTSM es diferenciar el área asistencial, los espacios comunes (estar y comedor) y los dormitorios³⁴.

Con respecto a las UHSM, en 2006 el grupo de pacientes que mayor número de ingresos ha requerido es el que corresponde a los trastornos psicóticos, que han supuesto el 60,95% del total de altas por trastorno mental. En segundo lugar destaca el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad y de la impulsividad, que ha supuesto algo más del 10% de ingresos²⁰.

Algunos indicadores característicos del *case-mix* de las UHSM son un alto porcentaje de pacientes con psicosis en fase aguda de la enfermedad, un alto porcentaje de pacientes involuntarios, una alta rotación de pacientes y un alto índice de ocupación⁴⁴.

En algunas UHSM del SSPA se están desarrollando experiencias con una reorganización basada en la adecuación del nivel de observación y cuidado según el estado clínico de la persona usuaria (ver Anexo 1). El modelo de unidades con espacios diferenciados favorece que el plan de tratamiento esté más centrado en el/la paciente, que éste sea multidisciplinar y coordinado y proporcione respuestas eficaces a situaciones críticas durante la estancia². Aunque se sabe que el plan de intervención sólo es viable si los recursos ne-

cesarios están disponibles, esta reorganización resulta eficiente pues las modificaciones estructurales y necesidades de recursos humanos son mínimas.

Las ventajas que se persiguen con este modelo organizativo son:

- 1** Adecuar el nivel de observación y cuidados médicos y de enfermería según el estado clínico de la persona atendida, posibilitando tratamientos incisivos con monitorización de efectos adversos.
- 2** Fomentar autonomía e implicación en el tratamiento del/de la paciente según la mejoría.
- 3** Respetar los derechos de pacientes voluntarios/as.
- 4** Evitar la mezcla de pacientes con distinto grado de gravedad, posibilitando la separación de pacientes vulnerables: mujeres, ancianos, primeros ingresos de personas jóvenes e inmigrantes.
- 5** Disminuir la petición de alta voluntaria cuando la hospitalización es necesaria, manteniendo así la voluntariedad de la persona atendida.
- 6** Diferenciación por grupos de patologías.

Es importante resaltar que este tipo de organización por niveles de cuidados se caracteriza por la valoración continuada de las personas usuarias y está sustentada en el trabajo en equipo, ya que en cada momento se asignan los y las pacientes al nivel de observación más adecuado. Esta organización además exige una flexibilidad en el trabajo por parte del equipo de profesionales, ajustándose a las necesidades de los y las pacientes que se encuentren en la unidad. Para ello es importante un alto grado de «permeabilidad» entre los diferentes niveles, para facilitar la asignación de pacientes según sus necesidades.

Estado actual en UHSM y CTSM

En el estudio descriptivo en las UHSM y CTSM se tuvieron en cuenta los siguientes ítems relacionados con esta dimensión: existencia de protocolos específicos acerca de temas especialmente relacionados con la seguridad en las unidades y dispositivos⁴⁰ y la explicitación de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.

La tabla 3 refleja los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 3. PROTOCOLOS Y NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Protocolo Accidentes de pacientes	41,7%	50,0%
Protocolo Comportamiento agresivo o antisocial	75,0%	56,3%
Protocolo Seguridad sexual	58,3%	18,8%
Protocolo Autolesiones y suicidio	50,0%	68,8%
Protocolo Medicación	91,7%	75,0%
Protocolo Fugas y desaparición de pacientes	91,7%	81,3%
Protocolo Contención Mecánica	58,3% **	100,0%
Explicitación normas de funcionamiento	91,7%	75,0%

* Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas. ** No en todas las CTSM se aplica Contención Mecánica. En las que sí se aplica existe un protocolo.

Recomendaciones

- **Que haya equipos estables de profesionales**, aunque sin dejar de facilitar la rotación de profesionales individuales por las diferentes unidades de la UGC para fomentar la motivación, el dinamismo y la innovación en los equipos.
- Tratar a través de apoyo, supervisión y formación continuada el déficit en niveles, competencias y formación de profesionales.
- Asegurar suficiente apoyo a los y las profesionales de a pie, por parte de los cargos intermedios, a través de espacios regulados dentro de la organización de la unidad (elaborar protocolos, reuniones de equipo, formación in situ, etc.).
- **Identificar y acordar protocolos:**
 - 1 Para aplicar a pacientes con **diagnósticos y procesos determinados:**
 - Esquizofrenia.
 - Trastorno bipolar.
 - Depresión.
 - Trastorno de personalidad.
 - Trastorno Mental Grave.
 - 2 Dirigidos a **situaciones clínicas frecuentes:**
 - Acogida pacientes y familiares.
 - Actividades Ocupacionales.

- Permisos y ensayos terapéuticos.
- Reducción del tabaquismo.
- Determinadas terapias biológicas: TEC, Litio, clozapina, anticoagulación para Contención Mecánica.
- Contención Mecánica.
- Alta.

3 Destinados a los **riesgos más frecuentes** :

- Agresiones.
- Autolesiones/prevención de suicidio.
- Acoso/asalto sexual.
- Errores en la prescripción/administración de fármacos.
- Fugas.
- Caídas.
- Úlceras por presión.

4 Referentes **a la secuencia temporal del abordaje del paciente**, incluyendo: descripción de actividades y tareas, requisitos, responsables y registros (ver Anexo 2) o diferenciado por fases: indicación, inicial, intermedia y final, siendo esto un modelo más adaptado a la CTSM (ver Anexo 3).

- **Explicitar normas de funcionamiento** con el objetivo de regular las relaciones, tareas y horarios entre todas las personas miembro de la unidad o dispositivo. Deben incluir normas sobre los siguientes aspectos y estar expuestas para su consulta por los y las profesionales: Trato, convivencia, actividades, salidas, permisos terapéuticos, teléfono, TV, tabaco,

visitas, objetos personales, administración económica, horarios de habitaciones y régimen de visitas. Se recomienda revisar anualmente las normas en el seno del equipo y a ser posible, con el grupo de pacientes.

UHSM

En concreto, en las UHSM se recomienda valorar la reorganización por niveles asistenciales justificada por la necesidad de una atención individualizada y sensible a las necesidades específicas de cada paciente (ver Anexo 1). Para ello habrá que:

- **Estudiar**, en cada UHSM, **la posibilidad de implantación de un modelo con espacios diferenciados**, teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.
- Estudiar en cada UHSM la forma de separar a pacientes más vulnerables: mujeres, ancianos/as, primeros ingresos, jóvenes e inmigrantes.
- **Estudiar la posible diferenciación en: observación intensiva**, para situación de crisis y con pocas camas (25% camas) **y el nivel «clásico»**, más habitual en las UHSM (75% camas).

3.2.3. Oferta y planificación de actividades

Justificación

La oferta de actividades a los pacientes durante su ingreso, tanto en la UHSM como en la CTSM, es un tema clave en el proceso de recuperación de las personas y una característica de un ambiente terapéutico. La importancia de la estructuración del tiempo a través de la oferta de actividades ha sido identificada en muchos estudios como elemento crítico, especialmente en estudios cualitativos con pacientes y familiares, pero también en guías de práctica clínica^{1,2,3,4,13,27,28}.

Además, en estos estudios se relaciona claramente el aburrimiento con violencia y otras conductas disruptivas en las unidades. Sin embargo, la oferta de actividades tiene un impacto mucho más profundo por su función rehabilitadora².

Con la actividad se crea un clima terapéutico, en el cual cada paciente puede desarrollar su potencial de crecimiento, dando la posibilidad de que la persona actúe y se relacione con los objetos e individuos de su entorno. Esto facilita la autorrealización individual, que conlleva la consecución de logros y la modificación de los problemas psicosociales de la persona afectada. Asimismo, la planificación horaria del funcionamiento de las unidades y servicios, ofrece un orden externo que hace que la persona atendida se sienta mejor y que, además, ayuda a reestructurar el desorden interior de la persona^{45,46,47}.

El ingreso en las UHSM y CTSM no debe de suponer una ruptura en la vida diaria de las personas, sino una continuidad, donde se intentará conseguir el menor deterioro de las áreas humanas básicas, instrumentales y sociales. Igualmente, se pueden detectar nuevos hábitos o intereses del paciente que les ayuden a encontrar su lugar en la sociedad. A través de las actividades se abre y sostiene un espacio de diálogo y escucha que ayuda a los y las pacientes a salir del aislamiento. Especialmente en las actividades grupales, se persigue además un proceso socializador. Las personas usuarias pueden hablar de sus síntomas y malestares, de sus deseos, hacer peticiones y ser reconocidos. Mediante la participación en las actividades, la persona atendida desempeña un papel activo en el proceso de tratamiento al ser envuelta en la elección de las actividades utilizadas y aprende a tomar decisiones. Además, las actividades son un medio de escape y de desahogo de las angustias, preocupaciones y miedos y en el desarrollo de las mismas se puede abordar el estrés de la hospitalización^{45,46,47}.

La oferta de actividades terapéuticas ocupacionales, utilizada de manera propositiva, puede facilitar un cambio positivo en el nivel funcional de una persona. Dependiendo de los objetivos terapéuticos, la ejecución de la actividad puede proporcionar el medio para incrementar la fuerza, fomentar la interacción social, disminuir la ansiedad o estimular la función cognitiva.

Una clave para la oferta de actividades es la identificación cuidadosa de las destrezas requeridas para una actividad prescrita, así como una total comprensión de la actividad. Por este motivo, la persona atendida desempeña un papel activo en el proceso de tratamiento al ser involucrada en la elección de las actividades utilizadas. No obstante, el juicio profesional

de la persona responsable y la aplicación de las actividades seleccionadas determinan la efectividad terapéutica de una actividad^{45,46,47}.

La existencia de un programa de actividades contribuye a crear un espacio terapéutico que favorece la disminución de las defensas y reticencias de la persona afectada y el inicio desde el primer momento de las intervenciones dirigidas a una recuperación integral.

Con respecto a los contenidos de las actividades, las y los pacientes señalan en los diferentes estudios la importancia de la oferta de actividades que tengan sentido para ellos/as, que se ajusten a sus necesidades, y no sólo sirvan para «ocupar el tiempo»¹³. El conjunto de las actividades debe de tener un papel terapéutico, por lo que todas las categorías profesionales deben de participar en su programación, oferta y estructuración²¹.

Al mismo tiempo, en los estudios del NHS se ha puesto de manifiesto que las unidades que ofertan programas de hábitos de vida saludable tienen una organización de trabajo más centrada en el enfoque de la recuperación^{2,5}, identificando la existencia de estas actividades como un indicador de calidad.

Los y las profesionales de terapia ocupacional tienen los conocimientos para programar, ejecutar y evaluar las actividades ocupacionales en el seno del equipo asistencial. En la actualidad, en el SSPA, se cuenta terapeutas y monitores/as ocupacionales en todos los equipos de trabajo de las CTSM y en cada vez más en las UHSM. La oferta de actividades ocupacionales se suele hacer en formato grupal, muy apropiado en las

CTSM, pero en las UHSM habrá que tener en cuenta algunas limitaciones y modificaciones a la hora de la realización de una actividad grupal. Estas limitaciones están relacionadas con el cambio rápido de composición del grupo, la escasa o nula preparación pregrupal y la heterogeneidad en la psicopatología. Pero también influyen factores como los turnos rotatorios de los y las profesionales, la asignación de profesionales con poca experiencia y formación en dinámica de grupos, el estrés que se produce en la unidad (y que repercute en el grupo) y la dificultad para adquirir el material y los medios para llevar a cabo las actividades^{45,46,47}.

Otro punto crítico es el horario de la oferta de actividades, referido por muchas personas atendidas a través de grupos focales, haciendo referencia a un alto nivel de ociosidad en ciertas franjas horarias⁵. Tanto en las CTSM como en las UHSM se ofertan actividades durante las mañanas, pero esta oferta no está garantizada durante las tardes en las UHSM y los fines de semana en ambos dispositivos. Sin embargo, la provisión de actividades durante las tardes y fines de semana ayuda a maximizar el compromiso terapéutico, promueve seguridad y apoya el proceso de recuperación^{1,2,3,5,19}.

Estado actual en UHSM y CTSM

En el estudio realizado en las UHSM y CTSM se tuvieron en cuenta los siguientes ítems: programas o actividades ofertadas y su horario, dividido en mañanas, tardes y fines de semana. La tabla 4 refleja los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 4. PROGRAMAS O ACTIVIDADES OFERTADAS Y HORARIO

ÍTEM	CT*	UHSM*
ACTIVIDADES		
Tipo «grupo de buenos días»	100,0%	75,0%
Psicomotricidad/deporte	100,0%	75,0%
Estimulación cognitiva	91,7%	62,5%
Creativas	91,7%	93,8%
Relajación	83,3%	62,5%
Hábitos de Vida Saludable	100,0%	75,0%
Psicoeducativas	100,0%	62,5%
HORARIO		
Oferta horario mañana	100,0%	100,0%
Oferta horario tarde	100,0%	56,3%
Oferta horario fin de semana	66,7%	37,5%

*Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

Recomendaciones

- **Ofertar actividades en horario de mañana, tarde y fines de semana.**
La provisión de actividades durante las tardes y fines de semana ayuda a maximizar el compromiso terapéutico, a promover seguridad y a apoyar el proceso de recuperación.
- Fomentar la implicación activa de las personas atendidas, acordando y consensuando las actividades en el plan de tratamiento.

- **Dar a conocer a todo el equipo de trabajo los objetivos y contenidos de las actividades**, para fomentar el apoyo a las actividades por todos los y las profesionales (recordar horario y asistencia a los y las pacientes, procurar un ambiente lo más tranquilo posible alrededor del espacio de actividades, intervenir en caso de crisis, etc.).
- Asignar profesionales para el apoyo «externo» del espacio grupal aportando seguridad al grupo, preservar el espacio grupal y dar apoyo en situación de crisis.
- **Integrar las actividades en los planes y programas de tratamiento** llevados a cabo en la unidad o dispositivo, a través de planificación y seguimiento en las reuniones de equipo multidisciplinar.
- Ofertar actividades que tengan sentido para los pacientes. Para ello habrá que tener en cuenta su opinión a la hora de programar la oferta de actividades y evaluar las mismas.
- **Ofertar actividades relacionadas con la salud general** de los y las pacientes en todas las unidades abordando, como mínimo, las siguientes áreas: dietas y comida sana, actividad física, deshabituación tabáquica, abuso de sustancias y salud sexual.
- Fomentar la continuidad asistencial en el área ocupacional, procurando el conocimiento de las actividades ofertadas en el resto de la red de atención a la Salud Mental (otros dispositivos de la UGC de SM, recursos ocupacionales de la Fundación Pública Andaluza de la Integración

Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), asociaciones de familiares y personas usuarias). En este sentido se recomienda que se realice una evaluación del área ocupacional del paciente al alta.

- Fomentar la formación del personal en dinámica de grupos para garantizar una oferta de actividades grupal efectiva.
- **Garantizar el apoyo logístico** para adquirir el material y los medios para llevar a cabo las actividades.

3.2.4. Implicación activa de pacientes

Justificación

La implicación de la persona atendida en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud, conlleva potenciar su autonomía y responsabilidad, mejorando la aceptación y adherencia al tratamiento y favoreciendo su proceso de recuperación. Por esto motivo el II PISMA procura garantizar la participación ciudadana a través de objetivos y actividades a desarrollar a lo largo de su periodo de vigencia²⁰.

Es importante llevar la filosofía de la participación ciudadana a la práctica diaria de los servicios de Salud Mental, con el objetivo de seguir avanzando en la incorporación de la perspectiva de recuperación. Tener en cuenta la experiencia de los y las pacientes se considera clave para proveer la excelencia en prestaciones de salud^{1,2,3,4,17,18,28}.

La idea de la recuperación reside en un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por si misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. Se basa en ideas de autodeterminación y autocontrol y enfatiza la importancia de la esperanza para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena a pesar de la enfermedad⁴⁸.

La perspectiva de la recuperación proporciona un nuevo impulso a la orientación comunitaria de la atención a la Salud Mental y se ha convertido en el principio organizativo clave que subyace en los servicios de Salud Mental de Nueva Zelanda, los Estados Unidos y Australia, y, más cerca de nuestro entorno, en Irlanda, Escocia e Inglaterra.

Según Andersen, Oades y Caputi, la recuperación tiene 4 componentes claves⁴⁹:

- 1 Encontrar esperanza y mantenerla:** creer en uno/a mismo/a, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.
- 2 Restablecimiento de la identidad positiva:** encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno/a mismo/a.
- 3 Construir una vida con sentido, entender la enfermedad:** encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad y dedicarse a vivir.
- 4 Asumir responsabilidad:** sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

La incorporación de la visión de la recuperación en los servicios de Salud Mental hace imprescindible procurar una implicación activa de las personas atendidas en su tratamiento y organización de los servicios. Adaptar los servicios para involucrar al máximo a los y las pacientes, independientemente de su estado, es un reto que debe de considerar cada organización⁵. Esto implica que los servicios deberían de estar organizados alrededor de las necesidades de los y las pacientes y no al revés.

La visión de la recuperación impregna todas las dimensiones del ambiente terapéutico relacionándose con un entorno físico digno y seguro, una acogida personalizada, la oferta de información sobre todo lo que le afecta, una organización de la unidad basada en las necesidades de los y las pacientes, una oferta de actividades que tengan sentido para el paciente, etc.^{5,27}.

Estado actual en UHSM y CTSM

En el estudio sobre la situación actual en las UHSM y CTSM, se tuvieron en cuenta los siguientes ítems: acordar el plan de tratamiento y de cuidados con el/la paciente, asignación de personal de enfermería de referencia, implicación de los y las pacientes en la organización de la unidad/dispositivo a través de algún espacio preestablecido (tipo asamblea) y existencia de un contacto reglado con las asociaciones de personas usuarias. La tabla 5 refleja los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 5. IMPLICACIÓN ACTIVA DE LOS PACIENTES

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Planes de tratamiento y cuidados acordados con el/la paciente	100,0%	62,5%
Asignación de personal de enfermería de referencia	100,0%	100,0%
Implicación de pacientes en la organización (tipo asamblea)	100,0%	31,3%
Contacto reglado con asociaciones de personas usuarias	50,0%	31,3%

*Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

Recomendaciones

- **Asignar profesionales referentes a cada paciente**, tanto personal facultativo como de cuidados, que se hagan cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados del paciente. De esta manera se fomenta la transmisión efectiva de la información, acerca de sus derechos, deberes, objetivos de la unidad etc., y se garantiza al máximo que la visión personal de la persona atendida quede explicitada en el plan de tratamiento.
- Personalizar los cuidados y acordar el plan de tratamiento con las personas usuarias.
- Fomentar la **implicación de los y las pacientes en la toma de decisiones** sobre sus cuidados y de la organización de la unidad, ofertando

espacios para la información, discusión y toma de decisiones compartidas, tipo asamblea.

- **Tener en cuenta la opinión**, demandas y necesidades **de los y las pacientes en la organización de la unidad**, puesto que como usuarios/as cuentan con conocimiento experto del funcionamiento del dispositivo. Esta información se puede obtener «en directo» de los pacientes durante el ingreso o de forma diferida, a través de las organizaciones de personas usuarias, estudios cualitativos, encuestas de satisfacción, reclamaciones, buzones de sugerencias en las unidades y dispositivos etc.
- Inclusión de la perspectiva de las personas atendidas en los planes de formación continuada. Esta perspectiva provee a los y las profesionales de una comprensión de la experiencia en primera persona de las y los pacientes.
- Contar con la opinión de los y las pacientes para modificaciones y mejoras en las unidades y dispositivos, relacionadas con el espacio físico.
- Procurar tener un contacto reglado con las asociaciones de personas usuarias.

3.2.5. Implicación activa de familia y personas allegadas

Justificación

La familia y las asociaciones de familiares tienen una importante labor, tanto en el proceso de tratamiento y recuperación de la persona, como en el ámbito de la concienciación y sensibilización de la ciudadanía sobre el cuidado de la Salud Mental, el respeto de los derechos de las personas con trastorno mental y en la integración social y laboral del colectivo²¹. Lo mismo que en el caso de la implicación activa de los y las pacientes, es importante llevar a la práctica diaria de los servicios de Salud Mental la participación de sus familiares. Para conseguir una implicación efectiva habrá que facilitar información a la familia, tanto en la acogida, como a lo largo del proceso de ingreso en base a lo establecido en la Ley 41 /2002 de Autonomía del paciente. Esta información debe de estar relacionada con el objetivo y el funcionamiento de la unidad, horarios, acceso a profesionales etc. Sin embargo, para procurar una implicación activa real y una aportación efectiva de las familias en el tratamiento de sus familiares y el funcionamiento de las unidades habrá que contar además con su opinión y visión.

Las familias y cuidadoras/es tienen una amplia experiencia en el afrontamiento de las conductas difíciles de los y las pacientes y han desarrollado maneras de manejarlas¹. Estas experiencias son vitales a la hora de entender las respuestas individuales de los y las pacientes y se deben de tener en cuenta, aunque ateniéndose, siempre, a lo establecido en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente.

El hecho de que familiares puedan presenciar en las unidades de hospitalización cómo los y las profesionales manejan las conductas disruptivas y cómo estos episodios les afectan a ellos mismos, a su familiar y a otras personas usuarias, es un indicador clave de calidad de cuidados y puede tener un gran impacto en su relación con el equipo multidisciplinar¹.

El primer paso para implicar a las familias en el tratamiento es identificar si hay una persona cuidadora principal, algo que no siempre se recoge de forma estandarizada⁵.

En los últimos años se ha ido avanzando en el SSPA en la implicación de las familias en el tratamiento de los y las pacientes, tanto a través de programas de psicoeducación familiar, como a través de la facilitación de acompañamiento familiar y/o contacto con ellas durante los ingresos y la presencia de las asociaciones de familiares y personas usuarias en las unidades y dispositivos.

Para seguir progresando en esta línea parece oportuno hacer unas recomendaciones a la hora de plasmar la implicación activa de las y los familiares en la práctica diaria^{1,3,5,19}.

Estado actual en UHSM y CTSM

En el análisis realizado en las UHSM y CTSM se tuvieron en cuenta los siguientes ítems: entrevistas con profesionales de referencia, implicación de familiares/personas allegadas en la organización de la unidad a tra-

vés de espacios o programas preestablecidos, facilitación de presencia de familiares en la unidad/dispositivo y existencia de contacto normalizado con asociaciones de familiares. La tabla 6 refleja los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 6. IMPLICACIÓN ACTIVA DE FAMILIARES

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Programación de entrevistas con facultativos de referencia	100,0%	87,5%
Programación de entrevistas con personal de enfermería de referencia	75,0%	62,5%
Implicación de familiares en la organización del dispositivo	33,3%	25,0%
Facilitación de presencia de familiares y personas allegadas en la unidad	83,3%	100,0%
Contacto formalizado con asociaciones de familiares	41,7%	18,8%

*Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

Recomendaciones

- Identificar en la valoración al ingreso la **existencia de una persona cuidadora principal**.
- Dar una información por escrito sobre la unidad. Esta información debe de estar además disponible en el servicio de atención a la ciudadanía.

- **Ofertar una entrevista a la familia, con el consentimiento del/de la paciente, en los tres primeros días del ingreso** con un/a profesional de la unidad, para dar información más personalizada, recoger su visión sobre su implicación actual y futura y recoger su experiencia acerca del manejo del/de la paciente.
- **Asignar a una persona del equipo de profesionales como responsable de todo lo relacionado con las familias/personas cuidadoras.**
- Tener profesionales formados en cómo apoyar a las familias y como reconocer sus necesidades.
- **Incluir la perspectiva de los y las familiares en todos los programas de formación de profesionales** relacionados con el **manejo** seguro y terapéutico de las **conductas disruptivas.**
- Facilitar información en la unidad sobre asociaciones de familiares y pacientes.
- Facilitar el acceso a actividades de ayuda mutua, a través de información sobre las mismas y derivación a programas de acogida de familiares en las unidades de hospitalización en caso de existencia de dichos programas.
- Contar con la opinión de las personas allegadas/familiares para modificaciones y mejoras del espacio físico en las unidades y dispositivos.

3.2.6. Continuidad asistencial y de cuidados

Justificación

La continuidad asistencial es una dimensión inherente a la calidad de los servicios y es un elemento central en el SSPA, tal como consta en el II Plan de Calidad. La continuidad asistencial es una visión compartida del trabajo asistencial como un *continuum* en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes y en tiempos de actuación diferentes⁵⁰.

En el ámbito de Salud Mental, la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en la red territorial como en la dimensión temporal, es la forma operativa de organizar y coordinar el trabajo comunitario y constituye una pieza clave en el modelo de atención a la Salud Mental. La continuidad de cuidados requiere articular y coordinar servicios y profesionales que atiendan a pacientes a lo largo de su proceso asistencial para que las intervenciones sean adecuadas, eficaces, coherentes y de calidad, necesitando estrategias activas para evitar la tendencia natural de los servicios, que es precisamente la fragmentación⁵¹.

Las actitudes y aptitudes a favor o en contra de la continuidad asistencial de los y las profesionales están influidas por los servicios en los que están incluidos/as (organización, intereses, prioridades, dotación, presión asistencial, relación con otros servicios, etc.) y las características propias de cada profesional (bagaje profesional y personal). Sin embargo, cada profesional de la red debería de estar en disposición de plantear objetivos

de trabajo con otros/as profesionales, ser capaz de escuchar y respetar al resto, y poder establecer una comunicación con aquellas personas que participen en la elaboración de una estrategia terapéutica⁵¹.

Con respecto a las unidades de hospitalización (UHSM y CTSM), un objetivo importante consiste en la coordinación de las actuaciones propuestas, dando continuidad al plan de tratamiento dentro de las unidades y garantizando la continuidad asistencial adecuada una vez se produzca el alta².

La función de la continuidad asistencial y de cuidados tiene dos sentidos, uno hacia «dentro», interna, y otro hacia «fuera», externa⁵².

La **continuidad asistencial interna** se lleva a cabo a través de reuniones establecidas por la unidad o dispositivo, si bien no exclusivamente en ellas. La propia Coordinación de la unidad o dispositivo debe garantizar que se desarrollen y por tanto deben estar integradas en el horario de actividades. Esta continuidad asistencial hace referencia a las reuniones multiprofesionales diarias³, reuniones de equipos asistenciales referentes, reuniones de relevo entre turnos, reuniones de equipo para informar sobre la organización, protocolización y normas de funcionamiento general, sesiones clínicas multidisciplinares y reuniones para trabajar la comunicación intraequipo, donde se pueden tocar temas como clima laboral, evaluación de conflictos, etc.

La **continuidad asistencial externa** se refiere a las relaciones con otros dispositivos de la red de atención a la Salud Mental, tanto sanitarios como de apoyo social.

A través de los canales de comunicación utilizados para la continuidad externa, se intercambia información sobre las personas ingresadas (historia clínica, circunstancias y objetivos del ingreso, evolución en la USMC, expectativas de alta, etc.). Tienen como objetivo la continuidad terapéutica de los y las pacientes y la adecuación de la demanda entre dispositivos. Este tipo de continuidad asistencial se puede realizar por teléfono, por informes de alta y continuidad de cuidados, reuniones de relevo de guardias entre personal facultativo, en la Comisión TMG¹⁹, etc.

Con respecto a la red de apoyo social de FAISEM, existen espacios reglados entre ambas redes, como pueden ser las comisiones provinciales intersectoriales SAS-FAISEM-Consejería de Igualdad y Bienestar Social (CIBS), pero la coordinación también se establece entre los y las profesionales asistenciales de estas redes acerca del abordaje de las personas usuarias. La relación entre Salud Mental y Atención Primaria se suele garantizar desde las unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), pero igualmente se puede articular desde los otros dispositivos de la red, dependiendo de las necesidades de los y las pacientes. Además, en el modelo comunitario de atención a la Salud Mental existen relaciones con otros servicios y estructuras, como los centros de drogodependencia, servicios sociales, justicia y asociaciones de pacientes y familiares². Asimismo, la oferta de programas o actividades en conjunto con otros dispositivos de la red de Salud Mental refleja una comunicación y grado de «apertura» hacia fuera del propio dispositivo y facilita la continuidad asistencial y de cuidados^{5,51}.

Estado actual en UHSM y CTSM

En el análisis de la situación actual en las UHSM y CTSM se tuvieron en cuenta diferentes ítems. Con respecto a la continuidad interna de la unidad o dispositivo se preguntó por la existencia de reuniones de incidencias, reuniones multidisciplinarias de seguimiento, sesiones clínicas multidisciplinarias y reuniones multidisciplinarias para trabajar la comunicación intraequipo (reuniones programadas para tratar tema como clima laboral, objetivos de la unidad, evaluación episodios de contención mecánica, evaluación de conflictos, etc.).

Acerca de la continuidad externa se preguntó por los canales de comunicación con las USMC y sus modalidades, con la red de apoyo social y Atención Primaria y la oferta de intervenciones conjuntas con otras unidades/dispositivos de la red de atención a la Salud Mental.

Las tablas 7a y 7b reflejan los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 7A. CONTINUIDAD ASISTENCIAL INTERNA

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Reuniones de incidencias	100,0%	100,0%
Reuniones multidisciplinarias de seguimiento de pacientes	100,0%	93,8%
Sesiones clínicas multidisciplinarias en la unidad/dispositivo	75,0%	68,8%
Reuniones multidisciplinarias para trabajar la comunicación intraequipo	75,0%	37,5%

*Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 7B. CONTINUIDAD ASISTENCIAL EXTERNA

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Existencia de canales de comunicación con las USMC	100,0%	100,0%
Modalidad: teléfono	91,7%	93,8%
Modalidad: visita USMC a CTSM/UHSM:	66,7%	62,5%
a) contacto con pacientes	50,0%	50,0%
b) contacto con facultativos/as	66,7%	62,5%
c) contacto con enfermería	66,7%	62,5%
d) contacto con trabajo social	58,3%	43,8%
e) contacto con terapia ocupacional	50,0%	37,5%
Modalidad: visita CTSM/UHSM a USMC:	75,0%	31,3%
a) coordinación con facultativos/as	75,0%	8,8%
b) coordinación con enfermería	75,0%	25,0%
c) coordinación con trabajo social	75,0%	18,8%
Oferta de intervenciones conjuntas con otras unidades/dispositivos de la red de la atención a la Salud Mental	58,3%	56,3%
Canales de comunicación con los dispositivos de apoyo social	100,0%	75,0%
Canales de comunicación con Atención Primaria	75,0%	56,3%
Participación en Comisión TMG	100,0%	87,5%

* Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

Recomendaciones

Existen muchos factores relacionados con la mejora de la continuidad de cuidados y la coordinación asistencial, tanto relacionados con la planificación, como con los servicios, profesionales, pacientes y familia.

Con respecto a los servicios se puede distinguir los espacios de comunicación entre los diferentes equipos de la red asistencial y las actividades que fomentan la comunicación entre los profesionales de la red, como formación continuada, sesiones clínicas intradispositivos y oferta de intervenciones conjuntas con otras unidades y dispositivos de la red de atención a la Salud Mental.

Todo aquello que contribuye a generar vínculos saludables entre servicios y profesionales juega a favor de la continuidad de cuidados, lo cual requiere una dotación de tiempo proporcionado para realizarlo^{33,51}.

Coordinación interna

- **Reuniones de incidencias diarias:** Participación de todas las categorías de profesionales asistenciales del equipo de trabajo. Se comentan y discuten las incidencias de los turnos anteriores, se intercambia información sobre pacientes y altas y se programa las actuaciones pertinentes.
- **Reuniones de evaluación clínica:** Participación de personal facultativo, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social. Se expone la historia

clínica de casos nuevos, los motivos de ingreso y sus objetivos. Discusión clínica de tratamientos y evolución de los pacientes y expectativas de altas y sus circunstancias.

- **Reuniones multidisciplinares programadas para trabajar la comunicación intraequipo** (clima laboral, objetivos de la unidad, evaluación de episodios de contención mecánica, evaluación de conflictos,...). Se recomienda la participación de todas las categorías profesionales con una periodicidad previamente establecida, para así garantizar su cumplimiento y evitar al máximo que «lo urgente» se impone sobre «lo importante».
- Reuniones de coordinación entre la coordinación de la unidad y la supervisión de enfermería para discutir cuestiones organizativas y administrativas. Se hará el seguimiento de las actividades acordadas, la implantación de nuevas actividades y se plantearán las incidencias relacionadas con las infraestructuras. En el modelo de unidad de Gestión Clínica, la coordinación de la unidad o dispositivo mantendrá reuniones periódicas con la Dirección de la UGC y la Coordinación de Cuidados de enfermería.
- Sesiones clínicas multidisciplinares entre todo el equipo clínico con un doble objetivo, discusión de casos y formación continuada en la propia unidad o dispositivo.
- Reuniones de trabajo sobre el modelo de ordenación funcional de enfermería para garantizar el trabajo en equipo de profesionales de enfermería y auxiliares, y así la participación del conocimiento de las personas atendidas y de las líneas de cuidado establecidos.

Coordinación externa

- **Existencia de canales de comunicación entre los dispositivos de la propia UGC** de Salud Mental **y con otras UGC que ofertan servicios** a los y las pacientes asignados/as. Tiene como objetivo la continuidad terapéutica de las personas usuarias y la adecuación de las demandas entre dispositivos. La coordinación con las USMC es de especial importancia al ser el eje central de la red de la atención a la Salud Mental.
- Existencia de canales de comunicación con la red de apoyo social de FAISEM, tanto con los profesionales del programa residencial como con los de otros programas, como el ocupacional-laboral y el de fomento de relaciones sociales.
- Existencia de canales de comunicación con otros servicios que presten atención a las personas con trastorno mental como son los servicios de atención a la drogodependencia, servicios sociales comunitarios y justicia.
- La coordinación entre los servicios sanitarios de la atención a la Salud Mental (UGC de SM y AP) y de apoyo social (FAISEM) debe de estar garantizada a nivel de área sanitaria (Comisión TMG), provincial (Comisión Provincial intersectorial SAS-FAISEM-CIBS) y regional (Comisión Central intersectorial SAS-FAISEM - CIBS).
- **Realización de actividades de formación continuada**, incluyendo las sesiones clínicas, para favorecer la integralidad de las respuestas. Los programas formativos compartidos intra e inter equipos ayudan en la elaboración de programas asistenciales conjuntos y tiene una doble función:

compartir modelos, respuestas asistenciales, técnicas, programas y protocolos y en segundo lugar acostumbrarse al diálogo y comunicación con aquellas personas con las que se han de compartir estrategias terapéuticas.

- Especial mención merece el momento del alta de la UHSM o CTSM ya que el **Informe de Alta** debe de ir **acompañado siempre** con una **primera cita concertada en la USMC** para garantizar al máximo la continuidad de la asistencia al/a la paciente y su familia.

3.3. Ambiente relacional

Justificación

Una de las dimensiones que forma parte del ambiente terapéutico es el «ambiente relacional» que hace referencia a la relación entre pacientes y profesionales. El ambiente relacional incluye tres subdimensiones: vinculación, apoyo y espontaneidad⁵³. Con *vinculación* se refiere al grado en que la persona participa activamente en el grupo y con *apoyo* al nivel de ayuda mutua que las personas miembros se ofrecen entre sí, así como la proporcionada por los y las profesionales hacia las personas atendidas. La *espontaneidad* hace referencia al grado de libertad y expresión de sentimientos y deseos que se permite que las personas atendidas manifiesten a los y las profesionales.

Moos^{53,60}, en su estudios sobre el ambiente en las unidades, determina además que todo grupo humano podía ser descrito en base a tres líneas

principales; las características de las relaciones que los individuos establezcan entre sí, los objetivos que dicho grupo trata de alcanzar y elementos de tipo estructural que cada grupo desarrolla de acuerdo a los objetivos y las relaciones establecidas^{9,53,54}.

En este sentido, uno de los aspectos a tener en cuenta es cómo se establecen las relaciones entre profesionales y pacientes. Éstas han de basarse en el respeto y la tolerancia. Las relaciones terapéuticas deben posibilitar que los pacientes puedan compartir sus problemas, sentimientos y emociones y han de garantizar el apoyo al paciente en las situaciones de crisis. Es conveniente que faciliten que las personas usuarias puedan expresar sus pensamientos y saber que se respetará la confidencialidad de los mismos en el seno del equipo.

Por ello, es importante que los estilos relacionales en el equipo terapéutico se caractericen por bajos niveles de criticismo y hostilidad, que eviten la sobreimplicación emocional, y que exista un predominio de comentarios positivos y manifestaciones de afecto e interés¹¹.

Diversos autores/as⁵⁴ señalan que los elementos principales de las relaciones interpersonales que se establecen entre profesionales y personas usuarias de la Salud Mental son:

- la comunicación,
- la coacción,
- la seguridad,
- la confianza y
- el nivel sociocultural.

Así, resaltan que para el establecimiento de una relación terapéutica positiva es fundamental tener en cuenta el factor **comunicación**. La comunicación está formada por tres elementos desde el punto de vista de los y las pacientes:

- 1 Escucha:** mantener una actitud abierta, sin emitir juicios de valor sobre el contenido de la información que se está recibiendo.
- 2 Conversación:** no es válido cualquier intercambio conversacional, solo es valorada como terapéutica, si se sienten escuchados/as y comprendidos/as.
- 3 Comprensión:** aquellas personas usuarias que se sienten comprendidas son capaces de aceptar los consejos e información que se les ofrece.

Un requisito previo para que pueda existir comunicación entre profesionales y pacientes es que haya disponibilidad para iniciar el contacto entre las personas participantes.

La cualidad del tipo de comunicación que se establece puede ser positiva y/o negativa. La existencia de una comunicación positiva hace que las personas atendidas se sientan apoyadas y cuidadas. Sin embargo, la comunicación coercitiva, como el uso de amenazas, es vivida como una experiencia totalmente negativa.

Dada la importancia que tiene el establecimiento de una relación terapéutica positiva, existen algunas estrategias que permiten mejorar la comu-

nicación con los y las pacientes; demostrar actitudes positivas hacia ellos y ellas, utilizar estilos asertivos de comunicación y mantener una escucha activa en los momentos de interacción.

Otro elemento importante en la relación entre profesionales y pacientes es la percepción de **coacción**. La coacción objetiva, como el ingreso y tratamiento involuntario, crean experiencias relacionales negativas⁵⁴.

La necesidad de **seguridad respecto a sí mismo y a los demás** es otro factor a tener presente en el establecimiento de la relación terapéutica. El contacto social para algunas personas usuarias puede significar seguridad y para otras no. El significado que se le otorgue a la seguridad, está en función de cómo sea percibida la relación con los y las profesionales y otras personas usuarias. La percepción de falta de seguridad suele estar en la base de la violencia y el sentimiento de miedo. Asimismo, los y las profesionales, también temen que las personas atendidas se hagan daño a sí mismas o a otras personas. Estas situaciones pueden conllevar el uso de medidas coercitivas para el control del comportamiento de los y las pacientes.

Unido a lo anterior es importante, estimular la **confianza** en los y las profesionales, que está relacionada con la seguridad y la coacción. En este sentido, las personas atendidas suelen sentirse confiadas con aquellos/as profesionales capaces de contener y manejar una situación de crisis³. Los y las profesionales en los cuales se puede depositar confianza son descritos por las personas usuarias como buenos/as profesionales, capaces de manejar situaciones en las que está en riesgo la seguridad del paciente, flexibles, no coercitivos, comprometidos/as y preocupados/as por los y las pacientes.

Aunque no suele ser evaluado, también es importante que exista un clima de confianza entre las personas usuarias.

Por otra parte, las personas atendidas no siempre confían en que los y las profesionales sepan tratarles adecuadamente. En general, se acepta que el tratamiento farmacológico es necesario pero existe insatisfacción sobre el tipo de tratamiento y la forma en la que es administrado y/o informado sobre el mismo. De ahí que una buena comunicación sea uno de los factores principales para aceptar el tratamiento indicado.

Finalmente, la influencia del **nivel sociocultural** de las personas que forman el equipo profesional suele estar relacionado con la falta de comprensión hacia las personas atendidas y la presencia de actitudes basadas en prejuicios que guían los comportamientos. La cultura influye en la definición de normal y anormal, las causas de los problemas, y las formas adecuadas de ayudar a una persona. Estas creencias influyen en el tipo de relación que mantienen con los y las pacientes.

A modo de resumen, las experiencias positivas de las personas usuarias con el tratamiento suelen estar relacionadas con un buen clima emocional y suelen ser el resultado de relaciones terapéuticas positivas. Este clima emocional incluye aspectos como sentirse cuidada, segura de sí misma y con los/as demás, comunicación simétrica y de ser tratada con honestidad, respeto y dignidad.

En este sentido, el tipo de relación interpersonal establecida durante la estancia hospitalaria en la UHSM y la CTSM cobra un papel primordial tanto con los y las profesionales como con otras personas usuarias⁵⁵.

La importancia de las relaciones paciente-profesionales no debe ser menospreciada, ya que el establecimiento y mantenimiento de una relación terapéutica es esencial para promover el cambio.

Las personas atendidas valoran positivamente las siguientes características de los y las profesionales:

- Mostrar cercanía.
- No realizar juicios de valor.
- Tener capacidad de empatizar.
- Ser respetuoso/a con los deseos y necesidades de los y las pacientes.
- Estar formado/a en establecer relaciones de tipo colaborativo.

Estado actual en UHSM y CTSM

En el estudio realizado con las UHSM y CTSM se tuvieron en cuenta los siguientes ítems:

- la existencia de una línea de trabajo sobre un ambiente relacional adecuado,
- la oferta regular de formación en habilidades de comunicación,
- la existencia de un protocolo de acogida de nuevos/as profesionales,
- la existencia de espacios de «feedback» reglados tras incidentes traumáticos y
- la asignación de profesionales por perfil.

La tabla 8 refleja los datos recogidos. Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

TABLA 8. AMBIENTE RELACIONAL

ÍTEM	CTSM*	UHSM*
Línea de trabajo específica para garantizar un ambiente relacional adecuado	58,3%	50,0%
Oferta regular de formación en habilidades de comunicación	75,0%	81,3%
Protocolo de acogida de nuevos/as profesionales	50,0%	75,0%
Espacios de «feedback reglados» tras incidentes traumáticos	33,3%	37,5%
La asignación de profesionales por perfil por parte de Gerencia Hospital	16,7%	12,5%

* Los porcentajes hacen referencia a las respuestas afirmativas.

Recomendaciones

- **Tener en cuenta la valoración subjetiva que los y las pacientes realizan sobre el tratamiento** recibido durante su estancia hospitalaria tanto en UHSM como CTSM.
- **Fomentar la formación en el desarrollo de habilidades terapéuticas** de los y las profesionales para facilitar un impacto positivo en las experiencias de las personas atendidas en relación al tratamiento recibido.
- **Realizar un uso apropiado del lenguaje**, no emplear un lenguaje peyorativo y no utilizar la coacción como método persuasivo.
- **Establecer una relación personalizada** con las personas usuarias, basada en la confianza y el respeto mutuo.

Se recomienda debatir en el seno de cada unidad o dispositivo la utilización de uniformes por parte de los y las profesionales; si usarlos o no, cuando y cuando no, las consecuencias de su uso en la relación terapéutica con los pacientes etc. Actualmente la utilización del uniforme en las CTSM no es muy homogénea, ni dentro de las mismas, ni en el conjunto de estos dispositivos en el SSPA. Con respecto a las UHSM no se dispone de información al respecto, aunque es de esperar que en la mayoría se utilicen uniformes.

3.4. Trabajo en equipo y clima laboral

Un equipo no es un conjunto de personas que simplemente trabajan juntas, sino que está de alguna manera organizado para cooperar y complementarse en sus funciones.

El **trabajo en equipo** implica compartir un objetivo común y una integración de conocimientos e ideas aportadas por cada una de las personas miembros, las cuales poseen una especialización particular y son responsables de sus decisiones y acciones.

El trabajo en equipo tiene muchos beneficios, tanto relacionado con los y las pacientes y sus familiares como con los y las propios/as profesionales y favorece una mejor calidad de la toma de decisiones. Los tratamientos y los diagnósticos pueden ser altamente complejos y la utilización de toda la información que posee el equipo en su conjunto,

hace que disminuya el riesgo de tomar decisiones sin tener en cuenta todos los datos vitales. Además, el trabajo en equipo clarifica los roles y responsabilidades y garantiza un mayor compromiso con respecto al plan de tratamiento, ya que al participar en la toma de decisiones, los y las profesionales las integran mejor.

En el equipo multidisciplinar, todos están trabajando en un mismo plan de tratamiento y hablan con una sola voz a pacientes y familiares. Esto es muy importante, porque hay pocas cosas más desconcertantes para las personas atendidas y sus familias que profesionales dando indicaciones contradictorias.

Con respecto a los y las profesionales, el trabajo en equipo favorece el apoyo mutuo en un entorno estresante, ya que pueden beneficiarse de la ayuda que aporta para superar las dificultades externas o propias, acogiendo a la seguridad que proporciona el equipo².

Hay aspectos que favorecen el trabajo en equipo relacionados con las organizaciones y con los y las profesionales. En las organizaciones es necesario que haya canales de comunicación adecuados y se han de fomentar los espacios de encuentro y negociación entre las diferentes personas miembros del equipo. Con respecto a los y las profesionales es importante subrayar que habrá que incorporar una «filosofía de trabajo en equipo» ya que ésta fomenta la percepción de pertenencia. Además, una actitud favorable al trabajo en equipo hace que exista mayor respeto e interés por conocer otras disciplinas profesionales y haga que las barreras profesionales sean más permeables. En la mayoría de los casos, las críticas

que se vierten sobre otros y otras profesionales están motivadas por el desconocimiento de su profesión⁵⁶.

Sin embargo, en la práctica diaria hay muchos obstáculos que dificultan el trabajo en equipo, como pueden ser las inseguridades personales y profesionales, las resistencias al cambio, las «ilusiones» de poder, o el miedo a perderlas, y un corporativismo no justificado. Pero muchas veces es la propia dinámica de trabajo la que impide un buen trabajo en equipo porque «la demanda no nos deja respirar».

Con respecto a las funciones de las disciplinas es conveniente evitar una delimitación excesiva ya que puede crear compartimentos estancos, que difícilmente van a permitir un trabajo en equipo. Tampoco es positivo una falta total de descripción de funciones, pues ello merma la confianza del/de la profesional y puede generar posturas defensivas hacia otras profesiones.

El **clima laboral** es el medio ambiente humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano y está directamente relacionado con el trabajo en equipo.

Las investigaciones sobre clima laboral se constituyen en un proceso sumamente complejo a raíz de la dinámica de la organización, del entorno y de los factores humanos. Las personas trabajadoras perciben un clima favorable cuando sienten que están haciendo algo útil que les proporciona un sentido de valor personal y frecuentemente quieren trabajos que les supongan un desafío, que sean intrínsecamente satisfactorios. Muchas

personas buscan también la responsabilidad y la posibilidad de tener éxito. Quieren ser escuchadas y tratadas de tal forma que se les reconozca su valor como personas y desean sentir que la organización se preocupa realmente por sus necesidades y problemas.

El clima laboral varía en un continuo que va de favorable a neutro y a desfavorable. Así, una valoración positiva indica un sentido de pertenencia a la organización. Por el contrario un clima negativo supone una falta de identificación que culminará con la marcha de los y/o las miembros que así lo perciban o generará una serie de objetivos personales diferentes a los deseados.

El concepto de clima laboral ha sido debatido por numerosos autores/as que lo han definido como: la cualidad o propiedad del ambiente organizacional que es percibida o experimentada por las personas miembros de la organización e influye en su comportamiento⁵⁷. Es un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directa o indirectamente por la plantilla, que se supone son una fuerza que influye en la conducta del mismo⁶. Sin embargo, estas percepciones dependen en buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la organización. De ahí que el clima organizacional refleje la interacción entre características personales y organizacionales.

Las personas tienden a clasificar lo que perciben de las organizaciones en términos de satisfacción o insatisfacción. A modo de resumen, se puede definir que la satisfacción es una orientación afectiva experimentada por el/la trabajador/a hacia su trabajo y como consecuencia del

mismo. De esta forma un/a trabajador/a se encuentra satisfecho/a con su trabajo cuando a raíz del mismo experimenta sentimientos de bienestar, placer o felicidad. En caso contrario, se puede afirmar que el/la trabajador/a se encuentra insatisfecho/a y los resultados pueden afectar la productividad de la organización y producir un deterioro en la calidad del entorno laboral.

El comportamiento de la persona que coordina el equipo de trabajo es uno de los principales determinantes de la satisfacción. De manera general, una persona coordinadora comprensiva que brinda retroalimentación positiva, escucha las opiniones de la plantilla y demuestra interés, permitirá una mayor satisfacción.

Muchos estudios coinciden en afirmar que la baja satisfacción constituye uno de los síntomas de mal funcionamiento de la organización. La satisfacción se encuentra muy relacionada con variables como rotación, rendimiento, estrés y conflictos.

Entre los factores del clima laboral de una organización que más influyen en la satisfacción de los trabajadores se encuentran la motivación, la comunicación y el liderazgo.

La motivación es un elemento importante del funcionamiento organizacional, que permite canalizar el esfuerzo, la energía y la conducta en general de la persona trabajadora, permitiéndole sentirse mejor con respecto a lo que hace y estimulándole para que trabaje más para el logro de los objetivos que interesan a la organización.

En este sentido, Robbins⁵⁸ señala que la motivación vendría definida por: el deseo de hacer mucho esfuerzo por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la posibilidad de satisfacción de alguna necesidad individual. La motivación laboral es una herramienta muy útil a la hora de mejorar el desempeño de la plantilla ya que proporciona la posibilidad de incentivarla a que lleve a cabo sus actividades y lo haga con gusto, lo cual puede generar un alto rendimiento de los trabajadores y trabajadoras y de la organización en general.

La comunicación es un elemento clave en el clima laboral. Se define como la transferencia de información de una persona a otra y es un medio de contacto con los demás a través de la transmisión de ideas, datos, reflexiones, opiniones y valores. Su propósito es que el receptor comprenda el mensaje de acuerdo con lo previsto. Hampton⁵⁹ la define como: «[...] *proceso que suministra la información técnica, relacionada con la coordinación y con la motivación de todas las partes de la organización*». Para él, la comunicación es un medio de control, motivación, expresión emocional e información y sostiene que las organizaciones no pueden existir sin comunicación. La comunicación contribuye al cumplimiento de todas las tareas administrativas básicas para que las organizaciones puedan alcanzar sus metas y vencer los desafíos. Cuando la comunicación es eficaz, tiende a alentar un mejor desempeño y una mayor satisfacción laboral.

Por último, el liderazgo en la organización es esencial. El liderazgo ha sido definido como el proceso interpersonal mediante el cual las personas responsables tratan de influir sobre sus colaboradores y colaboradoras para que logren las metas del trabajo prefijadas⁵⁹. Muchas publicaciones

han tratado el tema de los estilos de liderazgo, y aunque en determinados momentos se promovió de determinados tipos de liderazgo, las tendencias más actuales destacan la necesidad de adaptación y flexibilidad en el uso de los mismos. Se recomienda que se tengan en cuenta una serie de factores para determinar que estilo de liderazgo es apropiado en cada situación. Se valora especialmente que el liderazgo de la organización sea capaz de fomentar el trabajo en equipo y la resolución de conflictos⁵⁹.

Estado de la situación actual en UHSM y CTSM

En el estudio descriptivo realizado en las UHSM y CTSM no se tuvieron en cuenta unos ítems específicos relacionados con el trabajo en equipo y el clima laboral. Sin embargo, en las preguntas relacionadas con la continuidad asistencial interna y el ambiente relacional, quedan de alguna manera reflejados el nivel de trabajo en equipo y el clima laboral.

Los ítems más relacionados con estas dimensiones son, en nuestra opinión: la existencia de sesiones multidisciplinarias en la unidad, las reuniones multidisciplinarias programadas para trabajar la comunicación intraequipo (ver tabla 7a) y la existencia de un protocolo de acogida de nuevos/as profesionales y espacios de «feed-back» reglados tras incidentes traumáticos (ver tabla 8).

Recomendaciones

- La **persona coordinadora** de la unidad o dispositivo debe de **liderar el equipo** para orientación y evaluación.
- Las **metas y objetivos** de la unidad o dispositivo deben de estar **explicitados y conocidos** por todos los miembros del equipo.
- Debe de existir un **protocolo de acogida para los nuevos/as profesionales** en el cual quede plasmada la misión y visión de la unidad o dispositivo para favorecer la transmisión de la filosofía de trabajo.
- Los **roles y responsabilidades** en el equipo deben de estar **explicitados** y documentados.
- **Conocer cómo se siente el personal con respecto al trabajo y cada una de sus funciones.** Esto permite identificar necesidades de formación y capacitación, a partir de la información inherente al desempeño de los trabajadores y trabajadoras.
- Deben de existir **canales de comunicación** adecuados, **tanto formales como informales.** Las vías de comunicación han de ser fluidas, favorecida por el uso de un lenguaje común entre profesionales, ya que la comunicación es la base de llegar a consensos en buscar el logro de objetivos.
- Fomentar la comunicación ascendente al permitir que la plantilla exprese sus opiniones.

- La organización ha de **fomentar los espacios de encuentro y negociación entre los y las profesionales**, y con ello minimizar las resistencias al trabajo en equipo («se pierde mucho de tiempo discutiendo» o «no es necesario porque todos conocen su responsabilidad»). Además es recomendable que se asigne una persona responsable de la cumplimiento de los espacios programados de trabajo en equipo (coordinación de la unidad, supervisión, etc.).
- Debe de haber una política de intervención en cada UGC en caso de conflictos importantes en el equipo, como puede ser la necesidad de una supervisión externa.
- Los y las profesionales han de contar con **autonomía para la toma de decisiones** en aspectos relacionados con la organización de su agenda de trabajo.

4

conclusiones



Este documento pretende ser un instrumento de ayuda en el proceso de la revisión del ambiente terapéutico de las unidades de Hospitalización y Comunidades Terapéuticas de Salud Mental del SSPA. Esta revisión responde a las expectativas de personas con trastorno mental, familiares y profesionales y es un paso más para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de continuidad de cuidados y recuperación de las personas atendidas.

El estudio descriptivo realizado en las UHSM y CTSM ha sacado a la luz datos interesantes con respecto a las diferentes dimensiones del ambiente terapéutico y nos indica las áreas con margen de mejora, pero también vislumbra las áreas que llegan al 100% de cumplimiento. A continuación resumimos los principales hallazgos del análisis de situación.

Con respecto al espacio físico se destaca que en todas las CTSM cuentan con la opinión de los y las profesionales para cambios y modificaciones, pero faltan los estándares sobre los requisitos de espacio físico tanto en UHSM como en CTSM. La fase de acogida es un tema muy trabajado en todos los dispositivos y se tiene en cuenta tanto la acogida de las personas atendidas como de sus familiares. Acerca de los protocolos, llama la atención el relativo bajo número de unidades con

protocolos sobre seguridad sexual, autolesiones y accidentes, a pesar de que la seguridad del paciente es un objetivo principal del SSPA. Sin embargo hay una oferta de actividades estructurada y variada en todas las UHSM y CTSM, siendo el horario de oferta un punto crítico. Especialmente en la UHSM hay una oferta muy reducida de actividades durante las tardes y fines de semana, a pesar de que en la bibliografía de referencia se vincula el aburrimiento a episodios de agresividad y conductas disruptivas^{3,13}.

Aunque en las CTSM la implicación de los y las pacientes en la organización del dispositivo esta garantizada al 100%, en las UHSM hay un margen de mejora importante, incluyendo el contacto reglado con las asociaciones de personas usuarias. En este mismo sentido, se observa un escaso contacto reglado con las asociaciones de familiares en ambos tipos de unidades y una implicación muy baja de familiares y personas allegadas en la organización de la unidad o dispositivo. No obstante, se facilita la presencia de las familias en ambos dispositivos.

Con respecto la continuidad cuidados se observa que el contacto con las USMC está garantizado en todos los dispositivos y unidades y en más de la mitad de ellas se ofertan intervenciones conjuntamente con otros dispositivos de Salud Mental. Al mismo tiempo hay reuniones de equipo en todas las unidades y dispositivos.

Un punto muy crítico es la escasez de espacios de feedback tras incidentes traumáticos, tanto en las CTSM como en las UHSM. Además en la UHSM hay muy pocos espacios para trabajar la comunicación

intraequipo. Esto también se detectó en los planes de mejora del alumnado de los cursos sobre ambiente terapéutico y manejo de conductas disruptivas. Los y las profesionales de Salud Mental trabajan en un entorno altamente estresante y deberían de beneficiarse más de la ayuda mutua que aporta el equipo para superar las dificultades, pudiéndose acoger a la seguridad que proporciona el equipo y aprender de los incidentes.

En más de la mitad de los dispositivos y unidades sí existe una línea de trabajo específica sobre el ambiente relacional entre profesionales y pacientes y se oferta formación en habilidades de comunicación, un tema que cobra especial importancia si se tiene en cuenta que solamente en un porcentaje muy bajo, una media de 14%, hay una asignación por perfil de profesionales no facultativos.

La complejidad para conseguir cambios en las unidades y dispositivos hace necesario una implicación de todo el equipo de trabajo y en especial de las personas que lideran los equipos. Al mismo tiempo se sabe que solamente se consiguen cambios si se planifican y ejecutan intervenciones específicas, ya que los ambientes tienden a mantenerse estables en el tiempo, a pesar de los cambios en el equipo profesional¹⁴.

Por esta razón, cada UHSM y CTSM tendrá que elegir e implantar las recomendaciones más adecuadas para mejorar su realidad. Así, en algunos casos se trabajará sobre una mejora de la oferta de las actividades y otras unidades se centrarán más en la comunicación dentro del equipo de trabajo o en la elaboración de protocolos específicos.

Para seguir avanzando en esta línea es de gran interés identificar «Buenas Prácticas» relacionadas con el ambiente terapéutico en el conjunto las unidades y dispositivos de Salud Mental del SSPA que permitan compartir conocimiento y experiencias impulsadas a nivel local.



listado de siglas y abreviaturas

- **CTSM:** Comunidad Terapéutica de Salud Mental
- **FAISEM:** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
- **HDSM:** Hospital de Día de Salud Mental
- **NHS:** National Health System. Servicio Nacional de Salud del Reino Unido
- **Proceso TMG:** Proceso asistencial integrado Trastorno Mental Grave
- **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **TMG:** Trastorno Mental Grave
- **UGC:** unidad de Gestión Clínica
- **UHSM:** unidad de Hospitalización de Salud Mental
- **URSM:** unidad de Rehabilitación de Salud Mental
- **USMC:** unidad de Salud Mental Comunitaria



bibliografía

1. Department of Health. National Institute for Mental Health in England. Mental Health Policy implementation guide. Developing positive practice to support the safe and therapeutic management of aggression and violence in mental health in-patient settings. London: Department of Health; 2004. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4087136
2. Department of Health. Mental Health Policy. Implementation Guide. National Minimum Standards for General Adult Services in Psychiatric Intensive Care Units (PICU) and Low Secure Environments. London: Department of Health; 2002. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4010439
3. Department of Health. Mental Health Policy implementation guide. Adult acute inpatient care provision. London: Department of Health; 2002. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009156
4. Department of Health. Safety, privacy and dignity in mental health units. Guidance on mixed sex accommodation for mental health services. Good Practice. London: Department of Health; 2000. [26 abril 2010] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007095
5. Commission for Healthcare Audit and Inspection. The pathway to recovery. A review of NHS acute inpatient mental health services; 2008. [26 abril 2010] Disponible en: http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/The_pathway_to_recovery_200807251020.pdf

6. Mistral W, Hall A, McKee P. Using the therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. *INT J MENT HEALTH*. 2002;11:10-17.
7. Eklund M, Hansson L. Relationships between characteristics of the ward atmosphere and the treatment outcome in a psychiatric day-care unit based on occupational therapy. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Apr; 95(4):329-35.
8. Melle I, Friis S , Hauff E , Island TK, Lorentzen S, Vaglum P. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatr. Serv*. 1996; 47(7):721-6.
9. Jørgensen KN, Rømma V, Rundmo T. Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Mar;16(2):113-20.10.
10. World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. 3rd Report. Geneva: WHO; 1953.
11. Rathbone G, Campling P. Psychotherapeutic approaches on acute wards. *Psychiatry*. 2005; 4(5):14-18.
12. Ruane PA. Carer's perceptions of the therapeutic value of inpatient settings. In: Campling P, Davies S, Farquharson D. *From toxic institutions to therapeutic environments*. London: Gaskell; 2004.
13. National Institute for Clinical Excellence. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency department. Clinical guideline 25. February 200. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/109800/003017.pdf
14. Smith J. The evolution of a therapeutic environment for patients with long-term mental illness as measured by the Ward Atmosphere Scale. *J Ment Health*.1996; 5 (4):349-360.

15. Sainsbury Centre for Mental Health .Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making recovery a reality. Policy paper; 2008. http://www.scmh.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
16. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
17. Parlamento Europeo. Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Informe sobre la Salud Mental (2008/2209(INI)). Documento de sesión A6-0034/2009. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES>
18. European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels, 12-13 June 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
19. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2006.
20. Plan Integral Salud Mental. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008-2012.
21. Encuentro europeo asociaciones de usuarios/as. Cabra. Laguna F. Humanización de la asistencia. 2008. <http://www.1decada4.es/volvamosapensar/eliminarestigmas/avancesnoinst/asociaciones/encuentrocabra/humanizacion.pdf>
22. La experiencia importa. Comunicación y trato en los servicios de Salud Mental. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2009. <http://www.1decada4.es>
23. Sánchez J, Sunyer JM. Estudio de la atmósfera en las salas psiquiátricas (II Parte) *Psiquis* 1995;16(6): 243.
24. Rossberg J, Friis I. Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatr. Serv.* 2004; 55: 798-803.

25. Waddell AE, Ross LE, Ladd L, Seeman MV. Safe minds. Perceptions of safety in a rehabilitation clinic for serious persistent mental illness. *Int. J Psychos. Reh.* 11 (1), 4-10, 2006.
26. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) Investigación sobre la atención a la Salud Mental. Punto de vista de los usuarios. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES); 2008.
27. Department of Health. The Mental Health Policy Implementation Guide. 2001. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009350
28. Department of Health. Modern matrons. Improving the patient experience. London: Department of Health; 2003. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018582.pdf
29. Timko C, Moos RH. Determinantes of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. Implications for improving patient outcomes. *J Nerv Ment Dis.* 1998; 186:96-103.
30. Bowers L, Brennan G, Flood C, Lipang M, Oladapo P. Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nu personas usuarias rs.* 2006 Apr;13(2):165-72.
31. Grigg M. Eliminating seclusion and restraint in Australia. *Int J Ment Health Nurs.* 2006 Dec;15(4):224-5.
32. Taxis JC. Ethics and praxis. Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs.* 2002 Mar;23(2):157-70.
33. Programa de Salud Mental. Grupo de trabajo unidad de Hospitalización psiquiátrica de Hospital General. Documento interno. Servicio Andaluz de Salud. 2001.

34. Programa de Salud Mental. Grupo de trabajo Comunidad Terapéutica. Documento interno. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2002.
35. Torres F, Barrios L. Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental. Plan de Calidad para el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. <http://www.intras.es/index.php?cod=3850&id=364&tiposcontenido=8>
36. OMS. Manual de recursos sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación. 2006. http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
37. Davenport S. Acute wards: problems and solutions. A rehabilitation approach to inpatient care. *Psychiatric Bulletin*. 2002; 26: 385-388S.
38. Bowers L et al. The City 128 Study of Observation and Outcomes on Acute Psychiatric Wards. Report to the NHS SDO Programme. December 2006.
39. Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM). Modelo de organización de servicios para la atención a los trastornos emocionales agudos. Área de Hospitalización. unidad de Ordenación Asistencial. Octubre 1986. Documento interno.
40. National Patient Safety Agency. Con la seguridad en mente: servicios de Salud Mental y seguridad del paciente. 2º Informe del Observatorio de la seguridad del paciente. London: National Health Service, 2006. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf
41. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2009.
42. Conclusiones finales de los grupos de trabajo. III Encuentro de asociaciones de usuarios de Salud Mental de Andalucía. 28 y 29 de marzo de 2008. Pozoblanco. Córdoba (Documento interno).

43. Quirk A, Lelliot P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Soc Sci Med.* 2001 Dec; 53(12):1565-74. *Soc Sci Med.* 2001 Dec;53(12):1565-74.
44. Atakan Z. Violence on psychiatric inpatient units: what can be done? *Psychiatric Bulletin.* 1995;19: 593-96.
45. *Terapeutas Ocupacionales. Servicio Andaluz de Salud. Temario parte específica Vol1. Editorial MAD. Agosto 2007.*
46. Durante Molina P, Noya Arnaiz B. *Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y práctica. Editorial MASSON; 1998.*
47. Bellido Mainar JR. La atención a la psicosis incipiente: rol de la Terapia Ocupacional. La Coruña. 2009; 6 (5). www.revistatog.com
48. Anthony WA. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal.* 1993; 16(4): 11–23.
49. Sainsbury Centre for Mental Health. Acute Problems: A survey of the quality of care in acute psychiatric wards. 1998. http://www.scmh.org.uk/publications/acute_problems.aspx?ID=187
50. *II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz 2005-2008. Caminando hacia la excelencia.* http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_CalidadAsistencial
51. San Emeterio M. En: Leal J, Escudero A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red de Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. 2006.
52. *Evaluación de los servicios de Salud Mental. AEN. 1993.*
53. BootsMiller BJ, Davidson WS, Luke DA, Mowbray CT, Ribisi KM, Herman SE. Social climate differences in a large psychiatric hospital: staff and client observations. *J. Community Psychol.* 1997; 25(4):325-336.

54. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*; 2008, 8:92.
55. Cadeyrn J, Gaskin C J, Elsom SJ, Happel B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *British Journal of psychiatry*, 2007; 191: 298-303.
56. García-Cubillana P. Red de Salud y Red Social. En: INICO.- Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2003: 241-264.
57. Litwin, G. H. y Stringer, R. A., Jr. Motivation and organizational climate. Boston: Division of research, Harvard Business School, 1968.
58. Robbins S. Comportamiento Organizacional. México: Prentice Hall; 1999.
59. Alcover JM. Cultura y clima organizacional, en F. Gil, C. M. Alcover (Eds), *Introducción a la Psicología de las Organizaciones*. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
60. Middelboe T, Schjodt T., Bursting K., Gjerris A. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand* 2001: 103:212-219.



anexos

anexo 1.

reorganización de una UHSM por niveles asistenciales

Experiencia de la UGC de SM

del Complejo Hospitalario de Jaén

Debido al aumento de la demanda de la población a un sistema sanitario de atención a la Salud Mental de calidad, y sobre todo de colectivos vulnerables, se requiere el diseño de nuevos modelos de organización, que supone la reorientación de algunos dispositivos, como las UHSM. Hasta ahora funcionaban sin diferenciación de espacios pero es necesario que estas unidades se adapten cada vez más a las exigencias de una atención más especializada, menos estigmatizante y más respetuosa con los valores de la población atendida y de la organización que demandan mejoras en el trato y ambiente terapéutico.

Las UHSM tienen como función servir de espacio de contención de las situaciones que lo hagan necesario. Para ello la organización interna deberá funcionar como espacio terapéutico global al margen de los tratamientos individualizados y establecer las condiciones para lograrlo. Esto implica un trabajo a nivel del espacio físico.

La UHSM, de la UGC de SM del Complejo Hospitalario de Jaén, estableció como objetivo principal funcionar con espacios asistenciales diferenciados según las necesidades de atención de los pacientes que ingresan. Se presenta esta forma de organización como un rediseño, que puede ser considerado un primer paso para una atención que tenga en cuenta la diversidad clínica y de gravedad, los valores y objetivos difundidos por el II PISMA y el respeto a la voluntariedad de los y las pacientes.

La calidad asistencial en UHSM, una vez hechos los cambios de los años 80 y 90, sólo es posible que progrese si se desarrolla una diferenciación de espacios, con la cual los objetivos difundidos puedan ser alcanzables, haciendo posible que las buenas prácticas dispongan de los recursos necesarios para materializarlas.

Los espacios diferenciados se organizan en función de los cuidados médicos y de enfermería, que precisan cada grupo diagnóstico de pacientes y según estadio de enfermedad. Así en esta UHSM se diferencian cuatro espacios asistenciales:

Nivel I o Sala de observación intensiva

Está organizada para pacientes que requieren una observación y tratamiento intensivo por trastorno mental que implique riesgo lesivo para sí mismo o para los otros. Además, es un área adecuada para pacientes con trastorno mental en fase aguda y patología médico-quirúrgica simultánea. Dispone de 5/7 camas (5 en sala de observación más 2 en habita-

ciones individuales anexas) y de personal de enfermería permanente. El tiempo de estancia en este Nivel I suele ser breve y si la hospitalización se prolonga se suele pasar a otros niveles de la unidad. Algunas personas atendidas son dadas de alta directamente tras la remisión de la crisis (especialmente frecuente en trastornos de la personalidad). Está ubicada en una zona que no es de tránsito de la unidad y separada físicamente de las otras áreas asistenciales.

Las características arquitectónicas permiten diferenciar área para mujeres y otra para hombres, el control de enfermería ejerce de separación en el centro de la sala. Las habitaciones individuales anexas son útiles para pacientes que por su alteración dificulten el descanso de los otros pacientes, así como para pacientes que precisen un manejo complejo y un nivel de vigilancia intensivo.

Los y las pacientes susceptibles de estancia son:

- Pacientes con trastorno mental en fase aguda con descontrol conductual.
- Observación de pacientes no diagnosticados.
- Pacientes con trastornos del nivel de conciencia.
- Pacientes con agitación.
- Todo/a paciente que precise contención mecánica por auto y heteroagresividad. No se realiza en otras habitaciones individuales o compartidas.
- Pacientes con enfermedad médica comórbida o que precisen tratamiento psiquiátrico intensivo en pacientes con factores de riesgo (obesidad, edad avanzada, discapacidad mental u otros factores de riesgo cardiovasculares y respiratorios).

Los cuidados y atención médica que se prestan son:

- Observación y cuidados de enfermería las 24 horas con presencia física continua de un/a auxiliar de enfermería o enfermero/a.
- Monitorización de parámetros básicos y conducta del/de la paciente.
- Asistencia médica y psiquiátrica.

Nivel II

Los cuidados ofertados se orientan hacia personas con trastorno mental de todo el espectro de la nosología psiquiátrica como, por ejemplo, descompensaciones de pacientes con esquizofrenia, trastornos afectivos graves, trastornos de ansiedad graves, demencias y trastornos de personalidad con trastornos de conducta persistentes. Este nivel es el clásico y más frecuente en las UHSM de Andalucía. Dispone de 15-20 camas y la asistencia prestada es menos intensiva que en el nivel anterior pero más integral con tratamientos farmacológicos, individuales, grupales y ocupacionales.

Las personas atendidas están en una fase media de su recuperación, pero presentan un nivel de autonomía todavía insuficiente con riesgo moderado de conductas disruptivas.

El Nivel III (separada físicamente de las anteriores)

Está diseñada **para prestar asistencia psiquiátrica a:**

- Pacientes con depresión grave resistente.
- Pacientes de los otros niveles, cuya mejora se beneficia de un entorno más normalizado, de menor dependencia de cuidados y de mayor participación de la persona atendida en su proceso terapéutico, percibiendo ésta el progreso de su recuperación y por tanto su implicación en el tratamiento.
- Pacientes que solicitan alta voluntaria de los otros niveles, permitiendo así mantener la voluntariedad en aquellas situaciones que requieren hospitalización.
- Pacientes que son vulnerables a riesgos y precisan separación de otros/as pacientes más disruptivos/as.
- Pacientes jóvenes con intentos de autolisis o primeros episodios de hospitalización por psicosis. Los principales objetivos con este grupo de pacientes es tratar los síntomas más prominentes del episodio y crear una buena alianza con el/la joven paciente para asegurar en posteriores fases una buena adherencia al tratamiento («unidad de Primeros Episodios Psicóticos»).

Las características que tiene este nivel para pacientes que precisan hospitalización psiquiátrica son los siguientes:

- Se dispone de 10/12 camas en habitación individualizada y doble con acomodación especial para sus familiares.

- Se presta atención al confort y necesidades individuales de la persona atendida, desarrollando un ambiente tranquilo y poco estigmatizante. Asimismo se tienen en cuenta situaciones especiales, por ejemplo, embarazo, que exigen mayor dedicación del personal de esta área.
- Los horarios de las visitas, salidas, normas, accesibilidad a pertenencias son flexibles y se mantiene la privacidad dentro de este nivel.
- Existen actividades grupales de enfermería en las que participan pacientes del nivel II, III y IV. Existe una sala para actividad física dotada con aparataje específico.
- Los y las pacientes que ingresan en la unidad tienden a repetir sus situaciones familiares en el ambiente institucional. Para ser mas preciso, externalizan sus relaciones primordiales pasadas con sus padres y entorno al momento presente en los y las compañeros/as y profesionales de la unidad. El personal de la unidad se siente compelido -forzado- a obedecer el rol que el/la paciente le ha atribuido de forma proyectiva. En esta sección de la unidad la meta del equipo es relacionarse con la persona atendida de manera tal que se evite ser inducido a responder como se comportaron sus familiares (padres o sustitutos) en el mundo de la persona atendida, el equipo puede ofrecerle nuevos modelos de relación.

Nivel IV o Centro de Día de la UHSM*

Lo componen un grupo de personas usuarias (hasta 5 plazas) dadas de alta de hospitalización completa, una vez producida la remisión parcial de los

* La UGC de SM Complejo Hospitalario de Jaén no dispone de un Hospital de Día de Salud Mental.

síntomas más disruptivos y/o de riesgo y que acuden a las actividades de enfermería del Nivel III. Además, el personal facultativo evalúa y revisa a estos/as pacientes que, o bien mantienen esta situación durante máximo 10-15 días, o bien dan el alta definitiva cuando la remisión clínica es completa.

La indicación es adecuada **para:**

- Pacientes que viven en el entorno cercano al hospital.
- Pacientes cuya familia se presta y solicita este tipo de atención.
- Pacientes cuya situación clínica permite prescindir de la hospitalización completa.

Esta opción asistencial permite aumentar la comodidad de pacientes que pueden estar en sus domicilios, recibiendo asistencia especializada y ensayar la vuelta al domicilio antes del alta definitiva con reajuste de indicaciones. Por otro lado, aumenta la disponibilidad de camas y disminuye la estancia media.

anexo 2.

secuencia temporal en el abordaje del paciente en UHSM

El ejemplo de la UGC de SM del Complejo Hospitalario de Jaén

En la siguiente tabla se puede conocer en detalle la propuesta de secuencia temporal de abordaje a pacientes que de la UGC del SM del Complejo Hospitalario de Jaén.

RESPONSABLE	REQUISITOS/DOCUMENTOS	REGISTROS
Solicitud de ingreso (programado o urgente)		
FEA responsable del USMC, urgencias, otro servicio sanitario u otra institución (FOP, juzgados, Serv. Sociales, FAISEM)	Comunicación verbal, telefónica o por escrito al/a la psiquiatra de guardia	Impreso de derivación en formatos distintos: p10, formato específico, hoja de urgencias, etc.
Ingreso programado		
Psiquiatra de guardia/coordinador de UHSM	Comunicación verbal al derivante de fecha de ingreso	

RESPONSABLE	REQUISITOS/DOCUMENTOS	REGISTROS
Evaluación inicial		
Psiquiatra de guardia	Entrevista en urgencias y/o unidad	Historia clínica de ingreso y DIRAYA
Tramites administrativos		
Psiquiatra de guardia	Cumplimentar correctamente orden de ingreso y/o entregar con copia hoja de urgencias a celador/a, enfermero/a/ de turno, administrativo/a	Orden de ingreso y copia de hoja de urgencias (DIRAYA)
Comunicación al equipo: enfermería		
Psiquiatra de guardia	Comunicación escrita u oral (telefónica) del ingreso: primeras indicaciones, prescripción farmacológica e indicaciones para la hospitalización del paciente	Hoja de prescripción de ingreso e indicaciones facultativas
Evaluación inicial		
Enfermera/o de turno	Entrevista al/ a la paciente y/o familia	Historia clínica enfermera
Acogida del paciente /familia y comprobación de ropa y pertenencias		
Enfermera/o de turno y auxiliares de turno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recepción y traslado a la habitación ■ Explicación de las normas de la unidad ■ Registro de ropas y objetos personales ■ Tríptico informativo 	Registro de pertenencias
Trámites administrativos		
Administrativo/a	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tramitar orden de ingreso y/o copia hoja de urgencias ■ Comunicar al juzgado ingreso involuntario ■ Pedir historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Copia de comunicación de ingreso involuntario ■ Copia de petición de historia clínica

Adaptación y observación		
Psiquiatra responsable, psicólogo/a clínico/a, enfermera/o, auxiliar (equipo de referencia)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación de equipo referente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Historia clínica inicial ■ Hoja de indicaciones de ingreso
Evaluación integral del paciente		
Equipo referente del paciente (facultativo/a responsable, enfermera/o, t. social)	Los primeros días de ingreso se hará evaluación integral	<ul style="list-style-type: none"> ■ Historia clínica de la unidad ■ Planes de cuidados ■ Evaluación t. social
Elaboración del plan de tratamiento		
Equipo referente del/de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de tratamiento con objetivos particulares según las necesidades del paciente: reunión de equipo de la unidad ■ Descripción/conformidad del/da la paciente-tutor/a 	Plan de tratamiento en historia clínica
Desarrollo del plan de tratamiento		
Equipo referente del paciente	Cumpliendo requisitos que se acuerden para ello	Historia clínica
Evaluación del plan de tratamiento		
Equipo referente	Valoración, evolución, cumplimiento y adecuación del plan de tratamiento en reunión de equipo	Historia clínica
Desarrollo del reajuste del plan de tratamiento		
Equipo referente	Valoración de evolución y prolongación del ingreso	Historia clínica
Alta, traslado derivación		
Psiquiatra responsable	Trámites para gestionar el alta, traslado o su derivación	Historia clínica y protocolo de derivación

RESPONSABLE	REQUISITOS/DOCUMENTOS	REGISTROS
Alta, traslado a otra unidad		
Enfermera/o responsable	Trámites para gestionar el alta, traslado, informe de continuidad de cuidados y entrega documentación a facultativo/a responsable	Informe de continuidad de cuidados
Cierre episodio		
Psiquiatra responsable	Elabora informe de alta, cumplimenta CMBD y entrega toda la documentación a administrativa	Historia clínica con evolutivo, plan de cuidados. Informe de continuidad de cuidados, informe social e informe de alta
Comprobación de historia clínica		
Administrativo/a	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se introducen datos en base estadística de la unidad ■ La historia clínica esta completa y se deriva a servicio de archivo 	Control archivo

anexo 3.

Secuencia temporal en el abordaje del paciente en CTSM

Experiencia de la UGC de Salud Mental del Hospital de Puerto Real

El proceso de atención se divide en **4 fases**:



Fase de indicación

Esta primera fase abarca desde que un/a paciente es propuesto/a para su ingreso en CTSM hasta que se produce el mismo. En esta fase se utiliza un **protocolo de derivación**, en el cual se tengan en cuenta no solo «criterios de idoneidad» para el ingreso, sino también «criterios de prioridad», a fin de dar eficazmente respuesta a las necesidades de la población atendida del ámbito de influencia.

Los criterios de ingreso se rigen por tres parámetros fundamentales:

- 1 Clínicos
- 2 Sociales
- 3 Asistenciales

Independientemente de estos criterios, recogidos de la bibliografía existente al respecto, se tendrá en cuenta el «momento institucional» en que se encuentre el dispositivo, para alterar la priorización de la persona atendida en función del sexo, de la plaza a ocupar, número de las personas atendidas altamente conflictivas simultáneas, número de pacientes en periodo de adaptación, periodos vacacionales del personal, etc.

Además, el protocolo define el **procedimiento para el ingreso o derivación** a la CTSM. La derivación se realizará a través de la Comisión TMG y tiene en cuenta los **requisitos básicos** para garantizar homogeneidad de los procedimientos:

- Solicitud del USMC responsable del paciente (cuando sea la UHSM la solicitud deberá ser vehiculizada por la USMC; en el caso de ser la URSM la solicitante, debe constar el acuerdo del USMC referente).
- Indicación de la solicitud del tipo de programa que se considera idóneo (Hospitalización completa o Hospitalización parcial).
- Informe clínico.
- Informe social.
- Informe de enfermería.

Una vez recibidos los distintos informes exigidos, el caso pasa a **lista de espera**. Las personas usuarias incluidas en lista de espera serán valoradas teniendo en cuenta tanto los criterios de idoneidad como los criterios de priorización.

Los resultados de esta valoración serán transmitidos tanto a la USMC referente como a la Comisión de TMG. Los ingresos en CTSM se realizan teniendo en cuenta estos requisitos y, en caso de igualdad en estos criterios, se procederá a ocupar la plaza según tiempo de espera.

Fase inicial

Esta fase se inicia cuando el/la paciente ingresa y finaliza con la realización de un **Plan individualizado de tratamiento**. En esta fase las principales tareas están relacionadas con la adaptación de la persona atendida al dispositivo, con la evaluación diagnóstica inicial, el establecimiento de los objetivos terapéuticos y la elaboración y consenso con ella de un plan individualizado de tratamiento.

Una vez considerado y aceptado por la persona atendida y/o familiares, el ingreso en CTSM, tanto en hospitalización completa como en hospitalización parcial, se procede a la firma del contrato de ingreso o contrato terapéutico tanto por parte de la familia como por parte del/ de la paciente, habida cuenta de que los ingresos en la CTSM son de carácter voluntario y se trata de un centro de «puertas abiertas».

La adaptación de la persona atendida en el dispositivo es fundamental, para ello es necesario elaborar y aplicar un **programa de acogida** del paciente.

En esta fase también se ha de realizar la **evaluación diagnóstica inicial**, en la que colabora todo el equipo terapéutico, con una duración máxima de 4 semanas. Tras la evaluación se establecen los **objetivos terapéuticos**.

Toda esta información sobre la persona atendida se ordena mediante una sesión clínica, en la que al menos han de participar todos los profesionales referentes del/de la paciente y de la cual se extrae el plan individualizado de tratamiento.

Fase intermedia

En esta fase se llevan a cabo todas las intervenciones consideradas necesarias para el tratamiento del/de la paciente, partiendo del plan individualizado de tratamiento que ha de ser consensuado con la persona atendida.

Las **áreas de intervención** que se proporcionan en la CTSM están centradas en la persona usuaria desde un enfoque biopsicosocial.

Estas intervenciones se concretan en tres áreas:

- 1 Expresiva
- 2 Instrumental
- 3 Comunitaria

Área expresiva

Comprende todas las intervenciones centradas en la proyección de lo intrapersonal (grupo expresivo, lectura de prensa, tertulia, grupo de poesía, ocio y deporte, grupo de acogida, etc.).

Área instrumental

Comprende todas las actividades que tienen que ver o están centradas en la proyección de lo interpersonal (asamblea, control de ansiedad, rehabilitación cognitiva, habilidades psicosociales, habilidades sensomotoras, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, grupo cultural prelaboral, programa de atención a las familias, etc.).

Área comunitaria

Comprende todas las intervenciones centradas en la proyección social (programa de pisos, salidas, seguimiento de alta, paseo, integración comunitaria, etc.).

Fase de finalización

En esta fase las tareas más importantes son la evaluación diagnóstica final, el proceso de desvinculación de la persona atendida de la Comunidad Terapéutica, el proceso de derivación y la elaboración de los informes de alta.

En la **evaluación diagnóstica final** se estudian los resultados obtenidos y los objetivos alcanzados. Se tienen en cuenta criterios evolutivos, como el tiempo de estancia en la CTSM, y se realiza un pronóstico y recomendaciones a su alta.

El **proceso de desvinculación** del dispositivo es especialmente importante teniendo en cuenta que los y las pacientes permanecen mucho tiempo en el centro (unos 2 años en el programa de Hospitalización completa y 1 año en el programa de Hospitalización parcial). Se entiende que los vínculos no solamente se establecen con el centro sino también con el resto de pacientes y esto requiere un trabajo previo para su separación. Generalmente, este proceso concluye con una despedida de la persona atendida del dispositivo, a modo de «homenaje», en la que participan todas las personas usuarias.

El **proceso de derivación** se extiende más o menos dependiendo de las características de la persona atendida y de las características del dispositivo al que va a ser derivada. Toda persona que es dada de alta de la CTSM es derivada a algún dispositivo de la red de Salud Mental (USMC, URSM, HDSM, etc.), asegurando la continuidad de la asistencia. Además puede o no ser derivada a algún dispositivo de Servicios Sociales, talleres o algunos de los programas de FAISEM.

En cuanto a la elaboración de los **informes de alta**, señalar que en la CTSM se realiza informes de alta integrados. Esto significa que se realizan tres informes de alta:

- 1 Informe clínico.
- 2 Informe de continuidad de cuidados.
- 3 Informe ocupacional.

Estos informes son enviados a la USMC de referencia de la persona usuaria, al lugar al que vaya a ser derivada (siempre que sea distinto de la USMC de referencia pero que tenga carácter sanitario) y a la propia persona atendida y/o familiares.

SERIE NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

Ambiente Terapéutico en Salud Mental



**Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía**



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



EASP19852010



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL