



 **Hospital Universitario**
Príncipe de Asturias

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

MEMORIA DE LA RED DE SALUD MENTAL
CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS.

2023

PRESENTACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS.....	3
1 Recursos Humanos.....	3
2 Organización Funcional Red de los Servicios de Salud Mental correspondientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias.....	6
3 Recursos físicos y técnicos. Dispositivos Y Programas en la Red de Salud Mental	8
3.1 DISPOSITIVOS DEL AGCPSM DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS.....	9
3.1.1 COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	9
3.1.2 CENTROS DE SALUD MENTAL	9
3.1.2.1 Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares, CIDT Fco Díaz (Subequipos I y II)	9
3.1.2.2 Subequipo de salud mental Puerta de Madrid	10
3.1.2.3 Programa de prevención del riesgo suicida	11
3.1.3 Unidad de Atención Temprana (UAT).....	11
3.1.4 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS	12
3.1.4.1 Unidad de hospitalización del HUPA.....	12
3.1.4.2 Interconsulta del HUPA	13
3.1.4.3 Urgencia del HUPA	14
3.1.5 PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	14
3.1.6 PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO DE ADOLESCENTES.....	15
3.1.7 PISO PROTEGIDO	15
3.1.8 HOSPITAL DE DÍA DE ALCALÁ DE HENARES.....	16
3.2 DISPOSITIVOS MANCOMUNADOS DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.....	17
3.2.1 UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA y CUIDADOS PROLONGADOS y UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA	17
3.2.2 UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA (MEDIA ESTANCIA)	17
3.2.3 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARA ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS	17
3.3 DISPOSITIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA	17
3.3.1 CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)	17
3.3.2 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL).....	18
3.3.3 CENTROS DE DÍA.....	19
3.3.4 EQUIPO DE APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO	20
3.3.5 MINIRESIDENCIAS.....	21
3.4 DISPOSITIVO DEPENDIENTE DEL AYUNTAMIENTO DE ALCALÁ DE HENARES Y LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL:	24
3.4.1 Centro de tratamiento de las adicciones Alcalá de Henares.....	24
3.4.2 Centro de tratamiento de las adicciones Torrejón de Ardoz	24
3.5 OTROS DISPOSITIVOS	25
3.5.1 CLUB SOCIAL.....	25
3.5.2 HUERTO DE OCIO.....	25
3.5.3 EMPLEO PROTEGIDO	25
4 Representación gráfica de los dispositivos de la red, dependencia administrativa y proveedores de servicios.	26
5 Memoria año 2023.....	29
5.1 Actividad asistencial	29
5.1.1 Evolución de la demanda.....	30
5.1.1.1 Solicitudes Atención Primaria 2023-2019 - Centro y Edad.....	30
5.1.1.2 Evolución de la demanda urgente	32
5.1.2 AGCPSM	34
5.1.2.1 Total actividad ambulatoria del AGCPSM	34
5.1.2.2 Centro de Salud Mental.....	36
5.1.2.3 Lista de Espera 2023	39
5.1.2.4 Hospitalización 2023.....	41
5.1.2.5 Hospitalización domiciliaria	43
5.1.2.6 Urgencias	44
5.1.2.7 Programa de prevención del riesgo suicida	44
5.1.2.8 Programas de enlace	44

5.1.2.9	Unidad de Atención Temprana	46
5.1.2.10	Tratamiento ambulatorio Intensivo Adolescentes	47
5.1.2.11	Hospital de día	48
5.1.2.12	Actividad por procesos	50
5.1.3	Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera	51
5.1.4	CAID.....	52
6	Memoria objetivos de calidad 2023	53
7	Memoria docente	61
7.1	DOCENCIA UNIVERSITARIA.....	61
7.1.1	Profesorado de la Universidad de Alcalá	61
7.1.2	Convenios de Colaboración	61
7.1.3	Alumnos en Prácticas	61
7.2	Formación de residentes	61
8	63
7.3	DIRECCIÓN DE MÁSTERES Y TÍTULOS PROPIOS	68
7.4	Formación Continuada	69
8	Participación de usuarios	72
9	Memoria de Investigación.....	72
10	Proyectos	76
10.1	Dotar a los profesionales del AGCPSM del reconocimiento de la labor que ejercen	76
10.2	La urgencia del hospital.....	78
10.3	Unidad de puertas abiertas	78
10.4	Tratamiento ambulatorio intensivo del adulto	79
10.5	Traslado de la Atención Ambulatoria a La Garena (tras cesión y obras).....	80
10.6	Atención Infanto juvenil	81
11	Resumen de propuestas y necesidades.....	86
12	Anexos.....	88
12.1	Proyecto de Apertura de Unidad de Hospitalización Breve Puertas Abiertas (UHB-PA) en el HUPA.....	88
12.2	Proyecto Piloto: "Tratamiento Ambulatorio Intensivo Para Personas Diagnosticadas De Trastorno De Personalidad"	118
12.3	Protocolo De Atención A La Salud Mental Perinatal: Servicio De Interconsulta Y Programas De Enlace Del Hospital Universitario Príncipe De Asturias (Hupa)2023	127

PRESENTACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Los Servicios de Salud Mental correspondientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias constituyen una red compleja de dispositivos desde los que equipos interprofesionales integrados entre otros por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, maestros de taller y administrativos, desarrollan una serie de programas que pretenden proporcionar atención a aquellos trastornos mentales y problemas de salud mental cuyo abordaje excede las posibilidades de la Atención Primaria de salud. En la red trabajan profesionales con distintas cualificaciones.

LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL integra:

- **ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS**
Constituida mediante un Acuerdo de Gestión firmado con la Dirección Gerencia en diciembre de 2011.
- **CENTROS Y RECURSOS DE LA CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES (RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS)**
- **CENTROS DE ATENCIÓN A ADICCIONES DEPENDIENTE DEL AYUNTAMIENTO DE ALCALÁ DE HENARES Y TORREJÓN Y LA OFICINA REGINAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES**
- **OTROS DISPOSITIVOS**

La información sobre el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental se encuentra en la página web:
<https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

La información sobre los centros y recursos del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera se encuentra en la web de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad
<https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>

La información sobre la Red de Atención a las Drogodependencias se puede obtener en
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-adicciones>

1 Recursos Humanos

PERSONAL RED DE SALUD MENTAL CORRESPONDIENTE AL HUPA

	Psiquiatras	Psicólogos	Médicos	Enfermeras especialistas en salud mental	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Enfermería	Administrativos	Auxiliares de Control	Educadores	Monitores de terapia ocupacional	Celadores	Maestros de Taller	TAIL (Técnico de apoyo a la inserción laboral)	Totales
UHB (+urg)	4			14			12	1			1	5			37
Interconsulta adultos	1	2						1							4
Interconsulta infanto juvenil		1													1
Coordinación	1							1							2
Programa tratamiento ambulatorio intensivo adolescentes	1	2		1											4
Programa de prevención del Riesgo Suicida	1			1											2
Centro de Salud Mental F ^{co} Díaz adultos	7	3		5	2		1	3.5							22
Centro de Salud Mental F ^{co} Díaz, infanto juvenil	2	3		0.5											6
Centro de Salud Mental F ^{co} Díaz, psicogeratria	1														1
Centro de Salud Mental Puerta Madrid adultos	4	2		2	1			1.5							11
Centro de Salud Mental Puerta Madrid, infantil	1	1		0.5											2
H. de Día Alcalá, adultos	2			1		1		0.5			1	0.5			6
H. de Día Alcalá, adolescentes	1	1		1		1		0.5			1	0.5			6
Unidad de Atención Temprana	1	1		1		1									4
Hospitalización domiciliaria adultos	1			2											3
Hospitalización domiciliaria infanto juvenil	1			1											2
Total AGCPSM	29	16	0	30	3	3	13	9	0	0	3	6	0	0	112

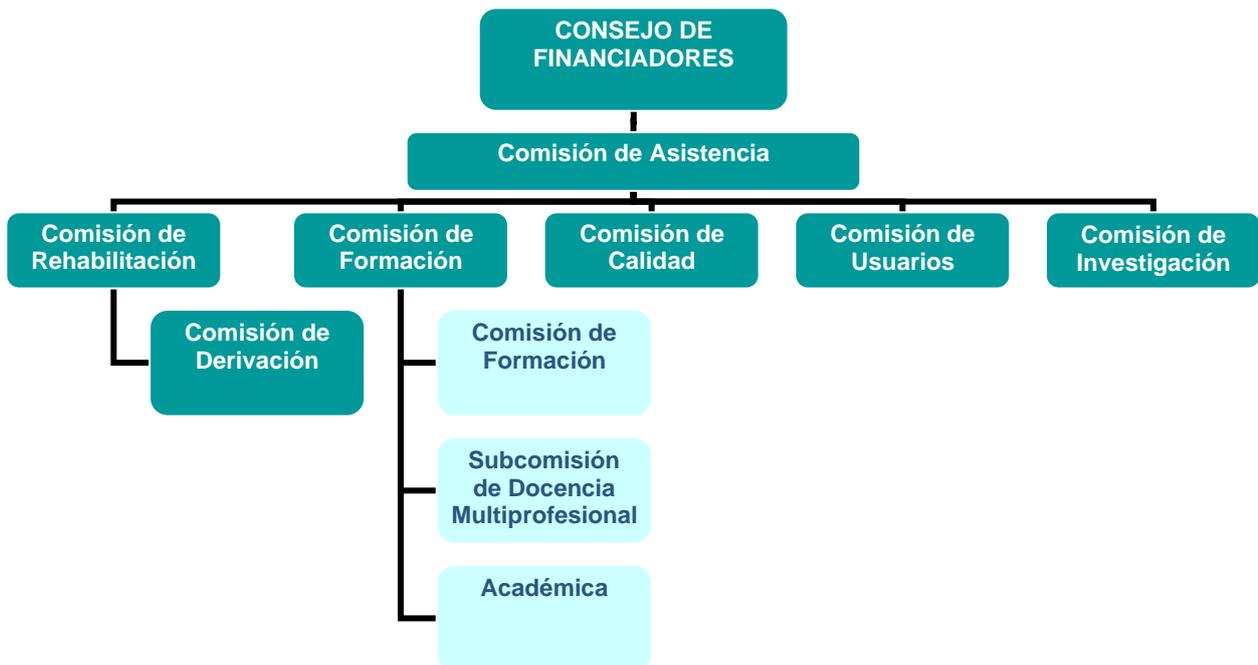
	Psiquiatras	Psicólogos	Médicos	Enfermeras especialistas en salud mental	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Enfermería	Administrativos	Auxiliares de Control	Educadores	Monitores de terapia ocupacional	Celadores	Maestros de Taller	TAIL (Técnico de apoyo a la inserción laboral)	Totales
CRPS ¹ Alcalá		4			1	1		1		3					10
Centro de Día Alcalá		2				1		0.5		2					6
Centro de Día Espartales		2				1		0.5		2					6
Centro de Rehabilitación Laboral de Espartales		1				1		0.5					2	1	5
EASC ²		1			1			0.5		2					4
Mini Residencia Alcalá		2				2		1		14					19
Mini Residencia Espartales		2			1	1		1		15					20
Total SS	0	14	0	0	3	7	0	5	0	38	0	0	2	1	70
Centro de Atención a Adicciones Torrejón		3	2	3				1		2					
Centro de Atención a adicciones Alcalá	1	2	2	2	1	1		1							10
Total red de Adicciones	1	5	4	5	1	1		1							18
TOTAL	30	35	4	35	7	11	13	16	0	40	3	6	2	1	203
RESIDENTES MIR	16 (4 POR AÑO)														44
RESIDENTES PIR	16 (4 POR AÑO)														
RESIDENTES EIR	12 (6 POR AÑO)														
TOTAL RED															245

¹ (Centro de Rehabilitación Psicosocial) ² (Equipo de Apoyo Social Comunitario)

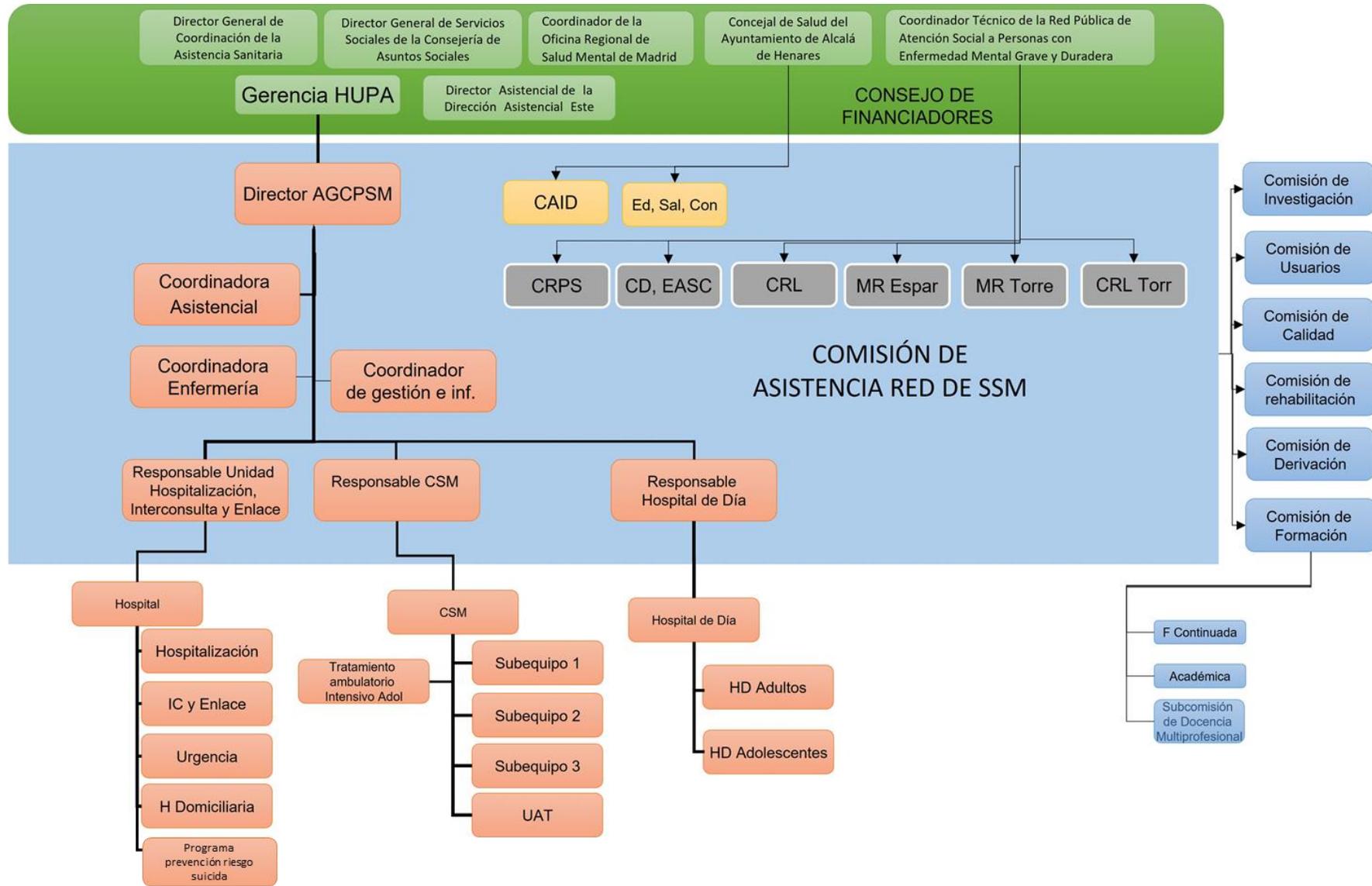
³(Centro de Atención Integral a Drogodependientes)

2 Organización Funcional Red de los Servicios de Salud Mental correspondientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias

La estructura funcional (que integra todos los recursos de la zona que atienden en diversos momentos las necesidades de las personas con sufrimiento psíquico) actual deriva de la propuesta en el proyecto de 1991 de creación de Los Servicios de Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias y la Red de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias y se representa en el **Organigrama de los Servicios de Salud Mental**. El Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental se crea en 2011.



En el siguiente organigrama aparece la Red de Atención a la Salud Mental Correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias. En color naranja, el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental



3 Recursos físicos y técnicos. Dispositivos Y Programas en la Red de Salud Mental

PROGRAMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La actividad de los servicios de Salud Mental se organiza en base a una serie de programas que pretenden organizar la atención a los problemas de la salud mental de la población asignada, teniendo en cuenta las necesidades específicas tanto por intensidad del tratamiento como por grupo etario.

Cada actuación de los Servicios de Salud Mental está definida a la vez por dos programas que hemos convenido en llamar **transversales** y **longitudinales**.

⇒ los **PROGRAMAS TRANSVERSALES** se definen por el tipo de actividad que pretenden organizar. Hay establecidos los siguientes:

- Centro de Salud Mental:
 - Evaluación de problemas de salud mental, programa del especialista consultor de presencia física
 - Atención ambulatoria
 - Atención ambulatoria urgente
 - Atención domiciliaria
 - Coordinación y apoyo con Atención Primaria
 - Coordinación y apoyo con Servicios Sociales
 - Rehabilitación
 - Tratamiento ambulatorio Intensivo adolescentes
 - Unidad de Atención Temprana
- Hospital
 - Interconsulta con el hospital general
 - Urgencia hospitalaria
 - Hospitalización completa
 - Hospitalización Domiciliaria
 - Programa de prevención del riesgo suicida
- Hospital de día
 - Hospitalización parcial

⇒ los **PROGRAMAS LONGITUDINALES** especifican el modo de aplicar los programas transversales para una serie de grupos de población definidos por un factor de riesgo que condiciona su uso de los servicios. Hay establecidos los siguientes

- Atención infanto-juvenil
- Atención al adulto
- Gerontopsiquiatría
- Continuidad de Cuidados

⇒ El **TRABAJO POR PROCESOS** organiza la atención a personas que padecen problemas clínicos que requieren de la actuación simultánea o sucesiva de varios equipos multiprofesionales y varios dispositivos. En la actualidad, se trabaja con 4 procesos asistenciales:

- Proceso Trastorno Mental Grave
- Proceso Primeros episodios Psicóticos
- Proceso Trastorno de Personalidad-Trauma Complejo
- Proceso Trastorno de la Conducta Alimentaria

3.1 DISPOSITIVOS DEL AGCPSM DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

3.1.1 COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Situada en la cuarta planta D del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, en la Carretera de Meco sin número, 28805 Alcalá de Henares, teléfono 918816594.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL
Directora del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental	1	1
Auxiliares administrativos*	3	3

* Compartidas para los programas de hospitalización, interconsulta y enlace, tratamiento ambulatorio intensivo, urgencia, hospitalización domiciliaria, calidad y docencia.

3.1.2 CENTROS DE SALUD MENTAL

Es el elemento central de la red. En él se basan los programas de evaluación de problemas de salud mental, atención ambulatoria, atención ambulatoria urgente, atención domiciliaria, coordinación y apoyo con atención primaria, coordinación y apoyo con Servicios Sociales y Rehabilitación.

Constituye la vía de entrada a la red, trabajando en segunda línea respecto a la Atención Primaria de Salud y coordinado con ella.

El personal que trabaja en este centro es personal público, que depende de la Gerencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Tienen habilitados turnos de mañana y tarde.

El 95% de los pacientes atendidos es derivado por Atención Primaria (el resto procede de la urgencia u otros servicios del hospital) directamente a través de un sistema de telecita. Con la mayoría de los equipos de atención primaria de Alcalá se está desarrollando un programa de especialista consultor por el que los facultativos de los Servicios de Salud Mental se desplazan al centro de salud a valorar los pacientes nuevos y prestar apoyo a los profesionales de Primaria.

El centro de Salud Mental tiene programas específicos en función de los grupos etarios:

- Adultos
- Infanto juvenil
- Mayores

3.1.2.1 Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares, CIDT Fco Díaz (Subequipos I y II)

El personal del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares está dividido en 3 subequipos, dos de ellos ubicados en el Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento Francisco Díaz y el tercero en el Centro de Salud Mental Puerta de Madrid.

Está situado en la primera planta Área S, de la C/ Octavio Paz s/n en Alcalá de Henares. Su teléfono es 91 830 30 70.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL	Población adultos	Población infantojuvenil	Población mayor
Psiquiatras	10	10	7	2	1
Psicólogas clínicas	6	6	3	3	
Enfermeras especialistas en salud mental	6	6	4	1	1
Trabajadoras sociales	2	2			
Auxiliares de clínica	1	1			
Auxiliares administrativos	3.5	3.5			



Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

3.1.2.2 Subequipo de salud mental Puerta de Madrid

Está situado en un edificio anexo al H. de Día Psiquiátrico de Alcalá, en la calle Alfonso de Alcalá s/n 28802 Alcalá de Henares. Su teléfono es 91 8771506.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL	Población adultos	Población infantojuvenil
Psiquiatras	5	5	4	1
Psicólogas clínicas	3	3	2	1
Enfermeras especialistas en salud mental	3	3		1
Trabajadores sociales	1	1		
Auxiliares administrativos*	1.5	1.5		

* un auxiliar administrativo compartido con Fco Díaz



Subequipo de Salud Mental Puerta de Madrid

3.1.2.3 Programa de prevención del riesgo suicida

La atención a personas que acuden a la urgencia, supervivientes de un intento autolítico en las semanas inmediatamente posteriores requiere de una disponibilidad y proactividad rápida por parte de los servicios.

Esta atención se prestaba a través de la agenda ARSUIC. Tras el incremento de intentos autolíticos tras el fin del confinamiento pero todavía en pandemia, además de las citas en el plazo inferior a una semana se ofrecía un contacto aumentado y la realización de un plan de seguridad.

Desde el año 2023, el programa de Atención al riesgo suicida tiene dotación de personal específica que además de las tareas descritas más arriba se hace cargo de la coordinación, supervisión, tratamiento y atención a la posvención de familiares supervivientes.

CATEGORÍA PROFESIONAL	
Psiquiatras	1
Enfermera especialista en SM	1

3.1.3 Unidad de Atención Temprana (UAT)

Programa del Centro de Salud Mental para la prevención y la atención temprana de jóvenes que han sufrido un primer episodio psicótico. Está situada en C/ Arturo Soria 12. La Garena. 28806 Alcalá de Henares su teléfono es 91 203 16 82.

La UAT pretende reducir al máximo el tiempo que tardan en recibir tratamiento, y ofrece a estos pacientes y a sus familias un tratamiento intensivo e integral dentro de su propia comunidad.

La intención es redirigir el curso de la enfermedad con un tratamiento adaptado en la etapa inicial de un posible trastorno mental grave, buscando la mayor recuperación posible y un mejor pronóstico que evite el curso hacia la cronicidad.

La UAT atiende a pacientes que se hallan en los tres primeros años de evolución de un trastorno mental grave que curse con sintomatología psicótica. Con una edad comprendida entre los 16 y los 40 años (excepcionalmente se atiende a personas entre los 14 y 16 años, en colaboración con el equipo infanto juvenil del centro de salud mental).

El Equipo interdisciplinar cubre las áreas necesarias para facilitar una atención integral del paciente.

Trabaja poniendo especial cuidado en el ambiente terapéutico necesario para el desarrollo del tratamiento, la atención a las familias y a la coordinación interna y externa de la unidad.

Además, una parte esencial del trabajo terapéutico consiste en aumentar la red social y afectiva de los usuarios, ofreciendo distintas actividades grupales realizadas en el entorno comunitario tales como grupo de senderismo, grupo de cafetería y juegos de mesas, trabajando con los recursos propios de la comunidad

(establecimientos, asociaciones, espacios públicos). Todo esto con el objetivo de disminuir el aislamiento y soledad con las que suelen cursar los primeros episodios psicóticos.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Psiquiatras	1
Psicóloga clínica	1
Terapeuta ocupacional	1
Enfermera especialista en salud mental	1

3.1.4 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

3.1.4.1 Unidad de hospitalización del HUPA

Está situada en la cuarta planta, control D, del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, en la Carretera de Meco sin número, 28805 Alcalá de Henares, teléfono 918878100. Tiene dieciocho camas, distribuidas en catorce habitaciones. Tiene dos salas de estar comunes, cuatro despachos clínicos, sala de reuniones, control de enfermería y un cuarto de botiquín. La tasa de camas por habitante es la mitad de la media de Madrid reflejada en el Plan de Salud Mental de 2003.

De esta unidad depende el programa de Hospitalización Domiciliaria, que atiende a pacientes con necesidad de hospitalización completa, pero que se puede realizar en el domicilio, si cuenta allí con cuidados especializados.

La plantilla que se relaciona en la tabla permite garantizar que en los momentos de menos personal hay, al menos un diplomado en enfermería y un auxiliar a los que se suma un celador.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA UHB	TOTAL
Psiquiatras	3	3
Supervisor de enfermería	1	1
Enfermeros especialistas en salud mental	14	14
Auxiliares de clínica	12	12
Celadores	5	5
Monitores de terapia ocupacional	1	1



Unidad de Hospitalización Breve

3.1.4.2 Interconsulta del HUPA

Se lleva a cabo por un facultativo de psiquiatra y tres de psicología clínica -una de ellas para atención específica a población infanto juvenil, en colaboración con el Servicio de pediatría-, desde unos despachos habilitados en la cuarta planta del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, fuera de la Unidad de Hospitalización, junto a la Secretaría de Psiquiatría. Y dos despachos en la primera planta D para la atención a niños y adolescentes. Incluye, la atención a los pacientes ingresados por un proceso médico o quirúrgico, a los pacientes ingresados durante el proceso de Trastornos de la Conducta Alimentaria que lo hacen a cargo de Psiquiatría en las camas de Endocrinología y Nutrición en la tercera planta del hospital, la Interconsulta a demanda y los programas de enlace específicos desarrollados con otros servicios.

Existen programas diferenciados para adultos y niños y adolescentes

El trabajo asistencial en la Interconsulta se organiza en base a las siguientes actividades y programas de enlace:

o INTERCONSULTA

☐ INTERCONSULTA A DEMANDA ADULTOS E INFANTO- JUVENIL

☐ PROGRAMA DE IC CON EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.

Tratamiento hospitalario de pacientes con TCA y desnutrición severa

☐ PEDIATRÍA Ingreso transitorio de niños pendientes de ingreso en unidad de agudo de psiquiatría infantil

o PROGRAMAS DE ENLACE

☐ ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

- Diabetes
- Cirugía bariátrica y obesidad mórbida

☐ ONCOLOGÍA.

☐ HEMATOONCOLOGÍA

☐ REUMATOLOGÍA

☐ NEFROLOGÍA

☐ ESTOMATERAPIA

☐ GINECOLOGÍA

☐ DERMATOLOGÍA

☐ PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

☐ PROCESO SUELO PÉLVICO

☐ PROCESO POST UCI

☐ PROCESO DE SALUD MENTAL PERINATAL

☐ PROCESO DE ENLACE CON PEDIATRÍA

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL	Población adultos	Población infantojuvenil
Psiquiatras	1	1	1	
Psicólogos	3	3	2	1

3.1.4.3 Urgencia del HUPA

Los servicios proporcionan atención urgente de 8:00 a 15:00 en los centros de salud mental y 24 horas al día siete días en semana en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Este último servicio lo atienden de 8:00 a 15:00 por un psiquiatra en horario de mañana y de 15:00 a 8:00 los psiquiatras del conjunto de los dispositivos que actúan por turnos, como psiquiatras de guardia.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL
Psiquiatras	1	1



Urgencias Hospital Universitario Príncipe de Asturias

3.1.5 PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Se trata de un programa de atención en domicilio que se presenta como alternativa a la hospitalización o atención al alta precoz para pacientes en los que esta alternativa es posible. Tiene su base en La Garena y se desplaza diariamente, en horario de 9 a 16 h, a las localidades del área de influencia del HUPA. Dispone de un total de 18 plazas. Su tfno. es 620.893.495. Fuera de este horario, la atención se realiza telefónicamente por el psiquiatra de guardia y si es preciso de forma presencial, en la urgencia del hospital.

Dispone de dos subprogramas diferenciados para la atención de población adulta e infanto juvenil

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL	Población adultos	Población infantojuvenil
Psiquiatras	2	2	1	1
Enfermeros especialistas en salud mental	3	3	2	1

3.1.6 PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO DE ADOLESCENTES

Funcionalmente dependiente del Centro de Salud Mental, está situado en la cuarta planta del hospital Príncipe de Asturias. Su teléfono es 918878100 Ext: 2523. Es un programa destinado a:

- Pacientes con evolución tórpida que requieran de una psicoterapia intensiva que no pueda ser proporcionada en otros dispositivos ambulatorios.
- Dificultades persistentes en la regulación de las emociones y los impulsos.
- Trastornos de la conducta alimentaria, de la construcción de la imagen corporal y problemática de la identidad.
- Síntomas precoces de TMG en pacientes adolescentes y preadolescentes.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL	Población infantojuvenil
Psiquiatra	1	1	1
Psicólogas clínicas	2	2	2
Enfermero especialista en salud mental	1	1	1



3.1.7 PISO PROTEGIDO

Presta alojamiento a personas con trastorno mental grave que son derivadas desde el centro de salud mental por precisarlos de modo coyuntural o permanente.

Los pacientes son atendidos en régimen normalizado en su centro de salud mental. Reciben un apoyo adicional desde el centro en forma de supervisión de las tareas domésticas y la convivencia. Existe un programa de alarma domiciliaria.

PISO PROTEGIDO DE ALCALÁ

Depende del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Tiene capacidad para cuatro residentes



Piso protegido de Alcalá de Henares

3.1.8 HOSPITAL DE DÍA DE ALCALÁ DE HENARES

Situado en un antiguo pabellón escolar en la calle Alfonso de Alcalá s/n, en Alcalá de Henares. Teléfono 918771505

Proporciona tratamiento psicoterapéutico intensivo de lunes a viernes en horario de 9:00 a 16:00 a pacientes que, por requerirlo, han sido derivados allí desde los Centros de Salud Mental. Tiene un Módulo para población adulta y otro para pacientes adolescentes (de 13 a 18 años) La población en edad escolar recibe apoyo de un equipo de educación, durante una tercera parte de la jornada. La plantilla sanitaria pertenece al HUPA y los educadores a la Consejería de Educación.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HUPA	TOTAL	Población adultos	Población infantojuvenil
Psiquiatras	3	3	2	1
Psicólogos	2	2		2
Enfermeros especialistas en salud mental	2	2	1	1
Terapeutas ocupacionales	2	2	1	1
Monitores de Terapia Ocupacional	2	2	1	1
Administrativos	1	1		
Celadores	1	1		



Hospital de Día de Alcalá de Henares

3.2 DISPOSITIVOS MANCOMUNADOS DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

3.2.1 UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA y CUIDADOS PROLONGADOS y UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Estas prestaciones se realizan en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora, situado a 40,5 kilómetros del Hospital Príncipe de Asturias. Su dirección es Ctra. de Colmenar Viejo Km. 13,800 28049 – Madrid. A efectos docentes, existe un convenio de dispositivo asociado por lo que la rotación de los MIR por aquí puede considerarse como del área.

3.2.2 UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA (MEDIA ESTANCIA)

Esta prestación se realiza en la UHTR de la Clínica San Miguel, está destinada al tratamiento en régimen hospitalario de personas con enfermedad mental que además requieren de programas de rehabilitación. Está situada en la C/ Arturo Soria 204 28043 Madrid. A efectos docentes, existe un convenio de dispositivo asociado por lo que la rotación de los MIR por aquí puede considerarse como del área.

3.2.3 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARA ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS

Esta prestación se realiza en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Adolescente (UADO) y en la Unidad de Hospitalización Infantil, englobada en la Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente presta servicios a jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, por una parte y menores de 12 por otra, cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Está situado en Av. de Menéndez Pelayo, 65, 28009 Madrid. Tfno 915035900. A efectos docentes, existe un convenio de dispositivo docente asociado por lo que la rotación de los MIR por aquí puede considerarse como del área.

3.3 DISPOSITIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA

3.3.1 CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)

El objetivo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) es ayudar a las personas con enfermedad mental grave y crónica a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su integración en la comunidad así como apoyar a sus familias. Ofrecen programas individualizados de apoyo a la rehabilitación psicosocial y promoción de la integración social, desarrollando intervenciones individuales y grupales en las siguientes áreas: autocuidado y actividades de la vida diaria, psicomotricidad, habilidades sociales, autocontrol, psicoeducación y manejo de la enfermedad, integración comunitaria y apoyo a la integración social. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias. Proporcionan planes individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social a pacientes graves que, por requerirlos, han sido derivados desde los centros de salud mental. Están financiados por la Consejería de Servicios Sociales, en el marco de la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE ALCALÁ DE HENARES

Está situado en un edificio sito en la calle Pablo Coronel 18 en Alcalá de Henares. Su teléfono es 918823984. El proveedor es la Consejería de Asuntos Sociales, a través de la Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Tiene 90 plazas. Recibe derivaciones del Centro de Salud mental de Alcalá de Henares. Es un centro propio de la Consejería de Asuntos Sociales y es la empresa GRUPO 5 la que se encarga de su gestión mediante un contrato de gestión de servicios públicos en la modalidad de concesión.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Director	1
Psicólogos	3
Educadores	3
Trabajadores sociales	1
Administrativos	1
Terapeuta ocupacional	1



Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares

3.3.2 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)

El objetivo de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) es ayudar a aquellos usuarios con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.

Se ofrecen un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, ajuste socio- laboral, talleres prelaborales, apoyo a la formación laboral, búsqueda activa de empleo, apoyo y seguimiento de la inserción laboral.

CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL ESPARTALES SUR EN ALCALÁ DE HENARES

Está situado en el mismo edificio que el Centro de Día y la Miniresidencias De Espartales Sur, en la calle Federico García Lorca Nº 20, 28806, en el barrio de Espartales sur de Alcalá de Henares. Tiene una dirección conjunta con el Centro de Día.

Proporciona planes individualizados de rehabilitación laboral para pacientes graves que, por requerirlos, han sido derivados desde los centros de salud mental. Tiene 30 plazas, en funcionamiento.

Es un centro propio de la consejería de Servicios Sociales y es la empresa GRUPO 5, Gestión y Rehabilitación Psicosocial S.L., la que se encarga de su gestión mediante un contrato de gestión de servicios públicos en la modalidad de concesión.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Director (compartido CD-CRL)	1
Psicólogos	1
Administrativos (compartido CD-CRL)	1
Maestros de taller	2
Terapeutas ocupacionales	1
TAIL (Técnico de apoyo a la inserción laboral)	1
Trabajadores sociales (compartido CD-CRL)	1

- **CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL DE TORREJÓN DE ARDOZ**

En este momento se conservan en el centro 15 plazas para la atención de pacientes residentes en Alcalá de Henares. Está situado en Avenida de Madrid número 37, 28850 de Torrejón de Ardoz. El teléfono es 91 655 57 70.

3.3.3 CENTROS DE DÍA

Los Centros de Día de soporte social (CD) ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con enfermedad mental grave y crónica con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

Ofrecen para ello actividades de mantenimiento de la autonomía personal, actividades de socialización, actividades de ocio y actividades socioculturales de soporte social como las siguientes: manualidades, pintura, juegos de mesa, tertulias, elaboración de periódico, taller de lectura y escritura, taller de creatividad, expresión corporal, gimnasia, y cuantas otras actividades sociales, ocupacionales o culturales puedan resultar relevantes. La meta del Centro de Día es la estructuración de la vida de la persona y ayudar a su mantenimiento en las mejores condiciones y buscar en la medida de lo posible la mejora de su autonomía y posibilidades de integración social.

CENTRO DE DÍA DE ALCALÁ DE HENARES

Está situado en la C/ Río Tajuña s/n local 232 centro comercial nuevo Alcalá 28803, teléfono 918822234. Comparte director y administrativo con el EASC. Proporciona apoyo y soporte comunitario y entrenamientos básicos para pacientes con deterioros importantes derivados desde los centros de salud mental de Alcalá. Oferta 30 plazas. Gestionado por la empresa EXTER SA.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Director	1*
Psicólogos	1
Administrativos	1
Terapeutas ocupacionales	1
Educadores	2

(*) Director compartido con C. Día y EASC



Centro de Día de Alcalá de Henares

CENTRO DE DÍA ESPARTALES SUR

Está situado en la Calle Federico García Lorca Nº 20, ALCALÁ DE HENARES 28806. Este centro de día es un centro propio de la consejería de Servicios Sociales y es la empresa GRUPO 5, Gestión y Rehabilitación Psicosocial S.L., la que se encarga de su gestión mediante un contrato de gestión de servicios públicos en la modalidad de concesión.

Proporciona apoyo y soporte comunitario y entrenamientos básicos para pacientes con deterioros importantes derivados desde los centros de salud mental de Alcalá. Oferta 30 plazas.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Director	1 (*) Compartido CRL
Psicólogos	1
Educadores	2
Trabajadores sociales	1 (*) compartido MR-CRL-CD
Terapeutas ocupacionales	1
Administrativos	1 (*)compartido CD-CRL

3.3.4 EQUIPO DE APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO

El EASC se dirigen las personas con enfermedades mentales graves y crónicas con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar; que necesitan una atención flexible y cercana en su propio domicilio a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles en la medida de lo posible a mantenerse en adecuadas condiciones en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social. Ofrecen atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental crónica con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario. Cada EASC cuenta con un trabajador social, un psicólogo y dos educadores y tienen una capacidad de atención de 30 usuarios cada uno.

Se cuenta con un EASC para Alcalá de Henares. Este EASC trabaja de un modo integrado y coordinado con los programa de continuidad de cuidados de ambos CSM de Alcalá de Henares.

EASC (Equipo de Apoyo Social Comunitario) de Alcalá

Está situado en la C/ Río Tajuña s/n local 232 centro comercial nuevo Alcalá 28803, teléfono 918822234.

Equipo que se ocupa de atender a pacientes con enfermedades mentales graves y crónicas, con apoyo en domicilios y en comunidad. Realizan acompañamientos, apoyo y vinculación, evitando la institucionalización de estos pacientes. Tiene capacidad para atender a 30 usuarios.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Psicólogos	1
Trabajadores sociales	1
Educadores sociales	2

3.3.5 MINIRESIDENCIAS

Prestan alojamiento en régimen de residencia supervisada 24 horas al día siete días en semana, a pacientes que por requerir esta prestación de modo coyuntural o permanente han sido derivadas a ellas desde los centros de salud mental. Están financiadas por la Consejería de Asuntos Sociales a través de un concierto con entidades, o por contrato de gestión e servicios públicos en la modalidad de concesión.

Ambas alojan a pacientes de ambos distritos, que se derivan a una u otra en función de las características de las mismas.

El Área de referencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias cuenta con un total de 45 plazas de residencia: la MR de Alcalá de Henares con 20 plazas que esta concertada con la Fundación Manantial y por otro lado cuenta con 30 plazas (de las cuales son 25 para Alcalá y 5 para Coslada y San Fernando) en la Miniresidencia Espartales Sur, gestionada por la entidad Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial S.L.

MINIRESIDENCIA TORREJÓN DE ARDOZ

Está situado en C/ Bolleros, 3. 28850 Torrejón de Ardoz (Madrid). Su teléfono es 918881804. Está concertada por la Consejería de Asuntos Sociales con la entidad Fundación Manantial.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Director (Psicóloga)	1
Psicólogos	1
Educadores	14
Terapeutas ocupacionales	2
Administrativos	1



Miniresidencia de Torrejón de Ardoz

MINIRESIDENCIA ESPARTALES SUR

Está situada en Calle Federico García Lorca Nº42, ALCALÁ DE HENARES 28830. Esta miniresidencia es gestionada para la Red de la Consejería de Asuntos Sociales por el grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial SL.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Director (Psicólogo)	1
Psicólogos	1
Educadores	15
Trabajador social	1(*) compartido MR-CRL-CD
Terapeutas ocupacionales	1
Administrativos	1



Miniresidencia Espartales Sur

3.2.16 PISOS SUPERVISADOS

Como recurso de apoyo al alojamiento y vinculados a las Miniresidencias, la Consejería de Asuntos Sociales, tiene 3 Pisos supervisados con un total de 12 plazas.

PISO SUPERVISADO 1 DEPENDIENTE DE LA MINIRESIDENCIA DE ESPARTALES SUR

Financiado y concertado por la Consejería de Asuntos Sociales está gestionado por la entidad GRUPO 5. Tiene capacidad para cuatro residentes y depende de la Miniresidencia Espartales Sur de Alcalá

PISO SUPERVISADO 1 DEPENDIENTE DE LA MINIRESIDENCIA DE ALCALÁ

Financiado y concertado por la Consejería de Asuntos Sociales está gestionado por la Fundación Manantial. Tiene capacidad para cuatro residentes (mujeres) y depende de la Miniresidencia de Alcalá

PISO SUPERVISADO 2 DEPENDIENTE DE LA MINIRESIDENCIA DE ALCALÁ

Financiado y concertado por la Consejería de Asuntos Sociales está gestionado por la Fundación Manantial. Tiene capacidad para cuatro residentes y depende de la Miniresidencia de Alcalá



Piso supervisado 3 de Alcalá

3.4 DISPOSITIVO DEPENDIENTE DEL AYUNTAMIENTO DE ALCALÁ DE HENARES Y LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL:

3.4.1 Centro de tratamiento de las adicciones Alcalá de Henares

Está situado en la 1ª planta del Centro Municipal de Salud de la C/ Santiago nº 13, 28801 Alcalá de Henares. Tfno. 91 8771740. Es un dispositivo ambulatorio de acogida directa, que actúa como centro de referencia y puerta de acceso a la Red Asistencial de Atención a Adicciones de la Comunidad de Madrid. Proporciona tratamiento a personas que presentan consumos problemáticos de sustancias o trastornos adictivos; así como, orientación y apoyo a familiares. Además, cuenta con el Servicio de Prevención de drogodependencias dirigido a población general.

Está financiado en parte por la Comunidad de Madrid y convenios con el Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Psiquiatras	1
Psicólogos	2
Médicos	2
Trabajadores Sociales	1
Enfermeros	2
Terapeutas ocupacionales	1
Auxiliares Administrativos	2



Centro de Atención a Drogodependencia

3.4.2 Centro de tratamiento de las adicciones Torrejón de Ardoz

Está situado en Avda de la Constitución, 83. Torrejón de Ardoz Tfno 91 6566912. Es un dispositivo ambulatorio de acogida directa, que actúa como centro de referencia y puerta de acceso a la Red Asistencial de Atención a Adicciones de la Comunidad de Madrid.

Proporciona tratamiento a personas que presentan consumos problemáticos de sustancias o trastornos adictivos; así como, orientación y apoyo a familiares. Además, cuenta con el Servicio de Prevención de drogodependencias dirigido a población general.

Está financiado en parte por la Comunidad de Madrid y convenios con el Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL
Psicólogos	3
Médicos	2
Trabajadores Sociales	1
Enfermeros	3
Educadoras sociales	2
Auxiliares Administrativos	1
Guardia de seguridad	1

3.5 OTROS DISPOSITIVOS

3.5.1 CLUB SOCIAL

Se trata de un club que ofertan actividades de ocio a pacientes que, por sus características, no pueden realizar estas en un entorno más normalizado. Se accede a ellos por indicación de los centros de salud mental

CLUB SOCIAL DE ALCALÁ DE HENARES

Está situado en un local de la asociación de familiares ASME, en la calle **C/Pedro Sarmiento de Gamboa nº3** de Alcalá de Henares. El teléfono es **686907591**. Se mantiene en base a personal voluntario de la asociación.

3.5.2 HUERTO DE OCIO

Proporciona una actividad ocupacional, instrumentada a través del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá. Forma parte también de las actividades comunitarias de las personas atendidas en el Unidad de Atención temprana. Se desarrolla en un terreno cedido a la asociación de familiares ASME

3.5.3 EMPLEO PROTEGIDO

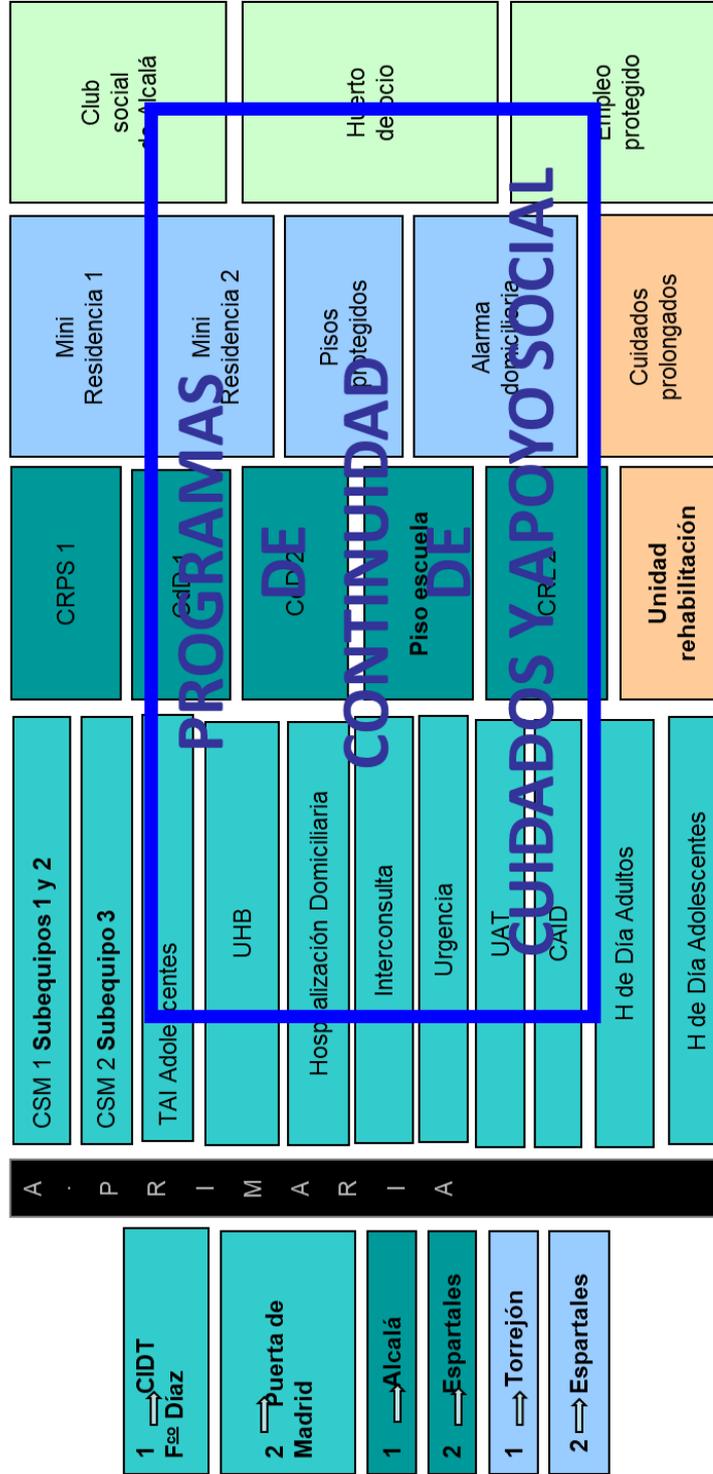
En este momento no disponemos de actividades de empleo protegido desarrolladas desde los servicios públicos. Históricamente se han desarrollado en el campo de la serigrafía. Actualmente Existe una empresa social desarrollada por la Fundación Manantial en Meco.

- **Servicio de manipulado secundario farmacéutico** que depende de Manantial Integra S.L.U. es calificado como CEE el 24 de octubre de 2003 e inscrito en el Registro de Centros Especiales de Empleo de la Comunidad de Madrid. Da comienzo a sus actividades en abril de 2004, prestando servicios de catering y lavandería/limpieza. Comenzamos ofreciendo estos servicios a un número reducido de clientes (dos), en la actualidad se ofrecen cuatro servicios diferentes a un total de diez clientes.

La red de atención a la salud mental

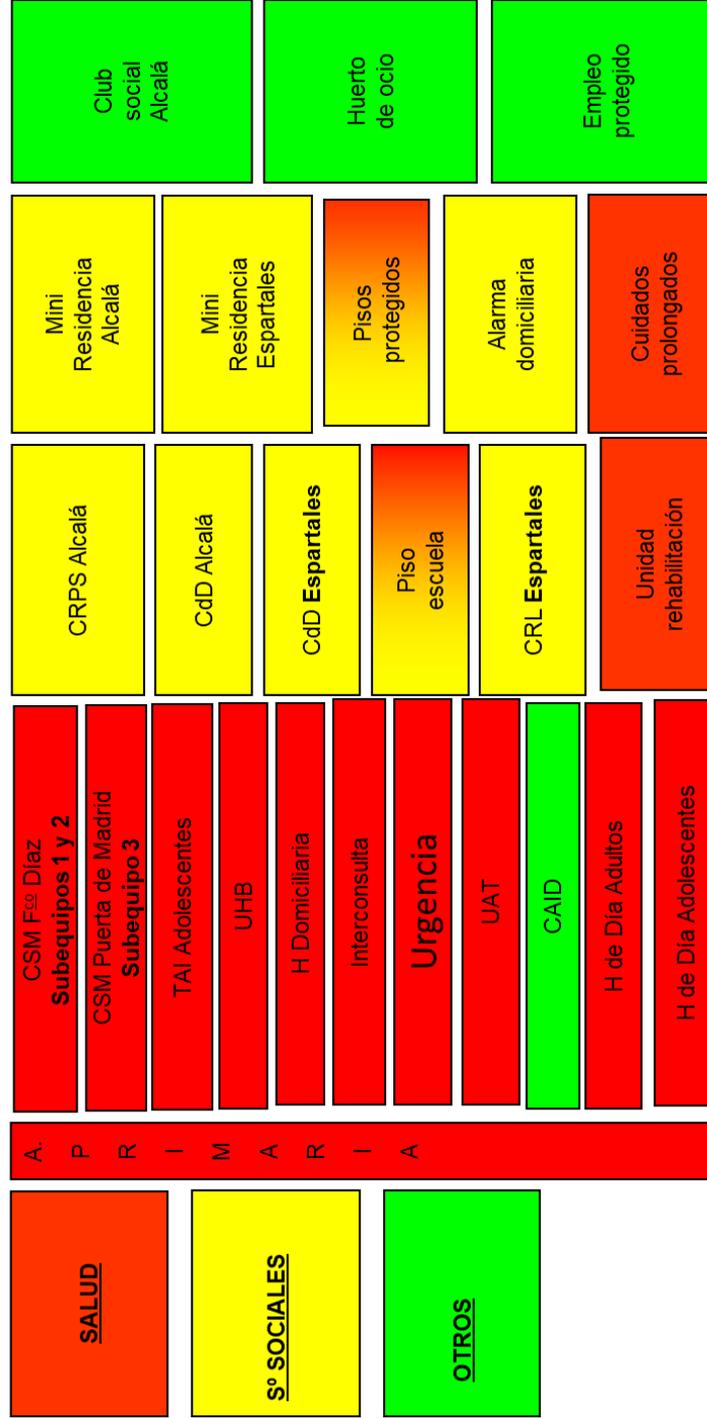
4 Representación gráfica de los dispositivos de la red, dependencia administrativa y proveedores de servicios.

Dispositivos de la red de SM del HUPA



C.S.M.=Centro de Salud Mental, U.H.B.=Unidad de Hospitalización, C.A.I.D.=Centro de Atención a Drogodependencias, C.R.P.S.=Centro de Rehabilitación Psicosocial, C.d.D.=Centro de Día, C.R.L.=Centro de Rehabilitación Laboral

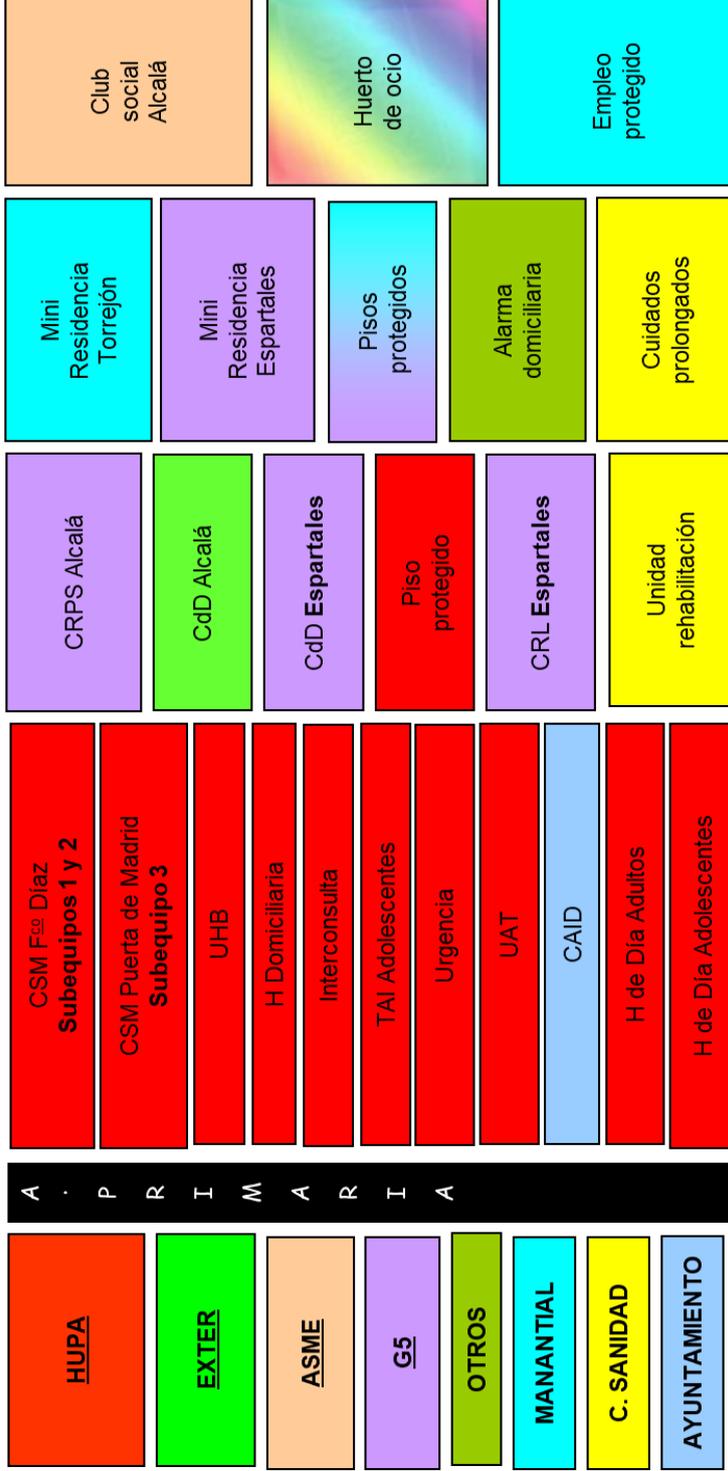
La red de atención a la salud mental



CSM=Centro de Salud Mental, UHB=Unidad de Hospitalización, CAID=Centro de Atención a Drogodependencias, CRPS=Centro de Rehabilitación Psicosocial, CdD=Centro de Día, CRL=Centro de Rehabilitación Laboral

La red de atención a la salud mental

Proveedores



C.SM=Centro de Salud Mental, UHB=Unidad de Hospitalización, CAID=Centro de Atención a Drogodependencias, CRPS=Centro de Rehabilitación Psicosocial, CdD=Centro de Día, CRL=Centro de Rehabilitación Laboral

5 Memoria año 2023

5.1 Actividad asistencial

5.1.1 Evolución de la demanda

5.1.1.1 Solicitudes Atención Primaria 2023-2019 - Centro y Edad

TOTAL															
	2023			2022			2021			2020			2019		
	<18	>=18	TOTAL												
TOTAL AP	1.724	4.569	6.293	1.512	4.733	6.245	1.649	4.592	6.241	1.205	3.432	4.637	1.332	4.099	5.431

Psiquiatría															
	2023			2022			2021			2020			2019		
	<18	>=18	TOTAL												
	544	2.953	3.497	468	3.170	3.638	531	3.039	3.570	417	2.288	2.705	466	2.926	3.392

Psicología															
	2023			2022			2021			2020			2019		
	<18	>=18	TOTAL	<18	>=18	TOTAL	<18	>=18	TOTAL	<18	>=18	TOTAL	<18	>=18	TOTAL
	1.180	1.616	2.796	1.044	1.563	2.607	1.118	1.553	2.671	788	1.144	1.932	866	1.173	2.039

Incremento de las solicitudes de primera consulta respecto a prepandemia:

- 30% para <18 años (el porcentaje es mayor para las primeras consultas de psicología clínica infanto juvenil)
- 12% en adultos, en total, casi el 40% de incremento de primeras citas para psicología clínica

Como se puede ver en las siguientes tablas, la demanda desborda la capacidad de atender primeras citas. En esta situación, tiene especial relevancia las ausencias en primera consulta a pesar de avisar a los pacientes el día de antes para confirmar la cita:

Agendas CSM FRANCISCO DÍAZ (Primeras consultas)									
AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO	INFANTIL SI	INFANTIL NO	Total	
PSCNC0	PSICOLOGIA	162	71	12	2				247
PSCNC2	PSICOLOGIA	185	69	7	4				265
PSCNC4	PSICOLOGIA	123	85	3	3				214
PSCNC5	PSICOLOGIA	19	11			180	54		264
PSCNC6	PSICOLOGIA	15	4			152	55		226
PSCNC7	PSIQUIATRIA	24	1			224	11		260
PSCNC8	PSIQUIATRIA	15	4			73	25		117
PSCNC9	PSICOLOGIA	9	3			93	34		139
PSCNCJ	PSIQUIATRIA	14		193	41				248
PSCNCM	PSIQUIATRIA	71	28	4	1				104
PSDNC6	PSICOLOGIA	5				100	5		110
PSDVC1	PSIQUIATRIA	33	28	1	1				63
PSDXCA	PSIQUIATRIA	126	1	13					140
Total		801	305	233	52	822	184		2397

AGENDAS CSM FRANCISCO DIAZ PRIMERAS CONSULTAS ESPECIALISTA CONSULTOR									
C.SALUD	AGENDA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO	TOTAL			
JUAN AUSTRIA	PSCNT4		135	53	2	2			192
JUAN AUSTRIA	PSCNTJ		85	29	3	1			118
LA GARENA	PSCNTG		47	12					59
LUIS VIVES	PSCNT7		174	68	11	4			257
LUIS VIVES	PSCNT8		42	17	3				62
MECO	PSCNTM		171	96	2				269
MIGUEL CERVANTES	PSCNT2		186	72	6	4			268
REYES MAGOS	PSCNT1		170	54	10	2			236
REYES MAGOS	PSCNTR		95		7				102
TOTAL			1105	401	44	13			1563
	total adultos		1506						1506
	total >70 años		57						57

PRIMERAS CONSULTAS CSM FRANCISCO DÍAZ PSIQUIATRIA ADULTOS										PRIMERAS CONSULTAS CSM FRANCISCO DIAZ PSICOLOGIA ADULTOS									
AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO					AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO				
PSCNCJ	PSIQUIATRIA	14		193	41					PSCNC0	PSICOLOGIA	162	71	12	2				
PSCNCM	PSIQUIATRIA	71	28	4	1					PSCNC2	PSICOLOGIA	185	69	7	4				
PSDVC1	PSIQUIATRIA	33	28	1	1					PSCNC4	PSICOLOGIA	123	85	3	3				
PSDXCA	PSIQUIATRIA	126	1	13						PSDNC6	PSICOLOGIA	5							

PACIENTES QUE ACUDEN 1ª CITA A CSM FRANCISCO DÍAZ PSIQUIATRIA ADULTOS										PACIENTES 1ª CITA CSM FRANCISCO DIAZ PSICOLOGIA ADULTOS									
AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO					AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO				
PSCNCJ	PSIQUIATRIA	9	2	193	38					PSCNC0	PSICOLOGIA	162	71	12	2				
PSCNCM	PSIQUIATRIA	71	28	4	1					PSCNC2	PSICOLOGIA	183	68	7	4				
PSDVC1	PSIQUIATRIA	33	28	1	1					PSCNC4	PSICOLOGIA	122	85	3	3				
PSDXCA	PSIQUIATRIA	125	1	13						PSDNC6	PSICOLOGIA	5							

PRIMERAS CONSULTAS CSM FRANCISCO DIAZ PSIQUIATRIA INFANTIL*										PRIMERAS CONSULTAS CSM FRANCISCO DIAZ PSICOLOGIA INFANTIL*									
AGENDA	ESPECIALISTA	INFANTIL SI	INFANTIL NO	ADULTOS SI	ADULTOS NO	TOTAL INF	TOTAL ADUL			AGENDA	ESPECIALISTA	INFANTIL SI	INFANTIL NO	ADULTOS SI	ADULTOS NO				
PSCNC7	PSIQUIATRIA	224	11	24	1	235	25			PSCNC5	PSICOLOGIA	180	54	19	11				
PSCNC8	PSIQUIATRIA	73	25	15	4	98	19			PSCNC6	PSICOLOGIA	152	55	15	4				
										PSCNC9	PSICOLOGIA	93	34	9	3				
										PSDNC6	PSICOLOGIA	100	5	5					

* Los pacientes adultos vistos en infantil son pacientes de 18-20 años

PACIENTES PRIMERA CONSULTA CSM FRANCISCO DIAZ PSIQUIATRIA INFANTIL*										PACIENTES 1ª CONSULTA FRANCISCO DÍAZ INFANTO-JUVENIL									
AGENDA	ESPECIALISTA	INFANTIL SI	INFANTIL NO	ADULTOS SI	ADULTOS NO	TOTAL PAC I	TOTAL PAC AD			AGENDA	ESPECIALISTA	INFANTIL SI	INFANTIL NO	ADULTOS SI	ADULTOS NO				
PSCNC7	PSIQUIATRIA	217	11	24	1	224	23			PSCNC5	PSICOLOGIA	177	54	19	11				
PSCNC8	PSIQUIATRIA	71	24	13	4	89	15			PSCNC6	PSICOLOGIA	152	54	15	4				
										PSCNC9	PSICOLOGIA	91	33	9	3				
										PSDNC6	PSICOLOGIA	96	5	5					

Agendas CSM PUERTA DE MADRID (Primeras consultas)								
AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO	INFANTIL SI	INFANTIL NO	Total
PSENP3	PSIQUIATRIA	171	51	13	1			236
PSENP8	PSICOLOGIA	149	81	5	2			237
PSENP4	MIR/PIR	5		1				6
PSFNP4	PSICOLOGIA	133	26	11	3			173
PSENP7	PSIQUIATRIA	39	10			147	25	221
PSFNP5	PSICOLOGIA	16	10			174	50	250
Total		513	178	30	6	321	75	1123

AGENDAS CSM PUERTA DE MADRID PRIMERAS CONSULTAS ESPECIALISTA CONSULTOR						
C.SALUD	AGENDA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO	
NTRA SRA DEL PILAR	PSCNT0		174	39	14	3
MARIA DE GUZMAN	PSCNT5		80	19	9	
MARIA DE GUZMAN	PSCNT6		41	3	3	
CARMEN CALZADO	PSDNCZ		132	20	8	1
MANUEL MERINO	PSDNMM		3			

PRIMERAS CONSULTAS CSM PUERTA DE MADRID PSIQUIATRIA ADULTOS							PRIMERAS CONSULTAS CSM PUERTA MADRID PSICOLOGIA ADULTOS						
AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO		AGENDA	ESPECIALISTA	ADULTOS SI	ADULTOS NO	>70 SI	>70 NO	
PSENP3	PSIQUIATRIA	161	47	11	1		PSFNP4	PSICOLOGIA	133	26	11	3	
							PSENP8	PSICOLOGIA	149	81	5	2	
PACIENTES QUE ACUDEN 1ª CITA A CSM PUERTA MADRID PSIQUIATRIA ADULTOS							PACIENTES QUE ACUDEN 1ª CITA A CSM PUERTA MADRID PSICOLOGIA ADULTOS						
PSENP3	PSIQUIATRIA	115	47	7	1		PSFNP4	PSICOLOGIA	130	26	11	3	
							PSENP8	PSICOLOGIA	149	71	2		
PRIMERAS CONSULTAS CSM PUERTA MADRID PSIQUIATRIA INFANTIL*							PRIMERAS CONSULTAS CSM PUERTA MADRID PSICOLOGIA INFANTIL*						
PSENP7	PSIQUIATRIA	144	24	39	10		PSFNP5	PSICOLOGIA	174	50	16	10	
* Los pacientes adultos vistos en infantil son pacientes de 18-20 años							PACIENTES 1ª CONSULTA CSM PUERTA MADRID PSICOLOGIA INFANTO-JUVENIL						
PSENP7	PSIQUIATRIA	144	24	37	10		PSFNP5	PSICOLOGIA	174	46	16	9	

La lista de espera estructural alcanzaba a 31 de diciembre de 2023 a 3000 personas

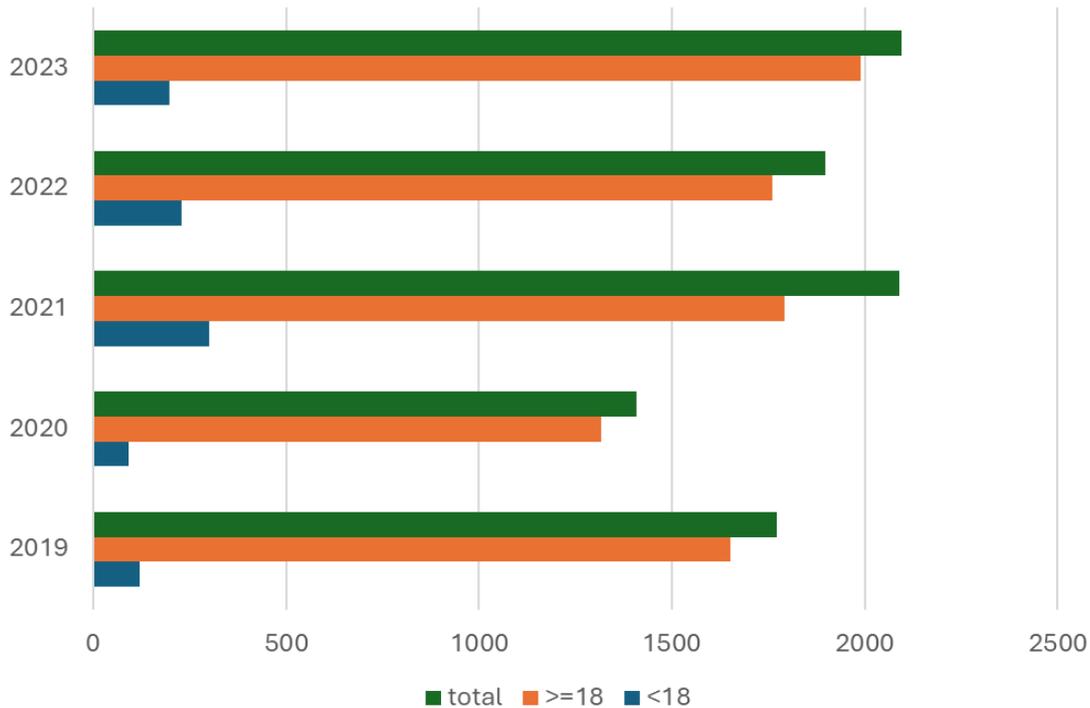
Lista de Espera Consultas Externas

Total Servicio	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Acum Dic	Acum Dic
Pacientes LE Estructural	2.494	2.499	2.659	2.713	2.793	2.883	2.927	3.018	3.037	3.034	3.022	3.002	3.002	2.558
Demora Media de LE Estructural	246,2	246,4	249,5	256,0	266,2	268,1	271,7	279,3	282,0	282,4	281,4	286,2	286,2	286,0
Pacientes > 30 días	2.413	2.381	2.544	2.602	2.701	2.782	2.754	2.908	2.948	2.932	2.872	2.872	2.872	2.456
Pacientes > 60 días	2.320	2.297	2.445	2.495	2.557	2.555	2.618	2.822	2.816	2.797	2.775	2.776	2.776	2.386

5.1.1.2 Evolución de la demanda urgente

PSIQUIATRÍA 2023	ATENCIÓN													ACUM 2023 DIC	ACUM 2022 DIC
	Datos Generales	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
Nº Atenciones	152	178	225	158	175	167	184	180	181	185	148	163	2.096	1.989	
Nº Atenciones/Día	4,9	6,4	7,3	5,3	5,6	5,6	5,9	5,8	6,0	6,0	4,9	5,3	5,7	5,4	
Nº Ingresos	17	18	21	15	27	23	18	19	24	16	23	24	245	217	
% Ingresos/Atenciones	11,2	10,1	9,3	9,5	15,4	13,8	9,8	10,6	13,3	8,6	15,5	14,7	11,7	10,9	
Edad Media de Atenciones	37,8	37,3	38,0	37,8	36,5	39,2	41,0	40,1	36,7	36,8	35,8	37,8	37,9	36,8	

Evolución de la atención en la urgencia hospitalaria



Desde la situación de prepandemia se ha producido un incremento en la demanda urgente hospitalaria del 20% globalmente.

Cabe destacar el incremento en la demanda de población infanto juvenil del 64% y las dificultades de manejo en una urgencia no acostumbrada, arquitectónicamente preparada, dotada de personal ni formada para atender esta demanda específica.

Cabe destacar un incremento de la demanda desde niveles prepandemia del 30% en población infanto juvenil y del 40% el solicitud de atenciones de psicología clínica para adultos.

Se desconoce el impacto en la reducción del incremento de la demanda que pueda tener la labor grupal realizada por la psicóloga clínica adscrita a Atención Primaria. En todo caso, no se ha producido un decrecimiento de la derivación.

La demanda de atención hospitalaria urgente se ha incrementado en un 20%. La demanda de atención urgente de población infanto juvenil se ha incrementado un 64%

En este contexto, tiene un impacto especialmente negativo la ausencia en primera consulta que no se ha conseguido revertir.

5.1.2 AGCPSM

5.1.2.1 Total actividad ambulatoria del AGCPSM

TOTAL ACTIVIDAD AMBULATORIA		ACUM 2023	ACUM Pacientes
TOTAL AGCPSM <u>Actividad Total</u>			
Consultas Totales	(Primeras-Sucesivas-Técnicas-Enfermería-T. Social)	75.753	11.077
	Valoración-Evaluación Psiquiatría Infantil	667	571
	Valoración-Evaluación Psiquiatría Adultos	3.197	2.968
	Valoración-Evaluación Psicología Adultos	1.262	1.210
	Valoración-Evaluación Psicología Infantil	1.189	1.002
	Evaluación Domiciliaria Facultativo	3	3
	Evaluación Urgencia	9	5
	Prevención R.S.	494	247
Consultas Primeras		6821	5672
	Primera procedente del mismo servicio	75	57
	Manejo Clínico de Tratamientos Farmacológicos	25.377	5.508
	Revisión sin presencia del paciente	81	49
	Revisión Prevención R.S.	314	171
	Consulta Telefonica F.	288	132
	Otros	2.098	1.356
Consultas Sucesivas		28233	6223
	Psicoterapia de Familia	1.441	377
	Psicoterapia de Grupo	4.601	761
	Psicoterapia Individual	16.323	3.500
	Intervención Dialógica F.	337	47
	Intervención Familiar F.	188	54
	Grupo Comunitario F.	255	21
	Acompañamiento Comunitario F.	453	51
Consultas Técnicas		23598	3988
	Continuidad de cuidados enfermería seguimiento	2.776	342
	Evaluación Domiciliaria Enf-TS	12	11
	Visita domiciliaria enfermería	154	44
	Otros enfermería	1.698	481
	Consulta enfermería	718	217
	Consulta enfermería TMG	83	28
	Consulta enfermería TCA	1.125	214
	Consulta enfermería TP	207	42
	Consulta relajación	1.003	223
	Consulta CC infantil	2	2
	Consulta urgencias	253	178
	Consulta tras analítica	1.600	388
	Intervención dialógica E.	287	40
	Grupo comunitario E.	88	17
	Acompañamiento Comunitario E.	67	18
	Consulta trabajo social	774	451
	Continuidad de cuidados trabajo social	1.189	391
	Visita domiciliaria trabajo social	120	78
	Intervención familiar enf-ts	164	103

	Otros trabajo social	1.052	459
	Extracción sangre	1.796	425
	Primera consulta enfermería	470	378
	Educación para la salud	20	2
	Consulta telefónica enf-ts	1.443	653
	Consultas Enfermería y Trabajo Social	17101	1986
	Relación Sucesivas/Primeras	4,1	
	Relación S-T-E/Primeras	10,1	
	Relación Actividad Técnicas/Primeras	3,5	
	Relación Enfermería y Trabajo Social/Primeras	2,5	
	% Primeras Citadas NO Realizadas	20,1%	
	% Sucesivas Citadas NO Realizadas	13,4%	
	% Solicitudes Atención Primaria	31,9%	

Se ha producido un incremento en la actividad global del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, especialmente en las intervenciones familiares, grupales, psicoterapéuticas y actividades en la comunidad.

5.1.2.2 Centro de Salud Mental

CIDT Francisco Díaz

CENTRO DE SALUD MENTAL		ACUM 2023	ACUM pacientes
CEP FRANCISCO DÍAZ	Actividad Total		
Consultas Totales	(Primeras-Sucesivas-Técnicas-Enfermería-T. Social)	43614	6591
Total 2.14	Valoración-Evaluación Psiquiatría Infantil	377	342
Total 2.15	Valoración-Evaluación Psiquiatría Adultos	2.118	2.008
Total 2.16	Valoración-Evaluación Psicología Adultos	726	703
Total 2.17	Valoración-Evaluación Psicología Infantil	739	673
Consultas Primeras	(incluye E.C.Juan de Austria- E.C.Luis Vives- E.C.Miquel de Cervantes- E.C.Reyes Maqos-E.C. Meco)	3960	3638
Total 2.22	Manejo Clínico de Tratamientos Farmacológicos	19.373	4.131
Total 2.2230	Revisión Prevención R.S.	8	8
Total PSOTRO	Otros	733	538
Total 9.M043	Consulta Telefónica Facultativo	44	27
Total 2.2222	Revisión sin presencia del paciente	12	12
Total 2.3	Primera procedente del mismo servicio	23	15
Consultas Sucesivas		20193	4289
Total PPSFA	Psicoterapia de Familia	19	18
Total PPSGR	Psicoterapia de Grupo	1.162	222
Total PPSIN	Psicoterapia Individual	7.767	1.827
Consultas Técnicas		8948	1918
Total 3.100	Continuidad de cuidados enfermería seguimiento	1.712	233
Total 3.101	Evaluación Domiciliaria Enf-TS	4	4
Total 3.102	Visita domiciliaria enfermería	113	33
Total 3.104	Otros enfermería	1.085	324
Total 3.105	Consulta Enfermería	433	162
Total 3.106	Consulta enfermería TMG	30	16
Total 3.107	Consulta enfermería TCA	673	140
Total 3.108	Consulta enfermería TP	113	29
Total 3.109	Consulta Relajación	447	146
Total 3.110	Consulta CC infantil	2	2
Total 3.111	Consulta urgencias	122	80
Total 3.112	Consulta tras analítica	998	262
Total 3.200	Consulta trabajo social	514	326
Total 3.201	Continuidad de cuidados trabajo social	787	264
Total 3.202	Visita domiciliaria trabajo social	104	66
Total 3.203	Intervención familiar enf-ts	129	83
Total 3.204	Otros trabajo social	696	285
Total 9.A026	Extracción sanqre	1.165	298
Total 9.E030	Primera consulta Enfermería	277	229
Total 9.E043	Consulta telefónica enf-ts	1.109	530
Consultas Enfermería y Trabajo Social		10513	1373
Relación Sucesivas/Primeras			
Relación S-T-E/Primeras		10,0	
Relación Actividad Técnicas/Primeras		2,3	
Relación Enfermería y Trabajo Social/Primeras		2,7	
% Primeras Citadas NO Realizadas		24,1%	
% Sucesivas Citadas NO Realizadas		11,8%	

CSM Puerta de Madrid

CENTRO DE SALUD MENTAL		ACUM 2023	ACUM Pacientes
CSM PUERTA DE MADRID Actividad Total			
Consultas Totales	(Primeras-Sucesivas-Técnicas-Enfermería-T. Social)	20031	3.142
Total 2.14	Valoración-Evaluación Psiquiatría Infantil	221	206
Total 2.15	Valoración-Evaluación Psiquiatría Adultos	738	681
Total 2.16	Valoración-Evaluación Psicología Adultos	457	435
Total 2.17	Valoración-Evaluación Psicología Infantil	250	235
Total 2.1130	Prevención R.S.	6	6
Consultas Primeras	(incluye E.C.Mª de Guzmán-E.C.Ntra. Sra. Del Pilar, E.C. Carmen Calzado, E.C. La Garena, E.C.Manuel Merino)	1672	1521
Total 2.22	Manejo Clínico de Tratamientos Farmacológicos	5.449	1.220
Total 2.2230	Revisión Prevención R.S.	19	14
Total PSOTRO	Otros	1.142	741
Total 9.M043	Consulta Telefónica Facultativo	1	1
Total 2.3	primera procedente del mismo servicio	1	1
Consultas Sucesivas		6612	1619
Total PSPSFA	Psicoterapia de Familia	683	289
Total PSPSGR	Psicoterapia de Grupo	867	180
Total PSPSIN	Psicoterapia Individual	4915	1.087
Total PS0201	Intervención Familiar Facultativo	2	1
Consultas Técnicas		6467	1342
Total 3.100	Continuidad de cuidados enfermería seguimiento	1.064	110
Total 3.101	Evaluación Domiciliaria Enf-TS	8	8
Total 3.102	Visita domiciliaria enfermería	41	14
Total 3.104	Otros enfermería	516	132
Total 3.105	Consulta Enfermería	283	68
Total 3.106	Consulta enfermería TMG	53	12
Total 3.107	Consulta enfermería TCA	356	70
Total 3.108	Consulta enfermería TP	94	13
Total 3.109	Consulta Relajación	183	53
Total 3.111	Consulta urgencias	102	79
Total 3.112	Consulta tras analítica	602	126
Total 3.200	Consulta trabajo social	260	128
Total 3.201	Continuidad de cuidados trabajo social	402	131
Total 3.202	Visita domiciliaria trabajo social	16	12
Total 3.203	Intervención familiar enf-ts	4	3
Total 3.204	Otros trabajo social	356	175
Total 9.A026	Extracción sangre	631	127
Total 9.E030	Primera consulta Enfermería	149	120
Total 9.E043	Consulta telefónica enf-ts	160	86
Consultas Enfermería y Trabajo Social		5280	648
Relación Sucesivas/Primeras		4,0	
Relación S-T-E/Primeras		11,0	
Relación Actividad Técnicas/Primeras		3,9	
Relación Enfermería y Trabajo Social/Primeras		3,2	
% Primeras Citadas NO Realizadas		20,6%	
% Sucesivas Citadas NO Realizadas		16,8%	

Programa de continuidad de Cuidados

PRESTACION	CONSULTAS	PACIENTES
CONSULTA CC INFANTIL	2	2
CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMERIA SEGUIMIENTO	2767	342
CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRABAJO SOCIAL	1188	391
EXTRACCION SANGRE	1794	425
Total general	5751	903

Nº PACIENTES POR PRESTACION

PRESTACIÓN	ADULTOS	INFANTIL	TOTAL
CONSULTA CC INFANTIL	1	1	2
CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMERIA SEGUIMIENTO	342		342
CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRABAJO SOCIAL	342	49	391
EXTRACCION SANGRE	396	29	425
Total general	827	76	903



Nº ASISTENCIAS POR PRESTACION

PRESTACION	ADULTOS	INFANTIL	TOTAL
CONSULTA CC INFANTIL	1	1	2
CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMERIA SEGUIMIENTO	2767		2767
CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRABAJO SOCIAL	1076	112	1188
EXTRACCION SANGRE	1755	39	1794
Total general	5599	152	5751



En el año 2023 y en el actual, el funcionamiento del CSM se ha visto seriamente alterado por la falta de profesionales disponibles en las bajas médicas y permisos de los facultativos. Han tenido lugar una IT de más de 5 meses de duración de una psiquiatra, un permiso de paternidad de otro psiquiatra, y una reducción de jornada del 40 % de otro, ninguna de ellas con sustituto. La reubicación de pacientes citados para evaluación o revisión en estas agendas ha impactado en la LES y en la sobrecarga del equipo. La falta de sustitución de una administrativa del CSM Francisco Díaz en situación de IT durante gran parte del año ha sido otro elemento limitante para un correcto funcionamiento.

Por el contrario, el programa de atención infanto-juvenil ha visto mejorada claramente sus LES debido a la incorporación de un nuevo psiquiatra infantil (pasando de 2 a 3). El TAI (tratamiento ambulatorio intensivo) también ha permitido descongestionar las agendas y prestar una mejor atención a los pacientes graves.

5.1.2.3 Lista de Espera 2023

En la actualidad, la primera cita para primera consulta disponible está en (media a modo de ejemplo; datos dispares por agendas):

Primera fecha citable	normal	preferente
Psiquiatría adulto	Salvo una agenda (65), >230	Salvo una agenda (22), >230 días
Psicología clínica adulto	595	35
Psiquiatría infanto juvenil	35	8
Psicología clínica infanto juvenil	77	7

Lista de Espera Estructural a 31/12/2023:

Lista de Espera Consultas Externas

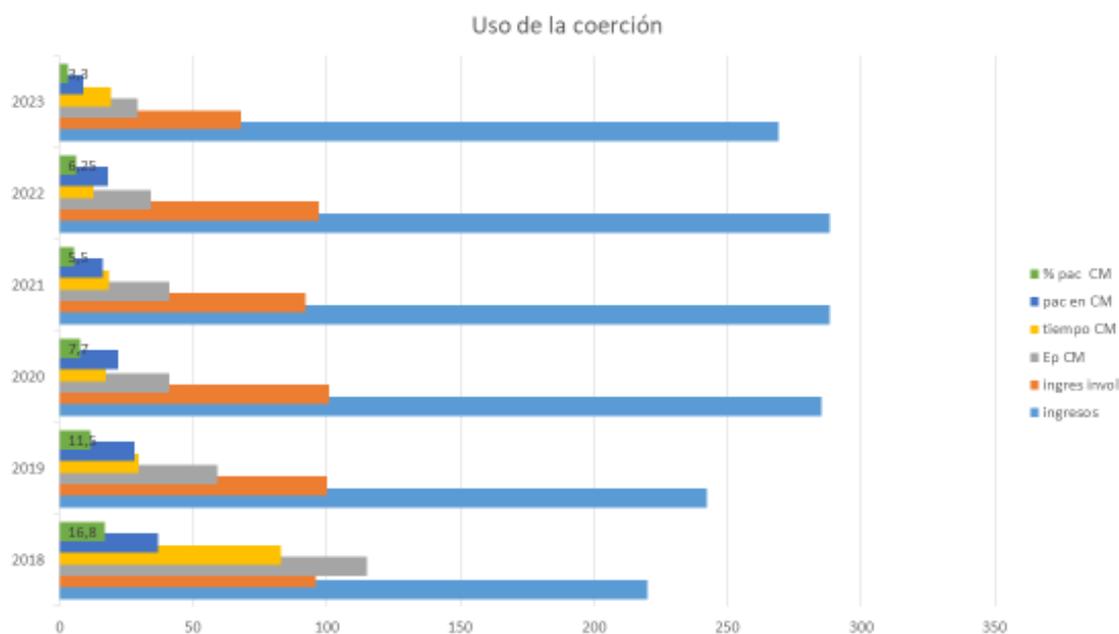
Total Servicio	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Acum Dic
Pacientes LE Estructural	2.494	2.499	2.659	2.713	2.793	2.883	2.927	3.018	3.037	3.034	3.022	3.002	3.002
Demora Media de LE Estructural	246,2	246,4	249,5	256,0	266,2	268,1	271,7	279,3	282,0	282,4	281,4	286,2	286,2
Pacientes > 30 días	2.413	2.381	2.544	2.602	2.701	2.762	2.754	2.908	2.948	2.932	2.872	2.872	2.872
Pacientes > 60 días	2.320	2.297	2.445	2.495	2.557	2.555	2.618	2.822	2.816	2.797	2.775	2.776	2.776
Hospital													
Pacientes LE Estructural	257	258	254	265	264	271	282	324	327	327	337	329	329
Demora Media de LE Estructural	139,4	140,1	142,7	144,1	157,3	158,8	165,9	168,3	164,9	160,6	144,8	141,1	141,1
Pacientes > 30 días	240	230	235	243	248	255	271	307	311	314	277	261	261
Pacientes > 60 días	223	220	212	218	219	214	241	287	289	286	270	253	253
CEP - FD													
Pacientes LE Estructural	2.237	2.241	2.405	2.448	2.529	2.612	2.645	2.694	2.710	2.707	2.685	2.673	2.673
Demora Media de LE Estructural	258,4	258,6	260,8	268,2	277,6	279,4	283,0	292,6	296,2	297,1	298,6	304,1	304,1
Pacientes > 30 días	2.173	2.151	2.309	2.359	2.453	2.507	2.483	2.601	2.637	2.618	2.595	2.611	2.611
Pacientes > 60 días	2.097	2.077	2.233	2.277	2.338	2.341	2.377	2.535	2.527	2.511	2.505	2.523	2.523

5.1.2.4 Hospitalización 2023

Ingresos	270
estancias	7165
Estancia media	26.1
Índice de ocupación	98.5%

Uso de medidas coercitivas (sujeción mecánica e ingreso involuntario)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TOTAL INGRESOS	220	242	285	288	288	269
TASA INGRESOS*1000 HAB	0.896	0.986	1.161	1.173	1.173	1.096
TOTAL ING INVOL	96	100	101	92	97	68
TASA INGRESOS INV*1000 HAB	0.39	0.408	0.411	0.37	0.39	0.277
Nº TOTAL CM	115	59	41	41	34	29
MINIMO CM/PAC	1	1	1	1	1	1
MAXIMO CM/PAC	30	35	8	26	11	18
TASA CM*1000 HAB	0.468	0.240	0.167	0.167	0.138	0.118
PACIENTES EN CM	37	28	22	16	18	9
TIEMPO TOTAL DE CM	120.110	42.560	24.917	26.927	18.659	27.915
PROMEDIO DE TIEMPO EN CM	1.044	721	607	656	548	952
MÁXIMO TIEMPO EN CM	8520	2280	3930	2805	2310	10260
MINIMO TIEMPO EN CM	30	10	30	10	15	105
DESVIACIÓN ESTANDAR TIEMPO EN CM	1432	615	694	730	579	2153



Se ha incrementado la hospitalización, respecto a niveles prepandemia, en un 10%.

Se ha continuado reduciendo el uso de la coerción. En la actualidad, por tasas poblacionales:

- Ingresos involuntarios: 0.277/1000 habitantes
- Contención mecánica: 0.118/1000 habitantes
- Pac ingresados sometidos a CM en algún momento del ingreso: 3.3%

Categorías DxPrincipal

Categoría CIE Diagnóstico	Casos	Estancia Media
F20 Esquizofrenia	51	27,81
F31 Trastorno bipolar	37	24,11
F29 Psicosis no especificada no debida a sustancia o afección fisiológica conocidas	29	19,07
F43 Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación	20	17,00
F60 Trastornos específicos de personalidad	17	18,71
F50 Trastornos de la conducta alimentaria	15	40,47
F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único	12	24,50
F41 Otros trastornos de ansiedad	9	14,89
F23 Trastorno psicótico breve	7	14,57
F25 Trastornos esquizoafectivos	7	46,00
F34 Trastornos persistentes del estado de ánimo [afectivos]	7	19,43
F91 Trastornos de conducta	5	8,00
T42 Envenenamiento, efecto adverso e infradosificación por antiepilépticos, hipnóticos-sedantes y f	5	24,00
F33 Trastorno depresivo mayor, recurrente	4	30,00
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo	4	23,75
F10 Trastornos relacionados con alcohol	3	6,33
F12 Trastornos relacionados con cannabis	3	13,00
F14 Trastornos relacionados con cocaína	3	10,33
F22 Trastornos delirantes	3	13,33
F30 Episodio maniaco	3	16,00
T43 Envenenamiento, efecto adverso e infradosificación por fármacos psicotrópicos no clasificados b	3	22,33
F84 Trastornos generalizados del desarrollo	2	19,50
E43 Malnutrición calórico-proteica grave no especificada	1	38,00
F08 Otros trastornos mentales debidos a afección fisiológica conocida	1	3,00
F13 Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	1	9,00
F15 Trastornos relacionados con otros tipos de estimulantes	1	2,00
F24 Trastorno psicótico compartido	1	24,00
F44 Trastornos disociativos y de conversión	1	16,00
F51 Trastornos del sueño no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocida	1	5,00
F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados bajo otro	1	41,00
F63 Trastorno de los impulsos	1	32,00
F69 Trastorno de personalidad y comportamiento del adulto, no especificado	1	52,00
F70 Discapacidad intelectual leve	1	6,00
F71 Discapacidad intelectual moderada	1	8,00
F98 Otros trastornos de conducta y emociones cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y ad	1	28,00
G24 Distrofia	1	23,00
G31 Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso, no clasificadas bajo otro concepto	1	56,00
I26 Embolia pulmonar	1	98,00
L97 Úlcera crónica no debida a presión de extremidad inferior, no clasificada bajo otro concepto	1	180,00
O89 Otras enfermedades maternas clasificadas bajo otro concepto pero que complican el embarazo, par	1	19,00
R45 Síntomas y signos que afectan al estado emocional	1	3,00
S41 Herida abierta del hombro y brazo	1	13,00
Z76 Personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias	1	1,00
Suma Total	270	23,66

5.1.2.5 Hospitalización domiciliaria

Ingresos	143
estancias	4988
Índice de ocupación	76%*

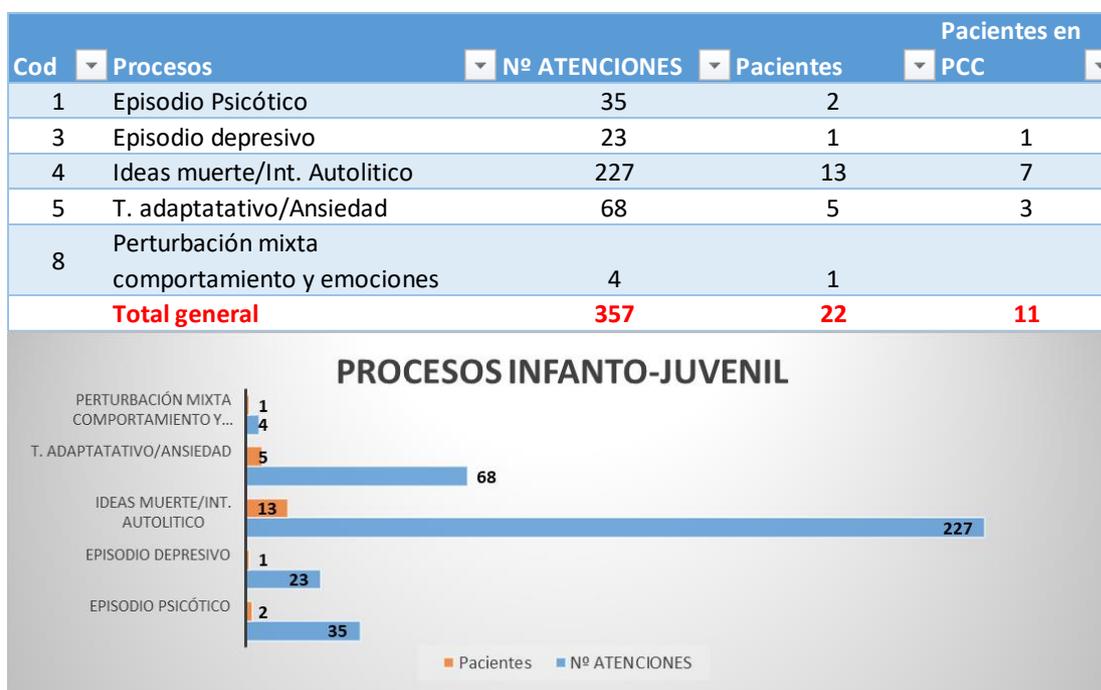
ESTANCIA MEDIA	DIAS
ADULTOS	46,19
INFANTIL	42,32

El 20% de los ingresos corresponde a menores de 18 años

*El dato infraestima la ocupación porque en periodos vacaciones o de IT sin cubrir, no puede mantenerse el mismo número de ingresos

PACIENTES INFANTO-JUVENIL

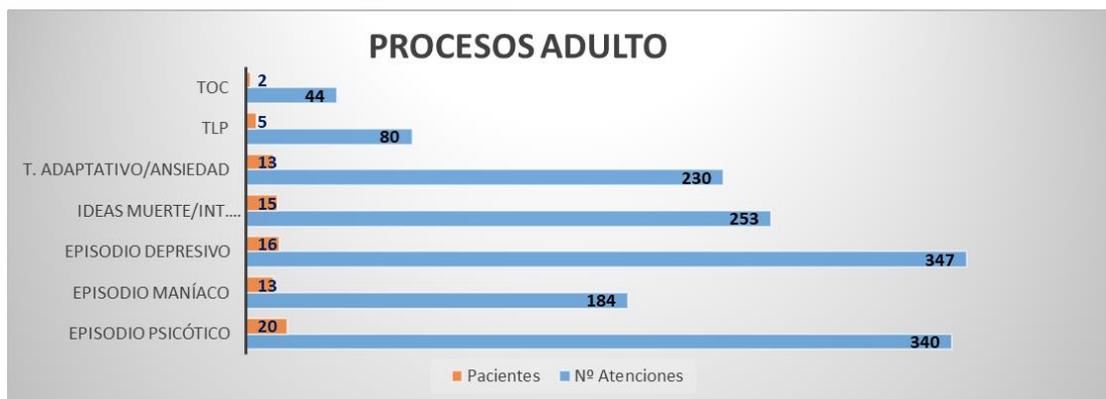
22



PACIENTES ADULTOS

84

Cod	Procesos	Nº Atenciones	Pacientes	Pacientes en PCC
1	Episodio Psicótico	340	20	13
2	Episodio maníaco	184	13	7
3	Episodio depresivo	347	16	6
4	Ideas muerte/Int. Autolítico	253	15	
5	T. Adaptativo/Ansiedad	230	13	3
6	TLP	80	5	2
7	TOC	44	2	2
Total General		1478	84	33



5.1.2.6 Urgencias

PSIQUIATRÍA 2023	ATENCIÓN												ACUM 2023 DIC	ACUM 2022 DIC	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
Datos Generales															
Nº Atenciones	152	178	225	158	175	167	184	180	181	185	148	163	2.096	1.989	
Nº Atenciones/Día	4,9	6,4	7,3	5,3	5,6	5,6	5,9	5,8	6,0	6,0	4,9	5,3	5,7	5,4	
Nº Ingresos	17	18	21	15	27	23	18	19	24	16	23	24	245	217	
% Ingresos/Atenciones	11,2	10,1	9,3	9,5	15,4	13,8	9,8	10,6	13,3	8,6	15,5	14,7	11,7	10,9	
Edad Media de Atenciones	37,8	37,3	38,0	37,8	36,5	39,2	41,0	40,1	36,7	36,8	35,8	37,8	37,9	36,8	

5.1.2.7 Programa de prevención del riesgo suicida

PROGRAMA PREVENCIÓN RIESGO SUICIDA	2023												ACUM 2023	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
AGENDA APRS														
Consultas Totales	46	67	95	90	55	81	79	67	48	58	68	54	808	
Primeras consultas														
Total 2.1130	24	46	59	43	30	42	58	36	33	37	46	40	494	
Consultas sucesivas														
Total 2.2230	22	21	36	47	25	39	21	31	15	21	22	14	314	

5.1.2.8 Programas de enlace

PROGRAMA DE ENLACE		ACUM 2023	ACUM Pacientes
P.E. HUPA			
Consultas Totales	(Primeras-Sucesivas-Técnicas-Enfermería-T. Social)	5114	1002
Total 2.14	Valoración-Evaluación Psiquiatría Infantil	1	1
Total 2.15	Valoración-Evaluación Psiquiatría Adultos	303	284
Total 2.16	Valoración-Evaluación Psicología Adultos	74	72
Total 2.17	Valoración-Evaluación Psicología Infantil	80	74
Consultas Primeras		458	427
Total 2.22	Manejo Clínico de Tratamientos Farmacológicos	339	137
Total 2.2230	Revisión Prevención R.S.	1	1
Total PSOTRO	Otros	67	62
Total 9.M043	Consulta telefónica F.	66	42
Total 2.3	Primera procedente del mismo servicio	18	16
Consultas Sucesivas		491	234
Total PSPSFA	Psicoterapia de Familia	23	13
Total PSPSGR	Psicoterapia de Grupo	1.760	321
Total PSPSIN	Psicoterapia Individual	2.382	554
Consultas Técnicas		4165	617
Relación Sucesivas/Primeras		1,1	
Relación S-T/Primeras		10,2	
Relación Actividad Técnicas/Primeras		9,1	
% Primeras Citadas NO Realizadas		9,6%	
% Sucesivas Citadas NO Realizadas		14,2%	

A estos datos hay que añadir las **400** interconsultas realizadas por los servicios médico quirúrgicos para atención por parte de Salud Mental de pacientes ingresados por otra causa.

Durante el año 2023 se ha puesto en marcha el Protocolo de atención a Salud mental perinatal que recibe derivaciones de Obstetricia y pediatría del HUPA y pacientes preferentes (procedentes del SCAE) detectadas en atención primaria. Dentro de este protocolo se ha iniciado el Comité de Salud mental perinatal y varios grupos permanentes (Duelo Perinatal y grupo de primera crianza).

Se mantiene los criterios de LE preferente en menos de 1 mes (Psicooncología y Perinatal) y urgente en el día y en una semana.

Se ha acordado y puesto en marcha con el servicio de Pediatría un Protocolo para ingreso transitorio en la unidad de pediatría de pacientes hasta 16 años en espera de cama en una Unidad de Psiquiatría Infanto juvenil

El equipo de Interconsulta ha participado/liderado las siguientes actividades:

- Grupo de crianza
- Programa Perinatal: intervenciones familiares, de pareja e individuales.
- Grupo de Duelo perinatal.
- Bariátrica: 4.
- Interpersonal jóvenes (transición).
- Grupos de Rehabilitación cardiaca: 8.
- Sesiones en Rehabilitación cardiaca.
- Sesiones Pediatría.
- Grupo adolescentes.
- Participación en jornadas de Planificación anticipada de decisiones.

- Organización ingresos Pediatría (estancia hasta traslado).
- Grupo de Psicooncología: 1
- Participación en la semana de la Salud.

5.1.2.9 Unidad de Atención Temprana

DATOS 2023	U.A.T
Pacientes atendidos	74
Derivaciones nuevas	35
Altas	29
Pacientes en lista de espera	0
Tiempo medio lista de espera	1-3 días

UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA	ACUM 2023	ACUM Pacientes
UAT		
Consultas Totales (Primeras-Sucesivas-Técnicas-Enfermería-T. Social)	2812	77
Total 2.14 Valoración-Evaluación Psiquiatría Infantil	8	3
Total 2.15 Valoración-Evaluación Psiquiatría Adultos	76	23
Total 2.16 Valoración-Evaluación Psicología Adultos	10	4
Total 2.17 Valoración-Evaluación Psicología Infantil	2	1
Total 2.16D Evaluación Domiciliaria Facultativo	6	3
Total 2.16U Evaluación Urgencia	18	5
Consultas Primeras	120	35
Total 2.22 Manejo Clínico de Tratamientos Farmacológicos	125	42
Total 9.M043 Consulta Telefónica Facultativo	127	46
Total 2.2222 Revisión sin presencia del paciente	69	37
Consultas Sucesivas	321	72
Total PSPSFA Psicoterapia de Familia	60	24
Total PSPSGR Psicoterapia de Grupo	13	8
Total PSPSIN Psicoterapia Individual	469	62
Total PS0200 Intervención Dialógica Facultativo	337	47
Total PS0201 Intervención Familiar Facultativo	106	35
Total PS203 Grupo comunitario F.	255	21
Total PS0204 Acompañamiento Comunitario Facultativo	453	51
Consultas Técnicas	1693	
Total 3.104 Otros enfermería	75	15
Total 3.109 Consulta relajación	2	1
Total 3.111 Consulta urgencias	28	18
Total 3.113 Intervención Dialógica E.	287	40
Total 3.116 Grupo comunitario E.	88	17
Total 3.117 Acompañamiento Comunitario E.	67	18
Total 3.203 Intervención familiar enfTs	29	16
Total 9.E030 Primera consulta enfermería	9	7
Total 9.E037 Educación para la salud	20	2
Total 9.E043 Consulta telefónica enf-ts	73	19
Consultas Enfermería y Trabajo Social	678	77
Relación Sucesivas/Primeras	2,7	
Relación S-T-E/Primeras	22,4	
Relación Actividad Técnicas/Primeras	14,1	
Relación Enfermería y Trabajo Social/Primeras	5,7	

5.1.2.10 Tratamiento ambulatorio Intensivo Adolescentes

DATOS 2023	PROGRAMA TAI
Pacientes atendidos	46
Derivaciones nuevas	26
Altas	17
Pacientes en lista de espera	8(a día 02/04/24)
Tiempo medio lista de espera	2-3 meses

PROGRAMA TAI		ACUM 2023	ACUM Pacientes
Consultas Totales (Primeras-Sucesivas-Técnicas-Enfermería-T. Social)		2811	53
Total 2.14	Valoración-Evaluación Psiquiatría Infantil	64	28
Total 2.17	Valoración-Evaluación Psicología Infantil	119	27
Consultas Primeras		183	35
Total 2.22	Manejo Clínico de Tratamientos Farmacológicos	91	18
Total PSOTRO	Otros	156	38
Total 9.M043	Consulta telefónica F.	50	17
Total 2.3	primera procedente del mismo servicio	33	22
Consultas Sucesivas		330	45
Total PSPSFA	Psicoterapia de Familia	656	46
Total PSPSGR	Psicoterapia de Grupo	142	29
Total PSPSIN	Psicoterapia Individual	790	50
Total PS0201	Intervención Familiar F.	80	18
Consultas Técnicas		1668	50
Total 3.104	Otros enfermería	22	16
Total 3.105	Consulta Enfermería	2	2
Total 3.107	Consulta enfermería TCA	96	15
Total 3.109	Consulta relajación	371	31
Total 3.111	Consulta urgencias	1	1
Total 3.203	Intervención familiar enf-ts	2	2
Total 9.E030	Primera consulta enfermería	35	29
Total 9.E043	Consulta telefónica enf-ts	101	29
Consultas Enfermería y Trabajo Social		630	39
Relación Sucesivas/Primeras		1,8	
Relación S-T-E/Primeras		14,4	
Relación Actividad Técnicas/Primeras		9,1	
Relación Enfermería y Trabajo Social/Primeras		3,4	
% Primeras Citadas NO Realizadas		13,1%	
% Sucesivas Citadas NO Realizadas		17,2%	

Al pasar a tratamiento en este dispositivo, la media de estancia de los pacientes es de 1 año aproximadamente, flexibilizando dicha atención de forma adaptada a las necesidades, pudiendo darse un alta en menor tiempo, o alargando si fuera necesario. Durante el periodo de intervención, los pacientes son atendidos a tres niveles: de forma individual (psicología, psiquiatría y enfermería,

variable según necesidades), familiar y grupal (hay grupos activos tanto para los adolescentes como para los padres). La vinculación con el terapeuta de referencia (CSM o Interconsulta) se preserva con citas algo más distanciadas en el tiempo, ya que se prevee la vuelta del paciente a este seguimiento tras acabar la intervención TAI. Se ha encontrado que, en el año y medio de funcionamiento, algunos pacientes retornan a CSM, mientras que otros obtienen una mejoría suficiente como para no necesitar más atención en salud mental. También se ha visto que ciertos casos revisten mayor gravedad, los cuales salen del recurso con paso a otro más intensivo (como puede ser Hospital de Día).

De los casos derivados se encuentran con elevada prevalencia dificultades de carácter social, que en muchos casos implican distintos grados de negligencia y de violencia. Es por esto que aparte del abordaje de los pacientes descrito previamente, desde el TAI se realiza coordinación frecuente con otros servicios (sociales, educativos), de cara a dar la mayor cobertura posible. En ocasiones los problemas sociales son mayores que los clínicos, lo que dificulta o frena en cierta medida la mejoría sintomatológica, y se vería favorecido por ejemplo por un mayor número de trabajadores del ámbito social. La coordinación también es frecuente con dispositivos derivantes, lo que favorece la evolución de los pacientes.

5.1.2.11 Hospital de día

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Media
Adultos														
Paciente derivado	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	6	
Paciente nuevo	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5	
Reingresos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paciente Prog. Compl. Mes	12	13	14	14	14	15	15	16	16	16	15	15	14,58333	
Total Paciente Prog. Compl. Año	12	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	17	
Paciente Prog. Parcial Mes	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	2	1	23	1,916667
Total Paciente Prog. Parcial Año	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	
Asistencia Programa Completo mes	128	163	131	139	170	148	154	106	168	168	175	126	1776	
Asistencia Programa Parcial mes	19	22	54	12	12	16	5	4	3	4	6	8	165	
Alta definitiva	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	4	
Tiempo total al alta	0	0	503	0	0	2423	0	0	0	0	0	1536	4462	
Programa Completo al alta	0	0	503	0	0	1025	0	0	0	0	0	1195	2723	680,75
Programa Parcial al alta	0	0	0	0	0	1398	0	0	0	0	0	441	1839	459,75
Pac. en Evaluación	7	7	6	7	6	5	5	4	5	5	6	7	5,833333	
Media Evaluación (días)	146	154	162	164	184	202	218	234	225	239	233	231	2392	199,3333
Reclamaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pacientes Adultos asignados Programa completo: 18.														
Pacientes Adolescentes asignados Programa completo: 10; Programa parcial: 10.														
Inf-Juv.														
Paciente derivados	5	2	3	3	4	2	0	1	2	0	8	10	40	
Paciente nuevo	11	2	3	2	1	0	1	0	0	0	2	1	23	
Reingresos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Paciente Prog. Compl. Mes	10	9	9	10	11	9	10	10	7	7	8	8	9	
Total Paciente Prog. Compl. Año	10	1	1	2	1	0	2	0	0	0	2	2	21	
Paciente Prog. Parcial Mes	23	16	14	11	11	11	11	11	13	13	8	8	150	12,5
Total Paciente Prog. Parcial Año	23	1	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	29	
Asistencia Programa Completo mes	135	119	174	107	168	137	112	102	95	87	105	97	1438	
Asistencia Programa Parcial mes	30	45	22	18	20	29	8	2	8	33	34	23	272	
Alta definitiva	8	2	5	4	0	2	1	0	1	0	6	1	30	
Tiempo total al alta	3108	202	1623	1203	0	919	197	0	522	0	2250	317	10341	
Programa Completo al alta	0	2	1254	210	0	730	197	0	522	0	122	0	3037	101,2333
Programa Parcial al alta	3108	0	369	993	0	189	0	0	0	0	2128	317	7104	236,8
Pac. en Evaluación	16	13	12	12	14	13	11	12	14	14	18	28	14,75	
Media Evaluación (días)	203	211	203	196	189	191	199	203	202	211	188	170	2366	197,1667
Reclamaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

CONSULTAS HOSPITAL DE DÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM 2023
H. DE DÍA ADULTOS Y ADOLESCENTES													
Consultas Totales PM	404	423	432	358	519	434	462	509	431	469	524	481	5446
Actividad Total													
Total HDDPA	277	256	266	209	313	281	307	295	315	301	322	285	3427
Total HDDPI	127	167	166	149	206	153	155	214	116	168	202	196	2019
Consultas Primeras	404	423	432	358	519	434	462	509	431	469	524	481	5446

El Hospital de Día Psiquiátrico para Adolescentes Puerta de Madrid (HDAPM) es un dispositivo de tratamiento intensivo para adolescentes con psicopatología grave, que está ubicado en Alcalá de Henares, pero atiende a la población de la zona del Corredor del Henares. Es decir que se derivan pacientes de los centros de salud mental de Alcalá de Henares, Coslada y Torrejón de Ardoz. El funcionamiento del HDAPM se basa en el modelo HD/CET, es decir resultado de la colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación.

El HDPA de Alcalá de Henares está ubicado en el antiguo “Colegio Puerta de Madrid”, en la planta inferior, ya que la planta superior es utilizada por el HD de adultos de Alcalá de Henares.

Tras la ampliación de personal en septiembre de 2023, el equipo está constituido por 2 psicólogas, psiquiatra, enfermera, terapeuta ocupacional y monitora de terapia ocupacional, además de un administrativo y celador que se comparte con el equipo de adultos. El HDAPM atiende 12 pacientes a tiempo completo, 10 pacientes a tiempo parcial. Las instalaciones que se disponen para la atención grupal de los pacientes consisten en dos salas polivalentes que se utilizan como salas de terapia o aulas, un comedor y patio.

Aunque el tratamiento de los pacientes adolescentes con trastorno mental grave en este tipo de recurso es beneficioso debido a la intensidad y el acompañamiento que ofrece, y que lo diferencia de la atención en otros recursos tipo TAI, no impide que nos encontremos algunas dificultades que nos hacen reflexionar sobre la necesidad de adaptar el modelo a la nueva demanda y a las patologías que nos encontramos.

El HD/CET, se pensó para un tipo de atención centrada en lo grupal y lo comunitario, en cambio nos encontramos, cada vez más, con un grupo de pacientes con importantes dificultades de adherencia a la asistencia a cualquier tipo de recursos, con un absentismo escolar de mucho tiempo de evolución y que en la pocas ocasiones que acuden, precisan de una atención individual y con gran rechazo hacia lo grupal. Esta situación nos tiene que hacer reflexionar hacia la búsqueda de un modelo más flexible, que nos permita salir y acercarnos al paciente en su contexto.

Poder poner en marcha este tipo de intervenciones solo es posible si disponemos de los recursos necesarios para poder iniciar este tipo de aproximación.

En ambos equipos se han cumplido en general los objetivos de calidad planteados. Ambos equipos han sufrido cambios varios cambios de profesionales que ha requerido un esfuerzo extra de formación y adaptación para el mantenimiento del ambiente terapéutico y el trabajo en equipo.

OBJETIVOS H DIA ADULTOS:

Adaptación a los cambios en el equipo (jubilación de TO y traslado enfermera)

Fomentar la cohesión y el trabajo en equipo

Revisión y cambio de las actividades del H Día

Revisar y completar documentos de planificación anticipada de decisiones en la red general de SM y en el HD.

Mantener el modelo basado en mentalización en el HdD

Potenciar las coordinaciones con CSM

Garantizar la estabilidad y seguridad del medio terapéutico

Atender, entre otras, a la solicitud de pacientes de más intervención familiar (grupos familiares, multifamiliares y entrevistas familiares más frecuentes), Este objetivo no se ha podido cumplir.

OBJETIVOS H DIA ADOLESCENTES

Mantener y fomentar la continuidad asistencial de los pacientes entre el Hospital de Día y los Centros de Salud Mental

Mantener un funcionamiento asistencial centrado en fomentar el ambiente terapéutico

Revisión periódica en equipo del plan de tratamiento individualizado

Favorecer una mayor participación e inclusión de las familias en el funcionamiento del HD.

- Crear un espacio de reflexión y formación del equipo terapéutico
- Mejorar la coordinación y trabajo conjunto con el equipo docente del HD-CET
- Mejorar la coordinación con centros educativos de los pacientes atendidos en Programa Completo
- Mejorar la transición al alta en CSM
- Mejorar coordinación con agentes sociales que intervienen con los pacientes y familias atendidos en programa completo

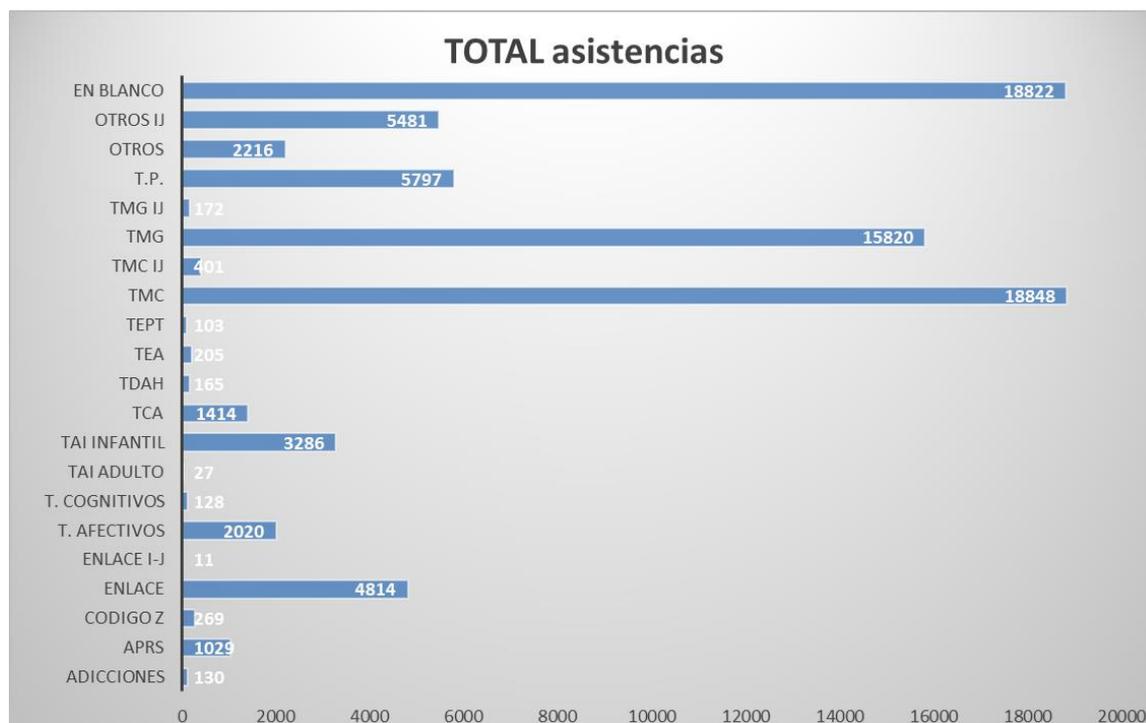
5.1.2.12 Actividad por procesos

La red de SM correspondiente al Hospital universitario Príncipe de Asturias tiene definidos 4 procesos asistenciales, bien por la prevalencia, bien por la gravedad, bien por la necesidad de participación simultánea o consecutiva de varios dispositivos. El objetivo general es maximizar la eficiencia de los recursos, ofrecer la posibilidad de formular en equipo casos de máxima complejidad y reducir la variabilidad no dependiente de aspectos clínicos.

Además de los 4 procesos documentados (TMG, TCA, TP-Trauma complejo y Primeros episodios psicóticos), utilizamos este recurso para englobar la patología más prevalente en el área. Existen todavía oportunidades de mejora para asignar cada persona atendida a un proceso asistencial.

PROCESOS	TOTAL asistencias
ADICCIONES	130
APRS	1029
CODIGO Z	269
ENLACE	4814

ENLACE I-J	11
T. AFECTIVOS	2020
T. COGNITIVOS	128
TAI Adulto	27
TAI Infantil	3286
TCA	1414
TDAH	165
TEA	205
TEPT	103
TMC	18848
TMC IJ	401
TMG	15820
TMG IJ	172
T.P.	5797
OTROS	2216
OTROS IJ	5481
EN BLANCO	18822
TOTAL	81209



5.1.3 Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera

DERIVACIONES RECURSOS RED

DATOS	CRPS	CENTRO DIA	EASC	CRL	CENTRO DIA ESPARTALES	MINIRESIDENCIA ESPARTALES	MINIRESIDENCIA ALCALA
Pacientes atendidos	133	34	40	42	40	41	49
Derivaciones nuevas	21	4	15	17	4	20	14
Reingresos							
Altas	17	3	10	7	2	12	8
Pacientes en lista de espera	13	3	11	12	10	17	17
Tiempo medio lista de espera	176	241	185	261	278	92	169

En los siguientes enlaces están las memorias de los dispositivos de rehabilitación:

[Memoria CRPS](#)

[Memoria EASC](#)

[Memoria Centro de día Espartales Sur](#)

[Memoria CRI Espartales Sur](#)

[Memoria Centro de Día](#)

[Memoria Pisos](#)

[Memoria Minirresidencia Torrejón](#)

[Memoria Minirresidencia Espartales Sur](#)

[Memoria pisos Espartales Sur](#)

5.1.4 CAID

	CAID ALCALA	CAID TORREJON
Pacientes atendidos	813	627
Derivaciones nuevas	199	195
Reingresos	144	133
Altas	329	28
Pacientes en lista de espera	0	20
Tiempo medio lista de espera	0	12

[Memoria CAID](#)

6 Memoria objetivos de calidad 2023

DISPOSITIVO		CENTROS DE SALUD MENTAL				SEGUIMIENTO	
Columna1	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES
CSM	Actualizar el programa de Continuidad de Cuidados de adultos		Registro exhaustivo de pacientes incluidos		Jefe de sección Trabajador Social	6 MESES	827 adultos
CSM	Actualizar el programa de Continuidad de Cuidados de niños y adolescentes		Registro exhaustivo de pacientes incluidos		Jefe de sección Trabajador Social	6 MESES	76 <18 años
CSM	Mejora de la accesibilidad al CSM a través de la detección de pacientes graves		Respuesta al sistema SCAE en < 1 semana		Jefe de Sección	1 AÑO	parcialmente
CSM	Mejora en la coordinación asistencial con los equipos de atención primaria, con la instauración del programa de psiquiatra consultor de presencia física en >80% de la población atendida		Evaluación anual del programa de Psiquiatra consultor de presencia física, incluyendo encuesta de satisfacción a los coordinadores del centro de Salud		Jefe de sección	1 AÑO	No cumplido
CSM	Coordinación con otros dispositivos del área de Salud Mental		Actas/resumen de reunión de coordinación co Unidad de Atención temprana (UAT), Hospital de Día (HdD), Unidad de Hospitalización Breve (UHB), Hospitalización Domiciliaria y recursos de rehabilitación psicosocial		Jefe de sección Trabajador Social	1 año	cumplido
CSM	Fomentar el trabajo multidisciplinar en equipo dentro del Centro de Salud Mental		Actas de reuniones semanales en ambos CSM incluyendo: - Sesiones clínicas - Reuniones de equipo, coordinación		Jefe de Sección	1 año	cumplido

DISPOSITIVO		HOSPITALIZACION DOMICILIARIA					
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES	
HDOM	Conocer la satisfacción de usuarios y familiares con la prestación del servicio	Aumentar el % de encuestas de satisfacción contestadas	(Encuestas contestadas/nº altas)*100>40%		Programa Hospitalización Domiciliaria	Semestral	
HDOM	Mantener la prestación sin interrupciones, a lo largo del año (sin cerrar la actividad en verano)	Necesidad de seguir ofertando alternativas a la hospitalización tradicional de forma continuada	Agenda abierta todo el año		AGCPSM	Semestral	
HDOM	Mantener el índice de ocupación al 75%					Semestral	
DISPOSITIVO		PROGRAMA TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO (TAI)					
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES	
TAI	Continuar con las Coordinaciones formales anuales con los centros derivantes al programa	Mantener las 3-4 coordinaciones formales con CSM aparte de las coordinaciones de carácter informal según evolución de cada caso	Coordinación que incluya a terapeutas de referencia (psicólogo y/o psiquiatra), continuidad de cuidados (enfermería) y Valorar las necesidades en el ámbito escolar, estableciendo en dicha	Programa TAI y CSM	Anual	Se han establecido 3-4 coordinaciones formas anuales con los centros derivantes (CSM Fco Díaz y CSM Pta de Madrid), incluyendo a los profesionales implicados en cada caso (facultativos, enfermería y Trabajo Social)	
TAI	Mantener la coordinación con los orientadores de los IES al comienzo de la intervención	1 coordinación inicial con el orientador al comienzo de la intervención		Programa TAI	Anual	Este indicador aplica al resto de dispositivos de carácter socioeducativo con el que el paciente mantenga vinculación o seguimiento (SAF, Las Naves,	
TAI	Continuar realizando grupos de distintas categorías	4-5 grupos, incluyendo grupos de continuidad de cuidados, terapéuticos y de apoyo a familias	Continuar con los distintos grupos de:	Programa TAI	Anual		
TAI	Mantener un taller trimestral de carácter ocupacional	1 Taller trimestral		Programa TAI	Anual		
TAI	Seguir realizando supervisiones de casos	2 supervisiones al mes	Mantener la supervisiones de casos con supervisores externos	Programa TAI	Anual		

	DISPOSITIVO	HOSPITAL DE DÍA ADULTOS					
	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES
HDIA A	Adaptación a los cambios en el equipo (jubilación de TO y traslado enfermera)	Favorecer incorporación de nuevas profesionales al equipo	Actividades dirigidas a despedida y acogida		Equipo	Anual	
HDIA A	Fomentar trabajo en equipo y formación dentro del subequipo de adultos	Reuniones diarias por la mañana/ Jornadas de reflexión semestrales/ Espacios de lectura cada 15 días/ supervisión de equipo	Registro de las reuniones (en agendas del equipo)		Equipo	Semestral	
HDIA A	Revisión y cambio de las actividades del H Día	Realizar un programación de actividades en función de la formación de la parte nueva del equipo	Horario y actividades nuevas del H Día		Equipo	Trimestral	
HDIA A	Revisar y completar documentos de planificación anticipada de decisiones en la red general de SM y en el HD.	Entrevistas individuales paciente/terapeuta	≥ 60%.		Equipo	Semestral	
HDIA A	Mantener y mejorar el ambiente terapéutico focalizando en la mentalización en el HdD	Continuar realizando el grupo de iniciación a la terapia basada en la mentalización anualmente	Registro del grupo en agendas del equipo		Equipo	Anual	
HDIA A	Potenciar las coordinaciones con CSM	Mejorar las derivaciones y disminuir los abandonos al inicio	Numero de reuniones (bimensual presencial Puerta, mensual por zoom con FD y añadir presencial en Francisco Díaz semestral)		Equipo	Semestral	
HDIA A	Mantener el trabajo conjunto con el subequipo de adolescentes	Supervisiones de equipo con el subequipo de adolescentes y reuniones mensuales de organización	Nº de supervisiones realizadas (total 9) y numero reuniones (mensuales)		Equipo	Semestral	
HDIA A	Atender a la solicitud de pacientes de más intervención familiar (grupos familiarfes, multifamiliares y entrevistas familiares mas frecuentes)	Visibilizar la necesidad de tercer facultativo psicóloga en H Día en reuniones equipo de dirección y comisión de asistencia.	Documento justificativo de la necesidad		Responsable del H Día	Trimestral	
	Recuperar el número de plazas previo a la pandemia y facilitar el proceso de incorporación	Aumentar la evaluación de pacientes en lista de espera. Promover la adherencia y compromiso con el tratamiento.	Número de pacientes en tratamiento		Equipo	Trimestral	

	DISPOSITIVO	HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL					
	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES
HDIA I	Mantener la certificación ISO		Certificación ISO		Equipo Terapeutico	Semestral	
HDIA I	Mantener y fomentar la continuidad asistencial de los pacientes entre el Hospital de Día y los Centros de Salud Mental	Coordinación con CSM	Acta de las reuniones de coordinación de frecuencia mensual		Equipo Terapeutico	Mensual	
HDIA I	Mantener un funcionamiento asistencial centrado en fomentar el ambiente terapéutico	Mantenimiento regular de reuniones de equipo donde se revisan pacientes y actividades.	Establecer en equipo un plan de tratamiento individualizado/Nº de pacientes atendidos>50%		Equipo terapéutico	Anual	
HDIA I	Revisión periodica en equipo del plan de tratamiento individualizado	Mantenimiento regular de reuniones de equipo donde se revisa la evolución de los pacientes.	Registro en HC de la reunion de equipo y de los cambios realizados en el plan de tratamiento/Nº de pacientes con contrato >50%		Equipo terapeutico	Trimestral	
HDIA I	Favorecer una mayor participación e inclusión de las familias en el funcionamiento del HD.	Realizar un grupo terapéutico para padres y entrevistas familiares.	Registro del Grupo de padres, al menos con frecuencia mensual. Registro entrevista familiar con frecuencia mensual		Equipo terapeutico	Mensual	
HDIA I	Crear un espacio de reflexión y formación del equipo terapéutico	Realizar supervisiones de equipo.	Registro de las supervisiones		Equipo terapeutico	Mensual	
HDIA I	Mejorar la coordinación y trabajo conjunto con el equipo docente del HD-CET	Favorecer un espacio de docencia y formación conjunta	Sesiones clínicas conjuntas		Equipo terapeutico	Trimestral	
HDIA I	Mejorar la coordinación con centros educativos de los pacientes atendidos en Programa Completo	Realizar coordinaciones con los centros educativos de referencia de los pacientes atendidos en Programa Completo	Coordinaciones con centros educativos/Nº de pacientes atendidos en programa completo>50%		Equipo terapeutico	Trimestral	
HDIA I	Mejorar la transición al alta en CSM	Favorecer la vinculación con CSM	Coordinación especifica de los pacientes en proceso de alta		Equipo terapeutico	Trimestral	
HDIA I	Mejorar coordinación con agentes sociales que intervienen con los pacientes y familias atendidos en programa completo	realizar coordinacion con agentes sociales de referencia.	Mantener coordinacion especifica al inicio del tratamiento y al menos trimestral		Equipo terapeutico	Trimestral	

DISPOSITIVO		UHB					
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES	
UHB	Continuar con actividades formativas específicas en Salud Mental para todo el equipo de la unidad	Propuesta de nuevo curso formativo	Nº de cursos, supervisiones Profesionales que realizan el curso (control: hoja de firmas)	AGCPSM	Anual	Se ha realizado una sesión mensual de supervisión de equipo, 9 sesiones clínicas y una sesión sobre trabajo grupal en la UHB	
UHB	Continuar con la implementación de medidas para aumentar el bienestar, la seguridad y la calidad de la atención	Modelo SAFEWARDS	Sesiones formativas en SAFEWARDS. 2 al año	AGCPSM	Anual	Se ha realizado una sesión clínica. La falta de cumplimiento completo se puede explicar por los cambios de profesionales y la falta de staff a lo largo del año	
UHB	Continuar con la reducción del uso de medidas coercitivas	Datos de la contención			Mensual		
UHB	Aumentar las actividades grupales terapéuticas	Elaborar protocolo para el desarrollo de grupo multifamiliar para pacientes y familias en contexto de hospitalización y h. Domiciliaria	Documento escrito y nº grupos/año	UHB	Anual	No logrado debido a los cambios de profesionales y la falta de staff a lo largo del año	
UHB	Aumentar los talleres de salud y cuidados para personas que ingresan en UHB	1 grupo/semana y registro en archivo excel			Ojbejtivo cumplido	Objetivo cumplido	
UHB	Continuar con actividades de relajación y ocupacionales		Realización diaria	Monitora y Enfermería	Objetivo cumplido		
UHB	Continuar trabajando en fomentar la autonomía del paciente, así como homogeneizar las condiciones del ingreso a otras plantas de hospitalizacion	Garantizar la privacidad en el acceso a sus pertenencias para lo que será necesario tener armarios en cada habitación			AGCPSM	No conseguido	No se ha conseguido por falta de dotación de recursos materiales

	DISPOSITIVO	INTERCONSULTA Y PROGRAMA DE ENLACE					
	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES
ENLACE	Realizar grupos terapéuticos con pacientes en proceso de cirugía bariátrica	5 al año	número grupos/año		Profesionales Interconsulta	Anual: Objetivo cumplido	Objetivo cumplido
ENLACE	Ofertar grupos terapéuticos con pacientes en duelo perinatal	2 al año en función de la demanda	nº grupos/año		Profesionales Interconsulta	Anual: Objetivo cumplido	Se ha realizado un grupo este año que ha cubierto las necesidades
ENLACE	Poner en marcha un grupo orientado a trabajar los mandatos de género con mujeres con problemas de salud abierto y de frecuencia quincenal		nº grupos/año		Profesionales Interconsulta	anual	No cumplido por falta de staff
ENLACE	Aprobar un protocolo definitivo de Salud Mental perinatal acordado con profesionales de obstetricia	<p>Establecer coordinaciones mensuales con la consulta de embarazo de riesgo del HUPA</p> <p>Atender todas las derivaciones de obstetricia en las consultas de enlace</p> <p>Elaborar y acordar un protocolo de atención perinatal a pacientes con TMG</p> <p>Desarrollar un proyecto para la realización de un grupo de primera crianza</p> <p>Asistencia al comité Perinatal 100%</p>	<p>nº coordinaciones/año</p> <p>nº derivaciones atendidas</p> <p>nº derivaciones atendidas 100%</p> <p>Documento</p> <p>Documento</p>		Profesionales Interconsulta	Cumplido: Anual	
ENLACE	Ofrecer información básica a todos los pacientes participantes en el Programa de Rehabilitación cardiaca sobre algunos factores emocionales identificados como factores de riesgo para patología cardiaca		Pacientes que reciben el díptico/total de pacientes en el programa 80%	Dar un díptico con la información a todos los pacientes del programa	Profesionales Interconsulta	Anual: Objetivo cumplido	
ENLACE	Ofrecer información amplia a los pacientes de rehabilitación cardiaca que participen en los grupos terapéuticos de Salud Mental que lo soliciten, sobre algunos factores emocionales identificados como factores de riesgo para patologías cardíacas		Pacientes que reciben el díptico/pacientes que solicitan el díptico 100%	Dar un díptico con información compleja a todos los pacientes que participen en los grupos de salud mental que lo soliciten		Anual: Objetivo cumplido	
ENLACE	Desarrollar grupo de reflexión sobre la práctica y la respuesta emocional para profesionales de los servicios de oncología y hematología		1 grupo al año		Profesionales Interconsulta	Anual: Objetivo cumplido	
ENLACE	Desarrollo de dos grupos anuales de transición adolescencia-juventud/adulthood para pacientes con sintomatología psicosomática		nº de grupos/año		Profesionales Interconsulta	Anual: Objetivo cumplido	Se ha realizado un grupo este año que ha cubierto las necesidades
ENLACE	Desarrollo de un grupo multifamiliar para familias con un paciente diagnosticado de Diabetes Mellitus en población infanto-juvenil		nº grupos /año >=1 100%		Profesionales Interconsulta	Anual: Objetivo cumplido	Se ha realizado un grupo este año que ha cubierto las necesidades
ENLACE	Desarrollo de un Grupo de adolescentes con pacientes diagnosticado de Diabetes Mellitus en población infanto-juvenil		nº grupos /año >=1 100%				Se ha realizado un grupo este año que ha cubierto las necesidades
ENLACE	Ofrecer un curso de aspectos emocionales en la hospitalización (3ª edición)		1 curso / año		Profesionales Interconsulta	Anual: Objetivo no cumplido	

DISPOSITIVO		UAT				
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESP	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES
UAT	Aumentar la red social y afectiva de pacientes con un primer episodio psicótico	Realizar actividades grupales comunitarias al menos una vez al	Registro en el HCIS la actividad grupal comunitaria		Semanal	
UAT	Elaborar un plan de tratamiento centrado en las necesidades de la persona	Atender <72 horas las derivaciones recibidas desde SU, UHB.	Registro en el HCIS el primer contacto con el paciente y hoja de derivación			

En el año 2023 hemos reacreditado el sistema de gestión de calidad mediante la norma ISO 9001-2015

DISPOSITIVO		URGENCIAS					
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESP	INDICADOR	ACCIONES	RESPONSABLE	Seguimiento	OBSERVACIONES	
URG	Realizar y consensuar un protocolo de ingreso programado en UHB por escrito y acordado con Admisión y Red de Salud Mental de Adultos				AGCPSM	Anual	
URG	Mejorar la capacitación del equipo de enfermería de la urgencia para la atención a pacientes con problemas de Salud mental			<ul style="list-style-type: none"> · Programar cursos de formación continuada al menos cada tres meses que incluya formación en cuidados conscientes del trauma, desescalada verbal, habilidades de entrevista, salas seguras. Incluir enfermeros especialistas en Salud Mental como profesores de esta formación. · Promover la creación de un grupo de trabajo de salud mental en la urgencia, constituido por profesionales de todas las categorías. 	AGCPSM	Anual	
URG	Disminuir el estigma de la enfermedad mental en los profesionales de la urgencia			<ul style="list-style-type: none"> · Programar cursos de formación continuada al menos cada tres meses que incluya formación en cuidados conscientes del trauma, desescalada verbal, habilidades de entrevista, salas seguras. Incluir enfermeros especialistas en Salud Mental como profesores de esta formación. · Promover la creación de un grupo de trabajo de salud mental en la urgencia, constituido por profesionales de todas las categorías. 	AGCPSM	Anual	
URG	Disminuir las prácticas coercitivas en la urgencia		nº registro/nº de pacientes en contencion >=75%	Implementar un registro de contención mecánica para pacientes a cargo de psiquiatría en la urgencia y aplicarlo por parte de los profesionales de psiquiatría en todas las contenciones	AGCPSM	Anual	

7 Memoria docente

7.1 *DOCENCIA UNIVERSITARIA*

7.1.1 Profesorado de la Universidad de Alcalá

Profesor Titular

Guillermo Lahera Forteza

Profesores Asociados en Ciencias de la Salud del Departamento de Medicina y Especialidades Médicas (Área de Psiquiatría)

- Ana Moreno Pérez
- Eloy Martín Ballesteros
- María Dieguez Porres
- Salvador Ruiz Murugarren

Profesores Asociados en Ciencias de la Salud del Departamento de Enfermería.

- Elena Redondo Vaquero
- Patricia González Alegre

7.1.2 Convenios de Colaboración

- Convenio de prácticas con los títulos de Especialista, Experto y Máster en Psicoterapia de la Universidad de Alcalá

7.1.3 Alumnos en Prácticas

- Facultad de Medicina
 - Psiquiatría
 - Clínica Psiquiátrica
- Escuela de Enfermería
- Facultad de Biología
 - Alumnos de la asignatura Tecnología sanitaria.

7.2 *Formación de residentes*

ITINERARIO TIPO DE LOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL
ITINERARIO TIPO DE LOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

Se han adaptado las rotaciones y el itinerario formativo de los MIR de psiquiatría al nuevo programa formativo de 5 años.

ITINERARIOS FORMATIVOS

Los dos primeros años de rotación son comunes a la especialidad de psiquiatría de infancia y adolescencia (de la que esta UDM no dispone en este momento). Se han configurado cuatro itinerarios para los 4 residentes de psiquiatría, que se ajustan a las horquillas del POEy que tienen como objetivo

tanto la adquisición de las competencias transversales (a lo largo de los cinco años de la especialidad) como las competencias comunes.

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA DE PSIQUIATRÍA

R1	JUN 2023	JUL	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO 2024	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO
R1A	IC Adultos	IC Adultos	NEURO	NEURO	CSM-IJ TAI	CSM-IJ TAI	CSM-IJ TAI	CSM-IJ TAI	CSM-IJ UAT	CSM-IJ UAT	Pediatría	IC-IJ
R1B	NEURO	NEURO	IC Adultos	IC Adultos	Pediatría	IC-IJ	IC-IJ	H.Dom IJ	H.Dom IJ	H.Dom	H.Dom	H.Dom
R1C	Pediatría	IC-IJ	IC-IJ	IC Adultos	IC Adultos	NEURO	NEURO	H.Dom	H.Dom	H.Dom	H.Dom IJ	H.Dom IJ
R1D	NEURO	NEURO	Pediatría	IC-IJ	IC-IJ	IC Adultos	IC Adultos	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ UAT

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

R2	JUN 2024	JUL	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO 2024	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO
R2A	IC-IJ	H.Dom IJ	H.Dom IJ	H.Dom	H.Dom	H.Dom	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD
R2B	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ FCO.DIAZ	CSM-IJ UAT	CSM-IJ UAT	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD
R2C	CSM-IJ PUERTA	CSM-IJ PUERTA	CSM-IJ PUERTA	CSM-IJ PUERTA	CSM-IJ UAT	CSM-IJ UAT	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD
R2D	CSM-IJ UAT	H.Dom	H.Dom	H.Dom	H.Dom IJ	H.Dom IJ	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD

TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA

R3	JUN 2024	JUL	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO 2025	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO
R3A	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	PSICOGERI ATRIA	PSICOGERI ATRIA	Centro tratamiento adicciones	Centro tratamiento o adicciones	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN
R3B	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	Centro tratamiento adicciones	Centro tratamiento o adicciones	PSICOGERI ATRIA	PSICOGERI ATRIA	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN
R3C	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	PSICOGERI ATRIA	PSICOGERI ATRIA
32D	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	CSM-AD	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	Centro tratamiento o adicciones	Centro tratamiento adicciones

CUARTO AÑO DE LA RESIDENCIA

R4	JUN 2025	JUL	AGO STO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO 2026	FEB	MAR ZO	ABRIL	MAYO
R4A	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	HDIA	HDIA	HDIA	IC ADULTOS	IC ADULTOS	IC ADULTOS	UHB	UHB	UHB	UHB
R4B	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	IC ADULTOS	IC ADULTOS	IC ADULTOS	HDIA	HDIA	HDIA	UHB	UHB	UHB	UHB
R4C	Centro tratamiento adicciones	Centro tratamiento adicciones	UHB	UHB	UHB	UHB	UHB	UHB	HDIA	HDIA	HDIA	IC ADULTOS
R4D	PSICOGERIATRIA	PSICOGERIATRIA	UHB	UHB	UHB	UHB	UHB	UHB	IC ADULTOS	IC ADULTOS	IC ADULTOS	HDIA

QUINTO AÑO DE LA RESIDENCIA

R5	JUN 2026	JUL	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO 2027	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO
R5A	UHB	UHB	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT ESPECÍFICA					
R5B	UHB	UHB	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT ESPECÍFICA					
R5C	IC ADULTOS	IC ADULTOS	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA
R5D	HDIA	HDIA	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT LIBRE	ROT ESPECÍFICA	ROT ESPECÍFICA

ITINERARIO TIPO DE LOS RESIDENTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Programa		N.º Meses
Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria.		12
Atención Primaria.		3
Adicciones.		4
Rehabilitación.		6
Hospitalización y urgencias.		4
Psicología clínica de la salud. Interconsulta y enlace.		6
Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia.		6
Programas para el desarrollo de Áreas de Formación Específica.		4
Rotación de libre disposición.		3
Primer año	Programa	Nº Meses
	- Unidades de Rehabilitación de larga estancia	2
	- Unidad de Hospitalización de agudos	6
- Hospital de Día		3
Segundo año	- Programas de Rehabilitación comunitaria	
	- Unidades de media estancia	
	- Centro de Salud Mental Comunitario	
- Programas o servicios de Salud mental Infanto-juvenil		8

ITINERARIO
TIPO DE
LOS
RESIDENTES
DE
ENFERMERÍA

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DOCENTES

Las actividades docentes del miércoles docente están estructuradas de la siguiente manera:

- Docencia R1. Impartida todos los miércoles de 8.30 a 12.00h para los residentes de primer año de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.

- Docencia R2, R3 y R4. Impartida los miércoles de 8.30 a 12.00h para los residentes de 2º, 3er y 4º año. Ésta incluye:
 - Seminarios.
 - Docencia teórica específica.
 - Lectura de clásicos.
 - Revisión bibliográfica.
 - Docencia conjunta. Impartida los miércoles de 12.00 a 15.00h para todos los residentes. Consta de las siguientes actividades:
 - Habilidades de entrevista.
 - Supervisión y taller de casos.
 - Asamblea con representantes de la Comisión de Docencia.
 - Grupo DART.

DOCENCIA TEÓRICA R1

Objetivos docentes:

Otorgar a los residentes de primer año fundamentos teórico-prácticos sobre psicopatología e intervención.

Proceso:

Un adjunto acudirá a la docencia de residentes para explicar un tema de interés. La selección de temas se llevará a cabo desde la Comisión de Docencia de la UDM, solicitándose voluntarios entre los adjuntos del área para exponer las sesiones en las que ellos consideren que pueden aportar conocimientos y habilidades a los residentes.

Duración: 29 sesiones de 3 horas lectivas.

Contenidos 2019-2020:

Taller de formulación de casos

Ampliación de Habilidades de Entrevista.

Duelo.

Psicoterapia de grupo.

Indicación de no tratamiento.

Psicopatología e intervención en población infantil.

Apego.

Formación complementaria (ampliación fuera de los miércoles docentes):

Habilidades de entrevista.

Bases de la Terapia Interpersonal.

SEMINARIOS

Objetivos docentes:

Exponer de manera teórico-práctica determinados aspectos clínicos, terapéuticos, o de investigación, que sean de interés común a las tres especialidades (MIR, PIR y EIR).

Proceso:

Un adjunto acudirá a la docencia de residentes para explicar un tema de interés. La selección de temas se puede realizar de diferentes maneras:

Desde la Comisión de Docencia de la UDM se solicitará antes de septiembre voluntarios entre los adjuntos del área para exponer temas en los que ellos consideren que pueden aportar conocimientos y habilidades a los residentes.

Los residentes podrán proponer temas y adjuntos para impartirlos, contactando con ellos previamente para preguntarles si estarían dispuestos a exponerlos, mandando la propuesta a la Comisión antes del mes de septiembre.

La Comisión de Docencia propondrá una serie de contenidos y docentes en caso de que no se cubra el total del horario con los dos puntos anteriores.

Duración: 18 sesiones de 3 horas lectivas.

Contenidos docentes 2019-2020:

- Introducción al psicodrama.
- Psiquiatría legal.
- Vídeos de psicopatología.
- Psicodrama simbólico.
- Postpsiquiatría y psiquiatría crítica.
- Infantil I. Psicología del desarrollo.
- Infantil II. Trastornos del vínculo.
- Infantil III. Trastornos somatomorfos.
- Infantil IV. Autismo.
- Infantil V. TDAH.
- Técnicas de tercera generación.
- Taller de metodología de investigación
- Taller de metodología de Investigación II.
- Mentalización I.
- Mentalización II.
- Mentalización III.
- Aspectos sociales de la Salud Mental.

DOCENCIA TEÓRICA ESPECÍFICA.

Se imparte docencia teórica específica para cada una de las especialidades con una frecuencia mensual.

DOCENCIA TEÓRICA ESPECÍFICA PARA LOS RESIDENTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA: SUPERVISIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Objetivos docentes:

Supervisar sesiones de psicoterapia de grupo.

Proceso:

Los residentes llevarán a supervisión las psicoterapias de grupo que estén llevando a cabo; de forma que se puedan ir supervisando cada una de las etapas de la intervención grupal: formación del grupo, derivaciones, selección de participantes, evolución del grupo y cierre. Se cuenta con supervisores con experiencia en psicoterapia grupal.

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva.

DOCENCIA TEÓRICA ESPECÍFICA PARA LOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA: BASES DE FARMACOLOGÍA.

Objetivos docentes:

Ampliar la formación en el manejo de los tratamientos farmacológicos.

Proceso:

Se trata de sesiones de contenido teórico-práctico sobre las bases psicofarmacológicas, manejo y actualización en farmacoterapia.

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva

DOCENCIA TEÓRICA ESPECÍFICA PARA LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA: MANEJO DEL PACIENTE DIFÍCIL.

Objetivos docentes:

Ampliar la formación en el manejo del paciente de salud mental.

Proceso:

Se trata de sesiones de contenido teórico-práctico sobre dificultades en el manejo del paciente difícil.

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva

3.4 DOCENCIA TEÓRICA ESPECÍFICA PARA LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA: CURSO DE INMERSIÓN A LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DEL MES DE JUNIO

Objetivos docentes:

Introducir a los residentes de enfermería a la salud mental e igualar conocimientos, cara a la incorporación con el resto de profesionales de la UDMSM.

Proceso:

Se trata de clase de contenido teórico-práctico sobre un amplio temario general que se encuentra explicitado en programa docente de Enfermería de Salud Mental

Duración: 1 mes de clases con una duración de 5 horas diarias de lunes a viernes

LECTURA DE CLÁSICOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

LECTURA DE CLÁSICOS.

Objetivos docentes:

Lectura y análisis de textos relativos a la salud mental que resulten de interés por su impacto, relevancia o contribución al conocimiento.

Proceso:

Tres residentes serán los encargados de elegir un texto y de presentar un análisis del mismo, favoreciendo el debate y el análisis del mismo entre todos los participantes, que previamente habrán trabajado sobre éste.

Duración: 8 sesiones de 1 hora y media lectiva

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Objetivos docentes:

Lectura crítica de literatura científica especializada en salud mental.

Proceso:

Se procederá a la lectura y exposición crítica de artículos científicos de actualidad, los cuales serán proporcionados por el adjunto encargado de esta actividad

Duración: 2 sesiones (divididas en dos grupos) de hora y media lectiva.

HABILIDADES DE ENTREVISTA

Objetivos docentes:

Trabajar las dificultades que el residente (MIR, PIR, EIR) presente en el desempeño de su práctica clínica, o situaciones clínicas que podríamos identificar como "incidentes críticos".

Proceso:

Las técnicas utilizadas serán:

Role playing, en el cual un residente presentará una situación en la que haya encontrado dificultades y se trabajarán diferentes alternativas de manejo.

Supervisión en grupo de incidentes críticos

Duración: 19 sesiones de 1 hora y media lectiva.

SUPERVISIÓN Y TALLER DE CASOS.

Cada miércoles se impartirán las actividades de supervisión y taller de casos de forma que cada uno de los grupos de residentes tenga una u otra actividad en el horario establecido. Se realizará: supervisión en dos grupos y taller en el otro; alternándose dicho orden cada semana.

SUPERVISIÓN DE CASOS

Objetivos docentes:

Supervisión en grupo de procesos de evaluación y de tratamiento psicoterapéutico individual, realizado por el residente que presente el caso clínico. Abordaje desde distintos modelos psicoterapéuticos. Conclusiones clínicas

Proceso:

El residente asignado para dicha actividad presentará la formulación de un caso clínico, bajo la perspectiva de su especialidad.

Duración: 38 sesiones de 1 hora y media lectiva.

TALLER DE CASOS

Objetivos docentes:

Resolución de dudas diagnósticas.

Proceso:

Discusión clínica. El residente asignado para la actividad aportará un caso clínico que plantea dificultades diagnósticas. El formato utilizado será la presentación de la historia clínica completa.

Duración: 38 sesiones de 1 hora y media lectiva.

ASAMBLEA CON REPRESENTANTES DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

Objetivos docentes:

Favorecer la comunicación bidireccional y la toma de decisiones consensuada entre los representantes de los residentes (MIR, PIR y EIR) en la Comisión de Docencia Multiprofesional y el resto de los residentes.

Proceso:

Los representantes expondrán los temas tratados en las últimas Comisiones de Docencia, facilitarán el debate entre los residentes y toma de decisiones consensuada de cara a la siguiente Comisión, y recogerán las sugerencias, quejas o reclamaciones del resto de los residentes.

Duración: 6 sesiones de 1'5h de duración.

GRUPO DART (ABORDAJE DE DIFICULTADES EN LA ADQUISICIÓN DEL ROL DE TERAPEUTA)

Objetivos docentes:

Trabajar las dificultades en la adquisición del rol de terapeuta, prestando especial atención a los aspectos vivenciales y emocionales (MIR, PIR, EIR).

Proceso:

Se llevan a cabo tres grupos paralelos, con el objetivo de reducir el número de personas y favorecer así el trabajo. Los residentes plantean sus dificultades, que serán trabajadas en grupo, con un terapeuta que dirige el trabajo grupal.

Duración: 16 sesiones de 1 hora y media lectiva.

7.3 DIRECCIÓN DE MÁSTERES Y TÍTULOS PROPIOS

CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Especialidades Médicas. LOCALIDAD: Alcalá de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: Desde 2001-2011. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: MASTER (600 horas) en Psicoterapia (perspectiva integradora) DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Psiquiatras y psicólogos con práctica clínica. DURACIÓN: 3 cursos académicos. CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicoterapia. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <http://masterpsicoterapia.com/> Libros: Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001. Y Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Especialidades Médicas. LOCALIDAD: Alcalá de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: desde 1997. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: ESPECIALISTA (antes ESPECIALISTA de PRIMER GRADO) (200 horas) en Psicoterapia (perspectiva integradora). DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Psiquiatras y psicólogos con práctica clínica. DURACIÓN: Un curso académico (200 HORAS). CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicoterapia. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <http://masterpsicoterapia.com/> Libros: Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001. Y Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Especialidades Médicas. LOCALIDAD: Alcalá de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: desde 1999. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: EXPERTO (Antes ESPECIALISTA DE SEGUNDO GRADO) (250 horas) en Psicoterapia (perspectiva integradora). DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Psiquiatras y psicólogos con práctica clínica. DURACIÓN: Un curso académico (250 HORAS). CONTENIDOS

PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicoterapia MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <http://masterpsicoterapia.com/> Libros: Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001. Y Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Especialidades Médicas. LOCALIDAD: Alcalá de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: desde 2021 TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: EXPERTO EN TRAUMA. Relaciones sensibles a las heridas emocionales y al trauma. DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/ DOCTORADO: Título de postgrado de la UAH. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): grado/licenciatura en Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Educación media o universitaria, instructores de Mindfulness de programas estandarizados con un grado universitario. DURACIÓN: Un curso académico (250 HORAS). CONTENIDOS PRINCIPALES: Conocer el impacto del trauma en la persona y en su red de relaciones significativas a nivel neurobiológico, mental, narrativo y social es necesario para que la persona que interviene (ya sea un profesional de la salud, de la educación u otras disciplinas) pueda estar presente con el dolor de la superviviente, ayudarla a salir del atrapamiento del trauma y abrirse más plenamente a su vida. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <https://www.espaciosaludypsicoterapia.com/enrol/index.php?id=178>

7.4 Formación Continuada

- Acreditación de las sesiones clínicas:
 - o De área
 - o De UHB, IC y Urgencia
 - o De CSM
 - o De Hospital de día
- Organización de cursos de formación continuada:
 - o Salud Mental con perspectiva de género: Esta actividad docente con una programación de 38 horas lectivas, con nº de expediente 07- AFOC-00559.1/2023, ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con 5,0 crédito/s de formación continuada para las profesiones: Personal sanitario que trabaja en salud mental (psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, auxiliar, terapeuta ocupacional, monitora de terapia ocupacional). Memoria de investigación
- Supervisión de equipos:
 - o Supervisión de UHB
 - o Supervisión de equipo infanto juvenil
 - o Supervisión de UAT
 - o Supervisión de CSM Puerta de Madrid
 - o Supervisión de H domiciliaria
 - o Supervisión de hospital de día
- Participación de personal del AGCPSM del HUPA en los cursos organizados por la Oficina Regional de Salud Mental de intervención en crisis, tanto en sus formatos presenciales con metodología de simulación como en las ediciones online.

Los profesionales del AGCPSM han participado como asistentes/ponentes en los cursos:

PSICOTERAPIA GRUPAL BASES TEORICAS Y TECNICA EXPERIENCIAS GRUPALES EN S.MENTAL
--

JORNADAS DE HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA
--

UNA PUESTA AL DIA DE LOS AVANCES MAS RELEVANTES EN LAS AREAS PRINCIPALES DE LA PSIQUIATRIA
EL TRABAJO CON LOS PADRES EN PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
JORNADA DE ACTUALIZACION SOBRE ADICCIONES SIN SUSTANCIA
MANEJO DE AGITACION EN RECURSOS HOSPITALARIOS
INTERVENCIONES DE NO-TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL
JORNADA DE ACTUALIZACION SOBRE ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y MENORES
LA FORMULACION DEL CASO COMO HERRAMIENTA CLINICA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD FORMULACION DE LA PERSONALIDAD
JORNADA SOBRE LA SOLEDAD NO DESEADA COMO FACTOR DE RIESGO EN S.MENTAL
PSICOTERAPIA ANALITICA GRUPAL
JORNADA ACTUALIZACION EN T.C.
EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHLATRY
ACTUALIZACION PARA REFERENTES DE VILOENCIA DE GENERO EN C.S.M.
SALUD MENTAL EN LOS INFELICES AÑOS
ATENCION EN CRISIS 10ª ED.
EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHLATRY
JORNADA DE ACTUALIZACION EN PREVENCION DETECCION PRECOZ Y ATENCION A LA CONDUCTA SUICIDA
JORNADAS ESCUELA ESPAÑOLA DE PSICOTERAPA
DUELO POR SUICIDIO
EL PSICOTERAPEUTA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA
CONGRESO NACIONAL Y III INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGIA CLINICA
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
SEMNARIO MUNDO MAYOR
CONGRESO ANPIR 2023
PERSPECTIVAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA LA SALUD
PSICOTERAPIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA NUEVOS TIEMPOS NUEVOS RETOS
CONGRESO NACIONAL SEDUP
JORNADAS DE ACTUALIZACION CLINICA EN PSIQUIATRIA
PERSPECTIVAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA LA SALUD
CONGRESO NACIONAL Y III INTERNACIONAL DE LA SOCIEDD ESPAÑOLA DE PSICOLOGIA CLINICA
JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL
VIDAS DAÑADAS EN TIEMPOS INCIERTOS
DESBORDANDO MARCOS

MENTALIZATION BASED TRATAMENT FOR CHILDEN ADOLESCENTS AND FAMILIES
JORNADA NACIONAL DE SM (AEN)
CONGRESO DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION XIX CURSO POSTCAAP 2023
SEMINARIO XII AGAPIR
DUELO POR SUICIDIO.POSTVENCION
POSTCAAP 2023 PSIQUIATRIA
MANEJO Y CUIDADO DEL PACIENTE CON TEA
HERRAMIENTAS EMOCIONALES PARA LA GESTION MOTIVACION DE PERSONAS
TRASTORNO DE PERSONALIDAD
SALUD MENTAL PERINATAL ATENCION A LA SALUD MENTAL EN PROCESOS DE REPRODUCCION ASISTIDA
TALLER DE INTRODUCCION A LAS PRACTICAS NARRATIVAS EN SALUD MENTAL
SOPORTE COMUNITARIO EN LA PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS
PROGRAMA X JORNADAS LA REVOLUCION DELIRANTE
VIOLENCIAS DE GENERO,VULNERABILIDADES Y SALUD
ACTUALIZACION EN SALUD MENTAL PERINATAL ATENCION A LA S.M. EN PROCESOS DE REPRODUCCION ASISTIDA
MENTALIZACION BASADA EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES
JORNADA DE ACTUALIZACION SOBRE COORDINACION ENTRE AT.PRI. Y S. MENTAL PARA LA PREVENION,DETECCION Y ATENCION PRI. Y S.MENTAL PARA LA PREVENION,DETECCION PRECOZ Y ATENCION A LA CONDUCTA FISICA
EL PROCESAMIENTO SENSORIAL Y SU IMPACTO RN LA SALUD INFANTO-JUVENIL
EL SOPORTE COMUNITARIO EN LA PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS
TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACION PARA NIÑOS
TERAPIA BASADA EN ESQUEMAS: UN TALLER ENFOCADO A LA PRACTICA CLINICA
LA REVOLUCION DELIRANTE
ACTUALIZACION PARA REFERENTES DE VILOENCIA DE GENERO EN C.S.M.
PSICOTERAPIA RELACIONAL INTENSIVA CON ADOLESCENTES CON TMG-IJ
TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA EN SALUD MENTAL
INTERVENCION PSICOSOCIAL Y REHABILITACION EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD
CONOCER LOS RETOS ACTUALES EN LA ATENCION A LA SALUD MENTAL EN DISTINTOS CAMPOS
JORNADA DE ACTUALIZACION SOBRE ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO EN LA COMUNIDAD 2023
CURSO DE COMPETENCIAS ESPECIFICAS EN TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
USO REFLEXIVO DE LAS SUJECIONES FISICAS
JORNADA DE ACTUACION SOBRE ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO EN LA COMUNIDAD
APEGO PSICOPATOLOGIA Y PSICOTERAPIA EN POBLACION VULNERABLE
JORNADA COORDINACION SALUD MENTAL Y PRIMARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACION PARA ADOLESCENTES
SEMANA DE LA CIENCIA Y LA INNOVACION
ATENCION A PERSONAS MAYORES EN LA RED DE SALUD MENTAL

EL PROCESAMIENTO SENSORIAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD INFANTO-JUVENIL
JORNADAS DE ACTUALIZACION SOBRE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA ADULTOS CON TMG
ABORDAJE MULTIPROFESIONAL FRENTE AL ABUSO SEXUAL INFANTIL
INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL PSYCHOLOGY
V JORNADA SOBRE SALUD Y VIOLENCIA DE GENERO ATENCION INTEGRAL A LA MUJER MAYOR VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO
ACTUALIZACION PARA REFERENTES DE VIOLENCIA DE GENERO EN CENTRO DE SALUD
JORNADA DE ACTUALIZACION SOBRE ABORDAJE INTEGRAL EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
ABORDAJE MULTIPROFESIONAL FRENTE AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

8 Participación de usuarios

Reuniones periódicas con ASME y realización de actividades conjuntas (como videoforum), con la Concejalía de Salud. Participación en la semana de la Salud del ayuntamiento de Alcalá de Henares

9 Memoria de Investigación

ARTÍCULOS PUBLICADOS EN JCR

1. Álvarez-Cadenas L, García-Vázquez P, Ezquerro B, Stiles BJ, **Lahera G**, Andrade-González N, Vieta E. Detection of bipolar disorder in the prodromal phase: A systematic review of assessment instruments. *J Affect Disord*. 2023 Jan 6;S0165-0327(23)00024-1. doi: 10.1016/j.jad.2023.01.012. PMID: 36623571. IF 6.6; Q1 (Psychiatry; 25/144)
2. Ortega MA, Pekarek T, Fraile-Martinez O, García-Montero C, Pekarek L, Rodriguez-Martín S, Funes Moñux RM, Bravo C, De León-Luis JA, **Lahera G**, Monserrat J, Quintero J, Bujan J, García-Honduvilla N, Álvarez-Mon M, Alvarez-Mon MA. A Review: Integrative Perspectives on the Features and Clinical Management of Psychotic Episodes in Pregnancy. *J Clin Med*. 2023 Jan 13;12(2):656. doi: 10.3390/jcm12020656. PMID: 36675582; PMCID: PMC9864993. IF = 3,9; Q2 (Medicine, General & Internal; 58/167)
3. Ruiz-Toca A, Fernández-Aragón C, Madrigal A, Halverson T, Rodríguez-Jiménez R, **Lahera G**. Social Cognition Mediates the Impact of Processing Speed and Sustained Attention on Global Functioning in Schizophrenia. *Psicothema*. 2023 Feb;35(1):87-97. doi: 10.7334/psicothema2022.8. PMID: 36695854. IF = 3,6; Q2 (Psychology, Multidisciplinary; 39/147)
4. Ortega MA, Álvarez-Mon MA, García-Montero C, Fraile-Martínez Ó, Monserrat J, Martínez-Rozas L, Rodríguez-Jiménez R, Álvarez-Mon M, **Lahera G**. Microbiota-gut-brain axis mechanisms in the complex network of bipolar disorders: potential clinical implications and translational opportunities. *Mol Psychiatry*. 2023 Jan 27. doi: 10.1038/s41380-023-01964-w. Epub ahead of print. PMID: 36707651. IF 11. D1 (Psychiatry; 10/155)
5. Álvarez-Fernández S, Andrade-González N, Simal P, Matias-Guiu JA, Gómez-Escalonilla C, Rodríguez-Jiménez R, Stiles BJ, **Lahera G**. Emotional processing in patients with single brain damage in the right

- hemisphere. *BMC Psychol.* 2023 Jan 12;11(1):8. doi: 10.1186/s40359-022-01033-x. PMID: 36635763; PMCID: PMC9837967. 3,6 (Q2; Psychology, Multidisciplinary 39/147).
6. Ortega MA, Fraile-Martinez O, García-Montero C, Rodríguez-Martín S, Funes Moñux RM, Bravo C, De Leon-Luis JA, Saz JV, Saez MA, Guijarro LG, **Lahera G**, Monserrat J, Mora F, Quintero J, Bujan J, García-Honduvilla N, Alvarez-Mon M, Alvarez-Mon MA. Evidence of Increased Oxidative Stress in the Placental Tissue of Women Who Suffered an Episode of Psychosis during Pregnancy. *Antioxidants (Basel)*. 2023 Jan 12;12(1):179. doi: 10.3390/antiox12010179. PMID: 36671041; PMCID: PMC9854564. IF 7; D1 (Chemistry, Medicinal 6/60).
 7. Ortega MA, Fraile-Martinez O, García-Montero C, Funes Moñux RM, Rodríguez-Martín S, Bravo C, De Leon-Luis JA, Saz JV, Saez MA, Guijarro LG, **Lahera G**, Mora F, Fernandez-Rojo S, Quintero J, Monserrat J, García-Honduvilla N, Bujan J, Alvarez-Mon M, Alvarez-Mon MA. The Placentas of Women Who Suffer an Episode of Psychosis during Pregnancy Have Increased Lipid Peroxidation with Evidence of Ferroptosis. *Biomolecules*. 2023 Jan 6;13(1):120. doi: 10.3390/biom13010120. PMID: 36671505; PMCID: PMC9855415. IF 5.5 (Q1 Biochemistry & Molecular Biology 70/285)
 8. Alvarez-Mon MA, García-Montero C, Fraile-Martinez O, Quintero J, Fernandez-Rojo S, Mora F, Gutiérrez-Rojas L, Molina-Ruiz RM, Lahera G, Álvarez-Mon M, Ortega MA. Current Opinions about the Use of Duloxetine: Results from a Survey Aimed at Psychiatrists. *Brain Sci.* 2023 Feb 15;13(2):333. doi: 10.3390/brainsci13020333. PMID: 36831876; PMCID: PMC9953910. IF 3.3, Q3 (Neuroscience; 144/272)
 9. Ortega MA, Fraile-Martinez O, García-Montero C, Rodríguez-Martín S, Funes Moñux RM, Pekarek L, Bravo C, De Leon-Luis JA, Saez MA, Guijarro LG, **Lahera G**, Monserrat J, Rodríguez-Jimenez R, Saz JV, Bujan J, García-Honduvilla N, Alvarez-Mon M, Alvarez-Mon MA. Women with psychotic episodes during pregnancy show increased markers of placental damage with Tenney-Parker changes. *Histol Histopathol.* 2023 Mar 7:18605. doi: 10.14670/HH-18-605. PMID: 36916695. IF 2.13, Q3 (Pathology, 52/77)
 10. Ruiz-Parra E, Manzano-García G, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, **Lahera G**, Moreno-Pérez AI, Torres-Cantero AM, Rodado-Martínez J, Bilbao A, González-Torres MÁ. The Spanish version of the reflective functioning questionnaire: Validity data in the general population and individuals with personality disorders. *PLoS One*. 2023 Apr 6;18(4):e0274378. doi: 10.1371/journal.pone.0274378. PMID: 37023214; PMCID: PMC10079014. IF 3.7; Q2 (Multidisciplinary Sciences; 26/73).
 11. García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, Izquierdo-Izquierdo M, Rodríguez V, Alvarez-Mon MA, **Lahera G**, Santos JL, Rodríguez-Jimenez R. Dramatic increase of suicidality in children and adolescents after COVID-19 pandemic start: A two-year longitudinal study. *J Psychiatr Res.* 2023 Apr 29;163:63-67. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.04.014. Epub ahead of print. PMID: 37201239; PMCID: PMC10148600. IF 4,8 (Q2 Psychiatry, 39/144)
 12. Ortega MA, García-Montero C, Fraile-Martinez Ó, De Leon-Oliva D, Boaru DL, Bravo C, De Leon-Luis JA, Saez MA, Asúnsolo A, Romero-Gerechter I, Sanz-Giancola A, Diaz-Pedrero R, Lopez-Gonzalez L, Guijarro LG, Barrena-Blázquez S, Bujan J, García-Honduvilla N, Alvarez-Mon M, Alvarez-Mon MÁ, Lahera G. Assessment of Tissue Expression of the Oxytocin-Vasopressin Pathway in the Placenta of Women with a First-Episode Psychosis during Pregnancy. *Int J Mol Sci.* 2023 Jun 16;24(12):10254. doi: 10.3390/ijms241210254. PMID: 37373400; PMCID: PMC10299487. (Q1, BIOCHEMISTRY & MOLECULAR BIOLOGY 66/285)

13. Moreno Perez, Ana y Fernandez Liria, Alberto. Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2023, vol.43, n.144, pp.17-45. Epub 15-Ene-2024. ISSN 2340-2733. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000200002>.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON FINANCIACIÓN COMPETITIVA

TÍTULO DEL PROYECTO: Social exclusion as an acute psychosocial stressor in schizophrenia: impact on pathophysiology and social cognition (SimpSoCoS) (N. 101030864)

ENTIDAD FINANCIADORA: Marie Skłodowska-Curie COFUND, Researchers' Night and Individual Fellowships: Global. Call H2020-MSCA-IF-2020. European Commission

DURACIÓN DESDE: Junio 2021 **HASTA:** Diciembre 2024

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Franco Villanueva

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Jefe de Grupo Guillermo Lahera Forteza

FINANCIACIÓN: 259 398.72 EUR

TÍTULO DEL PROYECTO: Niveles plasmáticos de oxitocina bajo condiciones de estrés y prosociabilidad en el trastorno bipolar: un estudio longitudinal (PI21/01252)

ENTIDAD FINANCIADORA: Proyectos de Investigación en Salud de la Acción Estratégica en Salud. Convocatoria 2021. Instituto de Salud Carlos III

DURACIÓN DESDE: 01/01/2022 **HASTA:** 31/12/2024

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza

TIPO DE PARTICIPACIÓN: IP

FINANCIACIÓN: 50.336,00 €

En este proyecto participan varios facultativos del Servicio.

En la convocatoria 2024, se ha solicitado financiación para el proyecto:

"Implicación de la pérdida del bienestar materno-fetal en mujeres con psicosis durante el embarazo a través del estudio y caracterización de marcadores clínicos y biológicos de la placenta".

En este proyecto participan varios facultativos del Servicio.

TESIS DIRIGIDAS EN CURSO (ACEPTADAS EN EL PROGRAMA DE DOCTORADO DE LA UAH)

1. DEPÓSITO DE β -AMILOIDE Y DESARROLLO DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS, AFECTIVOS Y APATÍA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. Roberto Fernández Fernández. Directores: Carmen Gasca y Guillermo Lahera
2. Eficacia de una indicación de no tratamiento versus una intervención multimodal en pacientes con síntomas ansioso- depresivos subsindrómicos: un ensayo clínico aleatorizado Diego Sánchez Ruiz. Directores: Alberto Ortiz y Guillermo Lahera
3. Secuencia de la respuesta terapéutica en personas con trastorno psicótico: evaluación seriada de síntomas, cognición fría, social y caliente y marcadores neuroinflamatorios. Nuria Laherrán Cantera. Dirigida por Guillermo Lahera Forteza
4. Trauma infantil, estilo de apego y cognición social en el funcionamiento social de pacientes con trastorno bipolar. Patricia García Vázquez
5. TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS FRENTE A INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CON SÍNTOMAS SUBSINDRÓMICOS DEPRESIVOS: ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO. Dirigida por Guillermo Lahera Forteza y Consuelo de Dios Perrino.



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
Red de Servicios de Salud
Mental

 Comunidad de Madrid

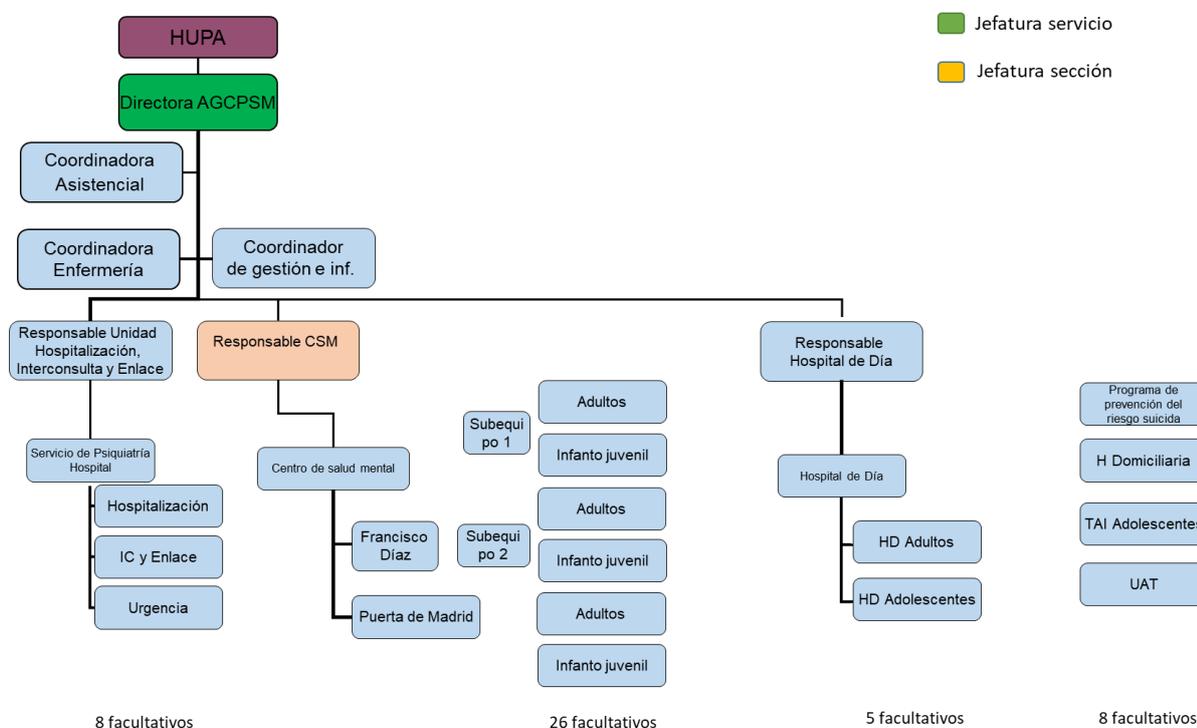
LIBROS

Gabriel Rubio Valladolid, **Guillermo Lahera Forteza**, Sergio Javier Villaseñor Gayardo, Roberto Rodríguez-Jiménez. Fundamentos de Psiquiatría. Bases científicas para el manejo clínico. 2ª edición. Editorial Panamericana, 2023. ISBN 9788491109907

10 Proyectos

10.1 Dotar a los profesionales del AGCPSM del reconocimiento de la labor que ejercen

En el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias trabajan 112 personas de 9 estamentos distintos, más 44 residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental. Estos equipos trabajan en 5 ubicaciones distintas (Hospital, CIDT Fco Díaz, Consultas ambulatorias Puerta de Madrid, Hospitales de día Puerta de Madrid y Centro de Salud La Garena) y se constituyen en 11 equipos diferentes. Abajo la representación gráfica



El AGCPSM dispone únicamente de una jefatura de servicio y una de sección para cubrir las labores de coordinación, planificación, relación institucional, gestión de personal, mantenimiento del sistema de gestión de calidad, recepción y gestión de reclamaciones, elaboración de memorias y proyectos, relación con asociaciones de usuarios... Por otra parte, en la atención a la pérdida de la salud mental es indispensable organizarse junto con recursos y programas que dependen de otras administraciones, la red de salud mental. En total, 250 personas que deben trabajar de manera coordinada y sinérgica y se organizan para ello a través de coordinaciones, comisiones y procesos asistenciales.

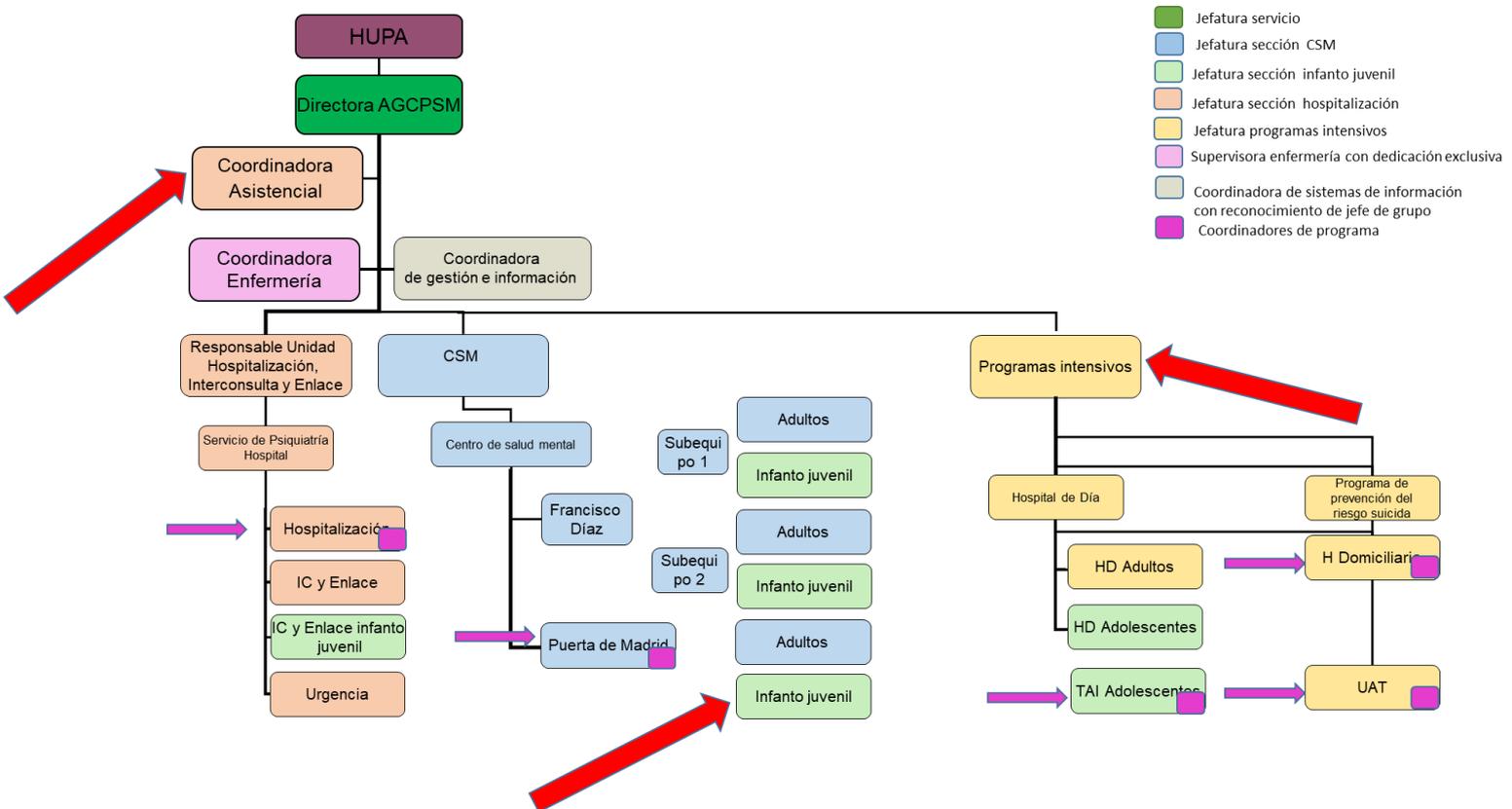
La dotación de jefaturas que tiene el AGCPSM es insuficiente para las tareas a realizar (sirva como ejemplo otras áreas del hospital, como Medicina Interna, que con 29 facultativos disponen de una jefatura de servicio y tres jefaturas de sección).

Proponemos una actualización del organigrama del AGCPSM, con un reconocimiento de jefaturas y responsables que permitan dotar económicamente estas plazas y validar en su CV la labor que desempeñan.

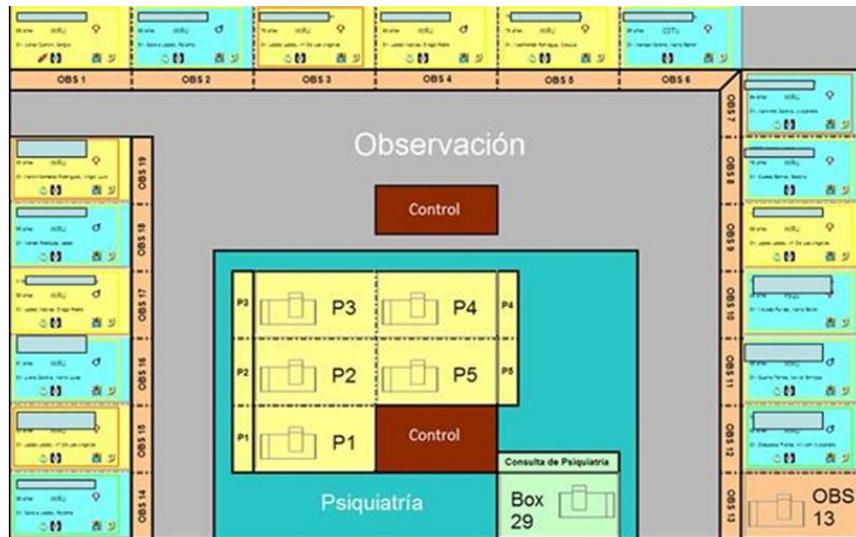
Requiere:

1. Tres jefaturas de sección más:
 - jefatura de sección infanto juvenil
 - jefatura de sección de hospitalización (coordinadora asistencial)
 - jefatura de sección de programas intensivos
2. Reconocimiento de 5 coordinadores de programa:
 - Hospitalización
 - TAI
 - UAT
 - HDom
 - Puerta de Madrid
3. Supervisora de enfermería con dedicación exclusiva
4. Coordinadora administrativa y de sistemas de información con reconocimiento de jefe de grupo

Abajo, representación gráfica de la propuesta



10.2 La urgencia del hospital



Renovada en 2011, se concibió el espacio para: disponer de unas camas de observación específicas de psiquiatría, y un box que permitía las condiciones de privacidad y seguridad (tanto para los pacientes como para el personal) necesarios.

- El espacio de observación específica de psiquiatría nunca se ha dotado de personal. Generalmente no se utiliza salvo en la pandemia y el picos de gripe como camas generales de observación
- El box 29 se perdió como despacho de uso de psiquiatría con las medidas de seguridad adecuadas.
- El box que se utiliza actualmente, el 18, no reúne las condiciones de seguridad y privacidad necesarias.
- La atención a pacientes en edad pediátrica con trastornos emocionales/de conducta también adolece de un espacio privado y seguro en el que poder ser atendido.

Proponemos un proyecto de integración de la urgencia de salud mental en la urgencia general, pero dotándola de personal formado y del espacio inicialmente adscrito de tal manera que se pueda mejorar la atención específica que precisan las personas en situación urgente.

Propuestas espacio Urgencia:

Espacio Urgencia

1. Acondicionar despacho de urgencia para atención a personas con problemas de salud mental que reúna las características de privacidad y seguridad necesarios
2. Acondicionar despacho de urgencia para atención a personas con problemas de salud mental que reúna las características de privacidad y seguridad necesarios en zona pediátrica
3. Valorar la posibilidad de reorganizar RRHH que permita abrir la observación de psiquiatría con personal especializado o con personal asignado al que se pueda formar en aspectos básicos del manejo de crisis.

10.3 Unidad de puertas abiertas

(ver anexo 1)

10.4 Tratamiento ambulatorio intensivo del adulto

(ver anexo 2)

10.5 *Traslado de la Atención Ambulatoria a La Garena (tras cesión y obras)*

OPORTUNIDAD DE UNIFICAR LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ALCALÁ DE HENARES EN EL CENTRO DE LA GARENA (antigua sede de la Gerencia de Atención Primaria que no se llegó a llevar a cabo)

Los problemas relacionados con la pérdida de la salud mental han sido abordados de forma diversa a lo largo de la historia. Desde los años 80-90, la psiquiatría comunitaria es la forma de organización recomendada por la OMS y la desarrollada en nuestro país tanto en la legislación como en los dispositivos que atienden a las personas que presentan estos problemas. Simplificando mucho, se trataría de que la persona afectada de trastorno mental (especialmente de trastorno mental grave) pueda desarrollar una vida plena en la comunidad que reside, con los apoyos que para ello sean necesarios.

Desde los años 90, las redes de salud mental, la de Alcalá de Henares, correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias, han crecido de forma importante y se han ido diversificando, adaptando los servicios que prestan a las necesidades de la población.

En el momento actual, los dispositivos sanitarios de atención a la salud mental están dispersos por el territorio (con “sedes” en el hospital, el CIDT, Puerta de Madrid y La Garena):

- Hay dificultad de espacio muy importantes para el crecimiento en recursos humanos que ha tenido el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del HUPA
- La dispersión geográfica dificulta tanto la coordinación (siendo necesario añadir tiempo de desplazamiento) como la potenciación de actividades terapéuticas llevadas a cabo por profesionales en distintas sedes

En el momento actual surgen varias oportunidades:

- La relevancia social y política de la atención a la salud mental (en un periodo postpandémico que ha incrementado tanto el malestar psicosocial como las necesidades de atención especializada por parte de la población)
- La sensibilidad de la Consejería de Sanidad en temas relacionados con la atención a la salud mental (en el momento actual, la Dra Navío, psiquiatra, comparte los cargos tanto de directora de la Oficina Regional de Salud Mental como el de Gerente Asistencial de Hospitales)
- La existencia de un edificio propiedad de la Comunidad de Madrid, en Alcalá de Henares, anexo al Centro de Salud La Garena (antigua sede de la Gerencia de Atención Primaria que no se llegó a llevar a cabo), que tiene construidas la fachada exterior y las conducciones básicas, sin uso.
- La posibilidad, a través de los Fondos Europeos Next Generation, de financiar proyectos que permitan reforzar el Sistema Nacional de Salud

Por todas estas razones, consideramos que estamos en un momento único y favorable para llevar adelante este proyecto, liderado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares. Se trata, por otra parte, de una iniciativa pionera que podría servir de modelo para otros territorios.

10.6 Atención Infanto juvenil

La atención a la pérdida de la salud mental infanto juvenil se ha ido haciendo progresivamente más compleja, reuniendo aspectos relacionados con la prevención (en los hogares, en los centros educativos, en colectivos extremadamente vulnerables –hijos de personas en situación de vulnerabilidad social, entornos en los que se ejerce la violencia de género, exposición a eventos traumáticos, bullying, ciberacoso...-, la detección temprana, el tratamiento intensivo que incluya al entorno, y la atención a los espacios de transición (del ingreso a la atención ambulatoria; de los dispositivos de atención infanto juvenil a los dispositivos de adultos). Dos aspectos nos parecen especialmente relevantes para potenciar en el AGCPSM la organización de la atención a la población infanto juvenil:

- La creación de la nueva especialidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Ambas especialidades (psiquiatría y psiquiatría de la infancia y la adolescencia) han pasado a durar 5 años, homologándose a las especialidades del resto del Espacio Europeo.
- El efecto de la pandemia en la población infanto juvenil: especialmente vulnerable a aspectos como el contacto con iguales, el mantenimiento de rutinas, la violencia,... las urgencias en este grupo etario de han doblado y las derivaciones a primera consulta se han incrementado un 25%, sin que haya habido un incremento de recursos en ese nivel asistencial similar.
- El extra de recursos dedicados a población infanto juvenil que se consiguieron con el nuevo plan de Salud Mental se ha dedicado:
 - A desdoblar una de las agendas de psiquiatra infanto juvenil para mejorar la accesibilidad
 - A crear un programa de tratamiento ambulatorio intensivo para adolescentes con diferentes patrones clínicos, dirigido a:
 - Mejorar el autocuidado, la identificación y regulación de emociones, las relaciones interpersonales, la regulación de los impulsos y la agresividad.
 - Minimizar la desconexión del medio habitual
 - Promover la participación activa de la familia en el tratamiento y recuperación del individuo.
 - Recuperar la capacidad de vida autónoma y relacional acorde con la edad del individuo.
 - Potenciar el tratamiento en régimen de hospital de día, reforzando el equipo y la capacidad del mismo.

Por otra parte, con recursos propios, se ha abierto un programa de hospitalización infanto juvenil y se ha reducido la edad de atención a 14 años en la Unidad de Atención Temprana para jóvenes que presentan un primer episodio psicótico.

Tanto la creación de la nueva especialidad como la complejidad que ha adquirido la prestación de la atención a población infanto juvenil nos llevan a proponer:

1. La creación de una jefatura de sección de salud mental infanto juvenil
2. La unificación de los equipos ambulatorios (5 de Fco Díaz, 3 en Puerta de Madrid y 4 en TAI) en el espacio adyacente a la cafetería con el objetivo de favorecer la sinergia de los equipos, la coordinación y las coberturas vacacionales
3. La complejidad de la situación socio familiar de la población infanto juvenil que está en tratamiento en Salud Mental requiere incrementar la plantilla en un trabajador social con dedicación exclusiva a infanto juvenil. Esta será la dedicación de la trabajadora social incorporada este año por la dotación del Plan de Salud Mental

La salud mental infanto juvenil iba adquiriendo cada más presencia dentro de la actividad de equipo de salud mental. Pero es a partir del año 2020, debido entre otras causas al malestar psicológico que origino la pandemia o que al menos sirvió de catalizador para la expresión de la fragilidad de los menores, que se observó un incremento exponencial de la llegada de pacientes a las consultas en los CSM. Una de las dificultades es la llegada de los pacientes de un modo " explosivo", es decir llegaban desde la propia urgencia hospitalaria y con situaciones de gravedad, generando una demanda que requería intervenciones terapéuticas inmediatas y continuas generando una situación de desbordamiento de las consultas de los CSM.

A lo largo de estos años, tras la pandemia, se ha ido organizando la actividad con los profesionales que ya trabajábamos y nuevos refuerzos que han permitido organizar la tarea y atender la emergencia.

En nuestro servicio, se ha podido fundamentalmente crear un equipo para el tratamiento intensivo ambulatorio y por otra parte se ha creado una consulta psiquiátrica de nueva creación que ha permitido racionalizar la atención ambulatoria, atendiendo la patología emergente pero sin olvidar pacientes de perfiles menos demostrativos que requieren también nuestra atención y que durante el periodo pandémico han perdido visibilidad.

Dentro del plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid (2022-24), se establecen una serie de líneas estratégicas, siendo la línea estratégica 2, "atención a la salud mental en la infancia y adolescencia", específica para el trabajo en los equipos de infantojuvenil. Pero es también importante tener en cuenta, la preocupación que se muestra al incluir como líneas estratégicas de trabajo patologías como TEA (línea estratégica6), TCA (línea estratégica 7), trastornos adictivos (línea estratégica), que también afectan a patología prevalente en la infancia y adolescencia.

El resto de líneas de trabajo (coordinación con primaria, humanización, formación y cuidado de los profesionales y prevención de los trastornos mentales) son también a tener en cuenta en nuestro ámbito de trabajo.

Organización y actividad del equipo de infantojuvenil:

Dentro de las actividades que se han ido organizando destacaríamos:

1. La organización del programa intensivo para adolescentes(TAI):

2 .Atención a pacientes adolescentes en el programa de hospit33

3. Funcionamiento HD.

4. Organización del programa infantojuvenil en CSM: A partir del momento que se ha conseguido establecer una organización que permite una mejor atención de los pacientes. Se decide pasar a organizar dentro del programa de infantojuvenil de los CSM unos "procesos" para atender las patologías más prevalentes o que precisan más intervención, de un modo más eficaz y equitativo. Es decir que se pueden establecer protocolos diagnósticos y terapéuticos más homogéneos y al que puedan acceder todos los pacientes independientemente del terapeuta que realice la evaluación. Además, este tipo de procedimiento de trabajo va a permitir una monitorización de los pacientes y de la eficacia de los tratamientos propuestos y facilitando incluso la posibilidad de alta en algunas patologías. En el momento actual se han propuesto cuatro tipos de procesos. (Al existir diversos procesos dentro de la atención a adultos, denominaremos los nuevos procesos de infanto juvenil como "miniprosesos")

Para poder iniciar esta tarea, se ha organizado, el equipo de infantojuvenil en grupos de trabajo donde se intenta que estén incluidos distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos y enfermería) para poder realizar un plan de trabajo y unos objetivos que permitan atender las distintas patologías.

Los procesos que se han iniciado son:

- Regulación emocional y conductual en la infancia.
- Trastorno de la alimentación en la infancia y la adolescencia.
- Regulación emocional en la adolescencia.
- Atención a pacientes TEA.

4.- Situación de la creación de los “miniprosos” o procesos de infanto juvenil.

(Este importante tener en cuenta que este modo de trabajar está todavía en construcción y que están empezando a realizar los protocolos y las intervenciones)

a) Miniproseso1: **Trastorno de la Regulación emocional en la infancia:**

Objetivos:

- Ordenar, agilizar, mejorar y evitar cronicidad en el diagnóstico de TDAH.
- Coordinar de manera más eficaz las derivaciones con atención primaria tras la puesta en marcha del protocolo TDAH propuesto por la comunidad De Madrid.
- Mejorar la coordinación con el servicio de neuropsiquiatría
- Realizar diagnóstico diferencial con otros trastornos que pueden presentar sintomatología similar.
- Trabajar en equipo para la búsqueda de alternativas a la medicalización en edades tan tempranas, de este tipo de patologías.

Construcción del proceso e intervenciones:

El subequipo que se ocupa de esta tarea está constituido por un psiquiatra, dos psicólogas y una enfermera. Han estado realizando reunión con frecuencia quincenal para poder reflexionar sobre los objetivos, evaluar la demanda real y los posibles modos de intervención. Se ha intentado trabajar tanto desde una perspectiva teórica como práctica. Desde la perspectiva teórica se ha realizado una revisión bibliográfica y se ha iniciado a escribir un documento que permita desde un marco teórico buscar las intervenciones que permitan la mejor atención posible dentro del contexto del CSM donde estamos interviniendo. Desde el punto de vista práctico, se ha empezado a poner en marcha una de las intervenciones que se ha visto más eficaz y que ya se había realizado en algunas etapas del CSM: Grupo terapéutico para pacientes TDAH para trabajar herramientas de regulación emocional junto a un grupo paralelo con los padres de los paciente que acuden al grupo con objetivo de trabajar dificultades en la crianza. En este momento el grupo está iniciando, pendiente de evaluar una vez finalizada la intervención.

b) Miniproseso 2: **Trastorno de la alimentación en la infancia y adolescencia:**

Este proceso pretende realizar una revisión de los motivos de consultas realizado por la población infantojuvenil en relación a la alimentación. Se trata de un objetivo muy ambicioso, por lo que se decidió iniciar el trabajo con población adolescente donde este tipo demanda es muy prevalente e incluso se observa que ha habido un repunte de la demanda tras la pandemia.

Objetivos

- Análisis y gravedad de la demanda.
- Diagnóstico diferencial con otras patologías que presentas síntomas relacionados con la alimentación en población adolescente.
- Mejorar la coordinación con servicio de pediatría y endocrino (que atiende a pacientes a partir de 16 años)
- Apoyar a las familias.
- Buscar intervenciones que en los casos menos graves permitan evitar la cronicidad y poder ser dados de alta.

Construcción del proceso e intervenciones:

El equipo que se ocupa de este proceso son 2 psicólogos, 1 enfermera, un psiquiatra a tiempo parcial.

En este proceso se ha realizado un trabajo similar al anterior, alternando la parte teórica, la revisión bibliográfica y clínica de los pacientes ya atendidos con la búsqueda una intervención práctica.

Finalmente se decide iniciar con una intervención grupal de corte psicoeducativo con familias de pacientes que han consultado por motivos alimentarios. El grupo será coordinado por enfermería.

Por otra parte se ha empezado a realizar coordinaciones con pediatría de manera sistemática con frecuencia bimensual.

*c) Miniproceso 3: **Trastornos de emocionales en la adolescencia***

Este miniproceso busca ordenar, agilizar, mejorar el diagnóstico de trastorno del ánimo y trastorno de las emociones y de la conducta en adolescentes

El equipo que se ocupa de este proceso son 2 psiquiatra, 1 enfermera,

Objetivos:

- Coordinar de manera más eficaz las derivaciones dentro del propio equipo infantojuvenil, agilizando las derivación a recursos más intensivos
- Realizar el diagnóstico diferencial en situaciones con clínica insidiosa que van a dificultar la asistencia a CSM
- Mantener alerta ante riesgos autolítico
- Buscar alternativas psicoterapéuticas grupales complementarias a los tratamientos individuales que se puedan estar realizando en los CSM.

Construcción del proceso e intervenciones:

El equipo que se ocupa de este proceso son 2 psiquiatra, 1 enfermera,

El equipo que construye este proceso está centrado en el análisis teórico y la búsqueda las alternativas grupales más eficaces antes de iniciar una intervención.

Alternativa: Para atender la demanda con este tipo de clínica que nos encontramos en nuestras consultas, uno de los psicólogos clínicos del equipo ha iniciado una propuesta de inicio de grupo psicoterapéutico breve para adolescentes mayores (16-17) con frecuencia semanal. Pendiente de evaluar resultados cuando finalice la intervención.

*d) Miniproceso 4: **TEA***

Desde el equipo de salud mental del área de del equipo infantojuvenil, consideramos importante desarrollar un proceso que nos permita, por una parte conocer mejor la situación de las personas con TEA y como son atendidas en el momento actual y poder construir un modo de intervención centrado en el trabajo en red y comunitario, que permita iniciar la atención lo más precoz posible y permita mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias. Este análisis nos permitirá a medio plazo, también poder conocer la evolución de estos pacientes y su situación como adultos. En el último plan estratégico realizado por la CM 2020-24, la atención a pacientes TEA, ocupa una de las líneas de trabajo y la Oficina Regional ha creado un grupo de trabajo que ha ido realizando líneas de intervención para ir implementado en las distintas áreas y adaptando a las características y recursos de los que se dispone en cada zona.

Objetivos:

Desde el equipo de salud mental de Alcalá de Henares, al iniciar este proceso nos pareció importante unas bases básicas de funcionamiento.

- El lugar de atención principal de la población que precisa atención emocional son los **CSM**, incluida la población TEA, aunque debido a la complejidad y la diversidad de los diagnósticos, puede ser necesario, con frecuencia recurrir a unidades más especialidades y con más recursos para el diagnóstico.
- Buscar todos los recursos necesarios para conseguir afinar en el diagnóstico y que conseguir que sea lo más **precoz** posible.
- Mejorar la **coordinación** tanto con otros equipos:
 - Equipos de salud: atención primaria, neuropsiquiatría.
 - Otros: educación, atención temprana, servicios sociales, recursos psicoterapéuticos concertados, asociaciones de pacientes y familiares.

- Buscar intervenciones terapéuticas tanto farmacológicas como psicoterapéuticas para pacientes con mayor capacidad verbal y familias.
- Colaborar a promover y concienciar la atención de pacientes dentro de los entornos

Construcción del proceso e intervenciones:

El subequipo que se ocupa de esta tarea está constituido por dos psiquiatras. Se ha realizado una revisión bibliográfica y revisión de los distintos protocolos puestos en marcha en distintas comunidades autónomas y en la propia comunidad de Madrid, además de revisión de los criterios utilizados en el Plan Estratégico comunidad de Madrid.

En el momento actual, se está centrando la tarea:

- En realizar un protocolo de intervención dentro del propio servicio de salud mental y ver necesidades y modos de intervención en casos complejos con el objetivo de usar nuestro recursos de la manera más eficaz.
- Por otra parte se está desarrollando un trabajo de coordinación con el servicio de neuropsiquiatría:
 - Para mejorar la colaboración y que los pacientes puedan beneficiarse de los recursos de ambos. Al que se ha unido salud mental
 - Creación de una serie de conferencias organizadas por el servicio de pediatra para familias y al que se ha unido salud mental.
 - Colaboración con neuropsiquiatría para organizar espacios facilitadores para pacientes TEA en el espacio hospitalario pero teniendo en cuenta la necesidad de evitar el estigma.

Los siguientes pasos a poner en marcha son:

Incluir a los agentes que intervienen en la atención de pacientes TEA en el protocolo para buscar acuerdos y evitar duplicar, conocer sus intervenciones y buscar espacios de colaboración.

Dentro del equipo de salud mental se está trabajando con la idea de buscar intervenciones psicoterapéuticas útiles para pacientes: grupos de HHSS en pacientes con mayor capacidad verbal, grupo de padres para trabajo de aceptación diagnóstico. Se está colaborando desde HD con un grupo de trabajo centrado en valorar indicaciones y modos de intervención desde este dispositivo con pacientes TEA.

5. Otras intervenciones iniciadas desde el equipo de infanto juvenil:

Se están realizando coordinaciones de equipo mensuales y supervisiones de casos con un supervisor externos lo que está permitiendo crear mayor cohesión y sensación de equipo a pesar de la dispersión física de los distintos profesionales que están ubicados en lugares diferentes.

Por otra parte se está trabajando con atención primaria con el objetivo de mejorar la coordinación. Pendiente que se acepta propuesta de jornada de trabajo.

Otro foco importante de trabajo es la coordinación con educación. Aunque la relación con el equipo de orientación de primaria es buena y fluida y ya existen espacios de trabajo común. Con los equipo de orientación de secundario son más complejas aunque se están realizando reuniones buscando puntos de encuentro.

Conclusión: Muchos ilusiones y mucho trabajo por delante, con la búsqueda de un trabajo más eficaz, más equitativo y que consiga que los profesionales del equipo de salud mental infanto-juvenil se sientan más conectados con su tarea.

11 Resumen de propuestas y necesidades

PROYECTO	SITUACIÓN	RESPONSABLE	NECESIDADES
Traslado de la atención ambulatoria a La Garena	Hablado con Dirección Médica. Necesarias gestiones para cesión del espacio, proyecto de obra, financiación	Gerencia de Hospitales Atención Primaria	Explorar el apoyo institucional del proyecto
Urgencia de psiquiatría en el espacio construido para ello	Nunca se dotó de personal y, por tanto, no se utiliza. La atención a las personas en la urgencia que acuden por problemas de salud mental puede no cumplir los estándares básicos de respeto a los derechos humanos. No es posible, por ejemplo, conocer en la urgencia general el uso de contención mecánica y realizar acciones de mejora	ORCSM Dirección Gerencia HUPA	Dotar de personal de enfermería especialista en salud mental y personal auxiliar al que se pueda formar
Programa perinatal	Iniciado el programa y la coordinación con los servicios de Obstetricia y Pediatría Proyecto escrito	ORCSMyA Dirección Gerencia HUPA	Dotar al programa de 1 psiquiatra enfermera especialista en salud mental
Programa TAI Adulto	Iniciado como atención continuada de PIR supervisado por una psicóloga clínica. Muy insuficiente para las necesidades de pacientes que necesitan tratamiento intensivo y pacientes al alta de HD Proyecto escrito	ORCSMyA Dirección Gerencia HUPA	Dotar al programa de 1 psiquiatra 2 psicólogas clínicas (una de ellas estaría ubicada en HDía adultos) 1 enfermera especialista en salud mental
Proyecto unidad abierta	Realizado proyecto escrito Iniciada formación Dificultades por la renovación muy frecuente del personal y potenciar el vínculo con la comunidad. Previsibles resistencias	AGCPSM Dirección Gerencia HUPA ORCSMyA	Dotar de una trabajadora social que pueda abordar la situación de los pacientes en programas intensivos (UHB, HDom, HD, IC)
Reconocimiento de las labores de	Labores de gestión, coordinación,	Dirección Gerencia HUPA	Dotar al AGCPSM: 3 jefaturas de sección

<p>liderazgo, gestión y coordinación en el AGCPSM</p>	<p>sostenimiento del sistema de gestión de calidad, planificación... sin reconocimiento oficial. Sobrecarga para los profesionales que llevan a cabo esta labor sin reconocimiento, lo que desincentiva la realización de tareas de gestión clínica importantes</p>	<p>ORCSMyA</p>	<p>(coordinadora asistencial/hospital; programas intensivos adultos; infanto juvenil) Dotar al AGCPSM con 5 coordinaciones de programa (UHB, CSM Puerta Madrid, H Dom; TAI, UAT) Con reconocimiento económico y curricular Dedicación exclusiva de la supervisora de enfermería Reconocimiento como jefe de grupo de la coordinadora de gestión y sistemas de información</p>
--	---	----------------	---

12 Anexos

12.1 Proyecto de Apertura de Unidad de Hospitalización Breve Puertas Abiertas (UHB-PA) en el HUPA

TAMARA CHAMI MATEOS

Introducción

Pese a los avances alcanzados en salud mental que buscan un trato más humanizado y centrado en el paciente, se observan muchas dificultades a la hora de normalizar el tratamiento psiquiátrico, aún más si este es intrahospitalario. La mayoría de unidades de internamiento breve en psiquiatría, mantienen un modelo restrictivo basado en el aislamiento de las personas en crisis.

Las unidades de puertas abiertas suponen un cambio de paradigma que tarde o temprano tendremos que enfrentar. Este sistema funciona ya en España en distintos hospitales entre los que se encuentran el Hospital Comarcal de Inca en Palma de Mallorca, el Hospital General Universitario de Elda en Alicante, el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

El fundamento se basa en experiencias previas en países como Inglaterra, Australia, Suiza o Alemania, que demuestran que las nuevas formas de hospitalización reducen el número de conflictos, de conductas autolesivas y de medidas restrictivas tales como el aislamiento, la contención mecánica y farmacológica, así como la medicación forzada.

1. **Reino Unido:** El Reino Unido ha implementado varias unidades de puertas abiertas en hospitales psiquiátricos, conocidas como "acute day units" (unidades de día agudas) o "open access services" (servicios de acceso abierto). Estas unidades ofrecen atención intensiva de día para pacientes con trastornos mentales agudos, permitiéndoles asistir durante el día y regresar a sus hogares por la noche.
2. **Países Bajos:** En los Países Bajos, se han establecido varias unidades de hospitalización psiquiátrica de puertas abiertas. Estas unidades se basan en la atención centrada en la recuperación y permiten que los pacientes tengan un mayor grado de libertad y participación en su tratamiento.
3. **Finlandia:** Finlandia ha sido un pionero en la implementación de enfoques de puertas abiertas en la atención psiquiátrica. Han desarrollado unidades de tratamiento de emergencia que brindan atención sin restricciones y se centran en la recuperación.
4. **Australia:** En Australia, se han establecido unidades de puertas abiertas en hospitales psiquiátricos y centros de atención comunitaria. Estas unidades a menudo combinan tratamientos médicos con enfoques terapéuticos y de apoyo.
5. **Suecia:** Suecia ha desarrollado unidades de hospitalización psiquiátrica de puertas abiertas que se enfocan en la rehabilitación y la reintegración de los pacientes en la comunidad. Estas unidades permiten a los pacientes participar activamente en su atención y toma de decisiones.

Cada uno de estos programas y unidades de puertas abiertas tiene sus propios enfoques y modelos de atención. La efectividad de estas iniciativas se ha estudiado y se ha demostrado que reducen la duración de la hospitalización, disminuyen el uso de restricciones físicas y mejoran la satisfacción de los pacientes.

El efecto de estas unidades de puertas abiertas se ha investigado a fondo en los últimos años. Un estudio comparativo observacional publicado en *The Lancet Psychiatry* (Dr Christian G Huber, July 28, 2016) desarrollado a lo largo de 15 años mostró que no había diferencias significativas entre las unidades cerradas y las abiertas en cuanto a fugas, intentos de autolisis ni suicidios consumados. Otro estudio (Lisa K. Schreiber, 22 July 2022) cuasi-experimental y prospectivo reciente que comparó unidades abiertas con cerradas (que al mismo tiempo sirvieron de control e intervención) concluyó que es posible gestionar las unidades de puertas abiertas sin correr riesgos inadecuados. Además, se encuentra en marcha un ensayo aleatorizado controlado (Nikolaj Kunøe, 16 February 2022) en Noruega para evaluar este modelo.

Objetivo del Proyecto

El objetivo de este proyecto es establecer una Unidad de Hospitalización Breve de Puertas Abiertas en el HUPA centrada en la Atención Informada sobre el Trauma, el Modelo Safewards y el Marco PAS, para proporcionar una atención segura y de calidad, basada en el respeto y la autonomía del paciente, que busca la reducción de medidas coercitivas y restrictivas en Salud Mental, así como la desestigmatización de las personas que requieran un ingreso hospitalario en psiquiatría. Para lograr la transición a una Unidad de Puertas Abiertas se considera el grupo terapéutico como pilar fundamental para fomentar un ambiente terapéutico centrado en la colaboración. Este enfoque promueve un sentido de comunidad, empoderamiento y responsabilidad compartida entre el equipo de profesionales y pacientes, para conseguir un ambiente seguro que favorezca la recuperación y reintegración del paciente en su entorno social, familiar y ocupacional.

1. Atención informada sobre el trauma

Se ha definido como un marco basado en las fortalezas que se fundamenta en la comprensión y la respuesta al impacto del trauma, que hace hincapié en la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores como para los supervivientes, y que crea oportunidades para que los supervivientes reconstruyan una sensación de control y empoderamiento (Rudolph, 2021).

Los efectos beneficiosos de los cuidados conscientes del trauma se han podido observar en (Sweeney et al., 2016):

- la reducción de las contenciones y/o aislamiento,
- reducción de los síntomas de estrés postraumático y de los síntomas generales de salud mental
- el aumento de las habilidades de afrontamiento
- la mejora de la salud física

	principios clave de los enfoques informados por el trauma
1. Reconocimiento	Reconocer la prevalencia, los signos y los impactos del trauma. Esto se denomina a veces tener una lente de trauma. Esto debería incluir una investigación rutinaria sobre el trauma, preguntada con sensibilidad y en el momento adecuado. Para los supervivientes, el reconocimiento puede generar sentimientos de validación, seguridad y esperanza.
2. Evitar la retraumatización	Comprender que las prácticas operativas, las diferencias de poder entre el personal y los supervivientes, y muchas otras características de la atención psiquiátrica pueden retraumatizar a los supervivientes (y al personal). Tomar medidas para eliminar la retraumatización
3. Contextos culturales, históricos y de género	Reconocer el trauma específico de la comunidad y sus impactos. Garantizar que los servicios sean apropiados desde el punto de vista cultural y de género. Reconocer el impacto de las interseccionalidades y el potencial de curación de las comunidades y relaciones
4. Confiabilidad y transparencia	Los servicios deben garantizar que las decisiones tomadas (organizativas e individuales) sean abiertas y transparentes, con el objetivo de crear confianza. Esto es esencial para establecer relaciones con los supervivientes del trauma que pueden haber experimentado secretismo y traición
5. Colaboración y mutualidad	Comprender el desequilibrio de poder inherente entre el personal y los supervivientes, y garantizar que las relaciones se basen en la reciprocidad, el respeto, la confianza, la conexión y la esperanza. Esto es fundamental porque el abuso de poder suele estar en el centro de las experiencias traumáticas, que a menudo conducen a sentimientos de desconexión y desesperanza, y porque es a través de las relaciones como puede producirse la curación
6. Empoderamiento, libertad de elección y control	Adoptar enfoques basados en las fortalezas, apoyando a los supervivientes para que tomen el control de sus vidas y desarrollen la autodefensa es vital, ya que las experiencias traumáticas se caracterizan a menudo por la falta de control, con sentimientos a largo plazo de falta de poder a largo plazo.
7. Seguridad	El trauma engendra sentimientos de peligro. Hay que dar prioridad a que todas las personas de un servicio se sientan y estén emocional y físicamente seguras. Esto incluye los sentimientos de seguridad generados por la elección y el control y la conciencia cultural y de género. Los entornos deben ser física, psicológica, social, moral y culturalmente seguros. culturalmente seguros
8. Asociaciones de supervivientes	Entender que el apoyo entre pares y la coproducción de servicios son parte integral de las organizaciones informadas por el trauma. Esto se debe a que las relaciones involucradas en el apoyo entre pares y la coproducción se basan en la mutualidad y la colaboración
9. Vías de acceso a la atención específica al trauma	Se debe apoyar a los supervivientes para que accedan a una atención específica para el trauma, cuando así lo deseen. Dichos servicios de salud mental y que cuenten con los recursos necesarios.

Principios de los cuidados conscientes del trauma. Tomado de (Sweeney, Filson, Kennedy, Collinson, & Gillard, 2018b)

Para establecer este marco en la unidad, debemos realizar una evaluación exhaustiva que nos permita identificar las fortalezas y dificultades de nuestros usuarios a través de la comprensión del impacto que ha supuesto el trauma en sus vidas y, elaborar un plan de tratamiento junto al paciente que se ajuste a sus necesidades. Hasta el momento, el modelo biomédico ha procurado encasillar el sufrimiento psíquico en categorías, alejando al individuo de la capacidad de dar sentido a sus experiencias y crecer con ellas. Se debe incorporar este marco de forma multidisciplinar. Para ello, la formulación en equipo permite el desarrollo de una comprensión compartida que permita dar sentido a los comportamientos de nuestros usuarios/as, incorporando formas no estigmatizantes de entender las experiencias poco habituales y contextualizarlas en su historia vital. En estos espacios de supervisión se debe poner énfasis en los sentimientos de frustración, confusión o contratransferencia que puedan aparecer durante nuestro ejercicio profesional de cara a mejorar el servicio que ofrecemos a nuestros pacientes.

2. Modelo Safewards (safewards, s.f.):

El modelo *Safewards* está basado en un conjunto de herramientas para la prevención y la gestión del conflicto y persigue modificar los factores que modulan la relación entre el personal terapéutico y los pacientes. La utilización de este modelo ha demostrado que la prevalencia de eventos conflictivos se reduce en un 15 % y la de medidas coercitivas en un 23 % respecto al grupo control. El Hospital German Trias i Pujol (Cuevas-Esteban, y otros, 2022) está aplicando en su servicio de hospitalización de agudos en psiquiatría este modelo, que ejemplifica el cambio de paradigma en la relación profesional sanitario-paciente.

Las estrategias incluyen la promoción de un ambiente seguro y tranquilo en la unidad, el fomento de la comunicación efectiva y la gestión de conflictos.

Los pacientes son alentados a participar activamente en la toma de decisiones sobre su atención y en la resolución de conflictos. Esto contribuye a un ambiente más colaborativo y que otorga sentido de agencia al paciente.

El modelo Safewards incorpora una evaluación constante de riesgos y fortalezas en los pacientes, lo que permite abordar factores que pueden desencadenar situaciones de crisis y capitalizar los recursos personales de los pacientes.

3. Marco PAS (Johnstone L. &, 2018)

Este marco ofrece un camino para construir una historia sobre fortalezas y supervivencia, que pretende alejarse de los diagnósticos y reproches; desmitificadora, capaz de reintegrar, al ámbito de la experiencia humana universal, muchas conductas y experiencias que en la actualidad se diagnosticarían como síntomas de trastorno mental. El mensaje general es: «Está experimentando una reacción normal ante circunstancias anormales. Cualquiera que hubiera pasado por sucesos similares podría haber terminado reaccionando de la misma forma. Sin embargo, es posible que estas estrategias de supervivencia puedan no ser necesarias o útiles ahora. Con el tipo de apoyo adecuado, puede dejarlas atrás.» Esta posición brinda una salida a la trampa conceptual, al reconocer y dar sentido a las dificultades reales con las que las personas han tenido que lidiar y a las que siguen haciendo frente, al mismo tiempo que transmite el mensaje de que, dentro de algunas limitaciones inevitables, pueden recibir ayuda para recuperar un mayor nivel de responsabilidad y control de sus vidas.

El modelo CCC «Comprender, afrontar y conectar» (CCC – Comprehend, Cope and Connect), (antes Emotion Focused Formulation – Formulación Focalizada en la Emoción, o EFFA) fue definido por Clarke (2008, 2009) y tuvo una primera evaluación del enfoque publicada por Durrant et al. (2007). Se trata de un abordaje flexible e intuitivo que se fundamenta en los siguientes principios:

- Comienza con una formulación colaborativa individual en vez de un diagnóstico.
- Reconoce que cuando la experiencia resulta insoportable para uno mismo, este la afrontará – por ejemplo, aislándose, autolesionándose, bebiendo alcohol, etc.
- Las estrategias se pueden comprender y funcionan a corto plazo. La mayoría de ellas las usan todas las personas en alguna ocasión.
- Los traumas pasados y la manera en la que responde el cuerpo a las señales amenazantes y la disposición a actuar se combinan para activar círculos viciosos que atrapan al individuo.
- Una vez que la persona identifica estos círculos viciosos puede decidir romperlos. Es posible ayudar y proporcionar las habilidades necesarias para ayudarle a ello.

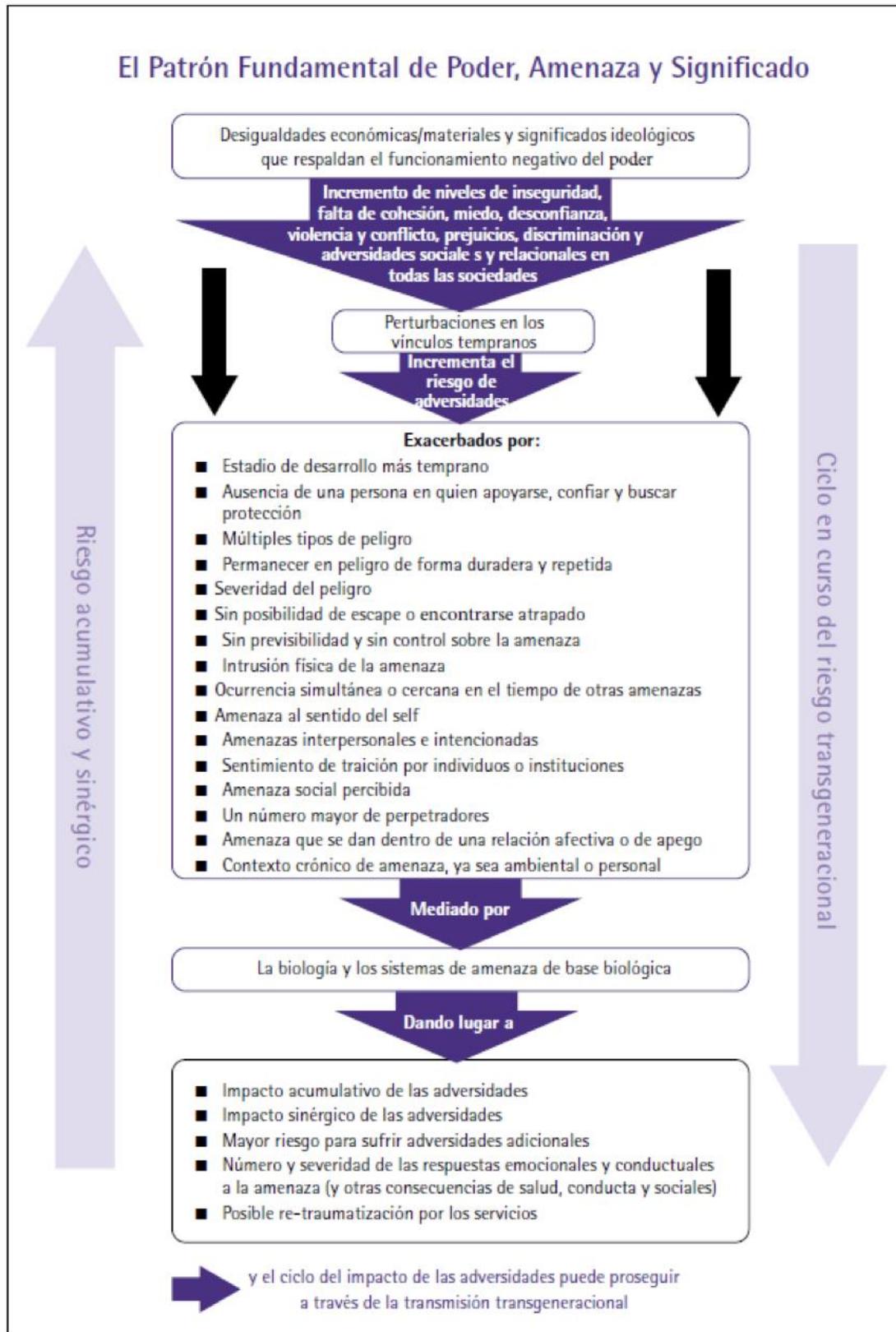


Figura 1. El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

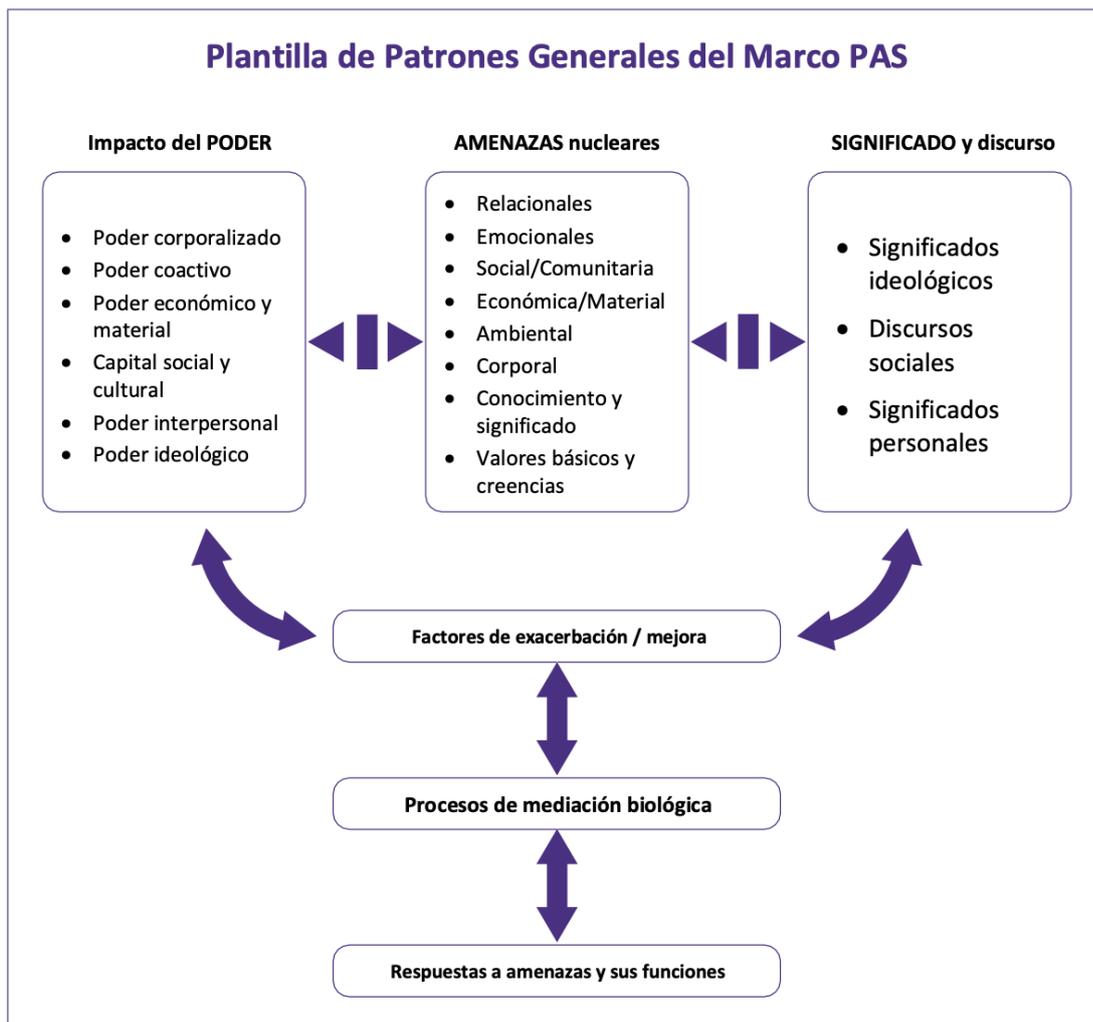


Figura 2: Plantilla de patrones generales del Marco PAS

4. Orientación grupal

Un grupo es un conjunto de personas que se organizan entre sí para un objetivo común. Por esta razón, el grupo terapéutico supone un pilar fundamental para implementar una unidad de puertas abiertas. El espacio grupal pretende ser la matriz donde pacientes y profesionales sean parte activa del proceso de construcción de un ambiente seguro y terapéutico en la unidad. Pero para alcanzar dicho objetivo, debemos entender que el grupo de profesionales supone la columna vertebral de la terapia grupal, pues conforma la parte permanente del grupo terapéutico y está sometido a intensas transferencias equiparables a las que viven los pacientes. Poner el foco en el equipo de profesionales es importante para establecer una matriz de seguridad, confianza y crecimiento, esenciales en la transición a una Unidad de Puertas Abiertas. Para ello se considera imprescindible:

- que el equipo trabaje de forma cohesionada,
- con una comunicación libre, clara y continua,
- que sea un equipo estable que permita establecer un clima de confianza y de seguridad que permita el desarrollo de la creatividad.
- con un estilo de liderazgo flexible y no autoritario que promueva la participación de todos para que pueda haber implicación en el proyecto.

- que exista una definición clara de los principios, normas de funcionamiento y procedimientos terapéuticos.

- que exista un reconocimiento de cada miembro. Que nos sintamos valiosos y necesarios.

Cuando no se cuidan estos aspectos en el equipo, se activa una potente sensación de inseguridad que lleva a fenómenos de agrupamiento en pequeños subgrupos que tienen un potencial fragmentador. En este contexto existe una incapacidad del equipo para elaborar el material que traen los pacientes (Modelo del Espejo organizativo de Nitsun) que se traslada progresivamente hasta la institución y lo mismo en sentido contrario, lo que no resuelve la institución va de vuelta a los pacientes.

Poner el foco en el grupo supone cuidar estos aspectos, entender las unidades de hospitalización psiquiátrica como espacios de convivencia que requieren una atención especial en la persona que ingresa, sus circunstancias, sus fortalezas y dificultades, pero también en el profesional que la atiende y lo que se moviliza.

El grupo terapéutico permite alcanzar los siguientes objetivos:

1. Creación de un Espacio Seguro:

- Mediante el establecimiento de normas claras que promuevan la convivencia, el respeto por el otro y por el grupo en su totalidad.
- Fomentando un ambiente seguro y acogedor para que los participantes se sientan cómodos, lo que favorece el compromiso en su tratamiento y mejora la satisfacción y los resultados en salud.

2. Formación de la Comunidad Terapéutica:

- Facilitando actividades grupales que promuevan la cohesión y la construcción de relaciones positivas.
- Incluyendo a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con las actividades del grupo.

3. Enfoque en la Colaboración:

- Fomentando la participación activa de los pacientes en la planificación y evaluación de las actividades del grupo.
- Desarrollando metas y objetivos grupales que reflejen tanto las necesidades del equipo de profesionales como las del grupo de pacientes.

4. Intervenciones Terapéuticas:

- Implementando técnicas terapéuticas que promuevan la comunicación, la expresión emocional y el apoyo mutuo.
- Incorporando actividades terapéuticas expresivas, como arte, música o dramatizaciones, para enriquecer la terapia grupal.

5. Reflexión Grupal:

- Facilitando espacios de reflexión grupal donde tanto el equipo de profesionales como los pacientes puedan discutir sus experiencias, desafíos y éxitos.
- Fomentando la autoevaluación y la retroalimentación constructiva en un entorno de apoyo.

6. Desarrollo de Habilidades Sociales:

- Trabajando las dificultades relacionales, habilidades sociales y de comunicación efectiva en un entorno de seguridad.
- Incluyendo ejercicios de resolución de conflictos que permitan abordar las tensiones de manera constructiva.

7. Sentido de agencia y Responsabilidad:

- Promoviendo la responsabilidad compartida en la toma de decisiones relacionadas con el grupo y la unidad.

- Reconociendo y celebrando los logros individuales y grupales para fortalecer el sentido de empoderamiento.

8. Apoyo Profesional Continuo:

- Facilitando la presencia de todos los profesionales de la unidad en las sesiones grupales.
- Manteniendo espacios de reflexión del equipo de profesionales antes y después de las sesiones grupales.
- Realizando sesiones de supervisión para el equipo de profesionales.

9. Evaluación Continua:

- Implementando mecanismos de retroalimentación, como encuestas anónimas y sesiones de revisión, para evaluar la efectividad y la satisfacción del grupo terapéutico.
- Realizando ajustes en el enfoque y las actividades según las necesidades identificadas.

10. Programa de Alta Gradual:

- Desarrollando un programa estructurado de transición para aquellos pacientes que estén listos para participar en actividades fuera de la unidad.
- Brindando apoyo y seguimiento a aquellos que han completado su estancia en la unidad para facilitar una transición exitosa.

Beneficios de la Integración:

1. **Atención Centrada en el/la Paciente:** La combinación de estas perspectivas enfatiza la importancia de una atención centrada en el/la paciente, donde las necesidades individuales y las experiencias personales se tienen en cuenta en el tratamiento.
Para alcanzar esta meta se propone el **Plan individualizado de tratamiento**, que se realiza de forma multidisciplinar (psiquiatra, enfermero/a, auxiliar) al ingreso en UHB. En el plan se elaboran junto al paciente los objetivos de su estancia en la unidad y los aspectos más relevantes que él/ella desee abordar, autocuidado, preferencias en cuanto a tratamientos, intervenciones en crisis, comunicación con el entorno, etc.
2. **Ambiente de Seguridad:** La creación de un ambiente seguro contribuye a la prevención de situaciones de crisis y mejora la gestión efectiva de las mismas, lo que es fundamental para la recuperación de los pacientes. Para este objetivo se plantea mantener un espacio psicoterapéutico grupal donde poder abordar los posibles conflictos fruto de la convivencia en un espacio como la UHB. En las sesiones grupales se pondrá énfasis en el respeto mutuo y la aceptación de cada participante, integrando a aquellas personas que por sus características individuales tengan más dificultades a la hora de interactuar. Así mismo, se aprovechan las sesiones grupales para promover una mayor horizontalidad entre profesionales y pacientes de cara a reducir el estigma y favorecer un clima de cooperación que asegure un adecuado ambiente terapéutico. Para ello habrá que capacitar a los profesionales para fomentar una actitud de apertura, comprensión e interés genuino en la persona ingresada, que transmita calidez y cercanía, evitando actitudes defensivas y restrictivas.
3. **Reducción de Restricciones y Coerción:** Para lograr este objetivo es necesario continuar capacitando a los profesionales en la prevención y gestión de situaciones en crisis, como las técnicas de desescalada verbal (modelo BETA). También es útil prever con el/la paciente un plan de crisis individualizado dentro de su plan de tratamiento que garantice el principio de autonomía y que promueva la participación del paciente en la toma de decisiones, así como realizar actividades diseñadas para enseñar habilidades de autocontrol emocional y conductual (role-

playing, musicoterapia, talleres de comunicación efectiva, técnicas de relajación, desarrollo de rutinas saludables que incluyan tiempo para el autocuidado y actividades placenteras, etc.)

Al prevenir situaciones de crisis y/o gestionarlas de manera efectiva, se minimiza la necesidad de recurrir a restricciones físicas o químicas.

4. **Sentido de agencia de los/as pacientes:** La participación activa de los pacientes en su atención y en la resolución de conflictos fomenta el empoderamiento y la autonomía, elementos esenciales para la recuperación. Para este objetivo debemos trabajar en crear estilos relacionales en el equipo terapéutico caracterizados por bajos niveles de criticismo y hostilidad, que eviten la sobreimplicación emocional, con predominio de comentarios positivos y manifestaciones de afecto e interés muchas veces ausentes en sus grupos naturales, a menudo caracterizados por la alta emoción expresada.

PROYECTO UHB- PA

I. Descripción de la Unidad:

- Nombre de la Unidad: UHB HUPA
- Ubicación: Alcalá de Henares, Comunidad de Madrid, España
- Capacidad: 18 camas
- Equipo Multidisciplinar: 3 psiquiatras, 2 enfermeros, 2 auxiliares de enfermería, 1 celador
- Modelo de Atención: Puertas Abiertas, Atención Informada sobre el Trauma, Modelo Safewards, Marco PAS y Enfoque terapéutico grupal.

II. Objetivos del Proyecto:

1. Proporcionar una atención segura, respetuosa y de alta calidad a pacientes con trastornos mentales agudos:

Proporcionar una atención sanitaria en salud mental menos restrictiva es un principio ético innegable. Pese a ello, a día de hoy continuamos ofreciendo un modelo hospitalario basado en el aislamiento y la restricción de la libertad de nuestros usuarios, incluyendo el cierre sistemático de puertas. Los argumentos que sostienen las unidades de puertas cerradas entienden que son una medida efectiva para la prevención de suicidios y conductas auto/heterolesivas, así como de fugas. Sin embargo, está demostrado que la atmósfera restrictiva podría generar por sí misma un clima de tensión que aumentaría la incidencia de situaciones violentas y fugas (Fletcher J, 2019 Apr 1). Además, las restricciones asociadas a las unidades de puertas cerradas pueden ser percibidas como denigrantes y punitivas, lo que implica una amenaza a la alianza terapéutica y a la actitud colaborativa entre profesionales y pacientes.

Las Unidades de Puertas Abiertas implican un cambio de paradigma en la hospitalización en Salud Mental hacia una asistencia centrada en la persona. En este sentido, la implementación de modelos como la atención informada sobre el trauma, modelo Safewards, el marco PAS o la terapia grupal, suponen elementos clave para la transición a este marco terapéutico. Aun así, es fundamental garantizar la seguridad mediante la prevención de fugas, conductas autolesivas o agresividad. Para alcanzar estos objetivos se plantean estrategias alternativas al cierre de puertas o a las medidas coercitivas, basadas en la prevención y negociación de planes de crisis individualizados para situaciones concretas de cara a ofrecer una asistencia de calidad, humana y empática.

La literatura científica publicada también pone de manifiesto que el respeto a la libertad personal asociada a las unidades de puertas abiertas contribuye a reducir el uso de medidas coercitivas y por tanto favorece la reducción de admisiones involuntarias (Schneeberger AR, 2016). Los enfoques de puertas abiertas han demostrado reducir las tasas de reingreso y mejorar la satisfacción del paciente y su entorno. Al minimizar el uso de la coerción, de las restricciones físicas y químicas, y centrarse en la recuperación y la atención individualizada, se promueve un ambiente terapéutico más seguro y orientado hacia las necesidades del paciente.

2. Minimizar el uso de la coerción en los ingresos hospitalarios:

Mantener una perspectiva guiada por consideraciones éticas que reconozcan una práctica clínica basada en valores y centrada en el sujeto. Pese a la desinstitucionalización manicomial, todavía inconclusa, y el deseo de reducir la coerción, persisten prácticas violentas, denigrantes y que atentan contra los derechos fundamentales de las personas que atendemos, como la libertad y el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal. Por esta razón, debemos continuar trabajando en la minimización de prácticas coercitivas tan insertadas en nuestra práctica diaria. Para ello es fundamental reconocer el riesgo que ejerce la asimetría en la relación de cuidados. “La transformación a hacer tras la desinstitucionalización, se produce a través de gestos muy elementales: eliminar

los medios de contención, restablecer las relaciones del individuo con su propio cuerpo, reconstruir el derecho y la capacidad de uso de los objetos personales, establecer el derecho y la capacidad de utilizar la palabra, eliminar la ergoterapia, abrir la puerta, producir relaciones, espacios y objetos de interlocución, establecer condiciones para la expresión de sentimientos, restituir los derechos civiles eliminando la coacción, la tutela jurídica y el estatus de peligrosidad, reactivar un fondo de ayuda económica para poder acceder a los intercambios sociales, etc.”(Rotelli, 1987). Son estas prácticas las que permiten un cuidado centrado en la persona, donde se reconoce al otro en su singularidad y que por tanto implican el respeto, la empatía, la cercanía, mirada atenta, etc. que merece todo sujeto. “En el caso de la salud mental, parece ser que todos los conflictos éticos se mueven en dos ejes, la búsqueda de la mayor seguridad (para el paciente y su entorno) y el respeto a la autonomía de éste” (Gonzalez y otros, 2000). La coerción genera resistencia y desconfianza en los pacientes. Minimizar la coerción promueve una relación terapéutica más positiva, facilitando un enfoque más efectivo en la recuperación del paciente. Además, muchos pacientes con trastornos mentales pueden haber experimentado traumas previos, y la coerción puede reactivar estas experiencias traumáticas. Lo mismo ocurre en el equipo de profesionales, dado el componente traumático de dichas prácticas. Minimizar la coerción es fundamental para prevenir la retraumatización de los pacientes y para proporcionar un ambiente terapéutico que promueva la recuperación en un ambiente que consideren seguro (Moreno Pérez & Fernández Liria , 2023).

Las medidas coercitivas, como la contención mecánica, son siempre un acto indeseable al que le sigue una sensación de fracaso. Gracias a la implementación de medidas de control y supervisión de estas prácticas, hemos llegado a integrar respuestas alternativas y a automatizarlas. Aunque los periodos de transición a las prácticas basadas en valores y centradas en el sujeto pueden suponer un aumento de la tensión en el equipo, entendemos que es parte del proceso de cambio. Por esta razón, la implementación de una Unidad de Puertas Abiertas, debe considerarse un eslabón más a integrar en el proceso de desinstitucionalización y reducción de la coerción en la hospitalización psiquiátrica. Para ello debemos aceptar el reto como necesario, y las dificultades que implica como oportunidades de reflexión colectiva para alcanzar un verdadero cambio de paradigma en los ingresos en Salud Mental.

3. Promover la recuperación y la reintegración de los pacientes en la comunidad.

Al ofrecer a los pacientes un espacio terapéutico sin fronteras arquitectónicas, en el cual se pueden mover libremente dentro de unos horarios regulados en base a su plan de tratamiento individualizado, se otorga un mensaje de respeto y aceptación de los pacientes como agentes de sus vidas. Esto, promueve un clima terapéutico de colaboración, centrado en la recuperación de aquellas áreas de su funcionamiento que se hayan visto afectadas de cara a la reintegración del paciente en su entorno habitual. Para ello es importante la figura del trabajador social.

Así mismo, al promover explicaciones alternativas a las categorías diagnósticas habituales favorecemos la capacidad de los usuarios de otorgar sentido a las experiencias inusuales y al sufrimiento que los ha llevado a ingresar en la unidad. De este modo, se evitan explicaciones reduccionistas que pueden llegar a actuar como verdaderas profecías autocumplidas que perpetúan el problema.

4. Promover la actitud colaborativa, el sentido de agencia y responsabilidad individual.

El modelo atencional heredado se basa en actitudes paternalistas que devuelven al usuario una imagen culpabilizadora y desempoderada de lo que le ocurre. A menudo las personas denuncian los perjuicios que han sufrido durante los ingresos al sentirse desprovistos de poder en lo que respecta a su atención y cuidado. Debemos ser conscientes de las formas de retraumatización que venimos desarrollando en los ingresos hospitalarios (aislamiento, contención, medicación forzada, registros corporales, etc.) y el condicionamiento que estas suponen en el nivel de compromiso y colaboración de nuestros usuarios. Abrir las puertas supone un cambio de paradigma que permitirá la construcción de una relación de confianza entre los pacientes y los servicios que las atienden.

III. Fases del Proyecto:

1. **Evaluación de Necesidades:**

- Realizar un estudio y análisis de la capacidad de implementar este proyecto en el área de Alcalá de Henares.
- Evaluar la disponibilidad de recursos humanos, financieros y físicos para la implementación del proyecto.

2. **Diseño de la Unidad:**

- Valorar posibles áreas de mejora en el diseño de la unidad para crear un entorno terapéutico que fomente la comodidad, la autonomía y la seguridad de los pacientes. El objetivo es crear un espacio no amenazante donde los pacientes puedan sentirse relajados. Mejorar el diseño de la unidad no implica un gran gasto económico, basta con cuidar los colores y añadir motivos artísticos que generen un ambiente más cálido y hogareño. Estos últimos pueden realizarse en terapia ocupacional como parte de un proyecto concreto. Del mismo modo, una línea de mejora importante sería añadir armarios individuales donde los pacientes puedan guardar sus objetos personales como mudas, ropa de calle, libros, etc. evitando la sensación de control por parte del equipo y de pérdida de autonomía durante los ingresos. Diversos estudios sugieren que la presencia de espacios privados o semiprivados, y de un ambiente más hogareño, se correlacionan con una mayor interacción social y una reducción de la violencia y agresividad en las unidades de hospitalización. Prestar atención a tales dimensiones simbólicas puede enriquecer nuestra comprensión de cómo determinados entornos pueden promover o inhibir el bienestar de nuestros usuarios/as (Papoulias, Csipke, Rose, McKellar, & Wykes, 2014).

- Si fuese posible diseñar una unidad en lugar de transformar la ya existente, se podrían plantear estrategias arquitectónicas que permitan comprobar el flujo de salidas de la unidad sin necesidad de cerrar puertas, por ejemplo, situando el control de enfermería cerca de la zona de paso. Si la unidad estuviese en una planta baja, podrían utilizarse ventanas con apertura para mejorar la ventilación y minimizar la sensación de enclaustramiento.
- 3. Formación del Personal y posibles contrataciones:**
- Crear un equipo multidisciplinario que incluya un trabajador social de referencia.
 - Así mismo, debería plantearse la ampliación del equipo de profesionales de cara a dar una atención de calidad centrada en la persona y en los modelos que se quieren implementar.
 - Proporcionar capacitación en enfoques que integren la atención informada sobre el trauma, el modelo Safewards, el grupo terapéutico y el marco PAS, entre otros.
- 4. Importancia de la figura de Trabajador Social en una Unidad de Puertas Abiertas**
- Desempeñan un papel crucial en la planificación del alta, coordinando la transición del paciente desde la unidad de hospitalización a entornos comunitarios, facilitando el acceso a recursos y apoyo continuo.
 - Trabajan activamente con familias y redes de apoyo, proporcionando orientación y recursos para fortalecer las relaciones y mejorar el apoyo social del paciente.
 - Reconocen y abordan los determinantes sociales de la salud que pueden contribuir a los problemas de salud mental, como la pobreza, el desempleo y la falta de vivienda.
 - Estas intervenciones están destinadas a la reducción del tiempo de ingreso desde un enfoque centrado en la recuperación, donde se valora la integración rápida de los pacientes en entornos comunitarios para maximizar la autonomía y la participación activa en la sociedad.
 - Además, la presencia de un trabajador social puede contribuir a la identificación y abordaje de los factores sociales que a menudo contribuyen a los reingresos. Al intervenir en estas áreas, se previene la recurrencia de crisis, reduciendo la necesidad de ingresos repetidos y los costos asociados. (Rosenberg & Rosenberg, 2014).
- 5. Desarrollo de Protocolos de Puertas Abiertas:**
- Diseñar protocolos para garantizar que los pacientes tengan acceso a áreas comunes y actividades terapéuticas en un entorno no restrictivo.
 - Implementar un sistema de seguridad que minimice el uso de restricciones físicas.
 - No existen programas de puertas abiertas rígidos, sino que estos deben ser flexibles y adaptarse a la idiosincrasia y posibilidades de cada centro sanitario (apertura intermitente de puertas, zonas abiertas junto a zonas cerradas, etc.).
- 6. Servicios Terapéuticos:**
- Ofrecer una amplia gama de terapias (individuales y grupales) y actividades (terapia ocupacional, actividades de ocio y tiempo libre, etc.) que ayuden a la recuperación, promuevan el contacto social y eviten los tiempos muertos en su proceso de recuperación.
 - Fomentar la participación activa de los pacientes en su plan de tratamiento.
- 7. Colaboración Comunitaria:**
- Mantener vínculos con los centros de salud mental y rehabilitación psicosocial, CAID, mini-residencias y otros servicios de apoyo comunitario para facilitar la transición de los pacientes a su entorno habitual. Para ello se mantendrán las coordinaciones semanales telemáticas con los dispositivos asistenciales (CSM, H. de Día, H. Domiciliaria, etc.) y

presenciales con aquellos dispositivos que puedan acudir a la unidad (UAT, Centro de Día, CRPS, CRL, Mini-residencias, etc.).

- Favorecer la participación del usuario ingresado en sus actividades de rehabilitación psicosocial siempre que sea posible.
- Realizar programas concretos para pacientes con dificultades en la transición a esos dispositivos, de cara a asegurar el seguimiento ambulatorio tras el alta. Por ejemplo, un paciente con dificultades de vinculación con el dispositivo comunitario puede acudir a la primera cita mientras permanece ingresado, con objeto de valorar posibles problemas en la consecución de este fin y elaborar estrategias en conjunto para minimizarlos.

8. Evaluación Continua:

- Implementar sistemas de evaluación y retroalimentación para medir la satisfacción de los pacientes y la calidad de la atención.
- Realizar revisiones regulares para ajustar y mejorar el programa según las necesidades cambiantes.

9. Financiación y Sostenibilidad:

- Desarrollar un modelo de hospitalización sostenible que permita el funcionamiento continuo de la unidad, evitando los reingresos e incidiendo en aquellos aspectos que prolongan la estancia hospitalaria como son los problemas del ámbito psicosocial.
- En Alemania se realizó un estudio cualitativo para conocer cuáles son los requerimientos necesarios para su implementación, concluyendo que son muy importantes los condicionantes conceptuales, de dotación de personal y estructurales previos a la apertura. Además, señalan la importancia de la implicación institucional y del apoyo de las iniciativas políticas, no solo a nivel conceptual, sino también económico (Kalagi J, 2018 Sep).

10. Promoción y Difusión:

- Crear estrategias para dar a conocer la unidad a la comunidad y a los profesionales de la salud.
- Destacar la filosofía de puertas abiertas y la importancia de la atención centrada en la persona.

11. Lanzamiento de la Unidad:

- Dar a conocer el proyecto en el área de Salud Mental.
- Inaugurar la unidad con un evento de apertura y una presentación a la comunidad.
- Comenzar a instaurar las medidas descritas de una forma paulatina de cara a garantizar la transición y adaptación del equipo para evitar resistencias y regresiones al modelo previo.

Este proyecto requiere una planificación detallada, una colaboración estrecha con los profesionales del área de salud mental y una inversión de tiempo y recursos. Pero sin duda, la importancia del objetivo supera con creces el esfuerzo que conlleva. Las Unidades de Puertas Abiertas suponen un cambio de paradigma en salud mental que aboga por una atención centrada en la persona, que fomenta su autonomía y respeta sus derechos, que proporciona una atención más humana, menos restrictiva y estigmatizante, que incluye e integra en lugar de aislar a las personas que requieren un ingreso psiquiátrico. Por ello es importante subrayar que, para que el proyecto tenga éxito, resultan imprescindibles la implicación del equipo terapéutico, la dotación de personal apropiada y el apoyo institucional.

IV. Dificultades

El desarrollo de una unidad de puertas abiertas puede ser un desafío. A continuación, se presentan algunas de las dificultades que pueden surgir en el proceso:

1. **Falta de apoyo institucional:** Establecer y mantener una unidad de puertas abiertas requiere apoyo institucional, no solo para validar el proyecto, sino también para lograr la capacitación, ampliación (con un trabajador social y aumento de plantilla) y estabilización del equipo de trabajo en la unidad. Las instituciones deben tomar conciencia de la sólida evidencia científica que respalda las ventajas terapéuticas de estos modelos e invertir en las medidas planteadas para reducir el coste emocional y económico de los ingresos psiquiátricos a medio y largo plazo.
2. **Falta de Personal Especializado:** Sin un equipo experimentado, la calidad de la atención puede verse comprometida. Por esta razón, es importante que la inversión en capacitación y formación del personal no se pierda.
3. **Resistencia a Cambios:** Tanto el personal como los pacientes y sus familiares, pueden mostrar resistencia a los cambios en el enfoque de tratamiento. La transición de un enfoque más restrictivo a uno de puertas abiertas puede ser metódica y requerir un tiempo de adaptación, pero a la larga, mejorará la satisfacción de los usuarios.
4. **Estigma Social:** Puede ser difícil cambiar la percepción negativa de los problemas de salud mental y el modelo atencional heredado. Por ello, es importante incidir en la desestigmatización de nuestros pacientes, promoviendo la equiparación de los ingresos psiquiátricos al resto de especialidades médicas, salvaguardando las dificultades con medidas no restrictivas ni coercitivas que inoculan mayor temor e incompreensión de estas realidades en nuestra sociedad.
5. **Desafíos de Seguridad:** Mantener la seguridad de los pacientes y el personal es fundamental. La gestión de situaciones de crisis sin recurrir a restricciones debe basarse en la prevención y planificación anticipada de las mismas. Tener en cuenta al paciente, sus preferencias y necesidades, es primordial para conseguir un ambiente de seguridad y colaboración mutua en lo que respecta a su recuperación. Además, la prevención y anticipación de las situaciones de crisis disminuye los sentimientos de inseguridad, frustración y culpa que se desencadenan en el equipo al tomar el control en estos contextos.
6. **Coordinación con Servicios Comunitarios:** Facilitar la transición de los pacientes desde la unidad de puertas abiertas hacia la atención en la comunidad puede ser complicado. La falta de servicios de apoyo adecuados en la comunidad puede dificultar la reintegración efectiva de los pacientes. Por esta razón, consideramos que la figura del Trabajador Social es fundamental en una Unidad de Puertas Abiertas que pretende dar una atención centrada en la persona desde un modelo biopsicosocial.
7. **Evaluación y Seguimiento de Resultados:** Medir el impacto y la eficacia de una unidad de puertas abiertas es un reto. Se requieren sistemas de seguimiento y evaluación efectivos que nos permitan garantizar el beneficio de estas medidas en el proceso de recuperación de nuestros pacientes a corto, medio y largo plazo.

Desafíos:

1. **Ingresos involuntarios:** Mantener los ingresos involuntarios en unidades de puertas abiertas supone un desafío. Esto es, en parte, porque consideramos que deben basarse en la voluntariedad de los pacientes. Sin embargo, en otras unidades de hospitalización se realizan ingresos involuntarios sin necesidad de mantener la clausura de puertas. Debemos entender que el desafío en sí mismo parte de alcanzar una relación de colaboración con el paciente logrando establecer unos objetivos terapéuticos que se adapten a sus necesidades, aunque a priori rechace

la estancia hospitalaria, al igual que ocurre actualmente. El mayor desafío surge al abordar situaciones complejas con pacientes muy agitados o con alto riesgo de fuga, auto o heteroagresividad, pero incluso para esas situaciones existen estrategias que pueden implementarse, aunque a menudo se basan en la supervisión y el acompañamiento. (Ver anexo dedicado a los Ingresos Involuntarios en UHB-PA).

2. **Gestión de Situaciones de Crisis:** Como se ha descrito a lo largo del presente proyecto, este desafío se base en la prevención y anticipación de las mismas.
3. **Seguridad del Personal:** El personal de la unidad debe estar capacitado para lidiar con pacientes en crisis de manera segura, lo que puede ser emocional y físicamente agotador.
4. **Prevención de la Autolisis y la Heteroagresividad:** Evitar que los pacientes se hagan daño a sí mismos o a otros es una preocupación principal. Esto requiere una vigilancia constante y la implementación de estrategias para minimizar los riesgos.
5. **Planificación de Alta:** La transición de los pacientes a la atención comunitaria debe hacerse de manera segura, y esto puede ser un punto crítico en el proceso de recuperación.

Posibles Líneas de Mejora:

1. **Capacitación del Personal:** El personal debe recibir capacitación continua en la gestión de situaciones de crisis y la prevención de la agresión. Esto incluye habilidades de comunicación, desescalada y enfoques terapéuticos.
2. **Enfoque en la Prevención:** La prevención de situaciones de crisis es clave. Se pueden implementar estrategias de prevención, como identificar y abordar desencadenantes de crisis, desarrollar planes de seguridad individualizados y promover la autorregulación emocional en los pacientes.
3. **Supervisión y Apoyo del Personal:** Proporcionar supervisión y apoyo al personal puede ayudar a prevenir el agotamiento y mejorar la seguridad en la unidad. Los equipos de trabajo en unidades de hospitalización aguda deben contar con un apoyo sólido por parte de la institución y del resto de unidades de Salud Mental Comunitaria, que incida en el reconocimiento del esfuerzo y las dificultades a las que se enfrentan los profesionales a la hora de intervenir con pacientes en situación de crisis.
4. **Planificación de Alta:** Se debe establecer un proceso de planificación estructurado que englobe todas las áreas de la vida del paciente. Esto puede incluir la coordinación con servicios de atención comunitaria, el seguimiento continuo y el sentido de agencia del paciente y la familia para gestionar las dificultades que conllevan los problemas de Salud Mental. Para ello, debemos ser comprensibles y pensar en la utilidad a largo plazo del mantenimiento de actitudes paternalistas y coercitivas durante el proceso de recuperación de la persona.
5. **Seguridad Ambiental:** El entorno de la unidad debe estar diseñado para minimizar el riesgo de autolisis y heteroagresividad. Esto puede incluir la eliminación de objetos peligrosos, la supervisión constante y la disponibilidad de espacios seguros.
6. **Colaboración Interdisciplinaria:** Trabajar en equipo con psiquiatras, enfermera/os, auxiliares, celadore/as, trabajo social y otros profesionales de la salud mental es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes.
7. **Aplicación de Restricciones como Último Recurso:** El uso de contenciones mecánicas continuará siendo el último recurso, cuando todas las demás alternativas hayan fallado y el riesgo de daño a sí mismo o terceros justifique dicha intervención. Se deberá cumplimentar el registro en equipo utilizando dicho espacio para revisar la indicación y el procedimiento de la contención, el modo de actuación de los profesionales implicados, haciendo hincapié en las posibles alternativas de cara a

evitar nuevas contenciones, así como facilitar el apoyo emocional entre los profesionales implicados. Es recomendable hacer énfasis en la experiencia subjetiva del propio paciente. El objetivo de esta reflexión es ayudar a identificar los posibles detonantes, los sentimientos y pensamientos que le acompañaron, y la situación emocional durante el episodio de agitación. Es importante utilizar el plan de tratamiento individualizado para repasar junto a él/ella los aspectos que han podido desencadenar el episodio de agitación y registrarlos, así como plantear nuevas vías para prevenir o soslayar situaciones similares en el futuro. El objetivo primordial es la restauración de la relación terapéutica, disminuyendo la naturaleza traumática del evento coercitivo.

V. Presupuesto:

- La implementación de medidas que garanticen la transición a la unidad de puertas abiertas no requiere una inversión inicial en infraestructura o equipamiento. Sin embargo, debemos considerar que la inversión en personal y en el diseño espacial de la unidad, podrían suponer una gran diferencia a la hora de poner en marcha este proyecto.
- La figura de un trabajador social es importante para lograr una atención integral del paciente, principalmente en lo que respecta al plan de alta de cara a reducir el tiempo de ingreso o los posibles reingresos. Dicha figura no debe ser exclusiva de la UHB, puede ser un recurso compartido con el Programa de Hospitalización Domiciliaria y la Unidad de Atención Temprana.

VI. Evaluación de Resultados:

- Seguimiento de la eficacia la UHB-PA y la mejora de la atención y la seguridad de los pacientes.
- Evaluación de la satisfacción de los pacientes y del personal, de acuerdo con los estándares locales.

VI. Cronograma:

(Acordar fechas de implementación, capacitación y apertura de la unidad de acuerdo con los plazos y tiempos requeridos).

⇒ Etapa I

Establecer un ambiente terapéutico de orientación grupal basado en la colaboración, el sentido de agencia y responsabilidad de los pacientes en su plan de tratamiento.

Incorporar grupo terapéutico y plan individualizado de tratamiento. Involucrar a los pacientes en actividades colaborativas y terapéuticas. Continuar minimizando el uso de la coerción. Promover un espacio de seguridad y crecimiento. Promover actitudes de cuidado y apoyo dentro del equipo de profesionales. Favorecer espacios de formulación en equipo.

⇒ Etapa II

Puertas Abiertas en horario diurno.

⇒ Etapa III

Unidad de Puertas Abiertas.

VII. Conclusiones:

La apertura de una unidad de hospitalización psiquiátrica de puertas abiertas busca ofrecer una atención más humanizada y segura a las personas con trastornos mentales agudos.

ANEXOS:**1. PROPUESTA DE PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO**

El objetivo de este documento es lograr la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su atención y tratamiento a lo largo de su estancia en la unidad de hospitalización breve en psiquiatría. Además, fomenta la colaboración y la comunicación efectiva entre el paciente y el equipo, esenciales para brindar una atención de calidad y centrada en el paciente en situación de crisis. Para su elaboración se han integrado preguntas procedentes del Marco PAS, del Plan Anticipado de Decisiones en Salud Mental, Cuidados Conscientes del trauma y Modelo Safewords entre otros.

Plan Individualizado de Atención en Crisis para la Unidad de Hospitalización Breve del HUPA

Nombre del/de la Paciente: [Nombre del/de la Paciente]

Fecha de Inicio del Tratamiento: [Fecha de Inicio]

Objetivo General del Plan: Nuestro objetivo es proporcionarte una atención de calidad y un apoyo personalizado durante tu estancia en la unidad de hospitalización breve, promoviendo la seguridad, el bienestar y la colaboración de cada usuario/a en su proceso de recuperación, minimizando el estigma y promoviendo la autonomía en la toma de decisiones.

Evaluación inicial:

1. ¿Qué te ha pasado?
2. ¿Cómo te ha afectado?
3. ¿Qué sentido le has dado?
4. ¿Cómo has intentado resolverlo? ¿Funcionó?
5. ¿Quién ha decidido proceder al ingreso en la UHB? ¿Qué opinas?
6. ¿Te había ocurrido algo similar previamente? ¿Cómo lo resolviste?
7. ¿Has experimentado algún evento traumático en tu infancia-adolescencia? ¿y en la edad adulta?
8. ¿Qué hiciste para sobrevivir?
9. ¿Cuáles son tus fortalezas?
10. ¿Cómo encaja todo esto en tu historia vital?

Consideramos que estás experimentando una reacción normal ante circunstancias anormales. Cualquiera que hubiera pasado por sucesos similares podría haber terminado reaccionando de la misma forma. Sin embargo, es posible que estas estrategias de supervivencia puedan no ser necesarias o útiles ahora o puede que incluso te estén causando malestar a ti o a tu entorno. Con el tipo de apoyo adecuado, consideramos que la situación puede mejorar. Por eso te animamos a que nos ayudes a ofrecerte un tratamiento que se ajuste a tus necesidades y expectativas.

Planificación del Tratamiento:**- Objetivos generales**

¿De qué manera te gustaría recibir apoyo en este dispositivo?

¿Cómo te gustaría ser involucrado/a en la toma de decisiones sobre tu tratamiento y plan de alta?

- **Objetivos específicos**

¿Qué metas específicas te gustaría alcanzar durante tu estancia en la unidad?

- Reducir las emociones, impulsos o comportamientos desadaptativos hasta un grado manejable.
- Recuperar el control en los siguientes ámbitos de tu vida: autocuidado, relaciones sociales, familiares, entorno laboral, etc.
- Mejorar las habilidades para el manejo emocional, interpersonal y en la resolución de conflictos.
- Prevenir el suicidio y/o las autolesiones.
- Resolver los problemas que han generado o empeorado la situación actual.

¿Existen temas o preocupaciones que consideres especialmente importantes para hablar durante el ingreso?

¿Hay enfoques terapéuticos o estrategias de tratamiento que prefieras, o que te hayan funcionado en el pasado?

¿Tienes preocupaciones o preferencias relacionadas con tu tratamiento que te gustaría que se tuviesen en cuenta en tu plan de atención?

Autocuidado:

¿Cómo te has estado cuidando últimamente en términos de alimentación, sueño y actividad física?

¿Tienes alguna necesidad específica en cuanto a cuidados básicos, como higiene personal, alimentación o control de la medicación?

¿Necesitas apoyo en la organización de tu rutina de autocuidado mientras estás en la unidad?

Preferencias:

- a) Personas a las que avisar/no avisar de que estas en el hospital, recibir visitas, y que se le informe de tu situación.
- b) Preferencias relacionadas con la medicación.
 - Por contraindicaciones, efectos secundarios, falta de efecto perseguido...
 - Poner al paciente ejemplos de situaciones que puedan requerir el uso de tratamiento farmacológico.
 - Las preferencias del paciente pueden estar limitadas por distintos factores (accesibilidad del fármaco y situaciones complicadas).
- c) Preferencias relacionadas con actuaciones terapéuticas:
 - Poner al paciente ejemplos de situaciones: insomnio, angustia, desconexión del medio, agitación, riesgo auto o heterolesivo, riesgo autolítico, alteraciones de la conducta alimentaria, alteraciones en el autocuidado, etc
 - Facilitar al paciente ejemplos de actuaciones terapéuticas.
 - Sujetas a limitaciones.
- d) Preferencias respecto a la dieta, hábitos religiosos o espirituales, prácticas de meditación, aseo, hábitos de sueño, aspectos culturales.
- e) Cosas que te hacen sentir bien y cosas que te hacen sentir mal.
 - Posibilidad de comunicación a través de mail o teléfono, disponibilidad de objetos personales, ver la TV, estar sólo o acompañado en la habitación...
- f) Otras preferencias
 - Actividades que te gusta hacer en la planta.

Prevención de Crisis (Modelo Safewards):

- ¿Te sientes seguro/a en el entorno de la unidad?
- ¿Existen situaciones o desencadenantes que puedan aumentar tu malestar?
- ¿Cómo sueles actuar en dichas situaciones?
- ¿Cuáles son tus estrategias actuales para mantener la seguridad y bienestar en momentos difíciles?
- ¿Cómo te gustaría que se abordasen las situaciones de conflicto o crisis durante tu estancia?

Fortalezas y Recursos Personales:

- ¿Puedes identificar tus propias fortalezas y recursos personales que puedan ser útiles en tu recuperación?
- ¿Tienes apoyo social, como familiares o amigos, que desearías que se involucren en tu proceso de tratamiento?

Información:

- ¿Hay alguna información médica, de salud mental o social anterior que creas importante compartir con el equipo de atención en la unidad?
- ¿Tienes preferencias en cuanto a la comunicación y coordinación entre diferentes profesionales de la salud en tu tratamiento?
- ¿Te gustaría recibir información adicional sobre tu diagnóstico y opciones de tratamiento?
- ¿Tienes alguna pregunta o inquietud sobre tu tratamiento que te gustaría discutir?

Sugerencias

- ¿Tienes alguna sugerencia para mejorar el ambiente y la convivencia en la unidad?

Transición al alta:

- ¿Cómo imaginas la transición a tus rutinas?
- ¿Consideras que existe alguna interferencia o dificultad a la hora de regresar a tu domicilio habitual, a tus actividades cotidianas o a tus relaciones interpersonales?
- ¿Continuarías con el seguimiento en Salud Mental al alta?
- ¿Qué te ayudaría?

Plan de Alta:

- ¿Cuáles son los planes y expectativas después de ser dado de alta de la unidad?
- ¿Cómo te gustaría que se lleve a cabo el seguimiento después de tu alta para garantizar tu bienestar continuo?
- ¿Tienes inquietudes o necesidades específicas en cuanto a tu proceso de seguimiento?
- ¿Te gustaría ser derivado/a a servicios de apoyo comunitario (EASC, Centro de Día, CRPS, CRL, etc.) después del alta?

Compromisos y Decisiones:

En base a tus respuestas y preferencias, trabajaremos junto a ti para desarrollar un plan de tratamiento que respete tus objetivos y necesidades. Nuestro objetivo es colaborar contigo en cada paso del proceso para brindarte la mejor atención posible y apoyar tu recuperación. Por ello, consideramos que tu

participación activa es primordial. Este plan es un compromiso de colaboración conjunta para lograr este fin. Podrá ser revisado a lo largo de tu estancia en la unidad si fuese necesario.

Firma del/ de la Paciente: _____

Firma de los/las Profesionales de la Salud: _____

Fecha: _____

2. INGRESOS INVOLUNTARIOS

Se deben plantear estrategias individualizadas para abordar las razones que motivaron el ingreso involuntario y negociar un plan de crisis con la persona, todo ello reflejado en el Plan Individualizado de Tratamiento que se realiza a su llegada a la unidad.

Para la puesta en marcha de la unidad se deben tener en cuenta los desafíos específicos que entrañan los ingresos involuntarios de cara a distanciarlos de la connotación de forzosos, otorgando al paciente capacidad de decisión en lo que respecta a las intervenciones en situaciones de crisis, pero también evaluando los desencadenantes y las fortalezas del paciente para afrontar estas situaciones.

1. **Evaluación de Riesgos y Necesidades Iniciales:** Al ingreso, se debe realizar una evaluación exhaustiva junto al paciente, identificando cualquier riesgo de auto o heterolesiones, fugas y conductas desorganizadas. Los pacientes con un alto riesgo pueden requerir un enfoque de tratamiento más intensivo.
2. **Supervisión Específica:** Para pacientes con alto riesgo, se puede implementar una supervisión más intensiva por parte del personal. Esto puede incluir rondas más frecuentes y observación continua.
3. **Entrenamiento del Personal:** Es fundamental que el personal esté capacitado en la prevención y gestión de situaciones de crisis. Esto incluye la desescalada de conductas agresivas o autodestructivas.
4. **Comunicación Efectiva:** Establecer una comunicación abierta y efectiva con el paciente es esencial. Los pacientes deben comprender su plan de tratamiento, los objetivos y las expectativas. Esto puede ayudar a reducir la agitación.
5. **Evaluación Continua:** Realizar evaluaciones regulares para monitorear el riesgo de auto o heterolesiones. Los cambios en el riesgo deben ser abordados de manera inmediata.
6. **Intervención de Crisis:** Tener un equipo de intervención de crisis disponible es crucial. Este equipo puede estar compuesto por personal de enfermería y terapeutas capacitados en la gestión de situaciones de alto riesgo.
7. **Plan de Contingencia:** Desarrollar un plan de contingencia específico para cada paciente que incluya estrategias de prevención y acción en caso de crisis. Esto debe ser revisado regularmente y adaptado según las necesidades cambiantes del paciente.
8. **Coordinación con Servicios de Seguridad:** En casos de crisis severas, es importante contar con una estrecha coordinación con servicios de emergencia, como el personal de seguridad del hospital, las Fuerzas del Orden Público, Juzgados pertinentes, para garantizar la seguridad del paciente y del resto de personas que conviven en la unidad (ya sean pacientes o profesionales).
9. **Implicación de familiares o allegados:** Fomentar la participación de la familia en el proceso de atención, siempre que sea apropiado y en colaboración con el paciente, puede ser de gran ayuda.

La presencia de familiares puede ayudar a aumentar la vigilancia y supervisión de los pacientes con riesgos específicos, lo que contribuye a una mayor seguridad dentro de la unidad al reducir la probabilidad de comportamientos peligrosos o fugas. (ver en Anexo 4. Falta de Personal, 10).

10. **Consideración de Ingresos Involuntarios Temporales:** En situaciones de extremo peligro, puede ser necesario considerar un ingreso involuntario a una unidad de hospitalización psiquiátrica cerrada, donde se pueden utilizar restricciones y medidas de seguridad adicionales. Esto debe ser el último recurso a valorar.

Es importante recordar que la seguridad y el bienestar del paciente son prioritarios, y se debe buscar un equilibrio entre el respeto de los derechos del paciente y la necesidad de proteger su propia seguridad y la de los demás.

3. CONSUMO DE SUSTANCIAS

En las unidades de puertas abiertas que están en funcionamiento, se implementan diversas estrategias para abordar el problema del consumo de sustancias y prevenir la introducción de drogas en el entorno hospitalario.

1. Evaluación y Detección Temprana:

- Realizar evaluaciones al ingreso para identificar historial de consumo de sustancias y riesgo de intoxicación o abstinencia.
- Introducir un apéndice en el plan de tratamiento individualizado donde abordar el uso de sustancias, los riesgos que entraña durante su proceso de recuperación y alcanzar acuerdos en base a los mismos.

2. Educación y Sensibilización:

- Proporcionar información a los pacientes sobre la repercusión del consumo de sustancias en su proceso de recuperación, la interacción con los psicofármacos y la necesidad de ajustar dosis para alcanzar mayor eficacia.
- Alcanzar acuerdos que permitan que el paciente tome partido en estas cuestiones considerando la abstinencia como un medio para alcanzar otros objetivos, por ejemplo, reducir dosis de fármaco.

3. Supervisión:

- Informar al paciente del protocolo de detección de entrada de sustancias en la unidad. Anticipar al paciente las medidas que se implementarán en caso de identificar la entrada de sustancias en la unidad de cara a reducir el riesgo en el resto de usuarios (retirada de sustancias, permisos, etc., a valorar permanencia en la unidad en función de los motivos de ingreso y el contrato terapéutico, etc.).

4. Control de Acceso y Seguridad:

- Se mantendrán las medidas de seguridad habituales para controlar el acceso a la unidad, como el control de pertenencias, pero siempre otorgando sentido de agencia al paciente, de manera que sea el mismo quien pueda entregarlas a su llegada logrando establecer una relación de confianza mutua que permita trabajar el problema del consumo.
- Establecer protocolos claros para la gestión y disposición segura de las drogas confiscadas.

5. Colaboración Interdisciplinaria:

- Trabajar en colaboración con equipos multidisciplinares que incluyan psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y personal de seguridad para abordar eficazmente los casos de consumo de sustancias.

- Coordinar con servicios de adicciones externos para la derivación de pacientes que requieran tratamiento especializado.

6. Reducción de daños

- Adoptar un enfoque de reducción de daños que reconozca que algunos pacientes continuarán consumiendo drogas durante o tras su tratamiento. Poner énfasis en la influencia que puede tener su conducta en otros pacientes y la necesidad de cumplir con unas normas de convivencia que minimicen el riesgo de recaída o descompensación en el resto.
- Proporcionar asesoramiento individualizado sobre el uso de drogas, incluyendo los riesgos para la salud asociados y las opciones de tratamiento disponibles, evitando medidas coercitivas que reducen el sentido de agencia del paciente y que pueden desencadenar que se oculte el problema en lugar de abordarlo. Esto puede ayudar a los pacientes a tomar decisiones más informadas sobre su consumo de drogas y su participación en el tratamiento.

7. Promoción de un Ambiente Terapéutico Positivo:

- Fomentar un ambiente terapéutico positivo que promueva la recuperación y el bienestar, y que desaliente el uso de sustancias mediante actividades recreativas, terapias expresivas y grupos de apoyo.
- Promover conductas y hábitos de vida saludables, trabajar en la adquisición de estrategias de afrontamiento y manejo del malestar más adaptativas.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.

4. FALTA DE PERSONAL

La falta de personal en las unidades de hospitalización aguda puede dificultar la implementación de una supervisión constante, lo que es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, hay estrategias y enfoques que pueden ayudar a abordar este desafío:

1. **Optimizar la Dotación de Personal:** Esto podría incluir la contratación de más enfermeros, auxiliares, terapeutas y trabajador social para permitir una supervisión más constante y que englobe todas las áreas de la vida del paciente. En otras unidades de hospitalización se optimiza la dotación del equipo cuando hay pacientes que lo requieren.
2. **Desarrollo de Roles Específicos:** Implementar roles específicos para el personal de apoyo, que puedan enfocarse en la supervisión constante de pacientes.
3. **Uso de Tecnología:** En la actualidad ya se hace uso de las cámaras de seguridad para pacientes con mayor riesgo de auto o heteroagresividad junto con la monitorización periódica por parte del personal que aseguran la supervisión constante. Existen otros recursos como alarmas o sistemas de alerta que pueden notificar al personal si un paciente sale de una habitación o área restringida sin necesidad de clausurar puertas o realizar contenciones físicas.
4. **Supervisión Colaborativa:** Fomentar la colaboración entre el personal puede ayudar a compensar la falta de personal. Los equipos deben trabajar juntos, compartiendo responsabilidades y asegurándose de que tanto ellos como los pacientes se sientan seguros en la unidad. Si los profesionales se sienten desbordados o temen por su seguridad, estas emociones van a desplazarse a los usuarios y a la inversa.

5. **Enfoque de Priorización de Riesgos:** Identificar a los pacientes con un mayor riesgo de autolesiones o agresión y priorizar la supervisión constante para aquellos que más la necesitan. Esto implica una evaluación cuidadosa y un plan de atención personalizado.
6. **Entrenamiento Especializado:** Proporcionar capacitación especializada al personal en la identificación temprana de señales de crisis y en la gestión de situaciones de riesgo.
7. **Participación de Pares:** En unidades de puertas abiertas, se puede fomentar la participación de pares en la supervisión. Los pacientes que están en proceso de recuperación pueden ser entrenados para ayudar a otros pacientes en momentos de necesidad.
8. **Protocolos de Seguridad:** Desarrollar protocolos de seguridad claros y eficaces que establezcan cómo responder a situaciones de crisis. Esto puede incluir la activación de un equipo de intervención de crisis.
9. **Red de Apoyo Externo:** Mantener una red de apoyo externo, como el acceso a servicios de seguridad en el hospital, puede proporcionar respaldo en situaciones difíciles, pero debe estar entrenado en el abordaje de este tipo de situaciones.
10. **Implicación de familiares o allegados:** Fomentar la participación de la familia en el proceso de atención, siempre que sea apropiado y en colaboración con el paciente, puede ser de gran ayuda.
 - La presencia de familiares puede ayudar a aumentar la vigilancia y supervisión de los pacientes con riesgos específicos, lo que contribuye a una mayor seguridad dentro de la unidad al reducir la probabilidad de comportamientos peligrosos o fugas.
 - Los familiares pueden brindar consuelo y estabilidad emocional a los pacientes, especialmente en momentos de crisis o alta ansiedad. Esto puede ayudar a reducir la agitación y la agresividad, mejorando el bienestar general del paciente.
 - Los familiares pueden colaborar con el personal de la unidad en la identificación de factores de riesgo específicos para el paciente y en el desarrollo de estrategias de prevención personalizadas. Esto ayuda a mitigar los riesgos y a abordar las necesidades individuales del paciente de manera más efectiva.
 - Involucrar a los familiares en la supervisión de los pacientes promueve un sentido de empoderamiento y participación activa en el proceso de atención. Esto fortalece la relación entre la familia y el equipo de tratamiento, creando un entorno de colaboración y confianza mutua.
 - La implicación de las familias en la supervisión de los pacientes puede aliviar la carga de trabajo del personal de la unidad, permitiéndoles centrarse en otras tareas clínicas y administrativas. Esto mejora la eficiencia operativa y la calidad de la atención proporcionada.

Es importante recordar que la supervisión constante es fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes en unidades de hospitalización psiquiátrica, y es esencial encontrar soluciones prácticas para abordar la falta de personal. La combinación de estrategias puede ser efectiva para adaptarse a las limitaciones de recursos y garantizar una atención segura y de calidad.

5. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE PUERTAS ABIERTAS

La mejora de la seguridad en las unidades de puertas abiertas requiere una combinación de capacitación, prevención, planificación de alta, seguimiento y colaboración entre el personal y los profesionales de la

salud mental. El objetivo es mantener un entorno terapéutico seguro para los pacientes mientras se minimiza el uso de medidas restrictivas.

I. Evaluación de Riesgos:

1. Se llevará a cabo una evaluación inicial de riesgos de cada paciente al ingreso, incluyendo la identificación de factores de riesgo de autolesiones o agresión.
2. Se realizará una evaluación continua para identificar cambios en el riesgo de los pacientes.

II. Planificación de Cuidados Individualizados:

1. Se elaborará un plan de tratamiento individualizado para cada paciente, que incluirá estrategias de prevención de crisis y gestión de situaciones de riesgo.
2. Los pacientes de alto riesgo recibirán una atención más intensiva y supervisión adicional.

III. Entrenamiento del Personal:

1. El personal recibirá capacitación periódica en la prevención y manejo de situaciones de crisis, la desescalada de conductas agresivas y la gestión de comportamientos autolesivos o autolíticos.
2. Se podrá establecer un equipo de intervención de crisis para cada turno de cara a evitar que esta función recaiga siempre en las mismas personas.

IV. Supervisión Constante:

1. Se mantendrá una supervisión constante de los pacientes, especialmente de aquellos identificados como de alto riesgo, a través de rondas regulares y observación continua.
2. Se utilizarán tecnologías, como cámaras de seguridad y sistemas de alerta, para monitorear a los espacios comunes.
3. Se podrá implicar a familiares y allegados siempre que sea adecuado para el/la paciente.

V. Intervención en Crisis:

1. En caso de una situación de crisis, el personal seguirá un protocolo específico que incluye la comunicación con el equipo de intervención de crisis y la desescalada de la situación.
2. Se utilizarán medidas coercitivas como último recurso, de acuerdo con las regulaciones y protocolos establecidos.

VI. Colaboración Interdisciplinaria:

1. El personal de la unidad trabajará en equipo, colaborando de forma multidisciplinar en la evaluación y gestión de situaciones de crisis.

VII. Evaluación y Seguimiento Continuo:

1. Después de una crisis, se realizará una revisión y análisis para identificar áreas de mejora y evitar incidentes similares en el futuro.
2. Se mantendrán registros detallados de todas las situaciones de crisis y su manejo.

VIII. Acompañamiento del Paciente y la Familia:

1. Se brindará un espacio a los pacientes y sus familias sobre el manejo de situaciones de crisis y la prevención de riesgos.

IX. Coordinación con la Comunidad:

1. Se establecerán procedimientos claros para la transición segura de los pacientes a la atención comunitaria, incluyendo la coordinación con servicios de apoyo externos.

Es esencial que este protocolo se adapte, se revise y actualice de forma regular para garantizar su eficacia.

6. MODELO BETA

CHECK LIST MODELO BETA

0.DIRECTRICES PARA EL ENTORNO, PERSONAS, PREPARACIÓN

TAREAS:

- Intentar llevar al paciente zona más segura/retirar objetos peligrosos
- Salidas adecuadas.
- Buscar ayuda adicional del personal de seguridad
- Aceptar que el comportamiento anormal de un paciente es una manifestación de la enfermedad
- Buena actitud y capacidad de empatía
- Reconocer que el paciente lo está haciendo lo mejor que puede, dadas las circunstancias.
- Número adecuado de personal disponible
- Consigue acceso a medicación

1.RESPETAR EL ESPACIO PERSONAL

MIS TAREAS:

- Espacio mínimo de dos brazos de distancia entre el personal y el paciente
- Acepta la demanda de más distancia
- Mantener la seguridad, tanto el paciente como el personal tienen que poder abandonar la sala sin que el otro bloquee su camino

2.NO SER PROVOCATIVO

MIS TAREAS:

- Evita al extremo la confrontación directa de las provocaciones por parte de cualquier miembro del personal
- Demostrar, mediante el lenguaje corporal que no quiere dañar al paciente, que desea escucharle y mantener su seguridad
- Las manos deben ser visibles y no estar cerradas
- Las rodillas deben estar ligeramente flexionadas. Espalda erguida
- Evitar mirar directamente al paciente agitado y situarse en un ángulo al paciente a fin de no parecer confrontarle.
- Comportamiento calmado y expresión facial relajada.
- El lenguaje corporal cerrado, como brazos cruzados, pueden transmitir falta de interés.
- Vigilar que otros pacientes o individuos no provoquen al paciente.
- No cuestionar al paciente, insultarlo, o hacer cualquier otra cosa que pueda ser percibido como humillante (risas de alguien del equipo)

3. ESTABLECER CONTACTO VERBAL

MIS TAREAS:

- Presentarse al paciente y proporcionar orientación y apoyo.

- Sólo una persona debe interactuar con el paciente: la primera persona que haga contacto con el paciente debe ser la persona designada para calmarle.
- Mientras que la persona designada trabaja con el paciente, otro miembro del equipo debe alertar al resto y evitar que otras personas estén en el lugar.
- Disminuir las preocupaciones del paciente acerca de su papel explicando que usted está allí para mantenerlo seguro y asegurarse de que nadie le hará daño.
- Garantizar que queremos ayudarle a recuperar el control.

4. SER SIMPLE Y CONCISO EN EL MENSAJE

MIS TAREAS:

- Utilizar frases cortas y un vocabulario sencillo.
- Dar tiempo para procesar lo que se le ha dicho y que responda antes de proporcionar información adicional.
- La repetición es esencial para el éxito de la contención verbal: repetir su mensaje al paciente hasta que le escuche, tanto para establecer límites, ofrecer opiniones o proponer alternativas.

5. IDENTIFICAR DESEOS Y SENTIMIENTOS

MIS TAREAS:

- Preguntar qué necesitan, aun cuando no sea posible facilitarlos.
- Usar la información que nos proporciona para identificar deseos y sentimientos: qué nos dice el paciente, su lenguaje corporal, o incluso visitas anteriores.
- Responder empáticamente y expresar el deseo de ayudarle a conseguir lo que quiere.
- El paciente potencialmente agresivo también tiene necesidades específicas.

6. ESCUCHAR CON ATENCIÓN

MIS TAREAS:

- Usar la escucha activa.
- Transmitir a través del reconocimiento, la conversación y el lenguaje corporal que se está realmente prestando atención a lo que está diciendo y sintiendo el paciente.
- Repetir de nuevo lo que ha dicho para transmitir que se ha entendido el mensaje, aunque no necesariamente se esté de acuerdo con él.
- Uso de la ley de Miller: devolver al paciente que se cree que lo que te está diciendo es verdad y posteriormente discernir qué parte de lo que te ha dicho podría ser cierta.

7. AGREE OR AGREE TO DISAGREE

MIS TAREAS:

- Es un comportamiento empático en el que el profesional encuentra algo acerca de la posición del paciente con el que puede estar de acuerdo tanto como sea posible.
- Hay 3 maneras de ponerse de acuerdo con un paciente:
- Estar de acuerdo con la verdad.
- Estar de acuerdo con el principio.

- Estar de acuerdo con las probabilidades
- Los profesionales pueden encontrarse en una posición en la que se les pide estar de acuerdo con una falsa ilusión o algo que el clínico desconoce. Si no encuentra con lo que estar de acuerdo, expresarlo con honestidad.

8. ESTABLECER LIMITES CON CLARIDAD Y OFRECER ALTERNATIVAS OPTIMISTAS

MIS TAREAS:

- Comunicar al paciente de forma no amenazadora que provocar daños a otros es inaceptable y de ser necesario podría ser contenido.
- Establecer límites claros de manera respetuosa, demostrando la intención de ofrecer ayuda, pero sin tolerar abusos por su parte.
- Si hace sentir incómodo al profesional, comunicarlo de manera empática.
- Tras un comportamiento violento el paciente puede seguir siendo contenido verbalmente aumentando los límites y comunicando las consecuencias: tranquilizar y comunicar el deseo de ayudarlo a recuperar el control.
- Una vez restablecida la relación con el paciente y determinada su capacidad de permanecer bajo control, mostrarle cómo mantenerlo utilizando una confrontación suave e instrucciones sencillas

9. OFRECER ALTERNATIVAS OPTIMISTAS

- La elección es la única fuente de poder para un paciente que cree que la violencia física es su única alternativa. Ser asertivo y proponer alternativas a la violencia.
- Ofrecer opciones realistas.
- Dar plazos realistas para resolver un problema y acordar con el paciente trabajar sobre el problema juntos.
- El paciente consciente es aquel que puede participar en su propio cuidado y trabajar en una crisis con el profesional hacia un tratamiento adecuado, beneficiando al paciente, acortando la duración de la estancia y haciendo que la experiencia sea positiva
- Abordar la medicación con el objetivo de calmarlo, no sedarlo.
- El tiempo es esencial: no apremiar, pero tampoco demorar la medicación cuando sea necesaria.
- Estrategias de persuasión.
- ¿Qué le ayuda en momentos como éste?
- Creo que se beneficiaría de la medicación.
- Realmente creo que necesita algo de medicación.
- Usted se encuentra en una terrible crisis. Le facilitaré medicación de urgencia. Funciona bien y es segura. Si tiene alguna preocupación no dude en hacérmela saber.
- Voy a tener que insistir.
- ESTRATEGIA: Invitar al paciente a expresar ideas.
ESTRATEGIA: Persuadir.
ESTRATEGIA: Expresar un hecho.
ESTRATEGIA: Inducir.
ESTRATEGIA: Emplear coacción. Gran peligro, como último recurso.
- Dar al paciente una opción en la administración oral o parenteral puede ayudar a dar al paciente cierto control. Hacer hincapié en el aspecto de la protección puede ser eficaz.

- Incluso cuando se recurre al inyectable el médico puede dar la opción de elegir el fármaco que va a utilizar, haciendo hincapié en el perfil de efectos secundarios beneficiosos.
- Por último, cuando los intentos verbales de apaciguar fallan, recurrir a medidas coercitivas tales como la contención o la medicación inyectable, pero siempre como último recurso.

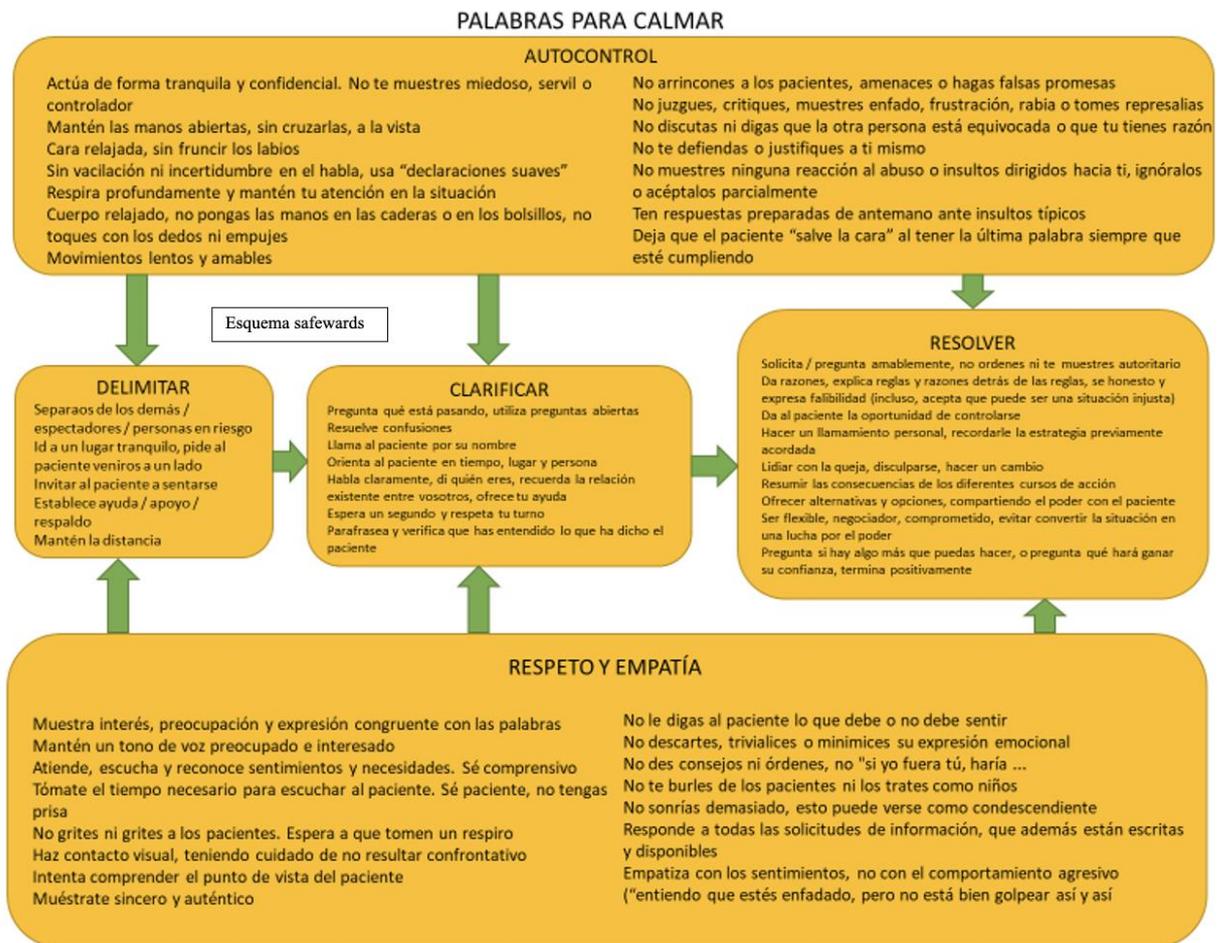
10. INTERROGUE AL PACIENTE Y AL PERSONAL

MIS TAREAS:

- Tras cualquier intervención involuntaria con un paciente agitado, es responsabilidad del médico que la ordenó restaurar la relación terapéutica para disminuir el riesgo de la violencia adicional.
- Empezar por explicar por qué era necesaria la intervención.
- Dejar que el paciente explique los acontecimientos desde su punto de vista.
- Enseñar al paciente cómo expresar adecuadamente su ira.
- Explica cómo los medicamentos pueden ayudarle a prevenir los actos de violencia.
- Obtener información acerca de si sus preocupaciones han sido abordadas.
- La prevención de la agitación es la mejor manera de tratarla: planificar junto con el paciente.

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS





Bibliografía

1. Ana Moreno Pérez, A. F. (2023). Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 17-45.
2. Cuevas-Esteban, J., Romero, E., Moreno-Orea, A., Ibáñez-Caparrós, A., Bustos-Cardona, T., Martínez-Cirera, B., & de Pablo, J. (2022). 2022: ¿LLEGÓ EL MOMENTO DE ABRIR LAS PUERTAS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA? . *Actas Esp Psiquiatr* 2022;50(4), 206-07.
3. Dr Christian G Huber, M. †. (July 28, 2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*.
4. Fletcher J, H. B. (2019 Apr 1). Working towards least restrictive environments in acute mental health wards in the context of locked door policy and practice. *Int J Ment Health Nurs.*, 28(2):538–50.
5. Johnstone, L. &. (2018). Obtenido de <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>

6. Johnstone, L. &. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.
7. Johnstone, L. &. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*.
8. Johnstone, L. &. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. . Leicester: British Psychological Society. Obtenido de El Marco de Poder, Amenaza y Significado: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
9. Kalagi J, O. I. (2018 Sep). Require- ments for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: A qualitative interview study 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Ser- vices. *BMC Psychiatry*, 19;18(1).
10. Lisa K. Schreiber, F. G. (22 July 2022). Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research volume 22*, Article number: 941 (2022) .
11. Nikolaj Kunøe, H. M.-M. (16 February 2022). Protocol for the Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS): a pragmatic randomised controlled trial to compare safety and coercion between open-door policy and usual-care services in acute psychiatric inpatients. *BMJ Open*, 12:e058501.
12. Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. . *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 171–176.
13. *safewards*. (s.f.). Obtenido de <https://www.safewards.net/es/recomendaciones/evidencias-del-modelo-safewards>
14. Schneeberger AR, H. C. (2016). Open wards in psy- chiatric clinics and compulsory psychiatric admissions. *JAMA Psychiatry*, 73(12):1293.

TAMARA CHAMI MATEOS

12.2 Proyecto Piloto: “Tratamiento Ambulatorio Intensivo Para Personas Diagnosticadas De Trastorno De Personalidad”

(Hospital Príncipe De Asturias, Alcalá De Henares)

Un plan de tratamiento multidisciplinario para personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad debería contemplar un nivel ambulatorio intensivo suficientemente desarrollado, dado que es el nivel en el que los pacientes pasarán más tiempo de su tratamiento. Ya señaló Gunderson (2002) que este nivel de intervención es la piedra angular del tratamiento y la psicoterapia el tratamiento de primera elección en el caso de personas con un Trastorno de Personalidad. En este nivel asistencial los pacientes serán tratados con psicoterapia intensiva durante, al menos, un par de años. En este nivel se suelen combinar intervenciones individuales, grupales y familiares de tipo psicoterapéutico y psicoeducativo. El tratamiento suele incluir terapia individual semanal más una o dos terapias grupales semanales, dependiendo de la clínica del paciente y de su nivel de funcionamiento. Es habitual también las intervenciones con familiares en formato de grupo psicoeducativo y/o terapéutico multifamiliar.

El diseño de este nivel de tratamiento tiene enormes ventajas como se desarrollará a continuación, tanto para pacientes que acceden directamente a este nivel de tratamiento como para aquellos que han sido dados de alta en recursos intensivos como Hospital de Día o una Comunidad Terapéutica.

Evidencia que respalda la implementación de un programa TAI

El tratamiento de personas con un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad supone un alto sufrimiento para los pacientes y sus familiares, así como un elevado coste económico para la sanidad pública como ha sido documentado por muchos estudios (Hastrup LH, 2019; Carulla 2014). Dentro del territorio nacional, en Cataluña se ha demostrado que no solo los tratamientos intensivos tienen como resultado una reducción significativa de síntomas y una mejoría del funcionamiento psicosocial e interpersonal sino que, sobre todo, salen muy rentables a nivel económico (Salvador-Carulla, 2014).

A nivel internacional, también el equipo de Bateman y Fonagy (2016, 2003) en Londres han demostrado las ventajas económicas de los tratamientos intensivos ambulatorios para estos pacientes. En concreto, en las dos últimas décadas, en Reino Unido se han desarrollado en toda la red de salud pública programas ambulatorios intensivos dado que se ha visto que los pacientes mejoraban igualmente en estos programas que en los programas parciales de Hospital de Día. Los programas TAI tienen ventajas económicas frente a tratamientos en Hospital de Día. Cabe mencionar el estudio de Smits et al. (2019) donde se comparaba la mejoría de pacientes atendidos en tratamiento basado en la mentalización en Hospital de Día (MBT-HD) frente a pacientes atendidos en programa TAI, obteniendo claras mejorías clínicas en ambas modalidades de tratamiento, pero con mayores beneficios coste-beneficio en el nivel TAI (MBT-IOP). La principal diferencia a nivel clínico fueron las trayectorias de cambio de los pacientes en ambos niveles. Mientras que en el nivel MBT-HD los pacientes mejoraron más durante el tratamiento, los pacientes MBT-IOP mejoraron más en las evoluciones al seguimiento. Es decir, los pacientes atendidos en TAI sostenían más los cambios a largo plazo. Estos resultados y los beneficios económicos han supuesto que Reino Unido esté priorizando los programas ambulatorios intensivos (Bateman, 2016; pág. 232). Estos estudios han sido replicados por otros países y se pueden señalar varios estudios con resultados similares (Blankers M et al., 2023; Smits et al., 2019; Kvarstein et al., 2015). En Oslo, el equipo de Kvarstein (2015) también comparó a pacientes con TLP en tratamiento ambulatorio intensivo MBT frente a pacientes TLP tratados en HD psicodinámico, obteniendo que los pacientes en TAI mejoraron significativamente –casi el doble– en todas las variables (síntomas, problemas interpersonales y funcionamiento social) y los abandonos fueron significativamente menores (5% frente al 42%).

En conclusión, toda la evidencia empírica hasta la fecha demuestra que los programas ambulatorio intensivos generan importantes mejorías de los pacientes tanto en indicadores clínicos como económicos. Se produce un ahorro significativo en comparación con el tratamiento estándar comunitario y con los tratamientos de hospital de día. Se hace necesario poner en marcha equipos TAI de adultos que permita tratar a estas personas de forma más efectiva a nivel clínico y más eficiente a nivel económico. Los programas ambulatorios intensivos

han sido implantados con éxito en el ámbito de la Sanidad Pública en Madrid y en muchos centros a nivel nacional (Programa para TP de Leganés, programa PAIPAL en el Hospital Gregorio Marañón, Programa TAI de Parla, ect.).

Diseño del programa de Atención Continuada TAI en el HUPA

En el área existe un proceso ya en marcha de Trastornos de Personalidad con diferentes niveles asistenciales, siendo el nivel ambulatorio intensivo de adultos el menos desarrollado, dado que no cuenta con recursos específicos para ello. En los últimos años en el equipo de Salud Mental Infanto Juvenil se ha puesto en marcha un programa TAI que cuenta con dos psicólogas clínicas, una psiquiatra y un enfermero especialista en Salud Mental para dar asistencia a pacientes graves que precisan mayor nivel de contención y dosis terapéutica. En el equipo de adultos, desde marzo del 2021, comenzó un proyecto de atención continuada con la colaboración de residentes del área y la supervisión de una psicóloga clínica, a la que se ha unido otro psicólogo clínico recientemente para dar atención a pacientes con patología identitaria grave. Para el desarrollo de la actividad se está contando con la participación de residentes de Psicología que quieren formarse en técnicas de intervención específicas con evidencia demostrada para el abordaje de pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. Dentro del desarrollo del proyecto TAI se han puesto en marcha las siguientes actividades realizadas, algunas por adjuntos de Psicología Clínica, en colaboración con una enfermera de Salud Mental y por los residentes bajo supervisión. La actividad para los residentes supone un compromiso de entre 1 a 2 años y hasta 4 años donde éstos participan en algunas de las actividades siempre bajo supervisión. Las actividades desarrolladas hasta el momento son las siguientes:

- Evaluación estructural para patología identitaria: Los residentes, siendo entrenados para ello, realizan las evaluaciones específicas tras las derivaciones al programa que facilitan la selección terapéutica diferencial de la o las intervenciones específicas adecuadas a cada paciente. Los pacientes son clasificados según el nivel de funcionamiento propuesto por Otto Kernberg (1987); alto nivel funcional y bajo nivel funcional. Los primeros son atendidos en psicoterapia individual por residentes de menor año y los últimos por residentes mayores.
- Terapia grupal basada en la mentalización (MBT-I y MBT-G): Llevada a cabo por la adjunta en colaboración con otro psicólogo clínico y un residente de menor año. El grupo MBT comienza con un grupo introductorio psicoeducativo de 12 sesiones. Tras este grupo se lleva a cabo un grupo psicoterapéutico MBT de un año y medio de duración con aquellos pacientes que hayan podido beneficiarse del grupo introductorio psicoeducativo.
- Grupo psicoeducativo para familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad: basado en el programa diseñado por Dolores Mosquera “Llenando el vacío. Un espacio para la familia”. Este grupo ha sido realizado en colaboración entre Psicología Clínica y Enfermería. El grupo es de formato psicoeducativo estructurado de 12 sesiones.
- Psicoterapia individual intensiva: Esta actividad la llevan a cabo los residentes que son supervisados en formato grupal semanal. Los pacientes pueden optar a dos tipos de terapias específicas y manualizadas para trastornos de personalidad:
 - Terapia basada en la mentalización (MBT)
 - Terapia cognitivo – analítica (CAT)
- Grupo de supervisión con residentes: Esta actividad se llevará a cabo en formato grupal y con frecuencia semanal, los lunes de 13 30 a 15 00.

Objetivos

El principal objetivo de este programa es la mejoría de las dificultades conductuales, emocionales, interpersonales e intrapsíquicas asociadas al diagnóstico de un Trastorno de Personalidad, permitiendo así que estas personas tengan un mejor nivel funcional y menor sufrimiento asociado. También los familiares son un objetivo de intervención. La mejor comprensión por parte de éstos últimos de la patología de sus familiares, facilita la mejoría de los pacientes, así como, disminuye su propio sufrimiento. Otro objetivo fundamental ha sido la formación específica de los residentes en terapias manualizadas y de eficacia demostrada para personas con patología identitaria.

Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión: Pacientes que presenten clínica susceptible de intervención psicoterapéutica y acepten voluntariamente el tratamiento.
 - o Inestabilidad emocional
 - o Inestabilidad en la identidad
 - o Inestabilidad en las relaciones interpersonales
 - o Impulsividad (alimentación, tóxicos, promiscuidad, compras, hurtos)
 - o Auto o heteroagresividad
 - o Intentos/amenazas suicidas
 - o Síntomas disociativos
 - o Síntomas psicóticos transitorios
- Criterios de exclusión:
 - o Retraso mental
 - o Trastorno de la personalidad orgánico
 - o Estar incluido en otro nivel asistencial más adecuado a sus necesidades
 - o No aceptación del paciente.

Resultados del programa TAI

Este proyecto se ha enmarcado dentro del proceso asistencial para Trastornos de Personalidad ya puesto en marcha en el área con importantes beneficios clínicos para los pacientes y sus familiares, si bien a costa de serias limitaciones especificadas a continuación.

• Limitaciones del programa TAI actual

Un aspecto fundamental que limita el desarrollo del nivel asistencial ambulatorio intensivo para pacientes con un Trastorno de la Personalidad es que no existe un equipo ni profesionales contratados con dedicación específica para ello. El programa ha sido puesto en marcha por profesionales motivados y voluntariosos pero que su agenda supone dedicación completa en el Centros de Salud Mental. Esto hace que la respuesta a la demanda sea claramente insuficiente para todos los pacientes derivados. En la actualidad, a el programa TAI recibe entre 4-5 derivaciones semanales internas del equipo, lo que supone unos 16-20 pacientes mensuales que no pueden recibir la atención adecuada. La falta de un equipo específico hace imposible atender en condiciones mínimas a todos los pacientes que necesitan un abordaje intensivo. Cabe señalar que estos datos están infraestimados pues estos números solo contemplan las derivaciones internas sin tener en consideración los pacientes que pueden ser derivados a las agendas de Psicología Clínica desde Atención Primaria.

Otro aspecto importante es que el nivel de gravedad que pueden asumir residentes en formación no sustituye, ni es conveniente que lo haga, la atención dada por un equipo especializado. Un programa TAI llevado por profesionales sin agendas específicas y por residentes en formación aumenta el riesgo de iatrogenia y daño a los pacientes. Los tratamientos psicoterapéuticos tienen mayor riesgo iatrogénico en la patología identitaria. Con frecuencia, las intervenciones de los profesionales estimulan las necesidades de apego de estas personas, pero no

aportan la estructura necesaria, ni se realizan en las mínimas condiciones requeridas para trabajar sus dificultades. Esto lleva a muchos pacientes a abandonar el tratamiento, a una escalada de visitas a los servicios de urgencias o, en el peor de los casos, a severas autoagresiones (Rodríguez Cahill y cols., 2021).

Por último, también cabe señalar que existen serias dificultades para atender a pacientes que han sido dados de alta de dispositivos intensivos como Hospital de Día o Comunidades Terapéuticas. Estos pacientes necesitan mayor grado de contención para poder continuar el trabajo psicoterapéutico iniciado en estos recurso que no puede ser ofertado con las agendas de los profesionales que trabajan en el CSM.

- **Beneficios del TAI actual**

Los beneficios del programa de atención continuada puesto en marcha se podrían resumir en la frase “*menos es nada*”. Es una alternativa claramente insuficiente, pero es mejor que no ofrecer ningún tratamiento específico para estos pacientes y sus familias. En la siguiente tabla se hace una estimación aproximada numérica de los pacientes atendidos a lo largo de los tres años de puesta en marcha del TAI hasta la fecha actual marzo 2024. Sin duda, la mayor ventaja de esta alternativa es la formación en terapias específicas a futuros profesionales.

	TOTAL pacientes / familiares atendidos (durante 3 años).		LISTA ESPERA ACTUAL
<u>EVALUACIÓN ESTRUCTURAL</u>	110 pacientes citados	100 pacientes acudieron	20 pacientes
<u>MBT-INTRODUCTORIO</u> (12 sesiones)	5 grupos (8-10 pacientes)	40 pacientes terminaron	10 pacientes
<u>TERAPIA GRUPAL MBT</u> (15 meses)	11 pacientes convocados (Abandonos= 2)	9 pacientes terminaron	30 pacientes
<u>TERAPIA INDIVIDUAL</u>	60 pacientes citados	50 pacientes atendidos	20 pacientes
<u>GRUPO PSICOEDUCACIÓN FAMILIAS</u>	6 familias	11 familiares	Sin datos
TOTAL PACIENTES	TOTAL PACIENTES/FAMILIARES ATENDIDOS EN DIFERENTES INTERVENCIONES = 210		

NECESIDADES PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTENSIVO PARA ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD-TRAUMA COMPLEJO

El tratamiento ambulatorio intensivo es una modalidad de tratamiento altamente especializado que se aplica por psicoterapeutas con entrenamiento específico y donde el paciente recibe terapia individual y grupal de forma estructurada durante un tiempo prolongado. La disponibilidad de todos los niveles asistenciales, especialmente el desarrollo del tratamiento ambulatorio intensivo, mejora los síntomas clínicos y el funcionamiento psicosocial de los pacientes, reduce la necesidad de hospitalización y los abandonos, pero, sobre todo, mejora la relación coste-beneficio de las intervenciones (Bateman y Fonagy, 2003).

La puesta en marcha de un nivel asistencial ambulatorio intensivo con personal específico dentro del proceso de Trastorno de la Personalidad tendría como objetivo principal poder dar el tratamiento necesario a estos pacientes. Los objetivos de este nivel de intervención TAI serían aumentar la calidad de la atención ofrecida a este grupo de población, así como disminuir el número de intervenciones iatrogénicas a nivel ambulatorio,

ofreciendo un contexto más contenedor e intensivo de tratamiento. El principal objetivo sería la estabilización conductual, emocional, interpersonal e intrapsíquica y disminuir las conductas autolesivas e impulsivas asociadas al diagnóstico de un trastorno de personalidad, permitiendo así que estas personas tengan un mejor nivel funcional y menor sufrimiento asociado. También los familiares serían un objetivo de intervención. La mejor comprensión por parte de éstos últimos de la patología de sus familiares, facilitará la mejoría de los pacientes, así como, disminuirá su propio sufrimiento.

Necesidades de personal:

- 1 psiquiatra con formación psicoterapéutica
- 2 psicólogas clínicas con formación en terapias manualizadas para TP y trauma complejo (una de ellas ubicada en hospital de día)¹
- 1 enfermera especialista en salud mental

Bibliografía

- Bateman A. y Fonagy P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Desclée de Brouwer.
- Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder; a randomised controlled trial. *American Journal Psychiatry*; 156; 1563-1569.
- Bateman A, Fonagy P. (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically orientated partial hospitalisation; an 18 month follow-up. *Am. J Psychiatry*; 158: 36-42.
- Bateman A, Fonagy P. (2008) 8-year follow up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am. J Psychiatry*; 165: 631-638.
- Bateman A, Fonagy P. (2003) Health service utilization costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization versus General Psychiatric Care. *American Journal Psychiatry* 160;169-172.
- *Trastorno Límite de la personalidad. Guía Clínica* (2002) Gunderson, J. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- *“Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad de la Generalitat de Catalunya”*. (2011). Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- *Guía del Trastorno Límite de la personalidad (Guía para el profesional)* (2010). Melendo Granados y Cabrera Ortega (coordinadores) Madrid: International Marketing & Communication.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck M., Ferrer M., Andión O., Aragonés E., Casas M., Costo of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). *European Psychiatry*. 2014;29(8):490-497
- Rodríguez Cahill, C., Ruiz Llaveró, G., Martín Escudero, D., Garnelo Fernández, P., Sánchez Rodríguez, F., Casares García, M. I. y Morales González, K. (2021). Introgenia en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad. *Clínica Contemporánea*, 12(3), Artículo e22. <https://doi.org/10.5093/cc2021a21>
- *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para una psicoterapia colaborativa entre paciente y profesional*. (2020). Álvaro Frías. Desclée De Brouwer. Colección Serendipity.
- *Los desafíos de los trastornos de personalidad. La salud mental al límite*. (2015). Colección Salud Mental Colectiva. Editorial Grupo 5. Coord: Rodríguez Cahill, C. Madrid.
- *Llenando el vacío: un espacio para la familia. Programa psicoeducativo para familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad* (2013). Mosquera D y cols. Ed. Pléyades
- *Psicoterapia cognitivo analítica* (2006). Ryle A. y Kerr I. B. Desclée de Brouwer.
- *Más allá de lo aparente: Un acercamiento a los comportamientos, pensamientos y actitudes de los familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Manual para profesionales y familiares*. D. Mosquera y L. Ageitos. Ed. Pleyades.

¹ Ver anexo 1: justificación de la inclusión de un psicólogo clínico en el hospital de día de adultos

- *Vivir con el trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para pacientes.* (2017) Desclée De Brouwer. Colección Serendipity.
- *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos para niños. Un abordaje de tiempo limitado.* (2019). Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg N. y Muller N. Desclée de Brouwer.
- *Trastornos Graves de la personalidad.* Kernberg, O (1987) México: Manual Moderno.
- Hastrup LH, Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J, Simonsen E. Societal costs of Borderline Personality Disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr Scand.* 2019 Nov;140(5):458-467. doi: 10.1111/acps.13094. Epub 2019 Sep 21. PMID: 31483859.
- Blankers M, Smits ML, Feenstra DJ, Horn EK, Kamphuis JH, Bales DL, Lucas Z, Remeus MGA, Dekker JJM, Verheul R, Busschbach JJV, Luyten P. Economic evaluation of day hospital versus intensive outpatient mentalization-based treatment alongside a randomized controlled trial with 36-month follow-up. *Personal Disord.* 2023 Mar;14(2):207-215. doi: 10.1037/per0000577. Epub 2022 Jun 30. PMID: 35771495.

Anexo 1

MEMORIA JUSTIFICATIVA PARA LA AMPLIACIÓN DEL EQUIPO TERAPÉUTICO DEL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS DEL HUPA. ALCALÁ DE HENARES. PROPUESTA: AUMENTAR EL EQUIPO CON UN PSICÓLOGO CLÍNICO. ABRIL 2024

El Hospital de Día (HD) de Psiquiatría de Alcalá es un recurso ambulatorio de tratamiento intensivo destinado a pacientes con diagnóstico de Trastornos de la personalidad límite, trastornos disociativos, traumas complejos y Trastorno de la conducta alimentaria graves para los que el tratamiento en el CSM no ha resultado eficaz. Los pacientes acuden en régimen de terapia completa (5 días a la semana toda la mañana) o parcial previo al alta (2/3 días a la semana).

El HD, además de abordar de forma específica la patología, ofrece un marco de seguridad y contención para el paciente que de otra manera necesitaría un ingreso hospitalario prolongado o bien repetidas asistencias en las Urgencias de psiquiatría del Hospital así como saturación de la atención en CSM.

En el Hospital de Día de Psiquiatría hay dos Programas: HD Adultos y HD Infanto-juvenil.

EQUIPO ACTUAL DE ADULTOS

Atiende a 18 pacientes (la mayoría terapia completa, y una pequeña parte variable, prealta en parcial).

TOTAL EQUIPO: 5 y ½ celador.

- 2 FACULTATIVOS, AMBAS PSIQUIATRAS.
- 1 ENFERMERA
- 1 TERAPEUTA OCUPACIONAL
- 1 MONITORA DE TERAPIA OCUPACIONAL
- 1 CELADOR COMPARTIDO CON H.DIA ADOLESCENTES.

Desde su apertura en 2004, a pesar del aumento en número de plazas de 15 a 18, el único aumento del equipo ha sido la contratación de la monitora de TO en 2007. No se ha aumentado el número de facultativos a pesar de este aumento de plazas.

H DIA ALCALÁ EN COMPARACIÓN CON OTROS H DIA:

- Ausencia de figura de psicólogo
- Equipo menor comparado con otros H Dia, con solo dos facultativas psiquiatras.
- Perfil de pacientes no mixto, está dirigido a Dx TLP, T disociativos, Trauma, con frecuentes situaciones de crisis y manejos interpersonales muy complejos.

ORGANIZACIÓN

- Los dos psiquiatras del equipo de adultos han de cubrirse mutuamente en períodos de vacaciones, salientes de guardia, días de libre disposición, tareas de docencia y de gestión, baja por enfermedad, etc,
...

OTRAS FUNCIONES DE LAS FACULTATIVAS

Las dos psiquiatras, además del trabajo clínico propio del H Dia y de coordinación con otros dispositivos, realizamos otras tareas del área que restan tiempo a la atención y presencia en el Hospital de Día:

La psiquiatra responsable del Hospital de Día de Adultos y responsable en funciones de los dos equipos (Dra. Déborah Ortiz), además de la coordinación y actividad asistencial (atención individual y distinto tipo de grupos terapéuticos) en Hospital de Día, realiza las siguientes actividades fuera del H Día:

- Reuniones de equipo de dirección ampliado mensual
- Comisión de asistencia trimestral
- Reunión de proceso TP mensual
- Comisión de Docencia mensual
- Docencia a los residentes dos miércoles/mes

- Tutoría de dos MIR
- Guardias (1 al mes más incidencias).

Todas estas actividades suponen aproximadamente estar ausente del H Día unos 4-5 días /mes.

Por edad, tiene 5 días más de vacaciones anuales.

La otra psiquiatra de adultos (Dra. Ana Ayala), se encarga, además de la actividad asistencial en HD (atención individual y distinto tipo de grupos terapéuticos) de las siguientes actividades de docencia y coordinación:

- Responsable de las prácticas de estudiantes de 5 y 6 Medicina en HD
- Tutora de dos residentes MIR
- Docencia MIR 1 miércoles/mes
- Guardias (1 al mes más incidencias)
- Coordinación de las actividades de Formación Continuada del equipo.

JUSTIFICACIÓN DEL AUMENTO DE PERSONAL FACULTATIVO DE 2 A 3 PERSONAS, SIENDO LA TERCERA PREFERIBLEMENTE UNA PSICÓLOGA CLÍNICA

- Dotación de personal inferior al resto de los H Día de la CAM y ausencia de psicólogo que existe en todos ellos.
- Pacientes muy graves con perfil TLP, Trauma y disociaciones. Necesidad de realizar frecuentes intervenciones en crisis, por la gravedad de la patología que atendemos, que requieren la participación de varios miembros del equipo y a su vez mantener la actividad programada del Hospital de Día (citas individuales, actividad grupal, ambiente terapéutico... En definitiva, que la atención al resto de pacientes que no se vea interrumpida por las crisis dado el escaso número de profesionales que somos).
- La ausencia de una de las psiquiatras (por vacaciones, libranzas, baja..) impide que la otra pueda ausentarse del H Día para participar en las actividades designadas: reuniones, actividades clínicas (grupos) y docentes (docencia MIR), etc...
- La presencia de un tercer facultativo (preferiblemente psicóloga clínica como en todos los H Día), permitiría aumentar número de plazas, completar e introducir nuevas prestaciones de actividades psicoterapéuticas (individuales, familiares y grupales), que no se están llevando a cabo en la actualidad:
 - o Aumento en el número de plazas de pacientes con TCA y Trastorno grave de la personalidad
 - o Elaborar un protocolo específico para TCA
 - o Intervención familiar:
 - Terapia familiar en algunos casos (actualmente se pueden realizar intervenciones familiares pero no una terapia familiar reglada, para la que es necesaria la presencia de dos terapeutas)
 - Realización de un grupo Multifamiliar, que sí se realiza en la mayoría de los H Día, para el que es necesaria la presencia de dos coterapeutas siempre (siendo dos facultativos es imposible ponerlo en marcha y mantener una continuidad)
 - o Realizar de forma regular el grupo de introducción a la mentalización (lo deseable es realizarlo periódicamente para hacer partícipes a los pacientes nuevos del modelo terapéutico con el que trabajamos. Este grupo se realiza con todos los pacientes a la vez, es muy numeroso, y requiere llevarlo en coterapia también y que el resto del equipo este disponible para atender las crisis que surgen)
 - o Posibilidad de realizar una valoración neuropsicológica tanto al ingreso como al alta dentro del proceso de evaluación pre y post de los pacientes. Esta actividad ha sido cubierta por residentes de psicología fuera del horario habitual de Hospital de Día, siendo incluida en sus horas de formación continuada (aunque no se hace en la actualidad) y se planteó incluirlo como una prueba más de la evaluación. Servía para detectar dificultades cognitivas de los pacientes y valorar el efecto del tto en Hospital de Día, ya que al comparar pre y post se veían mejorías en varias áreas.
 - o Posibilidad de realizar otras prestaciones intensivas parciales además de la actividad a tiempo completo del H Día:

- Grupos post alta que faciliten la continuidad del seguimiento en CSM y prevenir recaídas
- Aumentar la participación en el programa TAI desde el H Dia realizando otros grupos terapéuticos para pacientes de CSM además del grupo de TBM que se realiza actualmente.

12.3 Protocolo De Atención A La Salud Mental Perinatal: Servicio De Interconsulta Y Programas De Enlace Del Hospital Universitario Príncipe De Asturias (Hupa)2023

PROTOCOLO DE SALUD MENTAL PERINATAL

DOCUMENTO ORIGINAL	Fecha de creación:	Fecha última revisión
Protocolo de Salud Mental Perinatal		

AUTORÍA DE LA VERSIÓN	
Nombre y Apellidos.	Servicio / Unidad y/o Comisión / Comité
María Diéguez Porres	Psiquiatra Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental Hospital U. Príncipe de Asturias (HUPA)
Ana Madrigal Aguilera	Psicóloga Clínica Infanto Juvenil Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental HUPA
Ana Hernanz Vaquero	Psicóloga Clínica Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental HUPA
Lorena Velayos Jiménez	Psicóloga Clínica Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental HUPA
Soledad María Oñate Tejada	Ginecóloga Obstetra del HUPA
José Beceiro Mosquera	Pediatra Neonatólogo del Hospital U. Príncipe de Asturias

INDICE

- 1.-JUSTIFICACIÓN
2. OBJETIVOS
 - 2.1. GENERALES
 - 2.2. ESPECÍFICOS
3. POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA
4. ACTIVIDADES
 - 4.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES
 - 4.2 ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN
- 5.- AGENTES DEL PROGRAMA
- 6.- BIBIOGRAFÍA

1.- JUSTIFICACIÓN

El embarazo y el postparto, así como el periodo de búsqueda de gestación (especialmente si precisa procesos de reproducción asistida), son períodos de intensos cambios fisiológicos, hormonales, cognitivos y sociales que pueden suponer tanto el inicio como la descompensación de trastornos psiquiátricos previos. Se trata de periodos de vulnerabilidad para la mujer y su pareja.

Es por ello que se están elaborando cada vez más protocolos de intervención hospitalaria y ambulatoria destinados a organizar los recursos de los diferentes servicios implicados y destinados a prevenir y mejorar problemas de salud mental en madres, padres y bebés.

El Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) ofrece atención hospitalaria y ambulatoria en el ámbito obstétrico, pediátrico y neonatal. La unidad neonatal del HUPA tiene un nivel asistencial IIIA, lo que implica existencia de un área de UCIN y atención programada a RN con enfermedad grave y pretérminos a partir de 28 semanas de EG o 1000 g de peso. Dado el nivel de estrés emocional que puede conllevar para los padres asumir la paternidad en estas circunstancias, resulta esencial suministrar apoyo psicológico a aquellos que lo requieran y lo acepten voluntariamente.

Se entiende el estrés prenatal como cualquier malestar psicológico y/o ansiedad expresados por la mujer gestante. Este fenómeno tiene efectos sobre la salud materna (predisposición a trastornos mentales y preeclampsia), el desarrollo fetal (prematuridad y peso bajo al nacer), postnatal y en la vida adulta (Zhang y cols. 2013). Los progenitores masculinos también pueden presentar malestar psicológico en el periodo perinatal, si bien se han objetivado menos estudios que en el caso de las mujeres (Caparrós-González y cols., 2020). Este malestar en los varones presenta asimismo afectación sobre la salud paterna con predisposición a trastornos mentales (Eddy y cols., 2019; y Quevedo y cols., 2011), del neonato (problemas en el crecimiento cerebral, déficits en la maduración orbito-frontal de la corteza cerebral y alteraciones del sistema inmunológico del neonato), del hijo a largo plazo (mayor riesgo de suicidio infantil (Kim y Swain, 2007)) y de los vínculos familiares (Garfield y Isacco, 2009).

Los trastornos mentales perinatales se asocian a complicaciones en la gestación, en los resultados obstétricos, neonatales, en el vínculo de la diada madre-bebe y en el neurodesarrollo del bebé (Zhang y cols. 2013).

La morbilidad psiquiátrica en la mujer gestante se encuentra en torno al 25% (Vesga- López O y cols., 2008). La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes durante el embarazo, el 12% de las mujeres pueden tener una depresión y el 13% experimenta ansiedad en algún momento y, estas patologías también se pueden experimentar de manera conjunta. En periodo perinatal se pueden producir trastornos de ansiedad, como son el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno por estrés postraumático (TEPT)... y todos estos trastornos pueden coexistir con la depresión. La psicosis puede empezar o empeorar durante el embarazo y el puerperio. La psicosis postparto afecta a entre 1 y 2 por 1.000 púérperas y puede ocurrir en mujeres sin antecedentes psiquiátricos conocidos. La tasa de suicidio en los últimos 40 años se sitúa en el 0,3% en esta población (Vesga- López O 2008).

Un metaanálisis de 2010 (Paulson y cols., 2010) concluye que la depresión prenatal y posparto fue evidente en aproximadamente el 10% de los hombres en los estudios revisados y fue relativamente mayor en el período posparto de 3 a 6 meses. La depresión paterna también mostró una correlación positiva moderada con la depresión materna. En otro estudio se objetivó que la depresión postparto puede llegar a afectar hasta al 25% de los hombres tras el nacimiento de su bebé (Koch y cols., 2019).

La depresión postparto en padres se asocia con mala comunicación y dificultades con la pareja, aumento de agresividad, violencia de género y un aumento del consumo de sustancias de abuso (Eddy y cols., 2019). Asimismo, incrementa el riesgo mayor de suicidio en los padres, trastornos de ansiedad y episodios maníacos en comparación con padres sin depresión posparto (Quevedo y cols., 2011).

La depresión postparto se ha asociado con los siguientes factores de riesgo: historial psiquiátrico previo y con la falta de apoyo social, sobre todo. También se ha relacionado con recursos económicos o nivel bajo de educación; mala experiencia obstétrica, vivir en países menos desarrollados o con menores ingresos, y con la falta de sueño (Antúnez Ortigosa y cols., 2022). De esta forma, se puede intervenir desde salud mental y desde trabajo social para prevenir e intervenir.

La depresión en el embarazo no tratada disminuye la probabilidad de participar en la atención prenatal, se relaciona con una peor salud física, incrementa el riesgo de diabetes gestacional, parto prematuro y de bajo peso al nacer, de depresión posparto y de suicidio (Stein A 2014).

Los efectos adversos a largo plazo en los bebés cuyas madres padecen de depresión posparto han sido descritos en numerosas publicaciones (Grigoriadis S 2013). Los efectos epigenéticos del estrés y la depresión prenatales en el desarrollo fetal están cada vez más claros (Navaratne P 2016). Es lo que se ha llamado "programación fetal".

En 2014, se describe en el informe del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) que la valoración, la detección, el manejo y el tratamiento de los problemas y la patología mental de la mujer durante el embarazo y el puerperio son fundamentales para asegurar unos buenos resultados en salud tanto en la madre como en el bebé.

El tratamiento de la depresión perinatal en padres se ha asociado con la salud en la familia y en desarrollo del hijo: una gran implicación de los padres mejora el bienestar materno y afecta de manera positiva al desarrollo cognitivo y emocional infantil (Eddy y cols., 2019).

Las gestantes con esquizofrenia tienen un riesgo incrementado de complicaciones neonatales como la prematuridad, el bajo peso, el retraso de crecimiento intrauterino y la muerte perinatal dentro del primer año de vida. Estos riesgos pueden ser atribuidos tanto a la misma enfermedad como a factores ambientales asociados a la adversidad, como el consumo de tabaco y sustancias, la pobreza, la violencia machista o los déficits nutricionales (Stein A 2014).

El tabaquismo y el consumo de drogas y alcohol en el embarazo requieren también un abordaje desde la perspectiva psicológica y psiquiátrica. Las consecuencias del consumo de estas sustancias son muy claras en la actualidad y hay más riesgo de prematuridad y retraso de crecimiento intrauterino entre las mujeres consumidoras de estas sustancias. Se ha descrito también el síndrome alcohólico fetal (SAF) en los hijos de madres consumidoras de alcohol durante el embarazo (Inamdar AS 2015, Wendell AD 2013).

El cerebro materno se expone a un escenario neurohormonal durante el nacimiento que implica mecanismos específicos que subyacen a un estado alterado de conciencia que es críticamente sensible al medio ambiente. En este escenario, las experiencias perturbadoras durante el trabajo de parto y el nacimiento pueden quedar impresas en el cerebro materno, lo que podría facilitar la vulnerabilidad al TEPT (Trastorno de Estrés Post-Traumático). Los estudios sugieren que entre el 9 % y el 50 % de las mujeres tienen experiencias traumáticas durante el parto. Existen datos que estiman desde el 4% de las mujeres al 15%-19% van a desarrollar un TEPT después de experiencias traumáticas en el parto (Henriksen L, 2017, O'Donovan A.).

A principios de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaba una guía con las recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. En ella, entre las intervenciones relacionadas con la salud física, la nutrición y cuidado del bebe, mencionaba también intervenciones en la salud mental de la madre, recomendando exámenes de detección de depresión y ansiedad postparto, así como intervenciones psicosociales y psicológicas durante los periodos prenatal y postnatal a fin de prevenir ambos cuadros en el postparto.

Una de las dificultades en el abordaje de los problemas de salud mental es que suelen pasar desapercibidos y sin tratamiento en el embarazo y el posparto. Esto en ocasiones se asocia con temores de los profesionales a la indicación farmacológica sin conocimiento del coste-efectividad asociado. Si no se tratan los problemas de salud mental en la etapa perinatal, las mujeres y hombres pueden continuar teniendo síntomas, a veces durante muchos años, y estos también pueden afectar a sus bebés, al vínculo con ellos y también a otros miembros de la familia.

Por todo esto, se hace necesaria una intervención con un Programa de Salud Mental específico durante la etapa perinatal que permita detectar, evaluar, prestar atención y tratar los problemas de salud mental en las madres y padres durante la gestación y en el puerperio (hasta un año después del parto) y también en las mujeres con un trastorno mental que se están planteando un embarazo.

En este Protocolo consideramos Periodo perinatal:

Búsqueda de gestación

Embarazo

Parto

Postparto

Primera crianza (hasta 1 año del bebé)

2. OBJETIVOS

GENERALES

Detectar posibles problemas de salud mental y situaciones de vulnerabilidad psicosocial en el periodo perinatal.
Prevenir el desarrollo de psicopatología derivada de dificultades específicas de embarazo (ej, madres adolescentes, situaciones de negación del embarazo, situaciones de violencia de pareja, duelo perinatal, diagnósticos de enfermedades crónicas o severas de neonatos, etc)
Ofrecer asistencia integral y multidisciplinar a las pacientes atendidas en servicios de Ginecología, Obstetricia y Neonatos en relación a dificultades de salud mental en la perinatalidad.
Promover la competencia del personal sanitario en el conocimiento y manejo de los factores psicosociales asociados a los problemas en la perinatalidad y en su abordaje.

ESPECÍFICOS

Detectar problemas emocionales, relacionales o de salud mental implicados en la perinatalidad: preparto, periparto y postparto y primera crianza.
Diagnosticar y tratar de forma precisa y eficaz los trastornos de salud mental asociados a la etapa perinatal: trastornos reactivos, depresión postparto, psicosis puerperal, TEP postparto, etc
Detectar y abordar el sufrimiento derivado del duelo perinatal.
Detectar y ofrecer apoyo de salud mental en las complicaciones severas del embarazo.
Colaborar en la planificación del embarazo y realizar el seguimiento durante el embarazo y postparto de mujeres con trastorno mental conocidos, que mantienen seguimiento en los diferentes dispositivos de Salud Mental del AGCPSM del HUPA con especial atención a las pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave y TEP complejo.
Detectar a las madres víctimas de violencia de género y colaborar con los servicios de salud en la intervención integral que se requiera.
Ofrecer soporte psicológico a las mujeres y parejas con especial vulnerabilidad psicosocial.
Detectar a madres y padres con consumo de tóxicos para informarles de los riesgos en el feto, así como de los recursos específicos para abordar las adicciones.
Ofrecer formación específica a los equipos en los aspectos psicológicos y relacionales de las patologías en relación a la perinatalidad y su abordaje.

Favorecer coordinaciones multidisciplinares con los equipos de salud mental, ginecología y obstetricia, pediatría y neonatos, trabajo social, así como recursos específicos en el abordaje de abuso de tóxicos.

3. POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA

El programa va dirigido a mujeres y hombres en periodo perinatal (Búsqueda de gestación; Embarazo, Parto, Postparto, Primera crianza (hasta 1 año del bebé) **atendidas en Servicios de Ginecología y Obstetricia y Neonatología, del Hospital Príncipe de Asturias** en cualquier momento del proceso y en el ámbito ambulatorio u hospitalario. **Si la situación que requiere atención en el proceso de Perinatal es detectada entre los pacientes derivados al CSM o se detecta en la urgencia de psiquiatría y cumple los criterios de derivación, se tendrá en cuenta para la derivación que la paciente esté siguiendo su embarazo en los servicios del HUPA.**

Considerar:

Mujeres que muestran dificultades emocionales en el embarazo que afecten a su funcionalidad.

Mujeres que muestran dificultades emocionales en el embarazo que afecten a su evolución.

Mujeres con antecedentes de cuadros psiquiátricos severos asociados al embarazo o el postparto

Mujeres y hombres con pérdidas perinatales.

Mujeres que presenten dificultades emocionales que tengan repercusión o influencia en el proceso del parto y periparto.

Mujeres y hombres con dificultades emocionales asociadas al postparto y la primera crianza.

Mujeres en periodo perinatal que se encuentran recibiendo asistencia psiquiátrica o psicológica en otros recursos del área o fuera de ella.

Familias de recién nacidos (RN) neonatos con dificultades.

4. ACTIVIDADES

4.1.- **ACTIVIDADES ASISTENCIALES**

Ver ANEXO I.

4.1.1 Fase de detección y derivación

a) Agente de la derivación: profesionales del servicio de Obstetricia del HUPA, profesionales del servicio de Neonatología del HUPA y Profesionales de la red de Salud mental del HUPA.

b) Criterios de derivación

Pacientes derivados y **en seguimiento actual en el Servicio de Obstetricia y/o Reproducción Asistida del HUPA:**

Mujeres y hombres en búsqueda de gestación en las que se detecta malestar psicológico (asociado problemas de salud mental ya diagnosticados, experiencias de gestación previas traumáticas, proceso de fertilidad mediante técnicas de reproducción asistida...).

Mujeres y hombres en los que se considera beneficioso un apoyo psicológico en el proceso de embarazo y parto, según acuerdos con el servicio y previa derivación desde el Comité Perinatal.

Pacientes en situación de negación del embarazo con dificultades de adaptación o situaciones de parto imprevisto.

Mujeres y hombres con psicopatología activa asociada al embarazo y parto.

Mujeres que, por sus antecedentes psiquiátricos, su perfil emocional o su situación social, son especialmente vulnerables a la situación de embarazo y parto.

Mujeres con experiencias de parto traumático o historia de dificultades obstétricas severas.

Todas las mujeres y hombres con pérdida perinatal actual, estando las mujeres ingresadas en el HUPA tras el parto que aceptan la valoración por Salud Mental.

Mujeres y hombres en seguimiento en cualquier dispositivo ambulatorio de obstetricia o Salud Mental con pérdida perinatal reciente que acepten la valoración y abordaje específico del duelo perinatal por Salud Mental.

Mujeres y hombres en los que se detecta una disfuncionalidad familiar y/o de pareja que afecte al embarazo y/o la crianza.

Mujeres en proceso de perinatalidad en las que se detecta violencia en la pareja y no estén ya en contacto con los recursos específicos o cumplan criterios de trastorno mental.

Mujeres y hombres en proceso de perinatalidad que han sido objeto en el pasado de retirada de custodia.

Pacientes que solicitan atención psicológica en las que se objetiva algún tipo de malestar psicológico o circunstancia vital estresante actual o pasada en torno a la perinatalidad.

Embarazos en adolescentes.

Los profesionales de Obstetricia **no derivarán al programa de enlace de Salud Mental Perinatal a pacientes que, aun cumpliendo alguno de los criterios de derivación antes descritos, estén en la actualidad en seguimiento en los dispositivos ambulatorios de Salud Mental.** El seguimiento de estas pacientes será discutido en las reuniones de coordinación establecidas en este Protocolo.

RN neonatos con las siguientes situaciones:

RN con ingreso prolongado en Unidad Neonatal (RN grandes prematuros: menores de 32 semanas de EG; RN de muy bajo peso (peso RN inferior a 1500 g)

RN en situación de desamparo por circunstancias sociales siempre que la situación de la madre lo posibilite (Consumo de drogas de abuso; Circunstancias sociales o familiares desfavorables)

RN con patología malformativa, sindrómica o lesión cerebral, susceptible de generar algún tipo de discapacidad futura.

Asistencia y/o preparación en el duelo perinatal, ya sea previsto o sobrevenido

Asistencia a los padres ante la comunicación de cualquier información relacionada con enfermedad grave o previsión de evolución desfavorable

Apoyo en aquellos casos con alguna dificultad para establecer el vínculo o apego adecuado por parte de los progenitores.

Pacientes derivadas desde otros recursos de la Red de Salud mental.

Pacientes con diagnósticos previos al periodo perinatal actual deben estar incluidas en el proceso asistencial correspondiente del CSM. La atención en el proceso de SM perinatal se circunscribirá al periodo perinatal descrito en este protocolo y las necesidades propias de un aumento de la atención deben de ser formuladas específicamente para cada situación y serán complementarias a la atención en CSM tal como se establezca en el plan individualizado de tratamiento.

Se pueden derivar al proceso de SMP mujeres detectadas por el MAP que han sido derivadas al CSM de forma preferente (SCAE) en las que se cumplan todos los criterios anteriores.

Las derivaciones desde la Urgencia de psiquiatría han de cumplir los criterios de derivación. Cuando el diagnóstico o problema principal de la paciente sea un Trastorno mental severo, Trastorno de personalidad o Trastorno mental crónico, se derivará a la paciente inicialmente al CSM con la preferencia que corresponda y se consultará la derivación simultánea Proceso de SMP mediante las vías de coordinación habituales.

En el caso de pacientes derivados desde el Centro de Salud mental se deberá mantener una coordinación al inicio del seguimiento y al final de este, como mínimo.

- En el caso de las mujeres y/o familias en las que se objetiva **falta de soporte social o graves dificultades sociales** se debe considerar la derivación prioritaria a Trabajo social.
- Las **derivaciones dudosas** se discutirán personalmente con el profesional derivante (ext. 814036, 814236) o el equipo durante las reuniones de coordinación (Comité Perinatal).

c) Procedimiento

Derivaciones de pacientes ingresadas: PIC al servicio de Interconsulta de psiquiatría del HUPA especificando el criterio por el que se deriva al paciente y la prioridad.

Derivaciones al Programa de Enlace ambulatorio: Mediante PIC (hospitalario o ambulatorio) a las agendas de consultas externas del HUPA: PSANC3 (en el caso de adultos) o PSANIN (en el caso de Neonatos) donde se especifique el criterio por el que se deriva al paciente y la prioridad. Mediante volante de derivación del SCAE valorado previamente por el Coordinador del dispositivo que recibe la solicitud de Atención por parte del MAP.

Pacientes en tratamiento en el CSM u otros recursos de la Red de Salud mental. Mediante llamada telefónica directa a algunas de las profesionales del proceso de SMP del HUPA (ext. 814036, 814236)

4.1.2. Fase de evaluación

a) Plazo de respuesta

Tras la recepción de la demanda los plazos de respuesta serán:

Interconsulta hospitalaria:

- Interconsultas urgentes: en el momento inmediato.
- Interconsultas preferentes y normales: en el plazo de 24 horas

Programa de Enlace ambulatorio.

- Derivaciones Preferentes: Un máximo de 1 semana
- Derivaciones Normales: Un máximo de 1 mes

Situaciones que se consideren urgentes se comentarán telefónicamente (ext 814036 (Adultos) 814236 (Infantil)).

❖ La evaluación de pacientes nuevos ambulatorios se realizará los **martes** excepto situaciones urgentes que se atenderán en el momento y las revisiones se adaptarán individualmente a las necesidades del paciente y los familiares.

b) Lugar

La evaluación de pacientes ingresadas se realizará en la planta hospitalaria del ingreso.

La evaluación de pacientes nuevos ambulatorios se realizará en el **despacho de consultas externas de Psiquiatría**. Las citas se centralizarán en la **Secretaría de Psiquiatría** de la 4ª planta D (extensión 402523). Las entrevistas sucesivas se realizan en el **despacho de Interconsulta del Servicio de Psiquiatría** de la 4ª planta D o en las salas destinadas a intervenciones grupales.

4.1.3. Fase de tratamiento

Actividades

Consejo terapéutico

Psicoterapia individual

Tratamiento psiquiátrico

Terapia de pareja y/o de familia

Grupo psicoterapéutico específico

Grupo de duelo perinatal

Grupo de primera crianza

Entrenamiento en técnicas de relajación

Grupo de regulación emocional basada en Mindfulness

4.1.4. Alta y derivación

Al alta se entregará al paciente información sobre el diagnóstico (si procede) y las intervenciones realizadas así como con las recomendaciones terapéuticas y de seguimiento.

Lugar

Centro de Salud Mental

Pacientes que estaban en seguimiento previamente en CSM

Pacientes en las que durante la intervención en el Proceso de SMP se detecta un Trastorno mental grave, Trastorno de personalidad y trauma complejo y/o Trastorno mental crónico.

Centro de Atención Primaria

Pacientes que han sido dadas de alta tras la intervención en el proceso de SMP

Recursos comunitarios

Pacientes que han sido dadas de alta tras la intervención en el proceso de SMP pero se pueden beneficiar de otros recursos de apoyo

4.2.- ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN

Los diferentes profesionales de los servicios implicados en el programa de atención perinatal en los diferentes niveles del proceso mantendrán una actividad continua y reglada de coordinación con las siguientes características:

Se mantendrán contactos de coordinación entre el equipo de salud mental y el profesional derivante, al menos una al inicio del tratamiento por cada paciente y puntualmente según las incidencias.

Se llevarán a cabo reuniones periódicas con los profesionales de Obstetricia y Neonatología en el Comité Perinatal del HUPA con los siguientes objetivos:

Identificar situaciones de difícil manejo clínico debido a aspectos psicosociales y aprender estrategias de abordaje.

Identificar dificultades personales y/o institucionales en el ejercicio de la asistencia a los pacientes con dificultades en el periodo perinatal.

Detectar necesidades de recursos y promover su desarrollo.

Favorecer coordinaciones multidisciplinares convocando a las reuniones a los agentes pertinentes (por ej. Trabajo Social, CAID...).

Detectar problemas o dificultades en la aplicación del Protocolo.

5.- AGENTES DEL PROGRAMA

Profesional	Tarea
-------------	-------

<p>Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría de Enlace (a tiempo parcial: en la actualidad 10% de la jornada, necesidades estimada 30%)</p>	<p>Coordinación del programa Tratamiento psiquiátrico Tratamiento psicoterapéutico Participación en reuniones periódicas de coordinación</p>
<p>2 Psicólogas Clínicas del Servicio de Psiquiatría de Enlace de adultos (a tiempo parcial: en la actualidad 30% de la jornada, se estima que puedan aumentar las necesidades cuando el Proceso sea más conocido en el área)</p>	<p>Formación continuada (coordinación y docencia) Tratamiento psicoterapéutico Participación en reuniones periódicas de coordinación Formación continuada (coordinación y docencia)</p>
<p>Psicóloga Clínica del Servicio de Psiquiatría de Enlace de Infanto juvenil (a tiempo parcial: en la actualidad 30% de la jornada, se estima que puedan aumentar las necesidades cuando el Proceso sea más conocido en el área)</p>	<p>Coordinación del programa Tratamiento psicoterapéutico Participación en reuniones periódicas de coordinación Formación continuada (coordinación y docencia)</p>
<p>Residente de Psiquiatría Residente de Psicología Clínica</p>	<p>Actividad asistencial y docente supervisada</p>

6- ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Promover la formación específica en Salud mental Perinatal de los residentes de Psicología, Psiquiatría y Enfermería del área

Promover la formación específica en Salud mental Perinatal de los profesionales de Obstetricia y Pediatría

Poner en marcha y participar en proyectos de investigación en aspectos de Salud mental perinatal

6- BIBLIOGRAFIA

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 805–815. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>

Caffieri A, Gómez-Gómez I, Barquero-Jimenez C, De-Juan-Iglesias P, Margherita G, Motrico E. Global prevalence of perinatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: An umbrella review and meta-analytic synthesis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024 Feb;103(2):210-224. doi: 10.1111/aogs.14740. Epub 2023 Dec 19. PMID: 38113292 ; PMCID: PMC10823409.

Munk-Olsen T, Di Florio A, Madsen KB, Albiñana C, Mæggbæk ML, Bergink V, Frøkjær VG, Agerbo E, Vilhjálmsson BJ, Werge T, Nordentoft M, Hougaard DM, Børglum AD, Mors O, Mortensen PB, Liu X. Postpartum and non-postpartum depression: a population-based matched case-control study comparing polygenic risk scores for severe mental disorders. *Transl Psychiatry*. 2023 Nov 13;13(1):346. doi: 10.1038/s41398-023-02649-2. PMID: 37953300; PMCID: PMC10641081.

Zhang S, Ding Z, Liu H, Chen Z, Wu J, Zhang Y, Yu Y. *Obstet Gynecol Surv*. 2013 Dec. Association between mental stress and gestational hypertension/preeclampsia: a meta-analysis. 68(12):825-34.

Alan Stein, Rebecca M Pearson, Sherryl H Goodman, Elizabeth Rapa, Atif Rahman, Meaghan McCallum, Louise M Howard, Carmine M Pariante. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.

Candyce Hamel, Sophie Grigoriadis et col. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. DOI: 10.1186/s13643-018-0930-3.

Pathmila Navaratne, Xin Y Foo, Sailesh Kumar. Impact of a high Edinburgh Postnatal Depression Scale score on obstetric and perinatal outcomes. DOI: 10.1038/srep33544

Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961–1969. doi:10.1001/jama.2010.605

Caparrós-González, Rafael A., & Rodríguez-Muñoz, María de la Fe. (2020). Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. *Clínica y Salud*, 31(3), 161-163. Epub 02 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a10>

Quevedo, L., da Silva, R. A., Coelho, F., Pinheiro, K. A. T., Horta, B. L., Kapczinski, F. y Pinheiro, R. T. (2011). Risk of suicide and mixed episode in men in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 132, 243-246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.004>

Koch, S., De Pascalis, L., Vivian, F., Meurer Renner, A., Murray, L. y Arteché, A. (2019). Effects of male postpartum depression on father–infant interaction: The mediating role of face processing. *Infant Mental Health Journal*, 40, 263-276. <https://doi.org/10.1002/imhj.21769>

Kim, P. y Swain, J. E. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry*, 4, 35-47.

Eddy, B., Poll, V., Whiting, J. y Clevesy, M. (2019). Forgotten fathers: Postpartum depression in men. *Journal of Family Issues*, 40, 1001-1017. <https://doi.org/10.1177/2F0192513X19833111> [

Garfield, C. F. y Isacco, A. (2009). Urban fathers' role in maternal postpartum mental health. *Fathering*, 7, 286. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3149/fth.0703.286>

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. *Enferm. Cuid*. 2022;5(3):19-29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.

Aadil S Inamdar et col. Maternal Smokeless Tobacco Use in Pregnancy and Adverse Health Outcomes in Newborns: A Systematic Review. DOI: 10.1093/ntr/ntu255.

Andria D Wendell. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. DOI: 10.1097/GRF.0b013e31827feeb9

Sophie Grigoriadis , Emily H VonderPorten, Lana Mamisashvili, George Tomlinson, Cindy-Lee Dennis, Gideon Koren, Meir Steiner, Patricia Mousmanis, Amy Cheung, Kim Radford, Jovana Martinovic, Lori E Ross. 2013.

The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. DOI: 10.4088/JCP.12r07968

Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience: a mixed methods study. Midwifery. 2017; 51: 33– 39. doi:10.1016/j.midw.2017.05.004

O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. Midwifery. 2014; 30(8): 935– 941.

Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaba una guía con las recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240044074>

Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Apr. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines ID: NBK553127

ANEXO I

ANEXO I. Actividades asistenciales de detección, derivación, tratamiento y alta en pacientes con sufrimiento psíquico asociado a la perinatalidad.

