



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Mera Domínguez, Silvia; García Suárez, Dolores Cristina; Díaz Domínguez, María Isabel. Efectividad de la intervención domiciliaria de la Enfermera Especialista en Salud Mental en pacientes con Trastorno Mental Grave. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0615.php>

EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

AUTORAS:

Silvia Mera Domínguez, Dolores Cristina García Suárez, María Isabel Díaz Domínguez

CENTRO DE TRABAJO:

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla (España)

RESUMEN:

Justificación: Los pacientes con Trastorno mental grave (TMG), presentan una problemática muy compleja, que se caracteriza por las dificultades que surgen en el funcionamiento psicosocial y que les dificultan su integración en la comunidad. Con la intervención domiciliaria, los profesionales sanitarios ofreceremos todas las medidas terapéuticas y acciones necesarias para fomentar el afrontamiento y la adaptación, reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Pregunta de investigación: ¿Será efectiva la intervención domiciliaria aplicada por la enfermera especialista en salud mental a pacientes con trastorno mental grave?

Objetivo: Evaluar la efectividad de un Programa de Intervención Domiciliaria aplicado por la enfermera especialista, a pacientes con TMG que son dados de alta y que han tenido diversos reingresos a lo largo del último año.

Metodología: Se aplicará un diseño quasi-experimental con Grupo Experimental y Grupo Control y mediciones pre-post intervención.

Palabras claves: Intervención domiciliaria, Trastorno mental grave, Domicilio, Paciente psiquiátrico.

INTRODUCCIÓN:

El término de Persona con Trastorno Mental Grave (TMG) define un extenso y heterogéneo grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración que conlleva a un grado variable de discapacidad y disfunción social.¹

Con la llegada del siglo XX, se fue asentando las bases de la Reforma Psiquiátrica, en la cual se produjo la transición del modelo de atención manicomial hacia el modelo de intervención comunitario; pero el aumento de las tasas de ingresos y recaídas pronto puso de manifiesto que la atención en la comunidad era menos efectiva de lo que se había supuesto si no se contaba con planes o programas específicos para el seguimiento de este tipo de pacientes. De ahí que se empezaran a diseñar intervenciones que consistían en acompañar a la persona en su entorno o medio de vida, proponiéndole una relación de ayuda para superar las dificultades y sortear las barreras (internas y/o externas), que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social; asignando para ello un profesional o un equipo de profesionales que ayudarán al paciente con TMG a utilizar los recursos sanitarios, sociales y comunitarios.²

Es, precisamente, en el contexto del modelo de intervención comunitaria, donde se han desarrollado intervenciones terapéuticas, entre ellas los programas de atención enfermera domiciliaria, para propugnar la reinserción social del paciente mental.³

Según la definición del proceso asistencial integrado del trastorno mental grave publicado por la Junta de Andalucía, se entiende por TMG aquella persona que:⁴

1. Presenta una sintomatología de características psicóticas que:
 - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
 - Distorsiona la relación con los otros.
 - Supone o puede suponer riesgo para su vida.
 - Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal.
2. Necesita un abordaje complejo, incluyendo:
 - Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
 - Intervenciones sobre el medio social
 - Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.
3. Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

Hay estudios que demuestran que en torno a un 2,5-3% de personas de la población general adulta sufre trastornos mentales graves.⁵

Debido a que el TMG incluye varias patologías mentales, se han encontrado varios estudios referentes a algunas de esas patologías.

En un estudio Español se han estimado tasas de incidencia para el trastorno esquizofrénico de 0,13 a 0,19 por 1000 habitantes y, a diferencia de otros estudios no se detectaron diferencias por sexo.⁵

Finalmente es relevante recalcar la importancia de que las enfermedades mentales mostrarán un aumento significativo, que hacia el año 2020 se prevé que sea del 50% sobre los valores actuales de muerte e incapacidad precoz⁶

El cierre de los Psiquiátricos durante la reforma psiquiátricas y el número limitado de camas hospitalarias para personas con enfermedades mentales graves hace que cada vez más la atención se centre en la comunidad. Desarrollándose los Equipos Comunitarios de Salud Mental que mediante los cuales se ofertan una atención especializada a las personas en la comunidad y promueven la independencia de estas personas. Este modelo de atención reduce las tasas de ingresos en hospitales y evita muertes por suicidio con respecto a la asistencia convencional prestada.³

El problema comienza cuando muchos de estos pacientes con TMG, regresan a su domicilio procedente de los distintos dispositivos asistenciales de atención especializada como son la Unidad de hospitalización de salud mental y la Comunidad Terapéutica de salud mental permaneciendo en esta última hasta 2 y 3 años siendo la estancia máxima de 6 meses. Muchos de ellos, el único seguimiento que reciben tras el alta son, el acudir a las citas con los Equipos comunitarios de Salud Mental. Sin embargo, según mi experiencia alguna de estas citas, no se realizan en los intervalos de tiempo adecuados y la duración de estas, son escasas para abordar las dificultades de estos pacientes.

Por lo que finalmente estos pacientes se encuentran en sus domicilios, con un mínimo seguimiento y continuidad en sus cuidados Debido a las limitaciones, a la mayor vulnerabilidad al estrés, al déficit en sus habilidades, a las dificultades para la interacción social etc. no son capaces de adaptarse y de crear respuestas adaptativas ante situaciones de la vida cotidiana.² Es entonces cuando se producen el abandono tratamiento, la no integración en los dispositivos, la pérdida de relaciones sociales, el déficit en el autocuidado, los problemas sociofamiliares, el consumo de sustancias tóxicas etc. Todo estos acontecimientos repercuten en un aumento de recaídas y por consecuente el aumento de reingresos. Hay estudio que relacionan el número de reingresos con el incumplimiento terapéutico, presentando en torno al 55-60%⁷ Más de una cuarta parte de los ingresos múltiples, se deben al abandono o toma inadecuada del tratamiento.⁸ Otros estudios demuestran que los principales factores que causan las descompensaciones de la enfermedad en los pacientes son: las dificultades de adherencia al tratamiento farmacológico, la escasa vinculación a los centros de salud mental comunitarios y la baja conciencia de enfermedad. Como consecuencia de ello se da una disminución de la capacidad funcional, un deterioro en la calidad de vida, alteraciones en las habilidades sociales y un aumento de los reingresos.⁹

Según Linares Vallejo⁷ los reingresos psiquiátricos se deben tanto a los acontecimientos históricos (desinstitucionalización) como a cambios en la política sanitaria y a otras variables como mal cumplimiento terapéutico, conductas violentas, problemas sociofamiliares, etc.

Por otro lado hay estudios que ponen de manifiesto, que son las variables psicosociales, más que las clínicas los factores determinantes de los reingresos.¹⁰

De todo este razonamiento radica la importancia de la figura de la enfermera especialista en salud mental como el profesional sanitario que mediante la visita y cuidados en el domicilio, es capaz de detectar y abordar las dificultades que presenta el paciente tanto en su cuidado como en su rol social, instaurando un tratamiento rehabilitador que contemple diferentes aspectos para dotar a los pacientes de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para integrarse con éxito en la comunidad.¹¹ La visita domiciliaria ha

demostrado, la importancia no solo de la participación de la enfermera especialista sino también de la participación del sujeto en su proceso continuo de cuidado.¹²

Por todo lo mencionado con anterioridad se puede decir que la problemática tan compleja de estos pacientes pone de manifiesto, la necesidad de crear recursos intermedios entre la hospitalización y las unidades de salud mental comunitarias para este tipo de pacientes.¹

Dentro de estos recursos intermedios podemos mencionar, siguiendo la descripción de Mueser¹³ el programa de atención comunitaria tratamiento asertivo comunitario (TAC)

En este modelo se trabaja sobre las diferentes necesidades del individuo, recalcando la importancia de realizarlo "in vivo", en el entorno habitual del paciente.

- Necesidades básicas del individuo.
- Entrenamiento en habilidades de la vida diaria.
- Seguimiento del tratamiento.
- Apoyo y educación a la familia y el entorno que están implicados con el paciente.
- Trabajar sobre la conciencia de enfermedad.
- Evitar la rehospitalización

Analizando la eficacia, el TAC se muestra como el modelo más efectivo para la gestión de la atención en pacientes con TMG dentro de la comunidad, pudiendo ocasionar reducciones significativas de los costes sanitarios, reduciendo la hospitalización, y mejorando los resultados y la satisfacción de los pacientes.^{14,15}

HIPÓTESIS:

Hipótesis general

La intervención domiciliaria proporcionada a personas con TMG, influye positiva y significativamente en un aumento de conciencia y aceptación de la enfermedad.

Hipótesis específicas

La intervención domiciliaria proporcionada a personas con TMG, influye positiva y significativamente en la adherencia al tratamiento farmacológico.

La intervención domiciliaria proporcionada a personas con TMG, influye positiva y significativamente en la disminución de episodios recurrentes de la enfermedad.

La intervención domiciliaria proporcionada a personas con TMG, influye positiva y significativamente en un aumento de la autonomía y calidad de vida.

La intervención domiciliaria proporcionada a personas con TMG, influye positiva y significativamente en una disminución de reingresos.

OBJETIVOS:

Objetivo principal

Analizar la efectividad de un programa de atención domiciliaria proporcionado por la enfermera especialista en salud mental, a pacientes afectados de un TMG en cuanto al manejo y evolución de la enfermedad, la calidad de vida de los mismos y la disminución del número de reingresos.

Objetivos específicos

Evaluar si la intervención domiciliaria proporcionada por la enfermera especialista, aumenta la autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas con TMG.

Identificar si la intervención domiciliaria proporcionada por la enfermera especialista, disminuye el número de episodios recurrentes de la enfermedad en personas con TMG.

Medir si la intervención domiciliaria proporcionada por la enfermera especialista, disminuye la tasa de hospitalización de estos pacientes.

Conocer si la intervención domiciliaria proporcionada por la enfermera especialista, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con TMG.

Valorar si la intervención domiciliaria proporcionada por la enfermera especialista, mejora la calidad de vida de estos pacientes.

METODOLOGÍA:

1.-Ámbito de estudio:

El estudio se llevará a cabo en los centros de salud mental comunitaria del distrito sur y del distrito Guadalquivir del área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

El Hospital Universitario Virgen del Rocío es un complejo hospitalario público perteneciente a la Junta de Andalucía, con una población asignada de 875.331 habitantes de la cual el 73% de ella, pertenece a una zona urbana y el 27 % a una zona metropolitana. El programa desarrollado lo llevarán a cabo las enfermeras especialistas en Salud Mental de los centros de salud mental comunitarios.

2.-Diseño:

Estudio cuasi experimental, longitudinal y prospectivo.

3.-Población:

Pacientes atendidos en los centros de salud mental del distrito sur y del distrito Guadalquivir de la ciudad de Sevilla, que se encuentren incluidos en el proceso TMG, sin ningún apoyo familiar o social y que presenten una edad comprendida entre 40-65 años ya que en edades superiores el grado de autonomía se pierde.

4.-Criterios de inclusión:

- Edad que oscile entre 40-65 años.
- Pacientes incluidos en el proceso TMG.
- Carecer de cuidador en su domicilio habitual.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Haber realizado 2 o más hospitalizaciones en el último año.

- Ser autónomo

5.-Criterios de exclusión:

-Obtener una puntuación en la Escala de Barthel inferior a 60.

-No prestar el consentimiento informado.

-Presentar apoyo familiar.

6.-Muestra:

La muestra estará formada por 80 pacientes seleccionados según los criterios de inclusión/exclusión, de la cartera de clientes de cada uno de los dos centros contemplados en el estudio, de los cuales 40 pertenecerán a cada centro de salud mental descritos anteriormente. La selección de sujetos entre estas carteras de clientes se realizará, mediante un muestreo aleatorio simple a partir de los listados, mediante un generador de números disponible en www.biometria.com. Posteriormente de los 80 sujetos seleccionados por este método, se procederá a dividir en 2 grupos (control y experimental) mediante aleatorización simple nuevamente. El grupo experimental (GE) se corresponderá con el grupo perteneciente al centro de salud mental del distrito sur y el grupo control (GC) con el grupo perteneciente al centro de salud mental del distrito Guadalquivir y en ambos grupos se realizarán sus correspondientes mediciones pre y post intervención.

7- Variables y definición operativa

-*Variable independiente*: Programa de intervención domiciliaria aplicado por la enfermera especialista en salud mental. Este programa se llevará a cabo en el domicilio de los pacientes con TMG, con la finalidad de mejorar los principales factores que presentan este tipo de pacientes: alta frecuencia en el número de reingresos, la baja adherencia al tratamiento y el bajo nivel de afrontamiento ante diversos aspectos de la vida diaria.

Este programa tendrá una duración de 2 años durante los cuales, la enfermera especialista en salud mental, realizará una visita domiciliaria a la semana. Durante ese año en cada visita, se llevará a cabo el seguimiento del paciente y se trabajará con él, diversos aspectos.

Los aspectos sobre los que se van a trabajar en cada visita domiciliaria son:

- El fomento de las habilidades sociales en cuanto a normas de convivencia, comunicación básica, relaciones en grupo etc.
- Entrenamiento en habilidades específicas del conocimiento de la enfermedad (manejo de la medicación e importancia de su cumplimiento y control de síntomas)
- Entrenamiento en habilidades de autocuidados (higiene personal y vestido adecuado, cuidados de salud en enfermedades comunes, evitar conductas de riesgo sexual.
- Entrenamiento en intervenciones que potencien hábitos saludables (alimentación equilibrada, higiene del sueño adecuada, actividad y ejercicio)
- La identificación de problemas, ayuda en la creación de estrategias para una solución adecuada y práctica y manejo del estrés.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria (organización doméstica y limpieza de la vivienda; manejo del dinero, transporte y recursos de la comunidad).

- La prevención de recaídas: los factores asociados a la recaída con sus correspondientes síntomas previos, los factores protectores frente a la recaída y las pautas de actuación ante una recaída.

Se aplicaran las intervenciones bajo un plan de seguimiento programado para cada semana basándose en los objetivos específicos planteados.

-*Variables dependientes:*

1. Grado de autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Se define como las actividades que permiten a la persona la capacidad adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc.

Para medir el grado de autonomía para las actividades instrumentales de utilizaremos la Escala Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en la cual se Valoran 8 ítems y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia), <4 (dependencia severa), 4-7 (dependencia moderada) y 8 (independencia total).

La cumplimentación del cuestionario la realizará la enfermera. Dicha medición será llevada a cabo en ambos grupos (GE) y (GC) al inicio del programa, a los 6 meses y a los 3 meses de la finalización del mismo.

2. Calidad de vida: Este es un concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social.

Para medir la calidad de vida se utilizará la escala QLS (*Quality of Life Satisfaction*) de Heinrichs, Hanlon y Carpenter (1984) en su versión española. La QLS posee 21 ítems distribuidos en 4 factores: Relaciones interpersonales (F1), Rol instrumental (F2), Fundamentos intrapsíquicos (F3), Objetos comunes y actividades cotidianas (F4). Los rangos de los factores son: F1 de 0 a 48; F2 de 0 a 24; F3 de 0 a 42; y F4 de 0 a 12. A mayor puntuación mayor calidad de vida.

La calidad de vida, será medida por la enfermera especialista. Dicha medición será llevada a cabo en ambos grupos (GE) y (GC) al inicio del programa, a los 6 meses y a los 3 meses de la finalización del mismo.

3. Recaídas/Reingresos: Las recaídas se operativizarán a partir de dos valores: el número de días del reingreso y el número de reingresos en el hospital.

Para medir el número de reingresos, se utilizara los datos estadísticos proporcionados por la unidad de hospitalización.

Dicha medición la realizará la enfermera, antes de aplicar el programa, al finalizar el programa y a los 3 meses de finalizar el mismo, realizándose estas medidas en ambos grupos (GE) y (GC).

4. Adherencia al tratamiento: Se define como la aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento siguiendo las

prescripciones medicas mediante la participación activa del paciente y con la aceptación voluntaria del tratamiento.

Para medir la adherencia al tratamiento se utilizará la Escala DAI (Drug Attitude Inventory) de Hogan (1998) en su versión de 10 ítems (DAI-10).

La escala consta de 10 ítems en los cuales el paciente responderá entre verdadero (2 puntos) y falso (1 punto). La puntuación total oscila entre 10 y 20, pero no existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más potente y, por tanto, mayor adherencia al tratamiento.

Dicha medición, la realizará la enfermera especialista en ambos grupos (GE) y (GC) al inicio del programa, a los 6 meses y a los 3 meses de la finalización.

- Cuadro de variables

<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Valor</i>
Edad	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Categórica/ dicotómica	Hombre/ Mujer
Tipo de diagnostico	Categórica/ nominal	Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, etc.
Nº de recaídas	Cuantitativa discreta	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Nº de hospitalizaciones	Cuantitativa discreta	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Calidad de vida	Categórica/ policotómica	Escala QLS
Adherencia al Tratamiento	Categórica/ policotómica	Escala DAI-10
Nivel de autonomía AIVD	Categórica/ policotómica	Escala Lawton y Brody

Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo en el domicilio del paciente, proporcionando un ambiente apropiado para facilitar la relación terapéutica. El profesional obtendrá la información directamente de los pacientes que se van a someter al estudio, consiguiéndola a través de los métodos observacionales, las entrevistas y cuestionarios. Los datos se plasmarán en un cuaderno junto con las hojas de registros, cuestionarios, valoraciones, etc. individualizado para cada paciente. Toda la información obtenida formará parte de una base de datos única que poseerá la enfermera especialista en salud mental.

Análisis de datos

1.1 Análisis descriptivo:

Primero se realizará una depuración de las bases de datos para detectar observaciones aberrantes. Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos.

Posteriormente se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza si precisan, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán

globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se representará gráficamente según el tipo de información (cuantitativa/cualitativa).

1.2 Análisis inferencial:

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student. Para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas).

Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre las variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0.05$

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Limitaciones del estudio

- Abandono del programa una vez iniciado. Este hecho se solventará con la estimación de pérdidas establecidas en el cálculo de tamaño muestral.
- Imposibilidad de realizar el estudio con la técnica de doble ciego, ya que el equipo investigador conocerá qué sujetos forman parte del grupo control y del experimental.

PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

El paciente con TMG, es una persona con innumerables riesgos psicosociales. Estos pacientes presentan una problemática muy compleja, no solo por la psicopatología que los caracteriza sino por las dificultades en el funcionamiento psicosocial que presentan y que les dificultan su integración en la comunidad. Por estas circunstancias viene produciéndose lo que algunos autores denominan “el fenómeno de la puerta giratoria” que hace referencia a las frecuentes hospitalizaciones que sufren estos pacientes.

Con la intervención domiciliaria, los profesionales sanitarios apoyaremos e intentaremos disminuir la explotación de los recursos sanitarios, generados por las continuas hospitalizaciones de estos pacientes. De manera que les ofreceremos todas las medidas terapéuticas y acciones necesarias para propiciar un ambiente favorable, reducir el estrés, fomentar la adaptación y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Y por consiguiente podríamos obtener un descenso de los reintrosos.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:

El proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario Virgen del Rocío, y se ha desarrollado siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008),

incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluyeron en el mismo. Se adjunta modelo de consentimiento informado como ANEXO N^a 1.

DURACIÓN DEL ESTUDIO / CRONOGRAMA:

Las actividades a realizar son las siguientes:

Actividad 1.- (3 meses)

- Información sobre el proyecto
- Presentación del estudio y del cronograma.
- Distribución de actividades

Actividad 2.- (5 meses)

- Captación y recogida de datos de los sujetos sometidos al estudio.
- Elaboración de una base de datos.
- Diseño, reparto y puesta en marcha.
- Preparación de los grupos.

Actividad 3.- (12 meses)

- Inicio del programa de investigación.
- Reuniones para seguimiento del protocolo.

Actividad 4.- (4 meses)

- Análisis de los datos.
- Obtención de resultados y conclusiones.
- Publicación del estudio en revistas científicas.

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
AÑO1												
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
AÑO 2												
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

PRESUPUESTO SOLICITADO:

CONCEPTOS	PRESUPUESTO		
	AÑO 1	AÑO 2	TOTAL
<i>Equipamiento::</i> Ordenadores portátiles. Impresora color.	2000€ 500€		2700€
Material fungible	700€	700€	1400€
<i>Material bibliográfico:</i> Bibliografía referente TMG. Bibliografía cuidados enfermería,	1000€	500€	1500€
<i>Personal:</i> Personal que desarrolla el programa.	2000€	2000€	4000€
Viajes y dietas	500€	500€ 1000€	2000€
Formación y difusión.		500€	500€
Gastos de contratación de servicios	1500 €	500€	2000€
			14100€

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Vila Pillado L, Area Carracedo R, Ferro Iglesias V, Gonzalez Domínguez-Viguera L, Justo Alonso A, Suárez Sueiro MJ, et al. Trastorno Mental Severo. TOG 2007; (5): 52.
- 2 Alonso Villar P, Puime Miguez M. Modelos de intervención comunitaria: El equipo de continuidad de cuidados de Vigo. Rev Presencia 2009 jul-dic, 5(10). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n10/p7211.php>> Consultado el 20-10-2010
- 3 Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Consultado el 11-01-2011.
- 4 Del Río Noriega F, Aguilera Prieto D, Caballos Gutiérrez C, Carmona Calvo J, Chinchilla Marín A, Eudoxia Gay P, et al. Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado. Sevilla: Junta de Andalucía. Conserjería de salud; 2006.
- 5 Gómez Beneyto M. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 6 Bielsa García I, De Casas Albendea S, Cledera Asensio D, Lamas Gallego N, López Gonzalo JA, Maganto García A. Epidemiología de los problemas de Salud Mental. Metas de Enfermería. 2003, feb; 6(1): 12-16.
- 7 García-Valdecasas Campelo J, Vega Dávila D, Vispe Astola A, Rodríguez M, González de Noguera C. Estudio descriptivo de

- reingresos en una Unidad de Internamiento Breve en la zona sur de Gran Canaria. *Psiquiatria.com*. 2004, dic; 8(4)
- 8 Pedreño Aznar MA, Almela Bernal J, Pernas Barahona A. Intervenciones enfermeras en el reingresador psiquiátrico. *Metas de Enferm* dic 2005/ene 2006; 8(10): 64-67.
 - 9 García I, Sánchez E, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chávez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999; 27: 211-6.
 - 10 Estévez Guerra GJ, Marrero Medina CD, López Hernández O, Santana Perera R. ¿Qué conduce a la rápida rehospitalización de los pacientes psiquiátricos?. *Enfermería Científica*. 2001, may-jun; 230-231:35-41.
 - 11 Bleda García F, Arias Núñez E, Balaguer Solé Yolanda, Granero Lázaro A. Intervención de Enfermería en la rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico. *Metas de Enfermería*. 2005, abr; 8(3): 28-32.
 - 12 Rosane Mara Pontes de Loyola O, Douat CM. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado em enfermagem. *Anna Nery Rev. Enferm*. 2006;10(4):645-651.
 - 13 Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004; 24 (92):29-34.
 - 14 Romero Ruiz A. Un buen manejo del paciente con trastorno mental severo reduce los ingresos hospitalarios. El manejo intensivo de casos. *Evidentia*. 2008; may-jun; 5(21).
 - 15 Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Consultado el 9-02-2011.

