



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

Cómo citar este documento

Fernández Parrado, Carmen; Zahíno López, Vanessa. Proyecto de gestión de una unidad de hospitalización de Salud Mental. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(2).
Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0651.php>

GESTIÓN Y LIDERAZGO DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE GESTION DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE SALUD MENTAL

2011

Carmen Fernández Parrado

Vanessa Zahíno López

ÍNDICE

1. Introducción

2. Ámbito de actuación

3. Planificación

3.1. Plan Integral de Salud Mental (PISMA)

3.2. Análisis de las expectativas

3.3. Estrategias de mejora en el área de los cuidados de enfermería

3.4. Análisis DAFO

3.5. Priorización de los objetivos

3.6. Calendario de actividades

4. Organización

4.1. Contrato de Gestión Anual de USMHG

4.1.1. Misión

4.1.2. Líneas estratégicas de la unidad

4.1.3. Cartera de clientes

4.1.4. Cartera de servicios

4.1.5. Funciones de la unidad de hospitalización

4.1.6. Previsión de la actividad asistencial

4.1.7. Recursos humanos y materiales

4.1.8. Programas de apoyo a la mejora de la unidad

5. Coordinación

5.1. Comunicación e información

5.2. Plan de formación continua

5.3. Gestión por competencias

5.4. Sistema de incentivación

6. Control

6.1. *Ciclo PDCA*

7. Referencias Bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

En una conferencia¹ en Granada, Pablo Lázaro y de Mercado explicaba la motivación profesional mediante el modelo antropológico humanista.

En éste modelo la estructura motivacional del individuo se divide en:

- Motivación extrínseca. Con la motivación extrínseca procuramos ganar dinero.
- Motivación intrínseca. Con la motivación intrínseca pretendemos progresar en el conocimiento.
- Motivación trascendental. Con la motivación trascendental aspiramos producir bienestar a terceras personas.

De esta forma se explica qué nos mueve, qué nos impulsa a la hora de implicarnos en una actividad de nuestra vida.

De la misma manera, la organización ofrece una estructura compensatoria.

- Extrínseca: ofrece un salario.
- Intrínseca: las características del trabajo permite el desarrollo intelectual.
- Trascendental: los valores de la organización.

De la relación de ambas estructuras surge un compromiso que se traduce en nuevos modelos de gestión, que aportan a la práctica profesional una mirada y una forma de actuar distinta².

El Plan de Calidad de la Consejería de Salud sitúa al ciudadano como eje central del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) e incorpora una concepción integral del concepto de calidad, enfocándola sobre el elemento nuclear del sistema sanitario: el proceso asistencial.

El Proceso asistencial se entiende, desde la perspectiva del ciudadano, como el conjunto de elementos clínicos y organizativos que se encadenan de manera secuencial y coherente para satisfacer sus necesidades sanitarias².

¹ Conferencia en el Encuentro de Unidades de Gestión Clínica en Granada, 3 de Marzo de 2005

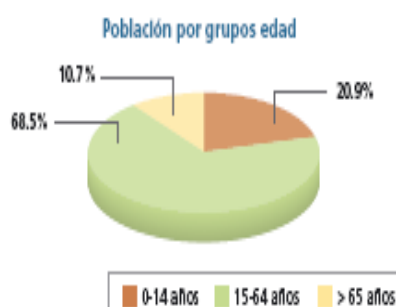
Por ello, el objetivo principal de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental es la atención, promoción y prevención de los trastornos de Salud Mental del Área Sanitaria, desde una concepción integral y comunitaria, prestando apoyo y colaboración a los distintos niveles de Atención Sanitaria y colaborando con otros dispositivos e Instituciones no sanitarios, servicios sociales, educativos, judiciales, orientados al ciudadano, en base al respeto a sus derechos y la atención de sus necesidades en el marco que la constitución expresa.

2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

El Área está situada en la zona sur de la Provincia. Cubre una superficie de 3.580 Km².

Atiende a la población del distrito Sur. En total la población atendida es de 356.318 habitantes pertenecientes a las comarcas de la Campiña, la Sierra Sur y la Vega del Guadalquivir, así como pueblos de área metropolitana de Sevilla.

Son elementos a tener en cuenta: la creciente tasa de inmigración y el elevado consumo de tóxicos, las situaciones diversas de desarraigo social y la dispersión geográfica, lo que hace especialmente vulnerable a la población que atendemos en relación a los problemas de Salud Mental.



Dentro de este marco se encuentra la Unidad de Salud Mental del Hospital General (USMHG). La urgencia psiquiátrica es aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos, son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo o su entorno. Se tratan de situaciones de desequilibrio entre la

persona y su entorno, donde se produce un fracaso tanto de las capacidades adaptativas del sujeto, como de la eficacia de la ayuda familiar o social.

3. PLANIFICACIÓN

3.1. *Plan Integral de Salud Mental (PISMA)*

En el **III Plan Andaluz de Salud** (2003-2008)², en su objetivo número 17, se incluye la elaboración y desarrollo del Plan andaluz de salud mental, que se instrumentaliza en el primer PISMA (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007)³, seguido por el **II PISMA** (2008-2012)⁴ vigente en la actualidad.

El citado Plan pretende ser un marco de referencia para que en los próximos años continúen las mejoras en la cobertura y la calidad de la atención a los problemas de salud mental de la población andaluza, con los siguientes objetivos:

1. Promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad en la población de Andalucía.
2. Fomentar hábitos de vida saludables en las personas con enfermedad mental y, especialmente, en quienes padecen trastorno mental grave.
3. Reducir las desigualdades que, por condicionantes geográficos, socioeconómicos o de género, se producen en la atención a personas con problemas de salud mental.
4. Mejorar la calidad de la atención sanitaria y de apoyo social a las personas con enfermedad mental y a quienes proveen sus cuidados, garantizando la continuidad asistencial y una atención humanizada.
5. Desarrollar unos sistemas de información que permitan conocer la magnitud de los problemas de salud mental y la calidad de la atención prestada, para evaluar y planificar mejores servicios.

6. Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de su entorno, y procurar que puedan ejercer los derechos que como ciudadanos y ciudadanas les corresponden.
7. Fomentar una mayor sensibilización social que contribuya a reducir el estigma de la enfermedad mental.
8. Fomentar la participación activa de colectivos de pacientes, familiares, profesionales y agentes comunitarios en cada una de las fases de desarrollo del Plan.

Objetivos a tener en cuenta y que serán las bases del Proyecto de Gestión para la unidad de hospitalización, junto a los objetivos de la Unidad de Gestión Clínica del Área y las directrices de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados a través de la Dirección de Enfermería. Pasando por incluir las necesidades detectadas en el análisis DAFO, y los objetivos consensuados del Contrato Programa.

3.2. Análisis de expectativas

Para cualquier acción en planificación sanitaria, y teniendo en cuenta la **opinión de los clientes-pacientes, clientes-profesionales**, como elemento central de calidad, se hace necesario un análisis de las expectativas.

A continuación se presentan expectativas procedentes de dos grupos focales realizados por la Escuela Andaluza de Salud Pública⁵. Un grupo focal con pacientes de Trastorno Mental Grave (Incluidos en el Proceso TMG), cuyas patologías eran, fundamentalmente, esquizofrenia y psicosis afectivas, de edades comprendidas entre los 28 y 48 años, procedentes de diferentes provincias andaluzas y un grupo focal, realizado también por la EASP, con familiares de pacientes con TMG que participan activamente en asociaciones de familiares.

Las expectativas se han agrupado por dimensiones de calidad percibida, según el modelo SERVQUAL.

Con los siguientes resultados:

La opinión general sobre la atención a la salud mental es buena en su conjunto. Las valoraciones más positivas las realizan las personas con trastorno mental y sus familiares, así como los profesionales de otros sectores implicados. La opinión de los profesionales sanitarios es más crítica al respecto, calificando la atención a la salud mental como desigual.

Usuarios y sus familiares

- Mejor accesibilidad geográfica y flexibilidad horaria de los servicios
- Mayor dotación de recursos materiales en los distintos dispositivos
- Acceso al psiquiatra o psicólogo para la atención del Trastorno Mental

Común

- Eliminar las barreras que viven los familiares en los momentos de crisis del paciente con TMG
- Mejora de la atención recibida en las unidades de agudos
- Aumento de actuaciones de prevención
- A los profesionales de salud mental del SSPA se les reconoce vocación, dedicación y empeño. El trato y otros aspectos cualitativos son evaluados como buenos, pero mejorable desde el punto de vista de la escucha al paciente y la información
- Con relación a los recursos de apoyo social, las opiniones de los familiares son divergentes. Por su parte, las personas con TMG, tienen una valoración positiva de los servicios a los que acceden a través de FAISEM (Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental).

Profesionales del SSPA

- Incremento de especialistas
- Aumento del tiempo para la asistencia
- Prioridad en la asistencia a las personas con un trastorno mental grave
- Homogeneidad de la cartera de servicios en salud mental en la Comunidad Autónoma
- Aplicación general de protocolos de tratamiento
- Formación continua y especializada

- Recursos residenciales específicos para pacientes mentales crónicos que requieren ingresos reiterados e involuntarios

Profesionales intersectoriales

- Mejora de la accesibilidad a los servicios de salud mental
- Prestaciones a las personas con discapacidad intelectual
- Reforzamiento de la atención a patologías no graves
- Insuficiencia de los recursos de apoyo social, considerando urgente ampliar los servicios residenciales existentes y crear otros dirigidos a colectivos específicos (adolescentes, pacientes con patologías específicas, personas “sin techo”, etc.).

Expectativas a tener en cuenta en la formulación de estrategias de atención a las personas con Trastornos Mentales en el Área.

3.3. Estrategias de mejora en el área de los cuidados de salud mental^{6,10}

La Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados⁶, de los Servicios Centrales del SAS, ha impulsado una serie de medidas al objeto de mejorar la práctica clínica de Enfermeras, Auxiliares y Terapeutas Ocupacionales, así como mejorar la coordinación (interniveles, interdispositivos e intersectores) para ofrecer cuidados de calidad a las personas con Trastornos Mentales.

Estas líneas estratégicas, son:

a- Personalización.- Se apuesta por la implantación de un modelo de trabajo basado en la asignación de una enfermera y una Auxiliar referente a cada paciente y su familia en los diferentes dispositivos y unidades de salud mental.

El Objetivo es la provisión de un cuidado individualizado e integral centrado en la persona, y no en la tarea.

Resultados de la Personalización:

- Mejora la seguridad y satisfacción del paciente

- Incrementa la satisfacción laboral de las enfermeras
- Las enfermeras sienten que pueden efectuar juicios sobre sus pacientes
- Se define claramente el papel de la enfermera
- La enfermera tiene un sentimiento de implicación con el paciente
- Las enfermeras se sienten más seguras en su función profesional
- Se intensifica la continuidad de cuidados
- Menor nº de quejas.
- Mejora de la relación enfermera-paciente
- Mejora la comprensión y resolución de problemas del paciente por el conocimiento que se tiene de él

En las Unidades de Hospitalización la Enfermera referente será la responsable de la elaboración del Plan de Cuidados, su seguimiento y el Informe de Continuidad de Cuidados. La enfermera responsable no siempre estará presente en la Unidad, por lo que el resto de las enfermeras se convierten en Enfermeras colaboradoras.

b- Continuidad de Cuidados.- Para la mejora de la continuidad de cuidados se han puesto en marcha, entre otras medidas, las *Comisiones de Cuidados de Área*.

La Comisión de Cuidados del Área, integrada por enfermeras de ambos niveles asistenciales y de diferente ámbito de responsabilidad se incorporan al organigrama funcional de los centros un elemento que va a permitir trabajar para favorecer la continuidad asistencial.

La Comisión de Cuidados del Área trabaja para organizar el intercambio efectivo de información que requiere la continuidad de cuidados de enfermería entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales, ofreciendo instrumentos que faciliten el flujo de información interniveles y favorezcan la mejora de la práctica clínica de las enfermeras. De esta manera se minimizan las duplicidades, omisiones y contradicciones en la transmisión de la información de las enfermeras de ambos niveles asistenciales.

Un elemento fundamental a trabajar en el seno de la Comisión de Cuidados del Área es el *Informe de Continuidad de Cuidados* como herramienta de intercambio de

información entre las enfermeras de ambos niveles de atención. El informe de Continuidad de Cuidados es un documento con carácter bidireccional, ya que aunque es especialmente necesario al alta hospitalaria, también deberá emitirse en aquellos casos en que la enfermera de referencia del Equipo de Salud Mental de Distrito, Hospital de Día o Comunidad Terapéutica o enfermera comunitaria de enlace lo considere necesario por la situación que presente el paciente y cuando se conozca el ingreso de éste.

3.4. Análisis interno: debilidades y fortalezas. Análisis del entorno: amenazas y oportunidades

Para determinar nuestra situación de partida se llevó a cabo un Análisis del Entorno interno y externo de la unidad para identificar su posición como organización, tanto de las características externas y factores de que pueden contribuir al éxito, como las habilidades y restricciones que contamos en el ámbito interno.

Matriz DAFO de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental XX (USMHG)

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de autonomía en la gestión de los RRHH, con dificultades para la obtención de profesionales con perfiles predefinidos. 2. Déficit de actuaciones de prevención y detección de enfermedades de salud mental. 3. Escasa actividad de investigación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situación geográfica dispersa del cliente dificultando la accesibilidad y la equidad. 2. Crisis económica que puede afectar a los presupuestos del área. 3. Estigma social de la enfermedad mental en los medios de comunicación y en la sociedad. 4. Alta tasa de inmigración. 5. Aumento de enfermedades mentales en drogodependencias. 6. Población cada vez con más esperanza de vida lo que incluye demencias y trastornos de conductas

en edades avanzadas.

Desconocimiento y actitudes negativas (estigma) hacia los enfermos mentales en la propia red sanitaria, repercutiendo en sus procesos de salud/enfermedad.

FORTALEZAS

1. Buena Comunicación y coordinación entre Aéreas, Dispositivos de Salud Mental, distintos niveles de actuación, asociaciones de familiares, servicios sociales y justicia.
2. Visión de equipo de los profesionales.
3. Valoración positiva de las actividades de formación continuada.
4. Convenio Docente Asistencial.
5. Reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias.
6. Cartera de servicios bien definida y consensuada.
7. Buena valoración de los servicios prestados de un amplio número de pacientes y familiares por la buena implantación y buen resultado del PIP (plan integral del paciente), asegurando la continuidad de cuidados entre dispositivos y la vinculación terapéutica del paciente y familiares en TMG.

OPORTUNIDADES

1. Presencia e influencia en el ámbito universitario.
2. Implicación de las autoridades Sanitarias en la salud mental.

De este análisis se deriva:

La necesidad de apostar por programas de prevención y promoción de la salud mental, haciendo especial hincapié en determinados colectivos en riesgo o situación de exclusión social que están en condiciones de desigualdad y presentan mayor vulnerabilidad para padecer trastornos mentales como drogodependencia, inmigración.

La necesidad de una evaluación periódica de afluencia y necesidades de pacientes para poder adaptar los recursos a la demanda.

La necesidad de mejorar el acceso a los recursos con la finalidad de homogenizar la equidad en el área.

La necesidad de seguir avanzando en la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental, con consecuencias muy negativas para su proceso de recuperación.

La necesidad de aumentar la investigación activa y la calidad científica.

La necesidad de avanzar e insistir en el cambio del modelo de contratación del personal para mejorar la atención de los usuarios y aumentar su valor de calidad.

De acuerdo con todo lo anterior los objetivos de la unidad para los próximos 4 años son:

- Promover la salud mental a través de medios de comunicación e instituciones y asociaciones relacionadas con la unidad y prevenir la aparición de la enfermedad mental.

- Fomentar hábitos de vida saludables en las personas con enfermedad mental que ingresan en la unidad y, especialmente, en quienes padecen un trastorno mental grave.
- Reducir las desigualdades que, por condicionantes geográficos, socioeconómicos o de género, se producen en la atención a personas con problemas de salud mental.
- Mejorar la calidad de la atención sanitaria y de apoyo social a las personas con enfermedad mental y a quienes proveen sus cuidados, garantizando la accesibilidad, la continuidad asistencial y una atención humanizada y especializada.
- Fomentar la utilización en la práctica clínica de métodos basados en la evidencia científica.
- Promover e incentivar la investigación científica.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de su entorno, y velar por el cumplimiento de sus derechos en todo el hospital, así como fomentar una mayor sensibilización social que contribuya a reducir el estigma de la enfermedad mental y Promover un mayor conocimiento y sensibilización de los profesionales respecto al enfermo mental desde el ámbito universitario.
- Adaptar el plan estratégico a la nueva situación económica y cumplir objetivos de la mejor forma posible y con eficiencia.
- Valoración de las necesidades de los pacientes para ir adaptando la oferta de servicios.

3.5. Priorización de los objetivos a medio plazo (2 años)

Objetivo 1.- Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad andaluza.

Objetivo 2.- Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como la de sus allegados.

Objetivo 3.- Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.

Objetivo 4.- Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.

Objetivo 5.- Potenciar el conocimiento -formación e investigación- de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

3.6. Calendario de actividades

Para poder garantizar unos resultados acordes con lo planificado seguiremos el siguiente calendario de actividades:

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

MES 1	<ul style="list-style-type: none">- Reunión semestral de equipo para determinar las necesidades de los pacientes y adaptar la oferta a la demanda.- Taller de búsqueda de Evidencia científica e incentivación a la investigación.
MES 2	Reunión de equipo: <ul style="list-style-type: none">- Elaborar el Plan de Acción para promocionar la salud Mental a través de medios de comunicación e instituciones relacionadas con la unidad.- Elaborar Plan de Trabajo para la sensibilización social y profesional respecto a la enfermedad mental para disminuir el estigma a través de la universidad, medios de comunicación e instituciones relacionadas con la

	unidad.
MES 3	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión de Equipo para comunicar la estrategia sobre motivación del personal e incentivación de la unidad. - Comunicar el Programa de Cursos de Formación.
MES 4	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación trimestral nº de valoraciones al ingreso, plan de cuidados, estancia media, reingresos, satisfacción de los usuarios y familiares.
MES 5	<ul style="list-style-type: none"> - Taller de metodología científica en cuidados enfermeros e incentivación a la investigación.
MES 6	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión con los dispositivos del área y enfermera de enlace para potenciar la colaboración, la coordinación y la continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento en ambos niveles.
MES 7	<p>Reunión equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estado de los objetivos marcados y detectar posibles variaciones o desviaciones del plan de trabajo. Revisar las necesidades de los pacientes y adaptar la oferta a la demanda. - Evaluación trimestral nº de valoraciones al ingreso, plan de cuidados, estancia media, reingresos, satisfacción de los usuarios y familiares.
MES 8	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de los cursos de formación y la motivación y satisfacción de los profesionales.
MES 9	<ul style="list-style-type: none"> - Taller de búsqueda de Evidencia científica.
MES 10	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación trimestral nº de valoraciones al ingreso, plan de cuidados, estancia media, reingresos, satisfacción de los usuarios y familiares.
MES 11	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión con los dispositivos del área y enfermera de enlace para potenciar la colaboración, la coordinación y la continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento en ambos niveles.
MES 12	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de los cursos de formación y la motivación y satisfacción de los profesionales. - -

4. ORGANIZACIÓN

4.1. Contrato de Gestión Anual de USMHG (Unidad de Salud Mental Hospital General)

4.1.1. Misión.

Prestar cuidados integrales, personalizados y de calidad a los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y a sus familiares, brindándoles una atención integral, personalizada y continua, con el objetivo fundamental de ayudar en la recuperación y estabilización mental del paciente, asegurar la protección y contribuir al bienestar proporcionando una prestación de servicios humanizados, identificando la capacidad de respuesta humana de las personas que padecen una enfermedad mental y sus familiares y planificando las intervenciones a través de las cuales se alcancen óptimos niveles de autonomía e independencia y por tanto de calidad de vida a través de la eficiente utilización de los recursos y la generación y gestión del conocimiento científico.

Algunos de los valores que nos guían están orientados a promocionar un ambiente seguro y acogedor que minimice los posibles riesgos de su proceso de hospitalización; la configuración de los elementos del medio para el logro de un ambiente terapéutico que posibilite una experiencia emocional positiva; la orientación del proceso terapéutico a la obtención de la máxima autonomía del paciente; promover la continuidad de cuidados en la institución y tras su alta; el establecimiento de un equipo terapéutico con especial protagonismo del personal de enfermería por la proximidad y duración de sus cuidados; el diseño de estrategias terapéuticas individualizadas para cada paciente en función de sus singularidades. Las actuaciones que emprendemos para conseguir estos valores las realizamos en distintos planos: sobre la eficacia, efectividad y la eficiencia.

4.1.2. Líneas estratégicas de la unidad.

- Mejorar la prestación de cuidados.
 - Prestar cuidados de forma individualizada y sistemática conducidos por el proceso de enfermería a través del modelo de cuidados de Virginia Henderson, utilizando la clasificación de diagnósticos de

- enfermería de la NANDA, la NIC para las intervenciones enfermeras y para los criterios de resultados del cuidado la NOC.
- Asignación de un equipo de enfermería referente (enfermera y auxiliar de enfermería) que tratará de percibir las demandas explícitas e implícitas tanto del paciente como de la familia.
 - La normalización de la práctica clínica por medio de la protocolización de planes de cuidados y guías de práctica clínica para los principales procesos mentales que ingresan en la unidad (episodio psicótico, trastorno de conducta, depresión mayor...).
 - Seguir fomentando la visión de equipo tanto de la unidad como con el resto de personas implicadas en el área en la gestión de cuidados de las personas que padecen una enfermedad mental. Mantener informados e incluir en esta visión a la familia siempre que sea posible para aunar esfuerzos.
 - Garantizar la continuidad asistencial manteniendo y mejorando la coordinación entre la unidad y los dispositivos del área.
- Desarrollar una política de recursos humanos.
 - Sistema de selección del personal de enfermería con la especialidad de Salud mental siempre que existan candidatos con ella y si no fuera así dotar al elegido con formación específica para poder desempeñar su trabajo de forma satisfactoria tanto para él como para los usuarios.
 - Establecer anualmente los criterios formativos prioritarios, atendiendo a los planes de desarrollo individual y a las necesidades de los profesionales que se hayan puesto de manifiesto en las entrevistas de evaluación del desempeño profesional (EDP). Dichos criterios irán dirigidos a adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales a los Mapas de Competencias establecidos, contribuyendo así a su desarrollo profesional, asimismo, estarán orientados a alcanzar los objetivos estratégicos del Servicio Andaluz de Salud y los recogidos en el contrato programa del centro.

- Gratificar la excelencia en la práctica clínica.
- Favorecer la formación y la investigación.
 - Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, a fin de conseguir un mejor desempeño de sus funciones, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
 - Potenciar el desarrollo personal y profesional y favorecer el avance en la carrera profesional.
 - Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
 - Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.
 - Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.
 - Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.
 - Promover una cultura de calidad total y fomentar la gestión por procesos.

4.1.3. Cartera de clientes.

Equipos Funcionales Dependientes

Equipo de salud mental de distrito

Hospital de día de salud mental

Unidad de hospitalización salud mental
Unidad de rehabilitación de área de salud ment
Unidad de salud mental infanto-juvenil
Comunidad terapéutica
Hospital General

Características de los pacientes

Personas con Trastornos mentales con carácter urgente debido a la descompensación psicopatológica de su enfermedad. Pacientes con episodios de descompensación de su enfermedad mental, primeros episodios o debut de enfermedad mental, episodios psicóticos inducidos por tóxicos. Pacientes que por su estado mental necesitan una contención mayor que no le permite tener en su entorno habitual (contención mecánica). También se atienden a interconsultas en relación con la demanda procedente de otros servicios hospitalarios. La mayoría necesitan supervisión para realizar las actividades de la vida diaria como alimentación y aseo, además de vigilancia estrecha en la toma de medicación. La estancia media es de 15-20 días.

Niveles de Cuidados

Nivel 1: cuidados mínimos	10%
Nivel 2: Cuidados medios	40%
Nivel 3: cuidados amplios	40%
Nivel 4: cuidados muy amplic	10%

Clientes y proveedores internos

Psiquiatras, psicólogos clínicos, MIR, PIR.

Diagnósticos de imagen, laboratorios, farmacia, servicio de hostelería, servicio de compras, RRhh.

4.1.4. Cartera de servicios que se oferta.

- PROCESO ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIONES (ADS)⁷
- PROCESO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)⁸
- PROCESO TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)⁹
- Se aplica la Terapia Electro Convulsiva (TEC) y existe un Programa de Enlace

4.1.5. Funciones de la unidad de hospitalización

Son funciones de la Unidad de Hospitalización:

I. Desarrollar programas de atención en régimen de hospitalización respecto de la demanda derivada desde los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria comprendidos en el Área o Áreas Hospitalarias correspondientes, así como desde los Servicios de Urgencia del propio Hospital.

II. Desarrollar programas de atención en régimen de interconsulta en relación con La demanda procedente de otros servicios hospitalarios.

III. Participar en el diseño de los programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización psiquiátrica y asesorar en la ejecución de los mismos a los Dispositivos de Salud Mental encargados de desarrollarlos en el ámbito comunitario, así como supervisar la ejecución de los que se efectúen en el ámbito hospitalario.

IV. Desarrollar actividades de formación continuada e investigación en Salud Mental.

Las actividades de las Enfermeras en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, entre otras, son:

- Acogida al ingreso. Se trata de establecer un contacto de aproximación que resulte beneficioso y terapéutico para la persona enferma.
- Valoración en el Área de los cuidados.
- Elaboración del Plan de Cuidados y aportación del mismo al PIT.
- Programa de autonomía personal en formato individual.

- Programa de automedicación y adherencia al tratamiento.
- Programa de Promoción y Educación para la salud.
- Seguimiento en el área de autocuidados a cuidadoras familiares.
- Administración de la medicación y control de efectos secundarios.
- Protocolo de contención mecánica.
- Monitorización de signos vitales.
- Pruebas físicas: Extracciones analíticas, EKG, Glucemias...etc.
- Seguimiento de los resultados de extracciones analíticas.
- Elaboración de Informes de Continuidad de Cuidados al alta.
- Promoción y prevención de la Salud Mental.

Las intervenciones están centradas en: Atender las necesidades básicas y médicas (somáticas y psicofarmacológicas):

- a) Administrar tratamientos psicofarmacológicos indicados por el psiquiatra.
- b) Toma de constantes vitales.
- c) Atender las necesidades básicas.
- d) Promover la capacidad de comprensión y de conocimientos en el paciente con relación a la situación que ha generado la urgencia: Enfermería ha de conocer, comprender y estar familiarizado con las reacciones que se producen en el proceso que comporta toda intervención de urgencia, evitando las manifestaciones de rechazo.

Pero las intervenciones enfermeras también deben incidir en:

-Relación con la familia: Se incide de forma importante en realizar un abordaje a la familia con la finalidad de conseguir que disminuya el grado de ansiedad que puedan padecer y aumentar el grado de comprensión de la patología que sufre la persona afectada. La familia es participe en todo momento del plan terapéutico a seguir.

-Favorecer la continuidad de los cuidados: Transmitir al equipo asistencial la observación y evolución del paciente, para llevar a cabo una evaluación permanente, con la posibilidad de realizar un replanteamiento de las estrategias terapéuticas planteadas. Elaborar un plan terapéutico individualizado centrado en las necesidades de cada paciente y desarrollar un programa específico de atención a las familias.

El equipo de enfermería referente (enfermeras/os y auxiliares de enfermería) es el responsable de la planificación de los cuidados de enfermería de los pacientes a su cargo y teniendo en cuenta la observación y las informaciones recibidas, detecta problemas, marca objetivos, planifica acciones encaminadas a alcanzar dichos objetivos, evaluando los mismos. Todo esto supone responsabilizarse en un sentido holístico de la persona de todo el proceso de cuidados.

El rol de enfermería es el cuidado integral del paciente a través de un proceso interactivo utilizado como un instrumento terapéutico, durante la hospitalización. Esta participación activa como profesional cohesionador del equipo interdisciplinar facilita el poder canalizar las dificultades de manera adecuada. Es el nexo de unión entre el paciente y el resto del equipo, la familia y con los recursos externos asistenciales.

El eje central del trabajo de enfermería es la relación de ayuda, es una relación interpersonal, de doble dirección, el profesional influye en el paciente y viceversa. Otra característica es saber mantener la distancia adecuada, donde se respete el espacio interpersonal.

En relación con el enfermo. Van encaminadas a cubrir las necesidades básicas del paciente, a procurarle soporte y acompañamiento teniendo en cuenta los diferentes aspectos de personalidad, emocionales y conductuales. Favorecer a retomar o cambiar los hábitos, potenciando los recursos personales y la capacidad a las dificultades. Una vez superada la situación inicial de crisis, la recuperación del paciente es primordial. El periodo de convalecencia en el hospital puede ser un buen momento para que el paciente sea atendido en diferentes espacios (individual o grupal) en el marco de las actividades ocupacionales. Son un recurso asistencial-terapéutico y pretenden ser una herramienta facilitadora para la recuperación del paciente. Enfermería se ha de encargar de la gestión cotidiana del proyecto terapéutico individualizado, elaborando el plan de cuidados por objetivos y participa en la planificación de las diferentes actividades.

En relación con la familia. La familia es el entorno relacional más inmediato del paciente, donde se han producido las primeras experiencias e intercambios emocionales. Escuchar y entrevistar a la familia nos da un conocimiento más amplio del paciente para posteriores intervenciones y así poder conocer mejor los hábitos

cotidianos de la persona. El ingreso de un paciente en el hospital introduce un elemento de cambio en la dinámica con su entorno, que resulta a menudo estresante para la familia. Hay que tener en cuenta que a veces el ingreso se produce más en relación con las dificultades del entorno para contener la descompensación aguda del paciente. Para la mejora de la asistencia, se hace necesario facilitar a la familia un espacio de acogida que resulte tranquilizador y que proporcione información del día a día del estado y la evolución del paciente. La acogida de enfermería de la familia permite un contacto rápido con la finalidad de canalizar y contener las inquietudes que pueden aparecer en el entorno familiar en relación con la situación de ingreso. Detectar problemas que pueden ser tributarios de posibles intervenciones por otros profesionales.

En relación con el equipo. Enfermería realiza el seguimiento del paciente durante las 24 horas, tiene una visión global del proceso durante la hospitalización, siendo una pieza clave en el intercambio de información y de la observación realizada en diferentes ámbitos de intervención. La dinámica de trabajo en equipo posibilita una mejor integración de las personas en un proyecto común, aumentando el grado de motivación, de satisfacción y de enriquecimiento individual de los diferentes profesionales. Para ir creando una dinámica de trabajo en equipo se parte de la redefinición de la especificidad de cada rol profesional y de sus funciones. Una comunicación fluida, el respeto por el trabajo del otro, la flexibilidad, la tolerancia de opiniones, elementos que ayudan al equipo a cohesionar aspectos complementarios que desemboquen en un proceso de atención integral al paciente y familia, aumentando la calidad de la asistencia.

El trabajo en equipo es siempre satisfactorio en todo proceso asistencias pero en Salud mental es primordial ya que el enfoque multidisciplinar es una herramienta muy útil para conseguir resultados en el tratamiento del paciente mental. Trabajar en equipo valorando la aportación de cada profesional, en la resolución de los problemas desde una perspectiva integral e integradora es siempre un valor añadido.

Coordinación con la red de Salud Mental. Otra de las competencias es la conexión entre el equipo de referencia del paciente hospitalizado con los Centros de Salud Mental y otros dispositivos. La coordinación con los equipamientos de la red asistencial psiquiátrica, tiene como finalidad la continuidad del proceso terapéutico.

Para favorecer la continuidad asistencial y potenciar la vinculación del paciente a su tratamiento, es imprescindible una comunicación ágil y fluida por parte de los dispositivos implicados en el tratamiento del paciente. Enfermería es responsable de dar esta continuidad de cuidados ya que a través de las reuniones semanales de trabajo con la enfermería del centro de salud mental referente se realiza el intercambio de conocimiento del paciente ingresado y de su situación actual. Para favorecer la vinculación al tratamiento una vez es dado de alta del hospital.

Elementos favorecedores de la Continuidad de Cuidados:

- Modelos de organización de la práctica centrados en el paciente: Enfermera Referente en Atención Especializada y Enfermera de Familia en Atención Primaria.
- Gestión de Casos: Enfermera Comunitaria de Enlace en Atención Primaria y Enfermera Hospitalaria de Enlace en Atención Especializada.
- Informe de Continuidad de Cuidados.

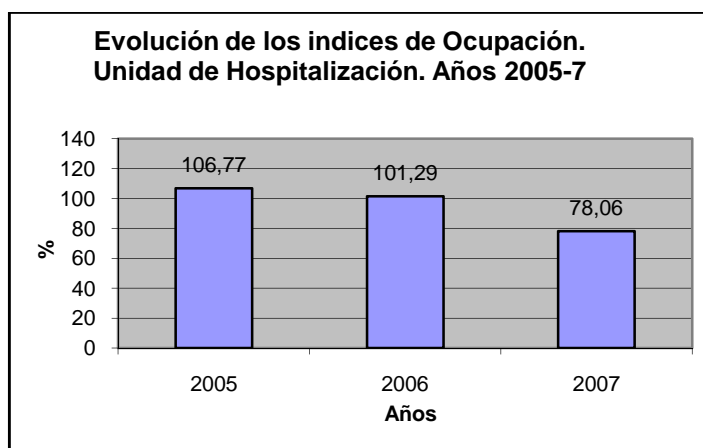
4.1.6. Previsión de la actividad asistencial.

Consta de 17 habitaciones con una capacidad para 30 camas, dividido en dos alas, una para pacientes masculinos en la parte izquierda con 9 habitaciones (nº 1 y nº 9 individuales) y el ala derecha (10-17) para mujeres con 8 habitaciones (nº 10 individual), todas ellas con baños completos y además cuentan con un baño asistido común.

Hay aspectos arquitectónicos de la misma, como el patio, la sala y la zona de despachos muy bien dotados; sin embargo las habitaciones no están a la vista del control de enfermeras, y aunque están a la vista del control de acceso de celadores, las personas que se encuentran en situación de contención mecánica deben ser “cuidadas” controlando el acceso a puertas.

Estadística de la USMHG

Ha tenido problemas de sobreocupación, aunque han disminuido los Índices, tal como muestra el siguiente gráfico:



En cuanto a los índices de actividad, los datos publicados en las memorias del Área^{11,12,13}, son los siguientes:

Actividad asistencial

HOSPITALIZACIÓN	2004	2005	2006
H. VALME			
Ingresos	665	632	593
Ingresos por traslados	7	14	7
Ingresos totales	672	646	600
Estancias censales	10.446	13.298	11.153
EM censal	15,54	20,59	18,59
EM al alta	15,74	19,30	19,48
Camas disponibles	30,5	31,7	30,2
% Ocupación	93,6	106,8	101,3
Exitus	0	1	0
Mortalidad (por mil)	0,0	1,5	0,0
Ingresos desde urgencias	644	598	562
Presión de urgencias	95,8	92,6	93,7
Reingresos urgentes <30d = CDM	93	90	69
% Reingresos urgentes <30d = CDM	14,22	14,31	11,84
Estancias al alta	10.388	12.162	11.514
Altas totales	660	630	591
Informes de alta informatizados	548	593	582
% Informes informatizados	83,0	94,1	98,5

Hospitalización	2008	2009	2010
Camas funcionantes	30.0	30,6	30,2
Ingresos programados	28	53	115
Ingresos urgentes	613	598	474
Ingresos por traslados	9	14	13
Total ingresos	650	665	602
Estancias totales	9954	9.827	9.394
Estancia media	15.31	14,78	15,60
Estancias / Día	27.2	26,9	25,7
Exitus	0	0	1

La gran parte de los ingresos son de carácter urgentes, aunque cabe destacar que el número de ingresos programados se ha elevado en los últimos años.

4.1.7. Recursos humanos y materiales necesarios.

Recursos humanos

La plantilla de enfermeras y auxiliares de la Unidad es estable, la gran mayoría son propietarias y tienen gran experiencia ya que llevan, muchas de ellas, desde la apertura de la Unidad.

En la actualidad, la plantilla de la Unidad está compuesta por:

- Trece Enfermeras: Once de ellas en turnos de 12 horas, una fija de mañana y uno en Terapia Ocupacional también fijo de mañana.
- Una Supervisora de enfermería
- Doce Auxiliares: Once de ellas en turnos y una fija de mañana
- Una Terapeuta Ocupacional

Además cuenta con: Seis psiquiatras en turno de mañana y uno de guardia rotativo de 24 horas en el cual participan casi todos los psiquiatras del Área que son acompañados normalmente por un MIR. PIR. Un administrador y seis celadores: dos por turnos de ocho horas cubriendo las 24 horas del día. Cuando es necesario se avisa al personal de seguridad del hospital.

La jornada establecida para enfermería y auxiliar de enfermería en la unidad es de 1483 horas en turno rotatorio de 12 horas (D1-D2), y a turno fijo de mañana o diurno la jornada anual es de 1540 horas, donde el ratio de enfermeras es de:

Turno	Mañana 7h	D1	D2
Enfermeras de L a V	2	2	2
Sábados y Domingo	0	2	2

$2\text{enf} \times 7\text{h} \times 5\text{días} \times 54\text{semanas} = 3780\text{h}$

$4\text{enf} \times 12\text{h} \times 365\text{días} = 17520\text{h}$

$3780 + 17520 = 21300$ horas a cubrir en el año.

3780: 1540h de trabajo anuales por enfermera= 2.45 enfermeras.

17520: 1483h de trabajo anuales por enfermera= 11.81 enfermeras.

2.45+11.81= 14.26 enfermeras

En el caso del personal auxiliar de enfermería se distribuye de la siguiente forma:

Turno	Mañana 7h	D1	D2
Auxi. de Enf. de L a V	1	2	2
Sábados y Domingos	0	2	2

$1\text{aux} \times 7\text{h} \times 5\text{días} \times 54\text{semanas} = 1890\text{h}$

$4\text{aux} \times 12\text{h} \times 365\text{días} = 17520\text{h}$

$1890 + 17520 = 19410$ horas a cubrir en el año.

1890: 1540h de trabajo anuales por enfermera= 1.22 auxiliares de enfermería.

17520: 1483h de trabajo anuales por enfermera= 11.81 auxiliares de enfermería.

1.22+11.81= 13.03 auxiliares de enfermería

En este cálculo de plantilla se puede observar que puede ser necesaria la incorporación de una auxiliar y una enfermera más en la plantilla ya que la sobrecarga de horas puede derivar en el malestar y en la desmotivación del personal.

Recursos materiales

Material fungible.

- Aparato de TEC (terapia electroconvulsiva)
- Electrocardiograma.
- Instrumental de curas.
- Banco de material preventivo.
- Caja fuerte para psicótrpos.
- Psicótrpos.
- Carro de parada.
- Base de datos.
- Cañón proyector.
- Ordenadores.
- Portátil.

Indicadores

- Control de Stocks
- Organización del material
- Formulación de pedidos

4.1.8. Programas de apoyo a la mejora de la unidad.

- PROCESO ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIONES (ADS)⁷

Definición: Atención a las personas que demanden asistencia sanitaria por síntomas de ansiedad y/o depresión o síntomas somáticos que no se explican por una enfermedad orgánica.

Criterios de inclusión

_ Pacientes que se descompensan por un evento vital estresante y reacciones a estrés agudo.

_ Pacientes con quejas somatoformes y trastornos somatomorfos.

_ Duelos no resueltos.

_ Personas mayores que acuden por descompensaciones psicopatológicas atribuibles a la vivencia del proceso de envejecimiento, en general con enfermedades crónicas y situaciones psico-sociales complejas (angustia familiar).

_ Sensación, sentimientos o episodios depresivos (soledad, preocupaciones, insatisfacción, tristeza).

_ Sensación de ansiedad, tensión o nerviosismo.

_ Miedo a padecer enfermedades.

_ Distimias.

_ Trastornos de ansiedad fóbica.

_ Trastornos del pánico.

_ Trastornos de ansiedad generalizada.

_ Trastornos de adaptación.

Indicadores

_ Número de pacientes incluidos en el Proceso Ansiedad, depresión, somatizaciones.

_ Existencia de Protocolos de Intervención en Crisis consensuados entre cada Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) y el Equipo de Salud Mental (ESM) correspondiente.

_ Existencia de Protocolos consensuados de Derivación de Episodios Depresivos.

- PROCESO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA⁸

Definición: El proceso Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comprende el conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal, que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), según la CIE-10/CIE-9 (según disponibilidad), sin límites de edad.

Criterios de inclusión: Paciente que solicita atención (o en su caso, familiares o instituciones) en Centros de Salud, Servicios de Urgencia o Servicios especializados.

Hospitalización: USM-Hospital General/Endocrinología/Servicio de Pediatría

_ Valoración inicial y decisión del lugar de hospitalización según edad, riesgo psíquico u orgánico y características de cada hospital (área de salud mental, área de endocrinología).

Indicadores: Número de pacientes incluidos en el proceso TCA.

- PROCESO TRASTORNO MENTAL GRAVE⁹

Definición: Conjunto de actividades encaminadas a la atención de la persona con trastorno mental grave, incluyendo:

- La detección, identificación y diagnóstico precoces de las personas con trastorno mental grave (TMG) o en riesgo de evolucionar hacia el mismo.

- La evaluación clínica y funcional de la persona afectada, su familia y el entorno más próximo.

- La elaboración consensuada de un Plan individualizado de tratamiento.

- La aplicación de distintas intervenciones sanitarias e intersectoriales basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico.

Criterios de inclusión

- Paciente con trastorno mental grave, entendiéndose por tal aquella persona que presenta:

_ Sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas 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 (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).

_ Necesita un abordaje complejo, incluyendo:

_ Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.

_ Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.

_ Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

_ Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

- Paciente que presenta inicialmente alguna de las manifestaciones sintomatológicas anteriores y por tanto tiene riesgo de evolucionar de forma prolongada, presentar discapacidad y necesitar abordaje complejo de la atención.

Los criterios citados hacen referencia a las siguientes categorías diagnósticas: F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, F60.1 (CIE-10). Las personas con criterios de las categorías diagnósticas F23, F30 y F32, a pesar de ser trastornos episódicos serán incluidas en el proceso hasta que se confirmen de forma definitiva dichas categorías.

Enfermería de USMHG

- Evaluación inicial y periódica de cada paciente y sus cuidadores y cuidadoras para elaborar los planes de cuidados. Se usaran instrumentos estandarizados para la

valoración enfermera, explorar la capacidad de autocuidado. Las entrevistas concluirán con la elaboración de un informe enfermero. Cuando el primer contacto con el Servicio de Salud Mental tenga lugar durante un episodio de hospitalización, los y las profesionales de este dispositivo realizarán las actividades para la identificación y evaluación, tendentes a la elaboración del Plan individualizado de tratamiento.

Presupuesto clínico

5. COORDINACIÓN

5.1. Comunicación e información

En la unidad se realizan reuniones de equipo diarias a primera hora de la mañana con una duración de 30 min aproximadamente. Reuniones personales cuando sea necesario. Se facilitara toda la información necesaria al personal de nueva incorporación. Tablón de anuncios donde se colgará toda la información relevante. Se mandaran circulares de correo electrónico con la formación continuada disponible además de alertar de eventos de reuniones o investigación interesantes y provechosas para el personal. Cuadros de mando de turnos y otros. Respecto a la calidad de la información recibida y percibida por los profesionales de la unidad se pasará el cuestionario que a continuación se detalla, que permitirá auditar la comunicación interna y así conocer el estado de la comunicación entre la organización y los profesionales y aplicar medidas correctoras o de mejora si fuese necesario.

1. **Habitualmente la vía de recibir información referente a su trabajo es:**
 - a. De forma verbal
 - b. Mediante el tablón de anuncios
 - c. Por correo electrónico
 - d. Por circular interna a mi nombre
2. **Considera que la información le llega de forma:**
 - a. Periódica
 - b. En contadas ocasiones
 - c. Nunca
 - d. A su justo tiempo
3. **En relación a la cantidad de información que recibe considera que es:**
 - a. Escasa
 - b. Abundante
 - c. Suficiente
 - d. Indiferente
4. **Respecto a la calidad de la información que recibe es:**
 - a. Correcta
 - b. Distorsionada
 - c. Confusa
 - d. Clara
5. **¿De quién recibe usted la información?**
 - a. Mandos intermedios
 - b. Compañeros
 - c. Dirección
 - d. Sindicato
6. **¿De quién le gustaría recibir la información?**
 - a. Dirección
 - b. Sindicatos
 - c. Compañeros
 - d. Mandos intermedios
7. **Su impresión del trabajo de gestión de la unidad es:**
 - a. Ordenado
 - b. Caótico
 - c. Indiferente
 - d. Cuestionable
8. **El clima que se respira en la unidad básicamente es:**
 - a. De equipo
 - b. individualista
 - c. indiferente
 - d. Muy jerárquico
9. **¿La información que reciben los pacientes es?**
 - a. Facilitadora
 - b. Inútil
 - c. Confusa
 - d. Clara
10. **¿En que considera que debe mejorar la comunicación interna en la unidad?**

Para los familiares se entrega un tríptico en la acogida al paciente con los horarios de visita, horarios de consulta, teléfonos de la unidad, normas y dinámica de la unidad. Además se informará, de todo verbalmente.

Respecto a nuestra colaboración para intentar disminuir el estigma social de la enfermedad mental además de aclarar dudas e incertidumbres de familiares y allegados al enfermo y de todos los profesionales de la red sanitaria implicados en los procesos de salud/enfermedad de nuestros pacientes en otras especialidades, el día mundial de la Salud Mental se celebrará una jornada en el hospital de concienciación con la enfermedad mental donde participaran los profesionales de la unidad que puedan conjuntamente con toda el área y las asociaciones de familiares. Se instalarán puestos de artesanía y fotografías realizadas por los enfermos y se impartirá una charla en el salón de actos del hospital.

En el ámbito universitario, dado que tenemos dos profesores asociados a la facultad de enfermería y participamos en la formación de especialistas en salud mental y en la formación de alumnos de los cursos de 3º y 4º del grado de enfermería en las aulas y en las prácticas se mostrará una visión de normalización de la enfermedad mental haciendo hincapié en los TMG.

5.2. Plan de formación continua

Un objetivo estratégico es favorecer la formación y la investigación en nuestra unidad, por ello es importante poner en marcha un plan de formación que garantice la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, a fin de conseguir un mejor desempeño de sus funciones, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional. Para ello las acciones a realizar irán centradas en criterios formativos prioritarios, atendiendo a los planes de desarrollo individual y a las necesidades de los profesionales que se hayan puesto de manifiesto en las entrevistas de evaluación del desempeño profesional (EDP). Dichos criterios irán dirigidos a adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales a los Mapas de Competencias establecidos, contribuyendo así a su desarrollo profesional, asimismo, estarán orientados a alcanzar los objetivos estratégicos del Servicio Andaluz de Salud y los recogidos en el contrato programa del centro.

Se propone contar con un Plan de formación personalizado que contemple las demandas y necesidades de los profesionales, reforzando aquellas competencias que son necesarias para el desarrollo profesional.

Se potenciarán, además de los temas dirigidos a la mejora del conocimiento y habilidades de la práctica clínica, aquellos relacionados con los temas priorizados por el Contrato Programa, a través de la Dirección de Enfermería, El Plan Integral de Salud Mental y la Unidad de Gestión Clínica.

Se fomentará la realización de sesiones clínicas de cuidados, en la línea indicada en Contrato Programa.

Por otro lado, dado que la enfermería es una profesión eminentemente práctica, la investigación es fundamental para el desarrollo y el aumento de conocimiento que se puede aplicar en mejorar la práctica asistencial con el fin de obtener resultados positivos en los pacientes y sus familias. Es decir, la investigación en cuidados es un proceso científico necesario que da validez y perfecciona el conocimiento ya existente y genera nuevos conocimientos que de manera directa o indirecta influye en la praxis enfermera. La investigación en enfermería es primordial para el desarrollo del conocimiento científico que facilita a las enfermeras el poder proporcionar unos cuidados basados en la evidencia.

5.3. Gestión por competencias

La gestión por competencias evalúan las competencias personales específicas para cada puesto de trabajo favoreciendo el desarrollo de nuevas competencias para el crecimiento personal de las personas. Busca que cada profesional pueda desarrollar su máximo potencial encontrando aquel puesto de trabajo donde realice mejor y con mayor potencialidad su tarea diaria. Orientado a los resultados, la integración de conocimientos, habilidades, actitudes, compromisos y motivaciones que tienen las personas les hacen destacar por sus excelentes resultados profesionales por lo cual es un valor de calidad de la organización.

La gestión por competencias es una herramienta con la cual podemos:





- Mejorar el rendimiento, el desempeño y la productividad de la Organización.
- Identificar los conocimientos, las capacidades y las actitudes del equipo de trabajo.
- Mejorar la capacidad de gestión y solución de problemas.
- Evaluar la capacidad de las personas y definir los planes de desarrollo individual en los miembros del equipo.
- Ampliar el alcance a la selección, la compensación, la promoción y la formación
- Mejorar la evaluación del desempeño.
- Crear y definir planes de mejora individuales.
- Controla la evolución de los niveles de compensación y retribución, al integrarlos con el desarrollo de las competencias.

El objetivo de la gestión por competencia es el de impulsar a nivel de excelencia las competencias individuales, de acuerdo a las necesidades operativas, además garantiza el desarrollo y administración del potencial de las personas, “de lo que saben hacer” o podrían hacer. La gestión por competencias integra la misión y objetivos de la Organización con el desarrollo del recurso humano.

5.4. Sistema de incentiación

-Dirección por objetivos (DPO).

Tabla 1: Objetivos Anuales de la Unidad de Salud Mental Hospital General (USMHG)
Indicadores

Definición	Ponderación	Peso
<p> ASISTENCIALES. GRUPAL</p> <ul style="list-style-type: none"> · Mantener la estancia media. · Relación terapéutica. Relación de ayuda. · Personalización: Asignación de equipo de enfermería referente a los pacientes por habitaciones. · Valoración al ingreso 100% de los pacientes. · DXE con modelo V. Henderson 80% de los pacientes. · Informes de continuidad de cuidados. 70% de los pacientes. 	40%	<ul style="list-style-type: none"> · Acogida del usuario: atención ágil y personalizada. · Relación con la familia: proporcionar la información y soporte necesario, con un trato personalizado para disminuir la ansiedad inicial y conseguir su implicación en el plan a llevar a cabo. · Equipo de enfermería (enfermera y auxiliar de enfermería): Responsabilidad en un sentido holístico de la persona de todo el proceso de cuidados. · Trabajo en equipo: Orientar hacia los dispositivos asistenciales comunitarios una vez resuelta la situación urgente, transmitiendo el tipo de actuación realizada para favorecer la continuidad de cuidados y el relevo terapéutico.
<p> CALIDAD. GRUPAL</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tasa de reingresos prematuro inferior al año anterior. · Mejorar la información a familiares. Pasar cuestionario de satisfacción. · Personal especializado o formado en Salud mental · Nº de reclamaciones inferior al año anterior. · Elaboración de protocolo de acogida. 	20%	<ul style="list-style-type: none"> · Vigilar y tomar medidas preventivas en: Efectos secundarios. Medidas de seguridad. Riesgo de fugas.
<p> FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Asistencia del personal al menos a 3 sesiones del área. INDIVIDUAL · Realizar 2 sesiones de enfermería en la unidad y una en el área. GRUPAL · Presentar ponencia, comunicación o poster en congreso nacional. GRUPAL · Realizar al menos 1 publicación al año en revista científica de relevancia. GRUPAL · Asistencia a cursos de formación del personal en contención mecánica. INDIVIDUAL 	20%	
<p> EFICIENCIA Y PRESUPUESTO.</p>	20%	El Gasto de material fungible debe ser enviado por el departamento de compras en formato electrónico mensualmente o




- Control de gastos del material fungible y sustitución del personal. GRUPAL

permitir el acceso a esta información, para poder controlar.

El control de la IT a través de cuadro de mando para monitorizar el absentismo en nuestra unidad y cuanto hay que cubrir.

6. CONTROL

6.1. CICLO PDCA

PLANIFICAR 	OBJETIVOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir el nº de reclamaciones ▪ Mantener la estancia media por GRD y si es posible disminuir la estancia. ▪ Valoración de Enfermería realizada en 100% de los ingresos. ▪ Planes de cuidados en el 80% de los pacientes. ▪ Informes de continuidad de cuidados. 70% de los pacientes. ▪ Disminuir el nº de reingresos tempranos en el hospital ▪ Seguridad del paciente ▪ Seguimiento del protocolo de contención mecánica en el 100% de los casos 														
OPERAR / HACER 	EJECUTAR PROCESOS														
CONTROLAR 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">INDICADORES</th> <th style="text-align: right;">Estándar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>▪ Nº de Reclamaciones.....</td> <td style="text-align: right;">5%</td> </tr> <tr> <td>▪ Cumplimiento de protocolo de contenciones mecánicas.....</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>..</td> <td style="text-align: right;">5%</td> </tr> <tr> <td>▪ Nº de reingresos prematuros en la USM-HG.....</td> <td style="text-align: right;">0%</td> </tr> <tr> <td>▪ Nº de caídas.....</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">80%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	Estándar	▪ Nº de Reclamaciones.....	5%	▪ Cumplimiento de protocolo de contenciones mecánicas.....	100%	..	5%	▪ Nº de reingresos prematuros en la USM-HG.....	0%	▪ Nº de caídas.....	100%		80%
INDICADORES	Estándar														
▪ Nº de Reclamaciones.....	5%														
▪ Cumplimiento de protocolo de contenciones mecánicas.....	100%														
..	5%														
▪ Nº de reingresos prematuros en la USM-HG.....	0%														
▪ Nº de caídas.....	100%														
	80%														

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice de Valoraciones de Enfermería al ingreso..... ▪ Índice de plan de cuidados realizados..... ▪ Tasa de informes de continuidad de cuidados al alta..... 	70%
--	--	------------

MEJORAR	IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA
----------------	--



7. Referencias Bibliográficas

1. Conferencia en el Encuentro de Unidades de Gestión Clínica en Granada, 3 de Marzo de 2005.
2. Servicio Andaluz de Salud. III Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>
3. Servicio Andaluz de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>
4. Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMAII) 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía; 2008. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>
5. Escuela Andaluza de Salud Pública. Necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental, sus familiares y profesionales sobre los servicios de atención a la Salud Mental en Andalucía. Área de Consultoría. Granada, julio 2007. Disponible en:
<http://www.1decada4.es/profsalud/experiencia/docs/Necesidades%20y%20expectativas%20de%20las%20personas.pdf>
6. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Estrategias de mejora de los cuidados en salud mental. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2004.

7. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. Junta de Andalucía; 2003. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/listados.asp>
8. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Trastorno de la Conducta Alimentaria. Junta de Andalucía; 2003. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/listados.asp>
9. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/listados.asp>
10. Huizing E, López Alonso SR, Lacida Baro M, Pérez Hernández, RM. Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en Salud Mental en Andalucía. Presencia. 2005, ene-jun; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/13articulo.php>
11. Área hospitalaria de Valme. Memoria 2006. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>.
12. Área hospitalaria de Valme. Memoria 2009. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en:
http://ahvalme.org/memoria09/Valme_09.html
13. Área hospitalaria de Valme. Memoria 2010. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en:
http://ahvalme.org/memoria10/pdfs/VALME_MEM_2010_web.pdf