



CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Programas terapéuticos y líneas de intervención

Centro de Rehabilitación Comunitaria (CREC)

Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario

Modelo terapéutico y comunitario de rehabilitación psicosocial

Servicio de Psiquiatría y Salud Mental

Complejo Asistencial de Zamora (CAZA)

Documento de cartera de servicios — Área de Enfermería

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: día de mes de año	Fecha: día de mes de año	Fecha: día de mes de año
Fdo.: Responsable/Propietario del documento	Fdo.: Grupo Técnico Central GASZA	Fdo.: Resp. Calidad y Seguridad del paciente

Nombre AUTORES	Categoría	servicio	correo institucional
Daniel García Sangrador	Enfermero Especialista en Salud Mental	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	dgarciasan@saludcastillayleon.es
Ana Isabel Castaño Villarroel	Jefa de Unidad de Enfermería	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	acastanov@saludcastillayleon.es
Paula Gutiérrez Báez	Enfermera Especialista en Salud Mental	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	pgutierrezb@saludcastillayleon.es
Tania Patricia Martins Rodrigues	Enfermera	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	tmartinsr@saludcastillayleon.es
Lidia Casado de Anta	Enfermera Especialista en Salud Mental	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	lcasadoa@saludcastillayleon.es
Lorena Colino Martinez	Enfermera Especialista en Salud Mental	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	lcolino@saludcastillayleon.es
Paula María Ramos Martín	Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	pmramos@saludcastillayleon.es
Laura Vaquero Velerdas	Enfermera Especialista en Salud Mental	Psiquiatría y Salud Mental-CAZA	lvaquero@saludcastillayleon.es

COLABORACIONES:	
REVISORES EXTERNOS:	
Fecha de realización	
Fecha de revisión	

Los revisores del proyecto no tienen relaciones económicas ni personales que puedan sesgar o influir inadecuadamente sobre las actuaciones incluidas en el proyecto y garantizan su independencia y la transparencia en el desarrollo del mismo.

Índice

1. Presentación	4
1.1. El papel de la enfermería en la rehabilitación psicosocial	4
1.2. Justificación de la cartera y resultados esperados	5
1.3. Estructura del documento	5
2. Marco general y población destinataria	7
2.1. Población destinataria	7
2.2. Del modelo ocupacional al modelo terapéutico	7
2.3. Principios metodológicos comunes a todos los programas	7
2.4. Acceso, derivación y modalidades de atención	8
3. Recursos, ubicación y dotación	10
3.1. Ubicación y ámbito de atención	10
3.2. Personal	10
3.3. Recursos materiales	10
4. Cartera de programas terapéuticos de enfermería	11
4.1. Bloque I — Acogida y activación diaria	11
4.1.1. Programa de Paseos Saludables y Bienvenida	11
4.2. Bloque II — Salud física y hábitos saludables	12
4.2.1. Programa de Ejercicio Físico y Alimentación Saludable	12
4.2.2. Programa de Higiene del Sueño	13
4.2.3. Programa de Deshabitación Tabáquica	13
4.2.4. Programa de Primeros Auxilios y Educación para la Urgencia	14
4.3. Bloque III — Salud mental, autorregulación y manejo clínico	15
4.3.1. Programa de Adherencia al Tratamiento	15
4.3.2. Programa de Relajación y Manejo de la Activación	15
4.3.3. Programa de Entrenamiento para la Autonomía y las AVD	16
4.4. Bloque IV — Programas relacionales y psicoeducativos	17
4.4.1. Programa de Habilidades Sociales	17
4.4.2. Programa de Educación Afectivo-Sexual	18
5. Líneas transversales del cuidado enfermero	19
5.1. Coordinación sociosanitaria	19
5.2. Gestión de casos y continuidad de cuidados	19
5.3. Atención en el medio rural y urbano	20
6. Docencia e investigación	21
6.1. Actividad docente	21
6.2. Actividad investigadora	21
7. Aportación de enfermería a otras líneas del CRC	22
7.1. Jardín terapéutico y horticultura terapéutica	22
7.2. Apoyo entre iguales (Peer Support)	22
7.3. Contribución a la dimensión psicológica del proceso	22
8. Marco de seguridad clínica y protocolos de cuidados	24
9. Evaluación, indicadores y mejora continua	25
9.1. Sistema de evaluación	25
9.2. Indicadores	25
9.3. Criterios de alta	26
10. Cronograma y calendario semanal	27
10.1. Criterios de organización	27
10.2. Calendario semanal tipo (lunes a viernes)	27
10.3. Secuencia y contenido de los programas	27
11. Consideraciones finales	31

1. Presentación

La presente cartera de servicios recoge, de forma ordenada y desde la perspectiva específica de la enfermería de salud mental, el conjunto de programas terapéuticos y líneas de cuidado que se desarrollan en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, integrado en el Centro de Rehabilitación Comunitaria (CRC) sobre el que pivota la atención a las personas con enfermedad mental grave y prolongada. El documento se concibe como un instrumento vivo, abierto y sujeto a revisión periódica, que define con claridad qué puede esperar el usuario de cada intervención, qué objetivos persigue y de qué manera la enfermería contribuye, de forma diferenciada y complementaria al resto del equipo, al proceso de recuperación.

La rehabilitación psicosocial se entiende aquí como un conjunto de estrategias no farmacológicas orientadas a que las personas con trastorno mental grave y prolongado adquieran o recuperen las habilidades que les permiten desenvolverse en su medio social del modo más autónomo posible, con los menores apoyos necesarios y con una mejora real de su calidad de vida, acompañada de una disminución de la intensidad de los síntomas. No es, por tanto, un mero catálogo de actividades para ocupar el tiempo, sino un proceso clínico estructurado, individualizado y evaluable.

Este matiz resulta decisivo. Con frecuencia los centros de rehabilitación psicosocial han adolecido de un deslizamiento hacia un modelo predominantemente ocupacional, en el que la actividad se convierte en un fin en sí misma y la permanencia del usuario se mide en términos temporales en lugar de en consecución de objetivos terapéuticos. La cartera que aquí se presenta toma deliberadamente la dirección contraria: cada programa se formula como una intervención terapéutica, con una justificación clínica, unos objetivos definidos, una metodología contrastada y un sistema de evaluación de resultados. La duración de cada intervención y de la propia estancia en el centro vendrá determinada por los objetivos alcanzados, y no por el tiempo transcurrido.

1.1. El papel de enfermería en la rehabilitación psicosocial

La enfermería de salud mental ocupa una posición singular en el proceso rehabilitador. Por su formación integral, su presencia continuada y su mirada centrada en los cuidados y en la persona en su totalidad, está capacitada para tender un puente permanente entre la dimensión clínica de la enfermedad y la dimensión funcional, relacional y comunitaria de la recuperación. Los profesionales de enfermería no se limitan a vigilar la medicación o a controlar variables físicas: diseña, conduce y evalúa programas terapéuticos, acompaña al usuario en su itinerario, coordina la continuidad de cuidados y actúa como referente accesible tanto en el centro como en el domicilio y en el medio rural.

En coherencia con ello, las funciones que vertebran esta cartera son, entre otras, las siguientes:

- **Valoración integral de cuidados:** identificación de necesidades de cuidado psiquiátricas y no psiquiátricas, y planificación de los mismos dentro del plan individualizado.

- **Diseño y conducción de programas terapéuticos:** como responsable directa de los programas que se describen en esta cartera, con registro de sesiones y evaluación de objetivos.
- **Monitorización clínica y farmacológica:** vigilancia de efectos secundarios, control de parámetros físicos y educación sobre la medicación.
- **Educación para la salud:** promoción de hábitos saludables, autocuidado y automanejo de la enfermedad.
- **Gestión de casos y continuidad de cuidados:** garantía de que la persona no quede desatendida en las transiciones entre dispositivos.
- **Coordinación sociosanitaria:** articulación con la red de salud mental, los servicios sociales y los recursos comunitarios.
- **Atención en el territorio:** extensión del cuidado al medio urbano y, de manera muy especial, al medio rural disperso, apoyándose en el modelo reticular y en la telesalud.

1.2. Justificación de la cartera y resultados esperados

La incorporación de esta cartera de servicios responde a la necesidad de ordenar, hacer explícita y evaluable la contribución específica de enfermería al proceso de rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y prolongada. Estos trastornos cursan con frecuencia de forma crónica, generan un deterioro mantenido del funcionamiento personal y social, y se asocian a un exceso de mortalidad por causas físicas prevenibles, en buena medida ligado al sedentarismo, a los hábitos no saludables, al tabaquismo y a los efectos metabólicos de algunos tratamientos. A ello se suma la dispersión geográfica del área, que dificulta el acceso equitativo a la atención especializada.

Frente a este escenario, el cuidado enfermero estructurado en programas terapéuticos y en líneas de continuidad aporta una respuesta de probada utilidad: mejora la salud física y el manejo de la enfermedad, sostiene la adherencia, refuerza la autonomía y la integración, y garantiza la continuidad de cuidados a lo largo de todo el itinerario, también en el medio rural. Hacer explícita esta cartera permite, además, homogeneizar la práctica, definir con claridad qué puede esperar el usuario y disponer de una base sólida para su evaluación.

Resultados esperados con su puesta en marcha:

- Mayor adherencia al tratamiento y a los cuidados, y mejor continuidad asistencial en las transiciones entre dispositivos.
- Reducción de recaídas, de ingresos hospitalarios y del uso de los servicios de urgencias.
- Mejora de la salud física y reducción del riesgo cardiometabólico asociado a la enfermedad y al tratamiento.
- Incremento de la autonomía personal, del funcionamiento psicosocial y de la integración comunitaria.
- Mayor equidad en el acceso, extendiendo la atención al medio rural mediante la telesalud.
- Homogeneización y evaluabilidad de la práctica enfermera, orientada a resultados y no a la mera ocupación del tiempo.

1.3. Estructura del documento

El documento parte de este marco general y de la justificación de la cartera, y a continuación describe los recursos y el modo de acceso al servicio, el catálogo de programas terapéuticos de enfermería y las líneas transversales del cuidado. Recoge después la actividad docente e investigadora y la aportación de la enfermería a otras líneas estratégicas del Centro de Rehabilitación Comunitaria (CRC). Se completa con el marco de seguridad clínica y los protocolos de cuidados, el sistema de evaluación e indicadores, y el cronograma con el calendario semanal.

2. Marco general y población destinataria

2.1. Población destinataria

Los programas y cuidados que integran esta cartera se dirigen a personas con enfermedad mental grave y prolongada: personas que padecen **trastornos psiquiátricos graves** — principalmente del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y, ocasionalmente, depresión mayor o trastorno obsesivo-compulsivo de evolución crónica—, u otros trastornos mentales que conllevan un grado de deterioro mantenido en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento personal, social y laboral, y que dificulta su integración en el entorno de forma normalizada y autónoma.

La intervención se orienta a personas en situación clínica suficientemente estabilizada como para poder beneficiarse de un proceso de rehabilitación, en seguimiento por la red pública de salud mental, y derivadas preferentemente desde dicha red a través de los cauces de coordinación de área. La presencia de descompensación aguda, de un consumo de sustancias dominante que imposibilite el trabajo rehabilitador, o de conductas gravemente disruptivas que impidan la convivencia, orientan hacia otros dispositivos más adecuados en ese momento del proceso, sin que ello suponga renunciar a la rehabilitación cuando las condiciones lo permitan.

2.2. Del modelo ocupacional al modelo terapéutico

La rehabilitación no se define por el lugar donde se realiza ni por el tipo de actividad que se ofrece, sino por el método. Estar en la comunidad o mantener una agenda de actividades no garantiza, por sí mismo, que se esté haciendo rehabilitación. Por ello, todos los programas de esta cartera comparten una misma arquitectura terapéutica: parten de una valoración previa, se ordenan en el plan individualizado de rehabilitación, se secuencian en pasos y metas parciales, se registran sesión a sesión y se evalúan en función de objetivos alcanzados y de su mantenimiento en el tiempo.

El principio de individualización es el eje del proceso. Cada usuario cuenta con un plan que define objetivos a corto, medio y largo plazo, las áreas de intervención, la secuenciación de programas y los criterios de evaluación. La enfermería participa en ese plan tanto desde la valoración de cuidados como desde la ejecución de los programas que tiene asignados, asegurando que cada intervención conecte explícitamente con los objetivos vitales de la persona y no quede reducida a una rutina.

2.3. Principios metodológicos comunes a todos los programas

Con independencia de su contenido, los programas terapéuticos de enfermería se rigen por un conjunto de principios metodológicos compartidos:

- Explicar con frecuencia el porqué de cada intervención, anticipando sus beneficios y su conexión con los objetivos a medio y largo plazo, de modo que la persona comprenda y se implique en su propio proceso.
- Evaluar de forma continuada, con registro de sesiones y revisión periódica de los objetivos cumplidos y previstos.
- Mostrar los progresos, por pequeños que sean, y reforzar los logros como motor de la motivación y la adherencia al proceso.

Comentado [GP1]: En ocasiones también habrá derivadas personas con trastornos de la personalidad, con grave afectación a su funcionalidad diaria

Comentado [VL2R1]: he añadido "otros trastornos mentales"

- Ajustar la duración e intensidad de las sesiones evitando la fatiga, y variar la metodología (vídeo, modelado, ensayo en entornos naturales) para sostener el interés.
- Trabajar la generalización: no se considera finalizado un entrenamiento hasta que la habilidad se ha trasladado al contexto real de la persona.
- Implicar al entorno cercano y a la familia para que ofrezcan los refuerzos adecuados que consoliden los avances.
- Retirar los apoyos de forma progresiva, nunca brusca, evolucionando del refuerzo continuo al intermitente.

2.4. Acceso, derivación y modalidades de atención

El acceso a los programas y cuidados se produce a través de la derivación desde la red pública de salud mental. El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental y los equipos de salud mental de referencia derivan a la persona mediante el correspondiente protocolo de derivación, en el que constan los datos clínicos y funcionales relevantes. Recibida la derivación, se realiza una valoración inicial que confirma la adecuación al recurso y da paso a la elaboración del Plan Individualizado, eje de toda la intervención.

La atención se presta en dos modalidades complementarias, siempre con registro en la historia clínica del usuario:

- **Atención presencial:** en el centro, en el domicilio o en el entorno cotidiano de la persona, según la actividad y el momento del proceso.
- **Atención no presencial:** mediante telesalud y contacto telefónico, especialmente relevante para sostener la continuidad de cuidados en el medio rural y entre sesiones.

La intensidad y la frecuencia de los contactos se ajustan a las necesidades de cada persona y se revisan a lo largo del proceso, garantizando en todo momento la continuidad de cuidados y la coordinación con el resto de los profesionales.

3. Recursos, ubicación y dotación

3.1. Ubicación y ámbito de atención

El dispositivo se ubica en un entorno comunitario normalizado, accesible y ajeno a la actividad hospitalaria, en coherencia con el modelo de atención en la comunidad. La actividad, sin embargo, no se limita al espacio físico del centro: el cuidado enfermero se extiende al conjunto del territorio, atendiendo a la persona allí donde se encuentra.

Los ámbitos de atención incluyen:

- El propio centro, donde se desarrollan los programas grupales y la atención individual.
- El domicilio del usuario, tanto en el medio urbano como en el rural.
- El entorno cotidiano de la persona, cuando la intervención lo requiera.
- Los centros sanitarios y de atención primaria de referencia.
- Los dispositivos y recursos sociocomunitarios del área.

3.2. Personal

La responsabilidad de los programas y cuidados recogidos en esta cartera recae en personal de enfermería especialista en salud mental o, en su defecto, con perfil específico y experiencia en salud mental, integrado en el equipo multidisciplinar del dispositivo y en estrecha coordinación con el resto de los profesionales (psiquiatría, psicología clínica, trabajo social y personal de apoyo). El equipo cuenta asimismo con la participación de profesionales en formación, especialmente residentes de Enfermería de Salud Mental (EIR) y estudiantes de pregrado de Enfermería.

3.3. Recursos materiales

Para el desarrollo de la cartera se dispone de:

- Espacios para la atención individual y para el trabajo grupal, además de los espacios comunitarios y al aire libre, como el jardín terapéutico.
- Equipamiento informático y acceso a la historia clínica electrónica para el registro de toda la actividad.
- Teléfono y medios de telesalud para la atención no presencial.
- Material terapéutico y didáctico propio de cada programa.
- Vehículo para los desplazamientos necesarios en la atención domiciliaria y en el medio rural.

4. Cartera de programas terapéuticos de enfermería

Se describen a continuación los programas terapéuticos cuya responsabilidad recae, total o principalmente, sobre el equipo de enfermería del centro. Se presentan agrupados en cuatro bloques temáticos para facilitar su lectura, si bien todos ellos comparten la arquitectura terapéutica descrita en el apartado anterior y se articulan de forma coordinada dentro del plan individualizado de cada usuario. Cada programa se desarrolla con su justificación clínica, sus objetivos generales y específicos, sus contenidos y metodología, y la aportación diferencial de la enfermería.

4.1. Bloque I — Acogida y activación diaria

4.1.1. Programa de Paseos Saludables y Bienvenida

Profesional responsable: Equipo de enfermería

El día en el centro se inicia cada mañana con un paseo saludable precedido de una bienvenida grupal. Lejos de ser un trámite, este momento constituye una intervención terapéutica de primer orden: estructura el inicio de la jornada, ofrece un punto de encuentro previsible y cálido, y combina activación física, regulación emocional y cohesión grupal en una misma actividad. La bienvenida funciona como ritual de acogida que transmite a cada persona que es esperada y reconocida, un factor especialmente relevante en personas con tendencia al aislamiento, la apatía y el aplanamiento afectivo.

La evidencia sobre el ejercicio físico de intensidad moderada en personas con trastorno mental grave es sólida: mejora el estado de ánimo, reduce la ansiedad, contribuye al control del peso y del riesgo cardiometabólico —especialmente relevante en personas en tratamiento antipsicótico— y favorece la regulación del ciclo sueño-vigilia al exponer a la luz natural a primera hora del día. El paseo matinal añade a estos beneficios el valor de la rutina y de la pertenencia.

Objetivo general: promover la activación física y emocional al inicio de la jornada, reforzar la rutina y el sentido de pertenencia al grupo, y servir de marco de acogida que facilite el enganche y la continuidad en el resto de los programas.

Objetivos específicos:

- Establecer una rutina diaria predecible que ordene la jornada y proporcione regularidad.
- Favorecer la activación conductual frente a la apatía, la abulia y el sedentarismo.
- Promover la exposición a la luz natural matinal como apoyo a la higiene del sueño y la regulación circadiana.
- Crear un espacio relacional de baja exigencia que facilite la cohesión grupal y la observación clínica informal del estado de cada usuario.
- Contribuir a la salud cardiovascular y al control del riesgo metabólico asociado al tratamiento.

Contenidos y metodología: recepción y bienvenida grupal con un breve repaso del día y del estado de ánimo de los participantes; paseo de intensidad ligera-moderada por un recorrido seguro y accesible; y cierre breve que enlaza con la actividad terapéutica siguiente. La participación es abierta y se gradúa según la condición física de cada persona. Se realiza a diario por la mañana, todos los días de apertura del centro.

Actividades: la enfermera conduce la bienvenida y el paseo, y aprovecha este contacto cotidiano para una valoración clínica informal pero sistemática del estado de cada usuario — estado de ánimo, nivel de activación, signos de descompensación, adherencia, problemas somáticos incipientes—. Esta observación temprana, repetida cada mañana, es una herramienta de gran valor para detectar precozmente cambios y ajustar el plan de cuidados. Además, supervisa la seguridad del recorrido, adapta la intensidad a las condiciones físicas individuales y educa en los beneficios de la actividad física regular.

4.2. Bloque II — Salud física y hábitos saludables

4.2.1. Programa de Ejercicio Físico y Alimentación Saludable

Profesional responsable: Daniel García Sangrador/EIR

Las personas con enfermedad mental grave presentan una esperanza de vida sensiblemente menor que la población general, debida en gran medida a causas físicas prevenibles: enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, diabetes y obesidad. A ello contribuyen el sedentarismo, los hábitos alimentarios inadecuados, el tabaquismo y los efectos metabólicos de algunos tratamientos antipsicóticos. La intervención sobre el ejercicio y la alimentación no es, por tanto, un complemento accesorio, sino una prioridad sanitaria de primer nivel que la enfermería está especialmente cualificada para liderar.

Objetivo general: mejorar la salud física y reducir el riesgo cardiometabólico de los usuarios mediante la adquisición de hábitos sostenibles de actividad física y alimentación equilibrada, integrados en su vida cotidiana.

Objetivos específicos:

- Incrementar de forma progresiva el nivel de actividad física semanal y reducir el sedentarismo.
- Mejorar la calidad de la dieta: equilibrio nutricional, planificación de menús, compra y preparación de alimentos.
- Controlar y monitorizar parámetros físicos relevantes (peso, índice de masa corporal, perímetro abdominal, tensión arterial).
- Reforzar la autoestima y la imagen corporal a través del cuidado del propio cuerpo.
- Prevenir y detectar precozmente las complicaciones metabólicas asociadas al tratamiento.

Contenidos y metodología: combina sesiones prácticas de actividad física adaptada con talleres de educación nutricional y de habilidades culinarias básicas (planificación de menús, lista de la compra, preparación de comidas sencillas y saludables). Se trabaja desde un enfoque realista y motivacional, fijando metas alcanzables y reforzando los pequeños cambios sostenibles frente a las dietas restrictivas o los programas de ejercicio inabordables.

Actividades: la enfermera realiza el control y registro periódico de los parámetros físicos y metabólicos, vincula estos datos con la pauta farmacológica para detectar efectos adversos relevantes, y diseña la educación para la salud de manera individualizada. Su papel es central tanto en la vertiente preventiva (detección precoz de síndrome metabólico) como en la educativa, ayudando a la persona a comprender la relación entre sus hábitos, su tratamiento y su bienestar.

4.2.2. Programa de Higiene del Sueño

Profesional responsable: Paula Gutiérrez Báez

Las alteraciones del sueño son extraordinariamente frecuentes en la enfermedad mental grave y mantienen una relación bidireccional con la sintomatología: un sueño deficiente agrava los síntomas, deteriora el funcionamiento diurno y puede actuar como pródromo o desencadenante de recaídas, mientras que la propia enfermedad y la medicación alteran el patrón de sueño. Intervenir sobre la higiene del sueño es, por ello, una vía eficaz de estabilización clínica y de mejora de la calidad de vida.

Objetivo general: mejorar la calidad y regularidad del sueño de los usuarios mediante la adquisición de hábitos y rutinas de higiene del sueño adaptados a sus circunstancias y a su tratamiento.

Objetivos específicos:

- Identificar los hábitos y factores que interfieren en el sueño de cada persona.
- Establecer rutinas regulares de acostarse y levantarse, y un entorno adecuado para el descanso.
- Reducir conductas que perjudican el sueño (siestas prolongadas, consumo de estimulantes, uso nocturno de pantallas, sedentarismo diurno).
- Diferenciar el insomnio reactivo de las alteraciones del sueño asociadas a la psicopatología o a la medicación, derivando cuando proceda.

Contenidos y metodología: psicoeducación sobre el sueño y su importancia; análisis individualizado del patrón de sueño mediante registros y diarios; entrenamiento en medidas de higiene del sueño y en técnicas de relajación previas al descanso; y seguimiento de los cambios. Se conecta de forma natural con el programa de paseos matinales (exposición a luz natural) y con el de relajación.

Actividades: la enfermera valora el patrón de sueño dentro de la valoración integral de cuidados, distingue las causas potenciales (conductuales, clínicas, farmacológicas), educa en medidas no farmacológicas y coordina con el equipo cualquier ajuste de la pauta de medicación que pueda estar interfiriendo. Su seguimiento continuado permite evaluar la eficacia de las medidas y reforzar la adherencia a las nuevas rutinas.

4.2.3. Programa de Deshabitación Tabáquica

Profesional responsable: Paula Gutiérrez Báez

El consumo de tabaco alcanza prevalencias muy elevadas entre las personas con enfermedad mental grave y constituye uno de los principales determinantes de su exceso de mortalidad por causas físicas. Durante mucho tiempo se asumió erróneamente que estas personas no podían o no debían dejar de fumar; la evidencia actual demuestra lo contrario: con apoyo adecuado pueden lograr la abstinencia, mejorando su salud física, su economía y, en muchos casos, la eficacia de su tratamiento. Abordar el tabaquismo es, por tanto, una intervención de salud de pleno derecho y no un objetivo secundario.

Objetivo general: ofrecer un proceso estructurado y respetuoso de deshabituación tabáquica adaptado a las características y al momento motivacional de cada usuario, orientado a la reducción y, cuando sea posible, al cese del consumo.

Objetivos específicos:

- Valorar el grado de dependencia y la fase de motivación de cada persona para el cambio.
- Identificar los factores asociados a la permanencia del tabaquismo y actuar sobre ellos.
- Proporcionar información clara sobre los riesgos del tabaco y los beneficios de dejarlo, sin culpabilizar, así como la eliminación de falsas creencias asociadas al tabaquismo.
- Entrenar estrategias de afrontamiento frente al craving y las situaciones de riesgo de recaída.
- Coordinar, cuando esté indicado, el apoyo farmacológico de la deshabituación con el equipo prescriptor.
- Prevenir las recaídas y reforzar los logros, contemplando la reducción como un objetivo válido cuando el cese completo no es alcanzable a corto plazo.

Contenidos y metodología: se trabaja desde la entrevista motivacional, respetando el ritmo de cada persona y evitando el enfoque coercitivo. Incluye valoración inicial, fijación de objetivos, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, seguimiento estrecho y prevención de recaídas, en formato individual y grupal según el caso. Además, se hará una intervención mínima en todo paciente fumador.

Actividades: la enfermera realiza la valoración de la dependencia y seguimiento clínico. A pesar del modelo de entrevista motivacional empleado en las distintas sesiones, se realizará una intervención mínima a todo paciente fumador. Monitoriza los parámetros físicos, vigila la posible necesidad de ajuste de dosis de ciertos psicofármacos al modificarse el consumo de tabaco —un aspecto clínicamente relevante y a menudo desatendido— y coordina con el equipo el apoyo farmacológico cuando procede.

4.2.4. Programa de Primeros Auxilios y Educación para la Urgencia

Profesional responsable: Laura Vaquero Velerdas

La autonomía real exige saber responder ante una emergencia, tanto propia como ajena. Las personas con enfermedad mental grave se benefician especialmente de un entrenamiento en primeros auxilios que aumente su seguridad, su sensación de competencia y su capacidad de cuidar y cuidarse, reduciendo además la vulnerabilidad y el desamparo que pueden sentir ante situaciones inesperadas. Este programa tiene también un valor capacitador y normalizador: convierte al usuario en alguien capaz de ayudar, no solo de ser ayudado.

Objetivo general: dotar a los usuarios de conocimientos y habilidades básicas de primeros auxilios que les permitan reconocer y actuar con seguridad ante situaciones de urgencia cotidianas, propias o de terceros.

Objetivos específicos:

- Reconocer las situaciones de urgencia más frecuentes y saber cuándo y cómo pedir ayuda.

- Aprender la secuencia básica de actuación ante una emergencia y nociones elementales de soporte vital.
- Manejar pequeñas lesiones, atragantamientos, mareos, hipoglucemias y otras situaciones habituales.
- Conocer el manejo seguro de la propia medicación en situaciones imprevistas.
- Reforzar el sentimiento de competencia y de autoeficacia.

Contenidos y metodología: talleres teórico-prácticos con demostración, simulación y ensayo. Se prioriza el aprendizaje práctico y la repetición, adaptando el lenguaje y el ritmo a las capacidades cognitivas de los participantes.

Actividades: La enfermera garantiza el rigor del contenido, adapta la metodología a las dificultades cognitivas del grupo y conecta este aprendizaje con el resto de programas de salud (manejo de la medicación, hábitos saludables).

4.3. Bloque III — Salud mental, autorregulación y manejo clínico

4.3.1. Programa de Adherencia al Tratamiento

Profesional responsable: Lorena Colino Martín

La falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales predictores de recaída, rehospitalización y deterioro funcional en la enfermedad mental grave. No se trata, sin embargo, de un simple problema de incumplimiento: en la adherencia intervienen la conciencia de enfermedad, la relación terapéutica, los efectos secundarios, la complejidad de la pauta, las creencias sobre la medicación y el apoyo del entorno. Por ello, el abordaje de la adherencia debe ser comprensivo y colaborativo, orientado a que la persona se convierta en agente activo de su propio tratamiento y no en receptor pasivo.

Objetivo general: promover una adherencia informada y autónoma al tratamiento, mejorando la conciencia de enfermedad, el conocimiento de la medicación y la capacidad de automanejo de cada usuario.

Objetivos específicos:

- Explorar y trabajar las creencias, temores y dificultades de cada persona respecto a su tratamiento.
- Proporcionar información comprensible sobre la medicación, sus beneficios y sus efectos secundarios.
- Entrenar habilidades de automanejo: organización de tomas, manejo de olvidos, identificación de efectos adversos y comunicación con los profesionales.
- Detectar precozmente la pérdida de adherencia y actuar antes de que derive en recaída.
- Reforzar la alianza terapéutica como base de una adherencia sostenida en el tiempo.

Contenidos y metodología: psicoeducación sobre la enfermedad y el tratamiento; trabajo motivacional sobre las barreras individuales; entrenamiento en estrategias prácticas de automanejo; y seguimiento individualizado. Se articula estrechamente con el programa de conciencia de enfermedad y con el manejo de la medicación.

Actividades: la enfermera se encarga de realizar educación sobre la medicación la importancia de la adherencia, resolver dudas y temores sobre el tratamiento y servir de enlace ágil con el equipo prescriptor cuando es necesario revisar la pauta.

4.3.2. Programa de Relajación y Manejo de la Activación

Profesional responsable: Laura Vaquero Velerdas/EIR

La ansiedad, la tensión y los estados de hiperactivación son acompañantes habituales de la enfermedad mental grave, y con frecuencia agravan la sintomatología o precipitan crisis. El entrenamiento en técnicas de relajación proporciona a la persona herramientas concretas para autorregular su activación fisiológica y emocional, aumentando su sensación de control sobre el propio estado interno. Es, además, una intervención de bajo coste, sin efectos adversos y fácilmente generalizable a la vida cotidiana.

Objetivo general: entrenar a los usuarios en técnicas de relajación y autorregulación que les permitan reducir la ansiedad y la tensión, y afrontar mejor las situaciones de estrés.

Objetivos específicos:

- Aprender y practicar técnicas básicas de relajación (respiración, relajación muscular progresiva, atención plena adaptada).
- Identificar las señales corporales de tensión y ansiedad y aplicar la técnica adecuada en el momento oportuno.
- Generalizar el uso de la relajación a situaciones cotidianas de estrés.
- Mejorar la calidad del sueño y el bienestar general, en conexión con el programa de higiene del sueño.

Contenidos y metodología: sesiones grupales guiadas con práctica repetida y progresiva, apoyadas en material y en tareas para casa que favorezcan la generalización. Se adapta el nivel de exigencia y se cuida especialmente que las técnicas resulten accesibles para personas con dificultades de concentración.

Actividades: la enfermera conduce las sesiones y enseña diferentes técnicas de relajación, adaptándolas a las características de cada persona y de su sintomatología. Vincula la relajación con el manejo de la activación en situaciones clínicas concretas y refuerza su uso preventivo frente a las crisis.

4.3.3. Programa de Entrenamiento para la Autonomía y las Actividades de la Vida Diaria

Profesional responsable: Tania Patricia Martins Rodrigues

El deterioro en las actividades de la vida diaria —autocuidado, manejo doméstico, gestión del dinero, uso de transportes, realización de trámites— es uno de los efectos más incapacitantes de la enfermedad mental grave y prolongada, y una de las principales barreras para la vida independiente en la comunidad. Este programa aborda de forma sistemática y terapéutica la recuperación de esas competencias, entendiéndolas no como tareas a cubrir, sino como capacidades a entrenar para la autonomía real.

Objetivo general: promover la adquisición o recuperación de las habilidades necesarias para el desenvolvimiento autónomo en la vida cotidiana, con los menores apoyos posibles y orientado a la vida independiente en la comunidad.

Objetivos específicos:

- Entrenar el autocuidado y la higiene personal.
- Desarrollar las habilidades de manejo doméstico: cocina, organización del hogar, limpieza, cuidado de las propias cosas.
- Adquirir competencias instrumentales: manejo del dinero, compra, uso del transporte público, gestión de trámites burocráticos.
- Integrar la educación para la salud y los hábitos saludables en la rutina cotidiana.
- Trasladar progresivamente lo aprendido al entorno real de la persona, incluido, cuando proceda, el entrenamiento en alojamientos comunitarios.

Contenidos y metodología: el aprendizaje es eminentemente práctico y secuenciado: se muestra primero la secuencia completa de la habilidad, se entrena después paso a paso y se vuelve a integrar al final, con retirada progresiva de los apoyos. Se prioriza el entrenamiento en entornos lo más naturales posible y la generalización al contexto real, incluidos los espacios de entrenamiento para la vida autónoma del CRC.

Actividades: la enfermera integra en este programa la dimensión del cuidado y de la salud, vinculando las actividades de la vida diaria con el autocuidado, la alimentación, el manejo de la medicación y la higiene del sueño. Colabora además en el mantenimiento y supervisión de los alojamientos y pisos comunitarios vinculados al dispositivo, donde la autonomía se entrena en condiciones reales.

4.4. Bloque IV — Programas relacionales y psicoeducativos

4.4.1. Programa de Habilidades Sociales

Profesional responsable: Paula Ramos

La alteración del funcionamiento social es uno de los problemas nucleares de la enfermedad mental grave: dificultades para iniciar y mantener relaciones, para desempeñar roles sociales, para participar y disfrutar de actividades compartidas. La frecuencia de contactos sociales es, de hecho, un buen indicador de recaídas, y la capacidad de participación social es una de las dimensiones más relevantes de la calidad de vida. El entrenamiento en habilidades sociales constituye una tecnología básica de la intervención psicosocial, con evidencia consolidada de que sus efectos se mantienen en el tiempo y pueden generalizarse a entornos nuevos.

Objetivo general: entrenar a los usuarios en la adquisición o recuperación de las habilidades sociales que les permitan desenvolverse de forma satisfactoria en sus relaciones interpersonales y reducir el estrés y el aislamiento asociados a sus déficits.

Objetivos específicos:

- Mejorar las habilidades de comunicación verbal y no verbal: iniciar y mantener conversaciones, saludar, expresar opiniones.
- Entrenar la asertividad y la capacidad de hacer y recibir críticas y peticiones.

- Desarrollar la expresión y la discriminación de emociones.
- Practicar el afrontamiento de situaciones sociales problemáticas concretas de cada persona.
- Disminuir el nivel de estrés ante las situaciones sociales y, con ello, el riesgo de recaída.

Contenidos y metodología: se sigue la secuencia clásica y contrastada del entrenamiento en habilidades sociales: definir la necesidad de la habilidad, descomponerla en sus componentes, modelarla, ensayarla mediante rol-playing, ofrecer feedback, corregir y volver a ensayar hasta su ejecución correcta, y asignar tareas para practicar en el entorno real. La generalización es objetivo explícito del programa.

Actividades: la enfermera conduce el programa aportando su mirada integradora: vincula las habilidades sociales con el manejo de la sintomatología, con la adherencia y con la participación en el resto de las actividades del centro y de la comunidad. Su relación cercana con cada usuario facilita la identificación de las situaciones sociales concretas que conviene entrenar y el refuerzo de los avances en el día a día.

4.4.2. Programa de Educación Afectivo-Sexual

Profesional responsable: Lidia Casado de Anta

La sexualidad y la afectividad son dimensiones esenciales de la persona y de su calidad de vida, frecuentemente ignoradas o tratadas con prejuicio en la atención a la enfermedad mental grave. Las personas con trastorno mental tienen los mismos derechos afectivos y sexuales que el resto de la ciudadanía, y necesidades específicas de educación e información: sobre relaciones saludables, prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, efectos de la medicación sobre la función sexual, y prevención del abuso. Abordar esta área desde el respeto y la normalización es una intervención terapéutica y un acto de reconocimiento de la dignidad de la persona.

Objetivo general: ofrecer educación afectivo-sexual desde un enfoque de derechos, salud y respeto, que favorezca relaciones saludables, la prevención de riesgos y el bienestar afectivo y sexual de los usuarios.

Objetivos específicos:

- Proporcionar información veraz y accesible sobre sexualidad, afectividad y relaciones.
- Promover la prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados.
- Abordar los efectos de la medicación sobre la función sexual y facilitar su comunicación al equipo.
- Reforzar la capacidad de establecer relaciones respetuosas y de reconocer y prevenir situaciones de abuso.
- Trabajar la autoestima y la imagen corporal en su dimensión afectiva.

Contenidos y metodología: talleres grupales y atención individual cuando se requiera, en un clima de confianza, confidencialidad y ausencia de juicio. Los contenidos se adaptan a las necesidades, la edad y las circunstancias de los participantes.

Actividad: la enfermera aporta el conocimiento sanitario sobre salud sexual y reproductiva, integra la educación afectivo-sexual en la educación para la salud global y aborda con

naturalidad clínica los efectos del tratamiento sobre la esfera sexual, un tema que con frecuencia el usuario no se atreve a plantear y que influye directamente en la adherencia.

5. Líneas transversales del cuidado enfermero

Más allá de los programas terapéuticos concretos, los profesionales de enfermería desarrollan un conjunto de líneas de trabajo transversales que sostienen, conectan y dan continuidad a toda la cartera de servicios. Son funciones que no se agotan en una sesión ni en un grupo, sino que acompañan a la persona a lo largo de todo su itinerario y a lo largo y ancho del territorio. Constituyen, en buena medida, el tejido invisible que hace posible que la rehabilitación sea verdaderamente comunitaria, continua y equitativa.

5.1. Coordinación sociosanitaria

La atención a la persona con enfermedad mental grave y prolongada se reparte necesariamente entre múltiples dispositivos y recursos: la red de salud mental, la atención primaria, los servicios sociales generales, los recursos sociocomunitarios, los alojamientos y las entidades del tercer sector. Esta fragmentación, inevitable, conlleva el riesgo de descoordinación, de mensajes contradictorios y de vacíos asistenciales en los que la persona puede quedar desatendida. La coordinación sociosanitaria es la respuesta a ese riesgo, y la enfermería desempeña en ella un papel articulador de primer orden.

Desde el centro, la enfermería participa activamente en los espacios de coordinación de área —en particular en las reuniones semanales que articulan la red de salud mental— y mantiene un contacto fluido con los profesionales de referencia de cada usuario. Esta labor incluye la coordinación con los servicios sociales para favorecer el acceso de las personas a las prestaciones y recursos que les corresponden, y la articulación con los recursos comunitarios (centros sociales, formación, ocio, empleo) en los que la persona pueda integrarse. El objetivo es asegurar la complementariedad de las actuaciones, evitar duplicidades y garantizar una atención integral y sin costuras.

Esta coordinación se enmarca en el proceso integrado de atención a las personas con enfermedad mental grave y prolongada, que articula la red sanitaria y la red de recursos sociales y sociosanitarios en torno a un plan individualizado compartido. La enfermería contribuye a que ese plan sea coherente, esté actualizado y se traduzca en cuidados reales y continuados.

5.2. Gestión de casos y continuidad de cuidados

La gestión de casos es el modelo que garantiza que la persona, a pesar de la fragmentación de la red, reciba una atención continua, coordinada y proactiva. Su objetivo principal es evitar la desatención cuando el usuario deja de acudir a los servicios —incluida la pérdida de adherencia al tratamiento—, utilizar los dispositivos de la red de forma eficiente y armonizar los distintos pasos del proceso terapéutico. La evidencia muestra que una gestión de casos bien aplicada reduce el tiempo de hospitalización, incrementa la estabilidad de la persona en su domicilio, mejora su satisfacción y calidad de vida y disminuye el uso de recursos de alto coste como las urgencias y los ingresos.

La enfermería es uno de los perfiles profesionales idóneos para asumir la figura del gestor o gestora de casos. Por su formación, su presencia continuada y su capacidad para proporcionar directamente cuidados, puede actuar como referente estable del usuario, asegurar la continuidad entre dispositivos, mantener el contacto con la familia y el entorno, y activar la respuesta cuando aparecen señales de descompensación o de abandono. El gestor

de casos garantiza la continuidad de cuidados entendida como evaluación, coordinación y provisión de los distintos componentes del tratamiento a lo largo del tiempo.

Entre las funciones que la enfermería despliega como gestora de casos destacan:

- Mantener un seguimiento proactivo y un contacto regular con cada persona asignada, también cuando deja de acudir.
- Coordinar la intervención de los distintos dispositivos sanitarios y sociales implicados en su atención.
- Acompañar las transiciones entre recursos (ingreso, alta, derivación a atención primaria o al equipo de salud mental) para que no se produzcan rupturas.
- Servir de enlace permanente con la familia y el entorno de apoyo.
- Activar de forma temprana la respuesta ante las crisis, contribuyendo a su resolución en la comunidad y evitando ingresos innecesarios.

5.3. Atención en el medio rural y urbano

El territorio condiciona profundamente la equidad en la atención a la salud mental. En provincias de gran dispersión geográfica, muchas personas viven a decenas de kilómetros del centro, en núcleos rurales con escaso o nulo acceso a recursos especializados. La atención meramente presencial y centralizada deja fuera, de hecho, a una parte importante de la población destinataria. Por ello, la enfermería extiende su cuidado al territorio mediante un modelo reticular de atención que combina la atención presencial en el medio urbano con fórmulas específicas para el medio rural.

En el medio urbano, la enfermería garantiza la atención presencial continuada en el centro, el seguimiento domiciliario cuando es necesario y la articulación con los recursos comunitarios próximos. En el medio rural, despliega un conjunto de estrategias orientadas a salvar las barreras de acceso:

- **Telesalud y atención a distancia:** sesiones individuales y grupales por videollamada segura, integradas en el sistema sanitario, que refuerzan la continuidad asistencial de quienes no pueden desplazarse con regularidad.
- **Rehabilitación cognitiva y terapias grupales remotas:** programas estructurados (psicoeducación, gestión emocional, habilidades sociales) diseñados específicamente para personas con conectividad limitada, con supervisión profesional desde el centro.
- **Apoyo a la alfabetización digital:** acompañamiento a usuarios y familias para el uso autónomo de las herramientas de salud digital, condición imprescindible para que la telesalud sea realmente accesible.
- **Seguimiento proactivo en el territorio:** contacto telefónico y coordinación con la atención primaria de cada zona —cuya implantación en todos los centros de salud de la provincia facilita el seguimiento— para sostener la continuidad de cuidados en el entorno habitual de la persona.

Este modelo permite que la rehabilitación psicosocial llegue, con garantías de continuidad y calidad, a quienes de otro modo quedarían excluidos por razón de su lugar de residencia. La enfermería, por su versatilidad y su capacidad de proporcionar cuidados directos tanto en el centro como a distancia, es una pieza clave en su despliegue.

6. Docencia e investigación

Además de su actividad asistencial, la enfermería desarrolla una función docente e investigadora que forma parte sustancial de esta cartera de servicios y que contribuye a la calidad, la actualización y la difusión del cuidado enfermero en salud mental.

6.1. Actividad docente

La vertiente docente se despliega en tres planos: la educación para la salud dirigida a usuarios y familias, la formación de profesionales y la sensibilización de la comunidad.

- **Educación para la salud:** individual y grupal, transversal a todos los programas, evaluando los conocimientos adquiridos y los déficits detectados.
- **Formación de profesionales:** tutorización y formación de residentes de Enfermería de Salud Mental y de estudiantes de pregrado de Enfermería, y colaboración en la formación de otros residentes del área.
- **Sesiones clínicas y formación del equipo:** participación en las sesiones y actividades formativas del dispositivo.
- **Sensibilización comunitaria:** acciones de información y sensibilización dirigidas a la población, a agentes sociales y a otros profesionales, orientadas a la detección precoz y a la lucha contra el estigma de la enfermedad mental.

6.2. Actividad investigadora

La actividad investigadora persigue profundizar en el conocimiento enfermero y mejorar de forma continua la calidad de los cuidados, sobre la base de la mejor evidencia disponible.

- Desarrollo de una práctica basada en la evidencia y propuestas de mejora fundamentadas en los resultados obtenidos.
- Participación en proyectos y estudios de investigación, incluidos los enmarcados en iniciativas de cooperación como el proyecto EQUISAM/Interreg.
- Evaluación sistemática de los resultados de los programas y de los cuidados como fuente de conocimiento enfermero.
- Difusión de los resultados a través de comunicaciones en congresos y publicaciones científicas.

7. Aportación de enfermería a otras líneas del CRC

El Centro de Rehabilitación Comunitaria contempla líneas de trabajo que, aunque lideradas por otros perfiles o de carácter interdisciplinar, cuentan con una aportación enfermera relevante y específica. Se recogen aquí el jardín terapéutico y el apoyo entre iguales, así como la contribución de la enfermería a la dimensión psicológica del proceso, para subrayar el valor que el cuidado enfermero añade a cada una de ellas.

7.1. Jardín y horticultura terapéuticos

El jardín terapéutico es un espacio abierto diseñado con criterios de salud para favorecer la relajación, el contacto con la naturaleza y la intervención individual y grupal en un entorno amable y no estigmatizante. La horticultura terapéutica —el cultivo y cuidado de plantas como medio terapéutico— cuenta con evidencia creciente sobre sus efectos beneficiosos en salud mental: reduce el estrés y la ansiedad, mejora el estado de ánimo, estimula la actividad física suave, estructura el tiempo y proporciona experiencias de logro y de cuidado de otro ser vivo.

La aportación de la enfermería a esta línea es múltiple. En primer lugar, integra el jardín en los objetivos de cuidado de cada persona, utilizándolo como escenario para el trabajo de la relajación, la activación conductual, las habilidades sociales y el autocuidado. En segundo lugar, aporta la mirada de salud: gradúa la intensidad de la actividad física, vigila la exposición solar y la hidratación, y adapta las tareas a las capacidades y limitaciones de cada usuario. En tercer lugar, aprovecha el carácter informal y distendido del espacio para una observación clínica valiosa y para reforzar el vínculo terapéutico. El jardín se convierte así no en un mero entretenimiento, sino en un recurso terapéutico plenamente integrado en el plan de cuidados.

7.2. Apoyo entre iguales (Peer Support)

El apoyo entre iguales se basa en el acompañamiento ofrecido por personas con experiencia propia en salud mental, que ponen su recorrido de recuperación al servicio de otros usuarios. Complementa el trabajo clínico generando vínculos positivos, ofreciendo modelos reales de recuperación y reforzando la esperanza y la autoestima. Es una figura emergente, con respaldo creciente en las recomendaciones internacionales, que se implementa de forma progresiva y con formación básica para su integración segura y efectiva en los equipos.

La enfermería puede aportar mucho a esta línea sin invadir el espacio propio del agente de apoyo entre iguales, cuyo valor reside precisamente en la horizontalidad de la relación. Su contribución se sitúa en el acompañamiento, la formación y la articulación:

- Colaborar en la formación básica de los agentes de apoyo entre iguales en aspectos de salud, manejo de situaciones de crisis y límites del rol.
- Facilitar la integración del apoyo entre iguales en los programas terapéuticos, identificando los momentos del itinerario en que aporta mayor valor.
- Ofrecer supervisión y apoyo al propio agente, cuidando de quien cuida y previniendo su sobrecarga.
- Servir de puente entre la experiencia vivida que aporta el igual y la información clínica que maneja el equipo, en beneficio del usuario.

7.3. Contribución a la dimensión psicológica del proceso

Aunque la intervención psicológica y psicoterapéutica corresponde a los profesionales de la psicología clínica, la enfermería contribuye de forma cotidiana a la dimensión psicológica de la recuperación. Su relación continuada y de confianza con el usuario, su presencia en los momentos informales del día y su mirada integral la convierten en una pieza esencial del clima terapéutico del centro. La enfermería refuerza en el día a día los aprendizajes trabajados en los programas psicológicos, detecta cambios en el estado emocional, contiene situaciones de malestar y traslada al equipo la información relevante para el ajuste del plan, en un trabajo verdaderamente interdisciplinar en el que cada perfil aporta su competencia específica.

8. Marco de seguridad clínica y protocolos de cuidados

Los programas terapéuticos descritos se desarrollan sobre una base de seguridad clínica garantizada por un conjunto de protocolos de cuidados de enfermería. Estos protocolos no son intervenciones rehabilitadoras en sentido estricto, pero constituyen el marco que asegura una práctica segura, homogénea y de calidad, y que protege tanto a los usuarios como a los profesionales. Se resumen a continuación, desde la perspectiva del cuidado enfermero, los principales protocolos que sostienen la actividad del dispositivo.

Protocolo	Finalidad desde el cuidado enfermero
Adherencia al tratamiento (funcionamiento)	Sistematizar el seguimiento de la adherencia y la actuación temprana ante su pérdida, garantizando la continuidad terapéutica.
Manejo de la medicación	Asegurar la conservación, preparación, administración y registro seguros de la medicación, y la educación del usuario para su automanejo.
Valoración y cuidados (VEA)	Estructurar la valoración enfermera y la planificación de cuidados al ingreso y a lo largo del proceso.
Cuidados intermedios	Definir la atención en situaciones que requieren un nivel de supervisión y cuidado intermedio dentro del modelo comunitario.
Guía de acogida	Ofrecer una acogida cálida, informada y homogénea a cada nueva persona y a su familia, base del enganche terapéutico.
Actuación ante urgencias	Garantizar una respuesta rápida, segura y ordenada ante las situaciones de urgencia clínica que puedan presentarse.
Prevención de la conducta suicida	Establecer la valoración del riesgo, la actuación segura y el seguimiento, evitando nombrar o describir medios y centrandolo el abordaje en la protección y el apoyo de la persona.
Sujeción física	Regular su uso como medida absolutamente excepcional y de último recurso, priorizando siempre las alternativas, la seguridad y la dignidad de la persona.
Procedimientos especializados de la UDR	Dar soporte de cuidados a procedimientos especializados (entre otros, los desarrollados en la unidad de referencia), con los controles y la seguridad que requieren.

La existencia de estos protocolos, revisados periódicamente, refuerza la coherencia del equipo, reduce la variabilidad no justificada en la práctica y asegura que la dimensión terapéutica y rehabilitadora de los programas descansa sobre una base sólida de seguridad clínica.

9. Evaluación, indicadores y mejora continua

9.1. Sistema de evaluación

Coherentemente con su orientación terapéutica, esta cartera de servicios incorpora la evaluación de resultados como elemento estructural y no como añadido formal. Cada programa se evalúa en función de los objetivos definidos en el plan individualizado de cada usuario, mediante el registro continuado de las sesiones, la revisión periódica de objetivos y la reevaluación global de la persona en intervalos regulares, comparando los resultados con la situación inicial para valorar los avances obtenidos y los aspectos a mejorar.

A escala de dispositivo, la evaluación se apoya en un sistema que combina distintas fuentes de información:

- **Escalas estandarizadas:** instrumentos validados de evaluación clínica, funcional y de calidad de vida, aplicados de forma periódica.
- **Cuestionarios de recuperación personal:** que recogen la perspectiva del propio usuario sobre su proceso, en coherencia con el modelo de recuperación.
- **Encuestas de satisfacción:** de usuarios y familias, como medida de la calidad percibida del servicio.
- **Indicadores clínicos, funcionales y sociales:** incluidos indicadores de uso de recursos (ingresos, urgencias, estancias) que reflejan el impacto del modelo comunitario.

Esta información se revisa de forma periódica por el equipo para adaptar los programas, corregir desviaciones y garantizar una atención centrada en la persona. La enfermería participa activamente en esta evaluación, aportando el registro sistemático de cuidados y de objetivos de sus programas, y contribuyendo a la lectura conjunta de los resultados.

9.2. Indicadores

Se proponen los siguientes indicadores para el seguimiento de la actividad y de los resultados de la cartera. Tienen carácter orientativo y podrán ajustarse a los sistemas de registro y a los estándares del centro.

Indicador	Definición / fórmula	Estándar
Participación en programas	Usuarios que participan en los programas asignados / usuarios con plan individualizado $\times 100$	$\geq 80\%$
Adherencia al tratamiento	Usuarios en seguimiento con adherencia adecuada / total en seguimiento $\times 100$	Tendencia ascendente
Consecución de objetivos	Objetivos del plan alcanzados al alta de cada programa / objetivos previstos $\times 100$	$\geq 70\%$
Reducción de ingresos	Ingresos hospitalarios de usuarios en seguimiento (año actual) / (año anterior) $\times 100$	$< 100\%$
Reducción de urgencias	Atenciones en urgencias de usuarios en seguimiento (año actual) / (año anterior) $\times 100$	$< 100\%$
Salud física	Usuarios con control periódico de parámetros cardiometabólicos / total $\times 100$	$\geq 90\%$
Cobertura en el medio rural	Usuarios del medio rural atendidos (presencial y/o telesalud) / total rural $\times 100$	$\geq 90\%$

Indicador	Definición / fórmula	Estándar
Satisfacción	Puntuación media en la encuesta de satisfacción de usuarios y familias	$\geq 8 / 10$

9.3. Criterios de alta

La finalización de la intervención se ajusta a criterios definidos, entendiendo que el alta de un programa no implica necesariamente el alta del dispositivo: la continuidad de cuidados y el seguimiento se mantienen mientras resulten necesarios.

- Consecución de los objetivos previstos en el plan individualizado.
- Alcance de un nivel de autonomía e integración suficiente para el desenvolvimiento en la comunidad.
- Traslado del usuario fuera del área de referencia.
- Imposibilidad mantenida de acudir o de continuar la intervención.
- Falta de respuesta a la intervención tras una revisión razonada del plan.
- Alta voluntaria o negativa del usuario a continuar el seguimiento.
- Fallecimiento.

10. Cronograma y calendario semanal

10.1. Criterios de organización

Los programas terapéuticos de enfermería se organizan siguiendo un modelo secuencial y no solapado: en cada momento se desarrolla un único programa, con una sesión a la semana; cuando un programa concluye, comienza el siguiente. Este diseño evita la dispersión, facilita el seguimiento de los objetivos de cada usuario y permite concentrar el trabajo terapéutico en un contenido cada vez, en plena coherencia con el enfoque terapéutico —y no meramente ocupacional— de toda la cartera.

Frecuencia y duración: una sesión por semana del programa en curso, de 60 a 70 minutos por sesión.

Estructura semanal estable: todas las semanas comparten la misma estructura, que se recoge en el calendario semanal tipo del apartado siguiente. Lo único que varía de una semana a otra es el programa que se está impartiendo en cada momento, según la secuencia del apartado 10.3.

Acogida diaria: el programa de Paseos Saludables y Bienvenida se realiza cada mañana, de lunes a viernes, como actividad de acogida y activación que enmarca el conjunto de la jornada.

10.2. Calendario semanal tipo (lunes a viernes)

El siguiente calendario representa una semana tipo. Su estructura se repite todas las semanas; únicamente cambia el programa terapéutico que ocupa la sesión semanal, conforme a la secuencia detallada en el apartado 10.3.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Primera hora de la mañana	Bienvenida y Paseos Saludables	Bienvenida y Paseos Saludables	Bienvenida y Paseos Saludables	Bienvenida y Paseos Saludables	Bienvenida y Paseos Saludables
Media mañana Sesión de 60–70 min	Trabajo de enfermería *	Trabajo de enfermería *	SESIÓN DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO EN CURSO (ver apartado 10.3)	Trabajo de enfermería *	PROGRAMA DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Comentado [VL3]: Pregunta: pensaba que los residentes iban a tener un espacio propio en un día, que no iban a entrar en la rueda con nosotros. Podíamos dejarles un espacio un día para que hicieran el taller de relajación permanente.

* *Trabajo de enfermería a lo largo de la semana: gestión de casos y continuidad de cuidados, coordinación sociosanitaria, atención en el medio rural mediante telesalud, y control y seguimiento de la medicación (apartado 5). El día asignado a la sesión grupal es orientativo y puede ajustarse a la organización del centro; lo esencial es que se mantenga una única sesión semanal de cada programa.*

10.3. Secuencia y contenido de los programas

Los programas se suceden en el orden que se recoge a continuación, pensado como una progresión clínica: parte de la estabilización y de los hábitos básicos de salud, avanza hacia el manejo clínico y la autorregulación, y culmina en las competencias relacionales y de

autonomía. Es una secuencia orientativa, adaptable a las necesidades del grupo y del servicio.

Nº	Programa	Profesional responsable	Sesiones
1	Higiene del Sueño	Paula Gutiérrez Báez	4
2	Ejercicio Físico y Alimentación Saludable	Daniel García Sangrador/EIR	5
3	Relajación y Manejo de la Activación	Laura Vaquero Velerdas/EIR	5
4	Adherencia al Tratamiento	Lorena Colino Martín	5
5	Deshabitación Tabáquica	Paula Gutiérrez Báez	6
6	Primeros Auxilios y Educación para la Urgencia	Laura Vaquero Velerdas	8
7	Habilidades Sociales	Paula Ramos Martín	8
8	Educación Afectivo-Sexual	Lidia Casado de Anta	5
9	Entrenamiento para la Autonomía y las AVD	Tania P. Martins Rodrigues	8
	TOTAL	Ciclo de carácter anual	50

Comentado [GP4]: Por ejemplo el programa de sueño se podría adaptar perfectamente a este número de sesiones pero entiendo que quedamos en un número igualitario de sesiones de 6 por cada programa. No sé si lo queréis cambiar y dejar todas con 6 sesiones o mantener esa cifra orientativa

Comentado [VL5R4]: Yo creo que dependerá un poco del programa, yo al final el de primeros auxilios lo hice en 8 sesiones, creo que depende del grupo habrá algunos que requieran más sesiones que otros...

El contenido previsto de cada sesión, programa por programa, es el siguiente. Al finalizar la última sesión de un programa, la sesión semanal siguiente da comienzo al programa posterior.

Programa 1 — Higiene del Sueño · Responsable: Paula · 4 sesiones · 60–70 min/sesión	
Sesión	Contenido de la sesión
1	Psicoeducación sobre el sueño: fases, funciones y su relación con la salud mental. Entrega y explicación del diario de sueño.
2	Identificación de hábitos y factores que interfieren en el descanso, así como los distintos problemas del sueño existentes. Análisis de los registros individuales.
3	Medidas de higiene del sueño: rutinas de acostarse y levantarse, ambiente, alimentación, estimulantes y pantallas. Relajación previa al descanso.
4	Revisión de avances, resolución de dificultades y elaboración del plan de mantenimiento individual.
Programa 2 — Ejercicio Físico y Alimentación Saludable · Responsable: Dani/EIR · 5 sesiones · 60–70 min/sesión	
Sesión	Contenido de la sesión
1	Evaluación inicial (peso, IMC, perímetro abdominal, tensión arterial) y de los hábitos. Beneficios del ejercicio y la alimentación en salud mental.
2	Alimentación equilibrada: grupos de alimentos y planificación de menús saludables.
3	Taller práctico: la compra saludable y la preparación de comidas sencillas.
4	Actividad física adaptada: tipos, intensidad e integración en la rutina diaria (sesión práctica).
5	Riesgo cardiometabólico y tratamiento. Fijación de metas sostenibles y plan personal.
Programa 3 — Relajación y Manejo de la Activación · Responsable: Laura y residentes · 5 sesiones · 60–70 min/sesión	
Sesión	Contenido de la sesión
1	Estrés, ansiedad y activación: reconocer las señales corporales. Respiración diafragmática.

Comentado [GP6]: 6 sesiones y solo 5 descritas

Comentado [VL7R6]: Entiendo que esto es un poco propuesta de contenidos, pero he cambiado arriba a 5 porque creo que está bien así, para qué hacer más... Lo que sí haría como un espacio semanal (que es de lo que se pueden encargar los residentes) para practicar.

2	Relajación muscular progresiva (Jacobson): práctica guiada.
3	Técnicas breves de autorregulación aplicables en el día a día.
4	Atención plena adaptada y visualización.
5	Aplicación a situaciones reales de estrés y plan de uso preventivo frente a las crisis.

Programa 4 — Adherencia al Tratamiento · Responsable: Lorena · 5 sesiones · 60–70 min/sesión

Sesión	Contenido de la sesión
1	La enfermedad y su tratamiento: exploración de creencias, dudas y temores.
2	Conocimiento de la medicación: para qué sirve y qué beneficios aporta.
3	Efectos secundarios: identificación, manejo y comunicación al equipo.
4	Estrategias de automanejo: organización de las tomas, manejo de olvidos y ayudas o recordatorios.
5	Detección de señales de recaída y elaboración del plan personal de adherencia.

Programa 5 — Deshabituación Tabáquica · Responsable: Paula · 6 sesiones · 60–70 min/sesión

Sesión	Contenido de la sesión
1	Valoración del consumo y del grado de dependencia. Motivación para el cambio.
2	Beneficios de dejar de fumar y mitos en salud mental. Información sobre tratamientos farmacológicos disponibles. Balance decisional, fijar "Día D"
3	Experiencias del intento: fecha, entorno y apoyos. Manejo del deseo de fumar y síndrome de abstinencia a la nicotina
4	Reforzamiento de beneficios, hábitos de vida saludable, técnicas de desautomatización y manejo de problemas secundarios al abandono.
5	Prevención y afrontamiento de situaciones de recaídas.
6	Prevención de recaídas y consolidación de los logros. Planificación de seguimiento.

Programa 6 — Primeros Auxilios y Educación para la Urgencia · Responsable: Laura · 60–70 min/sesión

Sesión	Contenido de la sesión
1	Introducción a los primeros auxilios. Conducta PAS.
2	Valoración inicial de la víctima y posición lateral de seguridad.
3	Prevención: caídas, quemaduras. Botiquín.
4	Heridas y hemorragias.
5	Intoxicaciones y urgencias frecuentes (lipotimia, convulsiones, hipoglucemia).
6	Atragantamiento.
7	RCP básica y DEA.
8	Repaso general y evaluación final.

Programa 7 — Habilidades Sociales · Responsable: Paula Ramos · 8 sesiones · 60–70 min/sesión

Sesión	Contenido de la sesión
1	¿Qué son las habilidades sociales? Comunicación verbal y no verbal. Autoobservación.
2	Iniciar, mantener y cerrar una conversación (modelado y rol-playing).
3	Escucha activa y expresión de opiniones.

Comentado [GP8]: 8 sesiones pero aparecen solo 4 descritas (¿?)

Comentado [VL9R8]: corregido

4	Asertividad: hacer y rechazar peticiones.
5	Hacer y recibir críticas y cumplidos.
6	Expresión y reconocimiento de emociones.
7	Afrontamiento de situaciones sociales problemáticas concretas (rol-playing individualizado).
8	Generalización al entorno real: tareas y plan de mantenimiento.

Programa 8 — Educación Afectivo-Sexual · Responsable: Lidia · 5 sesiones · 60–70 min/sesión

Sesión	Contenido de la sesión
1	Sexualidad y afectividad como dimensión de la salud y de los derechos. Mitos y realidades.
2	Relaciones saludables: respeto, consentimiento y vínculos.
3	Prevención: infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados; métodos.
4	Medicación y función sexual: efectos y cómo abordarlo con el equipo.
5	Autoestima, imagen corporal y prevención de situaciones de abuso.

Programa 9 — Entrenamiento para la Autonomía y las AVD · Responsable: Tania · 8 sesiones · 60–70 min/sesión

Sesión	Contenido de la sesión
1	Autocuidado e higiene personal.
2	Organización doméstica: orden, limpieza y cuidado de las propias cosas.
3	Alimentación y cocina básica (taller práctico).
4	Manejo del dinero y economía doméstica.
5	La compra y su planificación.
6	Uso del transporte público y desplazamientos.
7	Trámites y gestiones burocráticas.
8	Integración de lo aprendido en el entorno real; entrenamiento en alojamiento o piso, si procede.

Al término de cada programa se realiza la evaluación de los objetivos alcanzados por cada usuario, conforme al sistema descrito en el apartado de evaluación, y se registran los resultados antes de iniciar el programa siguiente.

11. Consideraciones finales

Esta cartera de servicios de enfermería pretende dejar constancia, de manera ordenada y rigurosa, de que el cuidado enfermero en la rehabilitación psicosocial es plenamente terapéutico. Cada programa aquí descrito persigue objetivos clínicos definidos, se sustenta en una metodología contrastada y se evalúa por sus resultados, alejándose deliberadamente del modelo meramente ocupacional. La enfermería, además de conducir directamente buena parte de estos programas, sostiene el conjunto del proceso a través de la coordinación sociosanitaria, la gestión de casos y la extensión del cuidado a todo el territorio, urbano y rural, y aporta su mirada integral a otras líneas estratégicas del centro como el jardín terapéutico y el apoyo entre iguales.

Como toda guía de funcionamiento, este documento se concibe abierto y dinámico: deberá revisarse periódicamente a la luz de los resultados obtenidos, de la evolución de la evidencia y de las necesidades expresadas por los usuarios y sus familias, incorporando las mejoras que incrementen la calidad de la atención y la satisfacción de las personas a las que sirve.