

PROCESO ASISTENCIAL TRASTORNO MENTAL GRAVE



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
Red de Servicios de Salud
Mental

 Comunidad de Madrid



Área de Gobierno de Desarrollo Social y Acción Ciudadana.
Servicios Sociales, Salud y Familia.



Comunidad de Madrid



Red Atención
Social
Enfermedad
Mental

Autoras/es del Documento:

Ángeles Asiel Rodríguez
Loli Benito Ibáñez
Daniel Cuesta Lozano
Juan Fernández Blanco
Namdev Freund Llovera
Álvaro Galindo Gómez
Francisco González Aguado
Juan González Cases (coordinación)
Roberto Marijuán Monzón
Carolina Martínez Alcocer
Ana Moreno Pérez
Lara Repeto Zilbermann
M^a Teresa Ruiz Jiménez
Isabel Rodríguez Aparicio
María Vicens Poveda

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN	4
2.	MISIÓN/DEFINICIÓN DEL PROCESO	6
3.	DESTINATARIOS DEL PROCESO	7
4.	LÍMITES DEL PROCESO	8
5.	PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO.....	11
6.	INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO	12
7.	ACTIVIDADES DEL PROCESO	15
8.	MAPA DEL PROCESO	45
9.	ANEXOS	46
	ANEXO 9.1: ÁRBOLES DE DECISIÓN para el uso racional de los dispositivos del proceso asistencial del trastorno mental grave.....	47
	ANEXO 9.2: Fichas de los recursos.....	48
	ANEXO 9.3: Escalas de evaluación.....	76
-	OBSTÁCULOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO	85
-	CRONOGRAMA PROCESO: DISEÑO, CONSENSO Y PUESTA EN MARCHA	86

1. INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN

Las necesidades de las personas con un trastorno mental grave son muchas, variadas y duraderas en el tiempo. Algunas son estrictamente sanitarias y otras trascienden ese ámbito y se manifiestan en dimensiones sociales y psicosociales. Estas características del TMG conllevan en muchas ocasiones un abordaje complejo en cuanto que requiere de forma simultánea o sucesiva diferentes prestaciones, servicios, redes de atención y profesionales. Esta complejidad en la atención, junto a nuevos modelos de gestión por procesos y a la cada vez mayor saturación de los servicios de la red de salud mental justificarían la creación de un proceso específico para la atención al trastorno mental grave en la red de salud mental dependiente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias que mejorase la asistencia integral que se presta a la persona con TMG con el objetivo de favorecer su recuperación.

Algunos principios que han guiado la elaboración de este proceso han sido:

- El actor principal del proceso debe ser la persona con psicosis, en la lógica de manejar la prioridad e intensidad de las intervenciones en función de la gravedad de la problemática.
- El usuario y sus necesidades deben ocupar el lugar central del proceso y los recursos/prestaciones/profesionales han de estar orientados hacia él y sus necesidades.
- Las necesidades del usuario pueden ser sanitarias, sociales y psicosociales, por lo que el abordaje debe ser integral.
- La variedad de prestaciones y servicios disponibles hacen imprescindible la coordinación.
- El proceso debe sustentarse sobre los principios de la atención comunitaria a la salud mental.
- El actual escenario presupuestario y el previsible no crecimiento en recursos determinan que el diseño del proceso habrá de hacerse con los recursos actuales intentando una mejor coordinación y aprovechamiento de éstos para la atención al TMG.
- El diseño del proceso debe ser consensuado entre todos los agentes intervinientes.

- El proceso resultante no debe ser estático sino que deberá ser evaluado periódicamente y adaptado a los resultados de esas evaluaciones.
- Perspectiva de género: El proceso ha de ser especialmente sensible a las peculiaridades de la población femenina favoreciendo que las mujeres con TMG reciban las prestaciones y actividades adecuadas para atender las diferentes necesidades sanitarias y sociales que presenten. Especial cuidado debe tener el proceso para que las mujeres accedan a los recursos especializados de rehabilitación y residenciales en igualdad de condiciones que los hombres.
- Riesgo suicida: la alta prevalencia del suicidio en la población con trastorno mental grave hace necesario que a lo largo del proceso se adopten todas las medidas necesarias para prevenir y tratar el riesgo suicida. Mención especial hay que hacer al programas “Tratamiento del riesgo suicida en el Servicio de urgencias del HUPA” y al la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” editado por el Ministerio de Sanidad en 2011.
- Participación de los usuarios. Se abordarán todas las acciones necesarias para favorecer la participación activa de los usuarios en el proceso, tanto en su diseño, implementación y evaluación. En cuanto a la participación en el diseño se les pedirán sugerencias sobre el documento borrador del proceso antes de su aprobación definitiva; en cuanto a la implantación y desarrollo del proceso se intentará que algún usuario participe de forma permanente en la Comisión Interdisciplinar el Proceso y por último, en cuanto a la evaluación del proceso, participaran en la Comisión que se cree para tal fin.
- Derechos Humanos: el proceso pretende mostrarse escrupulosamente respetuoso con la legislación y normativa de protección de los derechos humanos y especialmente con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Diciembre de 2006 en la ciudad de Nueva York, ratificado por el Estado Español en Noviembre de 2007 y por la Unión Europea en Noviembre de 2009.

2. MISIÓN/DEFINICIÓN DEL PROCESO

La misión del proceso asistencial del trastorno mental grave en la red de salud mental dependiente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias es mejorar el abordaje integral de éste trastorno mediante una mejor organización y coordinación de los recursos y prestaciones disponibles con el fin último de mejorar la calidad de vida de la persona.

El proceso asistencial se **define** como el conjunto de actividades encaminadas a la atención del paciente con trastorno mental grave:

- Detección, identificación y diagnóstico precoz de las personas con trastorno mental grave o en riesgo de padecerlo.
- Evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno
- Elaboración consensuada de un plan de cuidados.
- Aplicación de distintas intervenciones y seguimiento periódico
- Coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

3. DESTINATARIOS DEL PROCESO

El proceso de TMG tiene como actor principal a la persona con psicosis.

Introducción:

Tradicionalmente se utilizaba el concepto de enfermo mental crónico. La intervención se centraba en un enfoque asistencial regulado por el hospital psiquiátrico. Poco a poco se han ido añadiendo otros parámetros sociosanitarios que han permitido ampliar el foco de intervención. En la actualidad nos referimos a este tipo de trastornos como trastorno mental grave (TMG) optando por una atención comunitaria e incidiendo en la mejora de la calidad de vida del paciente y de su entorno.

Quienes padecen un TMG son un grupo de personas heterogéneas afectadas por alguna de las patologías psiquiátricas consideradas como graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.

Características:

Para poder realizar una definición lo más precisa posible, debemos tener en cuenta los siguientes criterios:

El diagnóstico clínico.

La duración del trastorno.

El funcionamiento social, familiar y laboral de la persona.

- a) **El diagnóstico clínico:** Se incluirá todas las categorías diagnósticas donde exista un patrón de relaciones gravemente alterado o un comportamiento inadecuado al contexto. En algunas definiciones equiparan el TMG con psicosis, pero para entender esta aproximación hay que hacerlo en el sentido más amplio del término y no solo en la dimensión psicopatológica de síntomas positivos o negativos. Por lo tanto, quedan incluidos trastornos de personalidad y trastornos del

humor siempre que en ambos casos exista un grave deterioro en el ámbito relacional y persona. Al contrario, puede ocurrir la aparición de clínica psicótica transitoria. En estos casos los pacientes serán atendidos incluidos en el proceso de TMG de modo transitorio hasta comprobar hacia donde deriva el cuadro.

- b) **Duración del trastorno:** la duración del trastorno debe ser superior a 2 años o que, sin cumplir los dos años de evolución, se prevea que el paciente va a requerir para su tratamiento una intervención compleja.
- c) **Deterioro funcional:** Se debe valorar un deterioro en el ámbito familiar, social, laboral. Se utiliza la escala GAF, incluyendo los pacientes con $GAF < 50$.

4. LÍMITES DEL PROCESO

Se establecen los criterios que ha de cumplir una persona para ser incluida en el proceso de atención al TMG y los criterios por los que saldría del proceso.

Límite inicial o de entrada. Criterios de entrada al proceso:

1. Persona mayor de 18 años y que esté en atención o contacto con los servicios de salud Mental dependientes del Hospital Universitario príncipe de Asturias.
2. Cumplir los criterios diagnósticos siguientes (código CIE 9 MC):
 - Se establecen los siguientes diagnósticos nucleares para la inclusión en el proceso de TMG:
 - Trastornos esquizofrénicos (295.00-295.95). Se excluyen episodios agudos (295.4x)
 - Psicosis afectivas (296.00-296.99)
 - Estados paranoides (297.0-297.9)
 - Otras psicosis no orgánicas (298.0-298.9) se excluyen reactivas (298.2, 298.3, 298.8)

- Otras personas con los siguientes diagnósticos o circunstancias diferentes a los señalados en el punto anterior como diagnósticos nucleares podrían ser incluidas en el proceso previa consideración y consenso entre los profesionales:
 - Los siguientes trastornos de la personalidad:
 - Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)
 - Trastorno esquizoide de personalidad no especificado (301.20)
 - Personalidad esquizotípica (301.22)
 - Trastorno límite de la personalidad (301.83)
 - Personas con diagnósticos nucleares de trastorno mental grave y discapacidad intelectual leve (317)
 - Otros diagnósticos que impresionen por su gravedad
3. Presentar una discapacidad moderada o severa con dificultades en el funcionamiento psicosocial en una o varias de las siguientes áreas:
- Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo en su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.
 - Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, dependencia económica, etc.
 - Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.
 - Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
 - Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.
 - Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.
 - Rol social: inadecuado desempeño del rol esperado (en el trabajo, estudios, tareas domésticas, etc.)
4. El abordaje de la persona requiere o se prevé que va requerir un uso intenso, frecuente y prolongado de prestaciones, dispositivos y servicios de la red sanitaria y social del distrito.

Para entrar en el proceso la persona debe cumplir algunas de las siguientes combinaciones:

- 1 y 2 y 3
- 1 y 2 y 4
- 1 y 2 y 3 y 4

Criterios de exclusión para la entrada en el proceso de TMG:

- Los siguientes diagnósticos:
 - Retraso mental moderado (318.0), grave (318.1) o profundo (318.2)
 - Trastorno mentales orgánicos (290.xx, 292.xx, 293.xx, 294.xx y 310.xx)
 - Diagnóstico principal relacionado con el abuso o dependencia de drogas (303.xx, 304.xx y 305.xx)
- Deterioro funcional que requiere otro tipo de abordaje que no puede proporcionar el proceso de TMG.

Límites final o de salida: criterios por los que una persona que estaba incluida en el proceso de atención al TMG sale de dicho proceso:

- Funcionamiento psicosocial adecuado y significativa remisión clínica durante al menos 2 años.
- Causas administrativas: traslado de domicilio, traslado de atención sanitaria a otro distrito, fallecimiento, atención en otras redes privadas, etc.

5. PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO

La **entrada al proceso** se realizará de forma ordinaria desde el Centro de Salud Mental en función de los criterios establecidos en el apartado anterior. Personas desconocidas por el equipo del CSM y que sean remitidas por los Servicios Sociales, Atención Primaria u otros servicios, deberán ser valoradas por los profesionales del CSM para su propuesta de inclusión al proceso.

En el caso que aparezca por la UHB una persona que cumple criterios para entrar en el proceso se establecerá una coordinación con el CSM, se asignará psiquiatra y profesional de “continuidad de cuidados” y se incluirá a la persona en el proceso.

Se podrán diseñar mecanismos específicos de detección precoz en atención primaria que posibiliten una derivación rápida a los CSM y consoliden una coordinación periódica entre dichos dispositivos para favorecer la reducción de los periodos de psicosis sin tratar (DUP “*duration of untreated psychosis*”).

La **salida del proceso** se realizará cuando se cumpla alguno de los criterios señalados en el apartado anterior:

- Funcionamiento psicosocial adecuado y significativa remisión clínica durante al menos 2 años.
- Causas administrativas: traslado de domicilio, traslado de atención sanitaria a otro distrito, fallecimiento, atención en otras redes privadas, etc.

La salida del proceso se realizará al programa general de adultos del Centro de Salud Mental o si la situación de la persona lo permite a Atención Primaria.

Un objetivo central del proceso asistencial del TMG es la retención dentro del proceso de todas las personas que han sido incluidas en él. Se deberá elaborar un censo de personas beneficiarias del proceso y diseñar un sistema de alerta ante falta a citas o abandonos de recursos/actividades de las personas incluidas en el proceso.

6. INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO

Se ha intentado para el arranque del proceso definir indicadores de calidad con los siguientes criterios:

- Que no sean excesivos
- Que sean fáciles de obtener, registrar y valorar
- Que sean relevantes
- Que atiendan al máximo número posible de fases del proceso

Los indicadores aquí propuestos se revisarán anualmente para valorar su cumplimiento, modificarlos y/o incorporar nuevos indicadores.

El cumplimiento o incumplimiento de los indicadores propuestos deberá tener un reflejo en modificaciones y ajustes en el proceso de TMG.

En la tabla siguiente se reflejan los criterios de calidad, indicadores y estándares del proceso.

Criterio	Indicador	Estándar
Transcurrirá máximo 1 mes desde la detección en AP hasta la primera cita en Salud Mental	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde AP] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 1 mes desde la primera cita en Salud Mental hasta la confirmación diagnóstica	[Fecha confirmación diagnóstica] – [Fecha de 1ª cita en Salud Mental] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 1 mes desde la confirmación diagnóstica hasta el fin de la evaluación clínica, funcional y social	[Fecha el fin de la evaluación clínica, funcional y social] – [Fecha de confirmación diagnóstica] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes

Transcurrirá máximo 1 mes desde el fin de la evaluación clínica, funcional y social hasta la elaboración del Pitr	$[Fecha\ elaboración\ del\ Pitr] - [Fecha\ de\ fin\ de\ la\ evaluación\ clínica,\ funcional\ y\ social] \leq 30$ días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Se realizará al menos una revisión al año del Pitr de todos los pacientes incluidos en el proceso	$[N^{\circ}\ pacientes\ incluidos\ en\ el\ proceso\ en\ los\ que\ se\ ha\ revisado\ el\ Pitr\ al\ menos\ una\ vez\ al\ año] / [Total\ de\ pacientes\ incluidos\ en\ el\ proceso] \times 100$	$\geq 80\%$
Si procede, se dará información al menos una vez al año al paciente, la familia y AP sobre el Pitr	$[N^{\circ}\ pacientes\ incluidos\ en\ el\ proceso\ en\ los\ que\ procede\ informar\ al\ paciente,\ familia\ y\ AP\ sobre\ el\ Pitr,\ y\ se\ les\ ha\ informado\ al\ menos\ una\ vez\ al\ año] / [Total\ de\ pacientes\ incluidos\ en\ el\ proceso\ en\ los\ que\ procede\ informar\ al\ paciente,\ familia\ y\ AP\ sobre\ el\ Pitr] \times 100$	$\geq 80\%$
No existirá demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado	$N^{\circ}\ pacientes\ en\ los\ que\ ha\ existido\ demora\ de\ un\ alta\ en\ un\ recurso\ de\ la\ red\ motivada\ por\ la\ ausencia\ de\ plaza\ en\ el\ recurso\ adecuado / Total\ de\ pacientes\ dados\ de\ alta\ de\ un\ recurso$	$\leq 20\%$
Transcurrirá un máximo de 3 meses desde derivación a un recurso de la red y la primera cita en dicho recurso	$[Fecha\ primera\ cita\ en\ el\ recurso] - [Fecha\ de\ derivación\ al\ recurso] \leq 90$ días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Los pacientes incluidos en el proceso tendrán al menos 1 cita al trimestre en cualquier prestación/recurso al que hayan sido derivados	$[N^{\circ}\ pacientes\ con\ al\ menos\ 1\ cita\ al\ trimestre\ en\ todos\ las\ prestaciones/\ recursos\ a\ los\ que\ ha\ sido\ derivado] / [Total\ de\ pacientes\ incluidos\ en\ el\ proceso\ que\ han\ sido\ derivados\ a\ alguna\ prestación/\ recurso] \times 100$	$\geq 80\%$
La pérdida no justificada de	$[N^{\circ}\ de\ pacientes\ dados\ de\ baja$	$\leq 10\%$

pacientes incluidos en el proceso será mínima	del proceso por pérdida] / [Total de pacientes que salen del proceso] x 100	
Las mujeres tendrán un acceso equitativo al proceso de TGM	<p>a. [Nº de mujeres con diagnóstico de TMG y que cumplen criterios de inclusión, incluidas en el proceso] / [Nº mujeres con diagnóstico de TGM y criterios de inclusión en el proceso en tratamiento en el CSM] x 100</p> <p>b. [Nº de hombres con diagnóstico de TMG y que cumplen criterios de inclusión, incluidos en el proceso] / [Nº hombres con diagnóstico de TGM y criterios de inclusión en el proceso en tratamiento en el CSM] x 100</p>	La diferencia entre a y b será $\leq 1\%$
La Comisión multidisciplinar se reunirá al menos una vez al trimestre	Nº comisiones en un año natural	≥ 3 comisiones al año

7. ACTIVIDADES DEL PROCESO

El proceso asistencial para el trastorno mental grave se organizará en torno a 3 subprocesos:

- **DETECCIÓN**
- **VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (PITR)**
- **TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO**

Las actividades incluidas en cada subproceso serían las siguientes

I. DETECCIÓN:

1. Detección del paciente con potencial TMG.
2. Información al paciente y a la familia.
3. Derivación a la Red de Salud Mental y asignación de Facultativo responsable

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

4. Confirmación del diagnóstico: entrevista de validación.
5. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas.
6. Evaluación clínica, funcional, familiar y social. Propuesta de derivación.
7. Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR).
8. Presentación del PITR al paciente y a la familia.
9. Devolución a Atención Primaria y a otros dispositivos fuera de la red de Salud Mental.

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

10. Aplicación del PITR.
11. Revisión y evaluación del PITR.
12. Información al paciente, familia, AP.
13. Seguimiento del proceso
14. Actividades asistenciales y terapéuticas.

Se presenta tabla resumen de cada actividad.

I. DETECCIÓN:

1. Detección del paciente con potencial TMG.

1. DETECCIÓN DE PACIENTE CON POTENCIAL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la red tanto desde la urgencia como desde las consultas. CAID
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• En los dispositivos sanitarios y sociales ya mencionados en el caso de atender a un paciente de sospecha de TMG se realizará:<ul style="list-style-type: none">○ Entrevista y Exploración psicopatológica básica en la que se revisarán criterios de sospecha según tabla 1○ Se pueden utilizar escalas de evaluación estandarizadas.• Para mejorar la detección, se contará con la información de familiares y de otras fuentes de información relevantes.• Hay que destacar la importancia de la entrevista, que en sí misma ya tiene un carácter terapéutico e irá dirigida a fortalecer el vínculo del paciente con posible TMG con la red sanitaria, facilitar la confianza con el sistema para no perderle y contener al paciente si fuese necesario. En casos de dudas o problemas de manejo asegurar otra cita y ponerse en contacto con el profesional de Salud Mental de la red asignado a esa área de salud para supervisar esta actividad. En el caso que el EAP tenga el Programa de Presencia Física de Salud Mental en el propio centro se podrá consultar directamente con este equipo.• Es importante, en esta red de profesionales, la formación continuada en entrevista, exploración psicopatológica y derivación.
Registro de la actividad
Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas, HCIS en urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS.. Sería aconsejable poder acceder a todos estos registros desde cualquier punto de la red y no sólo para la historia sino también a los anexos, a la documentación...

Tabla 1

Criterios de sospecha de TMG
<p><i>Se considerará que el paciente manifiesta sospecha de Trastorno Mental Grave si presenta <u>alguna</u> de las siguientes características:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>Sospecha diagnóstica, diagnóstico establecido y situación clínica:</i><ul style="list-style-type: none">• <i>Trastornos psicóticos, trastornos esquizofrénicos, depresiones graves y recurrentes, trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, esquizotípico y límite, trastorno bipolar.</i>• <i>Se descartan trastornos mentales causados por enfermedades médicas o causas orgánicas.</i>• <i>Ha tenido 1 ó más ingresos hospitalarios por motivo psiquiátrico en los últimos 2 años, o algún ingreso prolongado (< de 3 meses) en alguna ocasión.</i>• <i>Presenta síntomas psicóticos no causados por enfermedades ni causas orgánicas, predominando: alucinaciones, delirios, dificultad de comprensión de la realidad, apatía,</i>

comportamientos extraños, retraimiento e inhibición social.

2. *Problemas de funcionamiento como consecuencia del cuadro clínico en al menos 2 de las siguientes áreas: auto-cuidados, falta de apoyo social, falta de ocupación y/o empleo, dificultades para establecer relaciones, dificultad para mantenerse en su residencia de manera autónoma, capacidad económica disminuida, escasa autonomía en el entorno comunitario, falta o inadecuación de apoyo familiar.*
3. *Evolución de trastorno de 2 años ó más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación).*
4. *Sospecha o necesidad de precisar un abordaje socio-sanitario complejo mediante combinación de intervenciones o múltiples recursos y/o profesionales de la red de atención.*

I. DETECCIÓN:

2. Información al paciente y a la familia.

2. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la red tanto desde la urgencia como desde las consultas. CAID
Participantes en la actividad
Se realizará en cada puerta de entrada al proceso de forma inmediata y siempre asociada a la confirmación de criterios de sospecha.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Se proporcionará información básica al paciente y a la familia de:<ul style="list-style-type: none">○ Lo que puede ser un TMG○ Explicación de los recursos y actividades diagnósticas y posibles tratamientos• Valorar la necesidad de prestar apoyo específico para que el paciente y la familia asuman la situación (tabla 2)
Registro de la actividad
Anotación en historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas, HCIS urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS.. Sería aconsejable poder acceder a todos estos registros desde cualquier punto de la red y no sólo para la historia sino también a los anexos, a la documentación...

Tabla 2**Sobre la Información a paciente y a la familia***Consideraciones generales*

- *Antes de dar la información al paciente y a la familia tenemos que asegurarnos que realmente hemos detectado un TMG. En caso de duda es preferible volver a citar, asegurarnos otra cita y resolver las dudas.*
- *No debemos dar la información sin haber construido previamente una buena alianza terapéutica con el paciente y la familia. En ocasiones es preferible esperar unas pocas citas antes de dar la información.*
- *Hay que dar la información con palabras que puedan ser entendidas tanto por el paciente como por la familia. Debemos estar atentos a las reacciones emocionales que aparezcan al darla, para atenderlas, parar la información. Y tenemos que solicitar un feedback de lo que han entendido que le hemos dicho.*

En relación con un paciente con TMG

- *Muchos pacientes no tienen conciencia de enfermedad ni de tener un problema psicológico. La entrevista, por tanto, no es fácil, y no podemos esperar que el paciente reciba la información, en este caso, tal y como otros pacientes reciben otros diagnósticos.*
- *En caso de que se den todos los elementos necesarios para que el paciente reciba esta información es preferible referirnos a que el paciente lo está pasando mal, está sufriendo y necesita ayuda para intentar que sufra menos, que devolverle términos muy cargados de estigma socialmente y que probabilizará que se defienda de ellos (como esquizofrenia, psicosis). En el caso de que el paciente no esté de acuerdo con la visión que tenemos nosotros de lo que le ocurre es preferible acordar con él algo más general como que está nervioso o sufre mucho, o que está teniendo experiencias infrecuentes, extrañas y que no está pudiendo distanciarse de ellas. Se puede intentar aludir a las consecuencias que está teniendo en su vida por lo que le ocurre: aislamiento, soledad, angustia u obsesión con lo que le pasa, y ofrecer ayuda en estos campos o dimensiones. Todo esto es preferible que asegurarle que tiene una enfermedad mental grave y ponernos a discutir con el paciente. El objetivo de la entrevista una vez detectado el caso es asegurarnos que acude a Salud Mental. En caso que no quiera y el paciente no esté con graves alteraciones de conducta (ver árbol del epígrafe 3), asegurarnos el vínculo, esperar a un momento mejor, dar tiempo, y no perder el enganche. Citarle con cierta periodicidad e informar al equipo de SM.*
- *La entrevista de detección es preferible hacerla con el paciente a solas, luego es conveniente pasar a la familia. Con la familia es importante en primer lugar recabar información y confirmar la detección. A la hora de informar, en el caso que la familia esté delante del paciente, mantenemos la misma línea ya explicada. No usar en un principio etiquetas como esquizofrenia, psicosis. Si la familia está sin el paciente se le puede dar la información más amplia y concentrada, en el sentido que su familiar puede padecer un trastorno mental, que parece grave, por la clínica, la evolución y/o las repercusiones, y que es importante la intervención y los tratamientos disponibles para su mejora.*

I. DETECCIÓN:

3. Derivación a la Red de Salud Mental y asignación de Facultativo responsable

3. DERIVACIÓN A LA RED DE SALUD MENTAL
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la red tanto desde la urgencia como desde las consultas. CAID
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Para todos aquellos casos en los que la detección no se produzca en el CSM:<ul style="list-style-type: none">○ Desde dispositivo sanitario: EAP o HUPA: Activar mecanismo de derivación a CSM○ Desde dispositivos de SS.SS.: Se informará a los usuarios de los mecanismos de derivación a CSM. En los casos de pacientes de difícil manejo, que se nieguen a acudir a los servicios del MAP, los Trabajadores Sociales del Centro de SS.SS. se pondrán en contacto con el Departamento de Trabajo Social del CSM a través de teléfono o correo electrónico. En estas coordinaciones se decidirán las actuaciones más eficaces para que estos pacientes sean atendidos por un médico que pueda valorar un diagnóstico previo.○ En ambos casos y como norma general, la derivación PREFERENTE debe hacerse, necesariamente, antes de un mes. En caso de existir el Programa de Presencia Física de Consultor de SM en AP se utilizará de manera prioritaria. Si no es así se optará por la derivación habitual a través del programa telefónico SCAE.○ En ambos supuestos, derivación a urgencias si el caso lo requiere.○ En ambos supuestos el derivante comprobará que la derivación se ha hecho efectiva.• El Responsable Técnico del Área de Salud Mental dispondrá de las medidas necesarias dentro de su ámbito competencial para asegurar estos tiempos de demora y la transmisión de la información. Con respecto a AP y SS.SS., acordará con sus órganos directivos correspondientes el método a emplear.
Registro de la actividad
Anotación en historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas o urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS.. Sería aconsejable poder acceder a todos estos registros desde cualquier punto de la red, no sólo para la historia sino para acceder a anexos, documentación...
Ubicación del Centro de Salud Mental
<ul style="list-style-type: none">• Cualquier paciente puede elegir especialista. En ese caso lo realizará a través del SCAE.• Hay 3 subequipos dentro del CSM de Alcalá, 2 de ellos se ubican en el Centro Integrado de Diagnóstico y Tratamiento (CIDT), Tlf: 918303870, y 1 subequipo en el CSM Puerta de Madrid c/ Alfonso de Alcalá s/n, Tlf: 918871506.• En el área existe un programa denominado Programa de Presencia Física de Consultor de SM en AP, donde un psiquiatra se desplaza a AP una vez a la semana, y una psicóloga una vez al mes a atender pacientes nuevos y supervisar con los MAP. Este

programa creemos que es ideal para mantener la coordinación y facilitar la derivación a los CSM de estos pacientes, en ocasiones, difíciles de derivar. Siempre que sea posible, desde los EAP que tienen este programa se debería priorizar este tipo de relación y derivación que el habitual telefónico.

Sobre la Derivación al Centro de Salud Mental

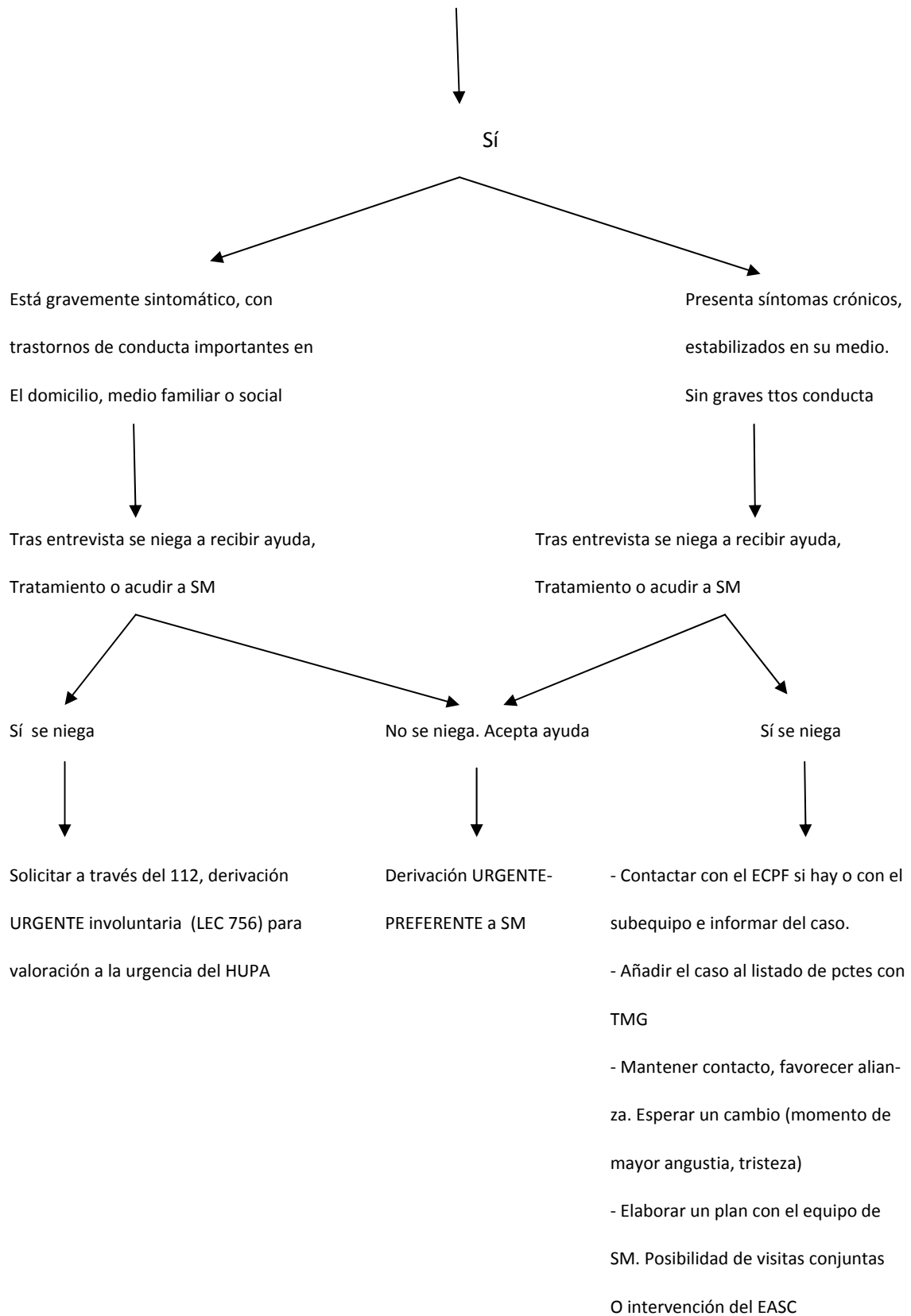
Consideraciones generales

- *Es el objetivo más importante tras la detección del posible TMG.*
- *En ocasiones no es fácil porque el paciente no tiene conciencia de enfermedad y se niega en rotundo a acudir a Salud Mental. En esta situación:*
 - o *Desde dispositivos de SS.SS.: Se informará a los usuarios de los mecanismos de derivación a CSM. En los casos de pacientes de difícil manejo, que se nieguen a acudir a los servicios del MAP, los Trabajadores Sociales del Centro de SS.SS. se pondrán en contacto con el Departamento de Trabajo Social del CSM a través de teléfono o correo electrónico. En estas coordinaciones se decidirán las actuaciones más eficaces para que estos pacientes sean atendidos por un médico que pueda valorar un diagnóstico previo.*
 - o *En AP. Hablar y supervisar el caso con el responsable de SM del Equipo, mejor si existe en el EAP el Programa de Presencia Física. Intentar mejorar la relación y tener localizado el paciente. Informar a la familia. Dar un poco de tiempo. En caso de gravedad clínica valorar con el Equipo de Salud Mental hacer una intervención urgente y derivar a las urgencias del HUPA para valorar ingreso en la UHB.*

Criterios de urgencia

- o *Síntomas muy graves (tanto “positivos”: delirios, alucinaciones como “negativos”: deterioro de funciones sociales muy grave) que pueden poner en peligro al paciente y/o otras personas.*
- o *Síntomas moderados-graves sin intervención de Salud Mental desde hace más de un año y sin tratamiento farmacológico ni contactos con la red.*
- o *En el resto de casos, si no quiere acudir a SM, es preferible dar algo de tiempo y mejorar la relación con el paciente y la familia. Dar citas frecuentes y esperar siempre bajo supervisión de Salud Mental.*

ÁRBOL DE DECISIONES EN AP TRAS LA DETECCIÓN DE UN TMG
Padece un TMG?



II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

4. Confirmación del diagnóstico: entrevista de validación.

4. CONFIRMACIÓN DE TMG: ENTREVISTA DE VALIDACIÓN Y ASIGNACIÓN DE FACULTATIVO RESPONSABLE
Profesional responsable
Facultativo del CSM que evalúa al paciente derivado desde AP, consulta de especialidades o urgencias del HUPA.
Participantes en la actividad
<ul style="list-style-type: none">• Esta actividad se realizará siempre por un facultativo del CSM• Cuando el paciente sea nuevo la validación, dentro de las consultas de nuevos como preferente o normal, la realizará el facultativo que le atienda por primera vez.• Si el paciente ya está siendo tratado en el CSM la confirmación la hará el facultativo asignado y responsable del paciente, habitualmente el que lo evaluó. En aquellos casos que haya más de un facultativo, la validación se hará de acuerdo al procedimiento que establezca cada CSM. En el caso que sea un MIR o PIR necesariamente deberá tener un facultativo responsable que supervise al residente.• El Facultativo Responsable será, por tanto, aquel que realiza la confirmación del diagnóstico de sospecha. Se mantendrá en esta función hasta la ratificación en ese puesto con motivo de la reunión de la Comisión Multidisciplinar de Casos del Proceso (CMP).
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Se realiza la validación de los criterios de TMG, confirmándose que se cumplen los límites de entrada al proceso: diagnóstico clínico, nivel de funcionamiento psicosocial y laboral, uso de recursos socio-sanitarios, duración de la discapacidad.• La validación de criterios de TMG se realiza mediante entrevista, en la que se exploran las siguientes áreas: clínica, social, funcional, afrontamiento social y personal, ocupacional y laboral• Se recomienda emplear instrumentos estandarizados dirigidos a establecer diagnósticos y a la evaluación del funcionamiento psicosocial• La confirmación de TMG se realiza en un tiempo máximo de <u>1 mes desde la recepción de la derivación</u>:• Tanto si procede confirmar el diagnóstico de sospecha como si no el facultativo correspondiente dará cuenta de ello, a la administración de la unidad, a los siguientes efectos:<ul style="list-style-type: none">○ Dar de entrada al paciente en la base de datos del proceso, en caso de confirmación del diagnóstico de sospecha.• En los casos en los que no proceda confirmación, la información se acumulará bien en la misma base o en otra distinta, al objeto de que estos datos sirvan para perfeccionar el sistema de detección de casos.
Registro de la actividad
Anotación en historia HP-Doctor. Confirmación de Dx de sospecha y propuesta de evaluación. Censo del proceso de TMG

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

5. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas.

5. PRIMERAS MEDIDAS ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS	
Profesional responsable	
	Facultativo Responsable del CSM.
Participantes en la actividad	
	<ul style="list-style-type: none">Equipo asistencial del CSM
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	
	<ul style="list-style-type: none">Hasta que el caso no sea visto por la CMP y se elabora y aprueba el PITR, el Facultativo Responsable activará por sí mismo o por otros profesionales todas aquellas medidas terapéuticas y asistenciales que el paciente necesite en función de su estado.En general las fundamentales son: favorecer la alianza de trabajo, asegurarse la continuidad del proceso, la derivación a la CMP, la derivación al Programa de Continuidad de Cuidados del CSM y la asignación del gestor del caso.
Registro de la actividad	
	Anotación en historia HP-Doctor. Actuaciones realizadas antes del PITR

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

6. Evaluación clínica, funcional, familiar y social. Propuesta de derivación.

6. EVALUACIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL, FAMILIAR Y SOCIAL Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
Profesional responsable
Facultativo Responsable.
Participantes en la actividad
Profesionales del CSM: psiquiatra, psicólogo/a clínico/a, trabajador/a social, enfermería. Además, pueden participar profesionales de otros recursos (CRPS, UHTR,...) que complementan la evaluación de aspectos funcionales con mayor profundidad. Se puede recurrir a los servicios sanitarios primarios o especializados para complementar la exploración somática.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Tras realizar la confirmación del diagnóstico de sospecha, el FR decidirá si ya se cuenta con información suficiente como para realizar el PITR o es necesario realizar exploraciones y evaluaciones en más profundidad.• Si este fuera el caso, derivará el paciente a los profesionales correspondientes del CSM.• Los profesionales implicados realizarán la evaluación solicitada y propondrán las áreas de intervención (terapéutica y asistencial) que consideren pertinentes, haciendo llegar al FR la "Evaluación y propuesta de intervención TMG" debidamente cumplimentado.• La evaluación clínica, funcional y familiar, estará orientada a la obtención de información suficiente para realizar el Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación.• Conforme a estos objetivos, se explorarán las siguientes áreas:<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluación clínica: información de carácter general, valoración clínica, funcionamiento cognitivo, tratamiento, conciencia de enfermedad y riesgo de suicidio.▪ Evaluación social: red de apoyo social, red familiar, situación social.▪ Evaluación funcional: actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales o complejas.▪ Evaluación ocupacional y laboral.▪ Exploraciones complementarias: quedan a juicio del clínico su solicitud. <p>Esta actividad se realizará en un periodo máximo de <u>1 mes</u>. Este plazo, siendo corto, permitiría orientar y trabajar rápidamente con los pacientes y así optimizar pronóstico. Habría que contar con huecos preferentes o similares para poder cumplir este plazo. Siendo 1 mes como máximo un periodo adecuado para este subproceso, hay que considerar que con algunos pacientes este plazo puede ser desaconsejable y habría que adaptarlo a las peculiaridades de la persona en atención primando la vinculación y enganche más que la evaluación.</p>
Registro de la actividad
Anotación en HP-Doctor.

Para poder evaluar la eficacia del proceso, así como cumplir el criterio de salida del mismo cuando el paciente esté preparado para ello, sería necesario contar con algunos criterios valorables de forma objetiva, antes, durante y después del proceso. Para ello es útil el uso de escalas validadas. Se proponen las siguientes:

EVALUACIÓN CLÍNICA:

ESQUIZOFRENIA

PANSS : validación para población española Peralta,V., Cuesta, M.J. (1994). Evalúa el síndrome esquizofrénico desde el punto de vista dimensional (la gravedad del síndrome positivo, del negativo y la psicopatología general de dicho trastorno) y desde el categorial (clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto). Permite valorar como va actuando la medicación en cada paciente: mejora, empeora o se mantienen los síntomas. Consta de 30 ítems: 7 para la escala positiva (PANSS-P); 7 para la escala negativa (PANSS-N) y 16 para la escala de psicopatología general (PANNS-PG). Tiempo de aplicación: 40 minutos. Las tres subescalas, se describen a continuación:

1.-Escala positiva (PANSS-P): evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal; estos son delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad.

2.- Escala negativa (PANSS-N): evalúa los déficits respecto a un estado mental normal; estos son embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social/apatía, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad/fluidez de la conversación y pensamiento estereotipado.

3.- Escala de psicopatología general (PANSS-PG): evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico; estos son preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastorno de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa.

Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de la escala positiva sobre la negativa o viceversa.

Criterios de calidad: En el estudio de Peralta y cols. obtuvieron: Fiabilidad: Las escalas positiva y negativa en su globalidad tienen una buena fiabilidad

siendo .71 y .80 respectivamente, sin embargo en la escala de psicopatología general es más moderada (.56).

PSICOSIS AFECTIVAS

Escala de Hamilton para la depresión (HDRS). Validada en población española por Ramos-Brieva, 1986. Escala de 17 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas depresivos. Tiempo de aplicación 30 minutos. Los ítems están configurados con 3 o 5 niveles de respuesta, con una puntuación de 0 a 2 o de 0 a 4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. La Guía de práctica clínica elaborada por el NICE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Escala de Young (Rating scale for mania) Validada en población española por Colom, Vieta y col (2002). Escala de 11 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas maniacos. Entrevista 15-30 min. Se evalúan los síntomas presentados durante la última semana. Por cada ítem las 5 opciones de respuesta son valoradas en un rango de 0 a 4 puntos, salvo los ítems 5, 6, 8 y 9 cuyo rango es el siguiente (0, 2, 4 y 8). La puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos. A mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro maniaco.

Puntos de corte: * entre 7 y 11: *sintomatología subclínica*.

* Hasta 6: *eutimia*.

* De 7 a 12: *Hipomanía*

* 20 o más: *Manía*.

EVALUACIÓN FUNCIONAL Y SOCIAL:

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG). Funcionamiento psicosocial del individuo. Escala descriptiva que utiliza una descripción única sobre la actividad del paciente. Su único ítem va puntuado de 1 (expectativa

manifiesta de su muerte) a 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

EVALUACIÓN FAMILIAR:

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Adaptación española de Martín et al (1996). Escala de 22 ítems Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. La escala de respuesta es tipo de *likert* yendo desde 0 nunca, 1 casi nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces y 4 bastantes veces, 5 casi siempre. La puntuación máxima es de 88 puntos. Suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46; sobrecarga leve: entre 47 y 55 y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Referencias bibliográficas

- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García-García M, Reinares M, Torrent C, Goikolea JM, Banús S, Salamero M. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala Young. Medicina Clínica 2002; 119(10):366-71.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatric 1978; 133: 429-35
- Zarit SH, Dithel RC, Malonebeach EE (1989). Spouses as caregivers: Stress and interventions. En: Goldstein MZ(ed.). Family involvement in the treatment of the frail elderly. Washington DC: American Psychiatric Press: 23-62.
- Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Muji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P., y Taussing M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346.
- Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

7. Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR).

7. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (PITR)
Profesional responsable
Facultativo Responsable y Comisión Multidisciplinar del Proceso (CMP)
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• El PITR incluirá todas aquellas intervenciones a realizar sobre el paciente, tanto las de carácter sanitario (red sanitaria), como sociales (incluyendo las de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental y las de la Red General de Servicios Sociales)• Los miembros de la comisión, con antelación de una semana, deberán contar con la información mandada previamente sobre el caso por el FR y tenerla estudiada.• El FR presentará el caso a la comisión de acuerdo a la información previa disponible sobre el paciente.• La CMP valorará de manera consensuada, y a propuesta del Facultativo Responsable, las diferentes áreas de intervención y actividades concretas de tipo asistencial y terapéutico a aplicar.• El FR será también el encargado de cumplimentar el documento Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación con los acuerdos de la comisión.• En este momento la comisión podrá proponer nuevas áreas de evaluación si lo considera pertinente y posponer si procede la elaboración del PITR.• Se decidirá cual es el dispositivo al cual es derivado el paciente en primera instancia, para comenzar el plan de tratamiento. Los criterios para realizar la derivación serán:<ul style="list-style-type: none">▪ Tipo de actividades a realizar y dispositivo más adecuado. Se podrá considerar la posibilidad de que un paciente y/o su familia pueda realizar distintas actividades simultáneamente en diferentes dispositivos, con independencia del dispositivo al que se le deriva (por ejemplo, si se considera necesario que la familia asista a grupos de psicoeducación que se están haciendo en otro recurso).▪ Estado general del paciente, que pudiera condicionar su derivación a un dispositivo concreto, con independencia de las actividades a realizar.• A todos los pacientes incluidos en el proceso se les asignará un gestor de caso del Programa de Continuidad de Cuidados.• Se recomienda en este momento realizar la confirmación o cambio del profesional que ejerce la figura de FR, en función de la distribución de cargas de trabajo.• Se acordará, según las características del caso, cual es la fecha en la cual deberá ser revisado de nuevo en la Comisión. Esta revisión deberá hacerse antes de que pase un año de la elaboración del PITR.• Se seguirán los procedimientos habituales para la derivación a los dispositivos que correspondan (incluso en el caso de que este sea el propio CSM). La derivación deberá incorporar toda la documentación generada hasta el momento. En el caso de derivación a otro recurso diferente al C.S.M. se llevará la propuesta de derivación, con sus protocolos de derivación habituales, a la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos. <p>.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiempo máximo de elaboración del PITR desde la primera cita en Salud Mental: 3 meses.
Registro de la actividad
Documento PITR en el HPDoctor

Sobre la Comisión Multidisciplinar del Proceso:

En la Comisión Multidisciplinar del Proceso participarán todos los dispositivos de la Red de Salud Mental.

Se reunirá con una periodicidad trimestral, aunque puede que durante la puesta en marcha del proceso sea necesario que lo haga con una frecuencia mayor.

Sería deseable que en cada dispositivo existiera un referente del Proceso de TMG y el caso de los CSM un representante por cada subequipo. Su mandato puede ser temporal siendo recomendable una duración no inferior a un año. Será el que acuda a la Comisión, y centralizará, en su propio recurso, la información sobre el proceso.

Se considera relevante que los residentes MIR, PIR y EIR tengan dentro de su primer año de rotación formación en el proceso y participación en la Comisión Multidisciplinar

La Comisión Multidisciplinar del Proceso tendrá entre sus cometidos principales valorar:

- Las personas que entran al proceso TMG
- Los planes de intervención de cada persona
- Los seguimientos de las personas
- Las salidas del proceso

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL Pitr

8. Presentación del Pitr al paciente y a la familia.

8 PRESENTACIÓN DEL Pitr AL PACIENTE Y A LA FAMILIA
Profesional responsable
Facultativo responsable y/o gestor de caso.
Participantes en la actividad
Facultativo responsable y/o gestor de caso.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">. Se informará del Pitr a todos los pacientes con TMG y a sus familias en entrevista en el Centro de Salud Mental.. La presentación del Pitr a la familia estará determinada por:<ul style="list-style-type: none">- La valoración del responsable del caso- Consentimiento del paciente (si procede). Se establece un contrato terapéutico (trato de palabra) con todos los pacientes con TMG ó (Doc 1). La presentación del Pitr al paciente y/o a la familia tiene lugar en un periodo máximo de 20 días.. Se procurará buscar el consenso y la colaboración del paciente y la familia, más que la imposición, en la presentación del Pitr
Registro de la actividad
Anotación en HP-Doctor

: CONTRATO TERAPÉUTICO.

En Alcalá de Henares, el día ____ de _____ de _____.

REUNIDOS:

Por un lado, el Dr./Dra. _____, en calidad de Facultativo Responsable del C° de Salud Mental de Alcalá de Henares.

Por otro lado Don /Doña _____, como Coordinador de Cuidados del C° de Salud Mental de Alcalá de Henares.

Y, por otro lado Don /Doña _____, como paciente atendido en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares.

MANIFIESTAN:

I – Que Don/ Doña _____ ha sido informado de su inclusión en el Programa de Personas con Enfermedad Mental Grave.

II – Que por este motivo, Don/Doña _____ ha sido informado del Plan Individualizado de tratamiento y Rehabilitación PITR que se ha elaborado para él o ella, con las siguientes propuestas de intervención:

III – Que el paciente da su conformidad para que su familia sea informada: Sí No

Por esta razón, las partes acuerdan firmar un Contrato Terapéutico que se regirá por las siguientes

CLAÚSULAS:

Primera.- Los presentes se comprometen a mantener la más estricta confidencialidad con relación a todo aquello que sea tratado y acordado durante las entrevistas.

Segunda.- El Terapeuta Responsable y/o el Coordinador de Cuidados se comprometen a reunirse periódicamente con los profesionales que intervengan en el proceso para valorar conjuntamente la evolución.

Tercera.- El Facultativo Responsable se compromete a informar al paciente verbal y periódicamente de las evaluaciones que los diferentes profesionales emitan de su proceso.

Cuarta.- El paciente acepta asumir las pautas médicas en cuanto a su tratamiento médico (asistencia a citas y toma adecuada de medicación).

Quinta.- El paciente se compromete a colaborar activamente (asistencia a citas, dar información veraz y participación en actividades) que en el PITR se han descrito anteriormente.

Sexta.- La duración inicial de este Contrato Terapéutico será de ____ meses, al termino de los cuales se revisarán de nuevo sus contenidos.

Séptima.- El Terapeuta Responsable Dr./Dra. _____ manifiesta que el incumplimiento flagrante de este Contrato Terapéutico por parte del Don/Doña. _____ daría lugar a una revisión del Programa.

Y, en prueba de su conformidad con el presente escrito, los asistentes firman este documento en el lugar y fecha arriba indicados.

Paciente

Facultativo Responsable

Coordinador de Cuidados

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL Pitr

9. Devolución a Atención Primaria y a otros dispositivos fuera de la red de Salud Mental.

9 DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA Y/U OTROS DISPOSITIVOS DERIVANTES
Profesional responsable
Facultativo responsable y/o Coordinador de Cuidados
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">. Se devolverá la información a AP y a otros dispositivos que aunque no sean de la red hayan realizado la derivación o participen en el Pitr.. Para la comunicación a AP y/o desde este dispositivo se utilizará el HP-DOCTOR para consultar el Pitr y su seguimiento. Con el resto de los dispositivos se hará a través del programa de continuidad de cuidados en las reuniones de coordinación externas. En ellas se informará del Pitr, haciendo especial hincapié en los objetivos generales de tratamiento y actividades de seguimiento en los que pudiera estar implicada Atención Primaria u otro dispositivo.. Tiempo máximo para realizar esta actividad: 20 días
Registro de la actividad
Anotación en HP-DOCTOR

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

10. Aplicación del Pitr.

10. APLICACIÓN DEL Pitr EN LOS CORRESPONDIENTES DISPOSITIVOS
Profesional responsable
Responsable de cada dispositivo
Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de cada dispositivo
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Cada dispositivo por el que pase el paciente (incluida el CSM), aplicará el esquema básico de actuación contenida en el proceso: <p style="text-align: center;">EVALUACIÓN → Pitr → INTERVENCIÓN → REEVALUACIÓN → SEGUIMIENTO</p><pre>graph LR; A[EVALUACIÓN] --> B[Pitr]; B --> C[INTERVENCIÓN]; C --> D[REEVALUACIÓN]; D --> E[SEGUIMIENTO]; C --- F[]; F --> B;</pre>
<ul style="list-style-type: none">• Igualmente, toda la actividad asistencial y en especial las actividades terapéuticas, contendrán todos los principios generales contenidos en la filosofía de los procesos asistenciales, en particular, la aplicación de principios basados en la evidencia y en el consenso profesional.• En sus diferentes fases se realizará una adecuación del Pitr remitido desde la CMP, en el que se podrán incorporar modificaciones, que serán consensuadas con el FR y GC, si suponen alteraciones importantes del plan inicial.• Además, tanto al FR, como al GC si lo hay, se les mantendrá informados de todos los eventos e incidencias importantes relativas al paciente y en particular: inicio y final de las distintas actividades terapéuticas, preparación al alta, derivaciones y alteraciones importantes del estado general del paciente.• La información del Pitr elaborada por la CMP, junto con el resto de la información sobre actuaciones previas, evaluaciones e informes clínicos, sociales, etc. deberá estar en poder del dispositivo, con antelación a la llegada del paciente.• La adecuación de la evaluación y el Pitr y el inicio de su aplicación, tendrá que estar realizada en el plazo de 45 días, desde la recepción del paciente en el dispositivo de derivación.• En cada dispositivo y de acuerdo a sus modos de organización, cada paciente contará con un Facultativo Responsable del Pitr, al margen de la aplicación de otros sistemas de gestión de casos.• Cada dispositivo arbitrará el procedimiento más oportuno para informar al paciente y a la familia de la adecuación del Pitr al dispositivo, debiendo anotarse en la historia clínica la realización de este acto.• Si una persona con consumo de drogas está en el proceso podría utilizar de forma coordinada y complementaria los recursos de la red de drogas.• Al alta por cualquier motivo, se elaborará el correspondiente informe de alta.
Registro de a actividad
Anotaciones en hp doctor (escanear los informes)

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

11. Revisión y evaluación del PITR.

11. REVISIÓN Y REEVALUACIÓN DEL PITR
Profesional responsable
Facultativo Responsable, Gestor del caso y CMP.
Participantes en la actividad
Facultativo Responsable, Gestor del Caso y CMP.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Tanto el FR, como el GC deberán disponer de una agenda, preferentemente con alarmas automáticas, en la que figure la fecha de reevaluación del caso por la CMP.• Con la antelación necesaria recopilarán la información suficiente como para presentar de nuevo el caso a la comisión. En la presentación se incluirán las propuestas de actuación.• Estas propuestas pueden derivar en:<ul style="list-style-type: none">▪ Necesidad de una nueva evaluación▪ Modificación del PITR o elaboración de uno nuevo.▪ Plan de seguimiento del caso, con indicación de actividades asistenciales y terapéuticas de baja intensidad. Este plan seguirá teniendo carácter de PITR.▪ Salida del proceso.
Registro de a actividad
Anotar en hp doctor o en otro documento escaneado y adjuntado.

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

12. Información al paciente, familia, AP.

7.12. INFORMACIÓN AL PACIENTE, FAMILIA Y AP
Profesional responsable
Facultativo Responsable y Gestor del Caso
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Tras cada reevaluación y cuando se produzcan incidencias o cambios importantes en el PITR o en el estado del paciente, el FR y el GC informarán de ello tanto a la familia como a AP.
Registro de a actividad
Registro en hp doctor o documento escaneado y adjuntado.

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

13. Seguimiento del proceso

13 SEGUIMIENTO DEL PROCESO	
Profesional responsable	
Facultativo responsable y coordinador de cuidados	
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	<p>. Al margen de las actividades normales de seguimiento clínico de cada caso, por los respectivos profesionales que atienden a los pacientes, tanto el FR, como el CC.CC. cuando exista, se realizarán un seguimiento del paciente a lo largo de toda su andadura en el proceso.</p> <p>. Se debe registrar información procesal y menos de tipo clínico.</p> <p>. Para ello ambas figuras cumplimentarán los documentos que se incluyan en HP-DOCTOR para el seguimiento del proceso (incidencias y eventos importantes en el transcurrir del paciente).</p>
Registro de la actividad	
Documentos maestros del proceso. Registrar en HP-DOCTOR.	

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

14. Actividades asistenciales y terapéuticas.

14. ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS	
Profesional responsable	
Facultativo Responsable del paciente en cada actividad o dispositivo. Diferenciar del Facultativo Responsable del paciente o del tutor.	
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Equipo asistencial del dispositivo implicado
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	<ul style="list-style-type: none">• Cada dispositivo desarrollará una oferta terapéutica que pondrá a disposición de todos los Procesos Asistenciales de Salud Mental y en concreto del TMG.• Tras ello, los responsables de las Áreas de Salud Mental y de los dispositivos, gestionarán la progresiva capacitación, perfeccionamiento y actualización de la competencia de los profesionales en las diferentes actividades, generando entre otras propuestas, indicaciones para la conformación de los planes anuales de formación continuada.• Conviene aclarar la diferencia existente entre que un dispositivo aplique un programa o lo gestione. Por ejemplo, un programa de tiempo libre y ocio, es presumible que sea ejecutado en su mayoría en el CRPS o en una UME, para lo que contará con medios propios, con independencia de utilizar también recursos ajenos, por ejemplo en la comunidad. En el CSM, sin embargo, para tal programa no contarán con ningún medio propio a pesar de que los pacientes con TMG susceptibles de necesitarlo; en este caso, desde el CSM se podrá diseñar un programa de gestión de tiempo libre y ocio individualizado, orientando y enseñando al paciente a utilizar los recursos comunitarios disponibles en su entorno.• Igual observación cabe hacer de la utilización de recursos asistenciales o terapéuticos, que pudieran aportar algunas ONGs, asociaciones o fundaciones tutelares.• No obstante, es propio de la implantación de la filosofía de los procesos, que se realice una adecuación del proceso general a cada ámbito. Desde esta perspectiva, el modelo general de Proceso Asistencial para el TMG que se presenta en este documento, puede ser considerado como el punto de partida mínimo, a partir del cual se pueden tomar iniciativas

de reorganización funcional de sus recursos, para ofrecer otras alternativas asistenciales más avanzadas, como Equipos Asertivos Comunitarios, etc.

Registro de la actividad

Anotación en historia HP-Doctor. Documentación de cada actividad en su apartado propio por parte del profesional que realiza la actividad terapéutica.

A continuación se presentan las actividades por recursos y dispositivos implicados en el proceso de TMG y los criterios de derivación a los diferentes recursos implicados directamente en el proceso del TMG.

Criterios y procedimiento de derivación a los dispositivos y recursos de la Red de Salud Mental desde el CSM

Una vez que la persona con TMG ha sido incluida en el proceso, en el transcurso del seguimiento pueden aparecer situaciones clínicas o psicosociales que requieran la intervención de otros dispositivos o recursos de la red de Salud Mental.

El procedimiento para la derivación a recursos o dispositivos de la red de Salud Mental se recoge en el subproceso 7 “Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR)” y se resume en el siguiente procedimiento:

1º- El Facultativo Responsable presenta el caso y la propuesta de Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación en la Comisión Multidisciplinar del Proceso

2º- La Comisión valora y consensúa la propuesta de PITR y los recursos y dispositivos a utilizar por el paciente

3º- El Facultativo y el Gestor de Caso cumplimentan los protocolos al uso para la derivación al recurso

4º- El caso y los protocolos son presentados en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos

5º El caso queda en lista de espera del recurso

6º- Cuando el recurso tenga una o varias plazas libres lo comunicará al programa de continuidad de cuidados, quien, en consenso con los Facultativos Responsables del Caso, decidirán que personas de la lista de espera ocupan la/s plaza/s disponible/s. Para esta decisión se barajarán dos criterios: tiempo de espera y “urgencia”/“momento idóneo” del paciente.

➤ **Centro de Rehabilitación Psicosocial**

Criterios de derivación:

- Personas con dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada que necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.

➤ **Centro de Día**

Criterios de derivación:

- Tienen, o están en riesgo de tener, elevado deterioro cognitivo y psicosocial y/o gran aislamiento social.
- Evidencian importantes necesidades de soporte social y familiar, así como dificultades de integración en recursos socio-comunitarios.
- Necesitan intervenciones estructuradas, sistemáticas y continuas para estructurar una vida cotidiana todo lo normalizada y autónoma que sea posible.

➤ **Centro de Rehabilitación Laboral**

Criterios de derivación:

- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.

- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

➤ **Equipo de Apoyo Sociocomunitario**

Criterios de derivación:

- Usuarios que evidencian gran dificultad para vincularse a cualquier recurso del área, haciéndose de este modo inviable su derivación de acuerdo a los procedimientos y protocolos estándar.
- Usuarios que viven solos o con padres muy mayores y que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.
- Usuarios que por presentar una pérdida o deterioro leve o moderado en sus capacidades y habilidades no necesitan procesos estructurados, sistemáticos e integrales de rehabilitación psicosocial, bastando con intervenciones de apoyo social y comunitario para prevenir una pérdida o deterioro severo de sus capacidades y habilidades, y facilitar su integración sociocomunitaria.

➤ **Residencia**

Criterios de derivación:

- Personas afectadas por una enfermedad mental severa y persistente cuyos déficit o deterioros en su funcionamiento psicosocial les impide vivir de un modo independiente.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.

➤ Pisos tutelados

Criterios de derivación:

- Personas con enfermedades mentales severas y persistentes que tienen un nivel mínimo de autonomía personal y social pero necesitan un apoyo residencial debido a:
 - Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
 - Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, o presente dificultades para mantenerse solos en una vivienda.
 - No requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada

➤ Hospital de Día

Criterios de derivación:

Las indicaciones de HD para pacientes con trastornos psicóticos (esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos etc.) son:

- Pacientes con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con complicaciones derivadas de éste hecho (ideas o intentos de suicidio, no cumplimiento del tratamiento etc.), en los que se valora la posibilidad de mejoría con terapia intensiva en régimen de día.
- Pacientes que no mejoran ambulatoriamente de la sintomatología positiva, y en los que se presupone que en un medio terapéutico, con un tratamiento más intensivo y con interacciones interpersonales tendrán mejor evolución.

Contraindicaciones:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

➤ UHB

Criterios de derivación:

- Pacientes sin conciencia de enfermedad, que requieren un tratamiento específico en alguno de los recursos de Salud Mental, sin que exista una buena adherencia al tratamiento, en éstos pacientes la hospitalización tiene el objetivo de garantizar las condiciones de tratamiento que el paciente necesita.
- Pacientes en los que se requiera unas condiciones de seguridad en caso de que el paciente presente alteraciones de conducta que pongan en riesgo su vida, su integridad física o las de los que le rodean (ideación suicida o heteroagresiva, gestos autolíticos...), o que presenten sintomatología activa que induzca a conductas de riesgo (alucinaciones auditivas, ideas delirantes...)
- Pacientes en los que se ha producido una quiebra de sus sistemas de soporte (familiar, social o asistencial). En estos pacientes la hospitalización tendría una función de contención temporal, y alternativo de soporte, hasta el momento en el que el sistema de soporte del paciente pueda volver a cumplir su función. En el caso de que esta situación se prolongue en el tiempo sería adecuado la derivación a otros dispositivos del área para que puedan cumplir esta función más a largo plazo.
- Pacientes con sintomatología psicótica en los que se tengan dudas sobre el diagnóstico (no se sabe si no esconden la medicación o no la toman, conviene descartar una base orgánica como etiología...). La hospitalización en este caso tendría el objetivo de favorecer la clarificación del diagnóstico y el ajuste del tratamiento en el caso de que se considere adecuado.
- Pacientes del espectro esquizofrénico, en los que por diversos motivos (resistencia al tratamiento, patología orgánica concomitante, embarazo...) se indica la aplicación de TEC u otra terapia que se tenga que aplicar en el hospital, o en los que debidos a su sintomatología se requiere una vigilancia intensiva.

➤ **Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación**

Criterios de derivación:

- Trastornos mentales graves.
- Mayores de 18 años y menores de 55 (en determinados casos que sobrepasen la edad, se valorará la pertinencia del ingreso)
- Residentes en la CM.
- Que estén incluidos en el Programa de Rehabilitación y continuidad de cuidados de los distritos.

Este dispositivo no está indicado para:

- Personas con retraso mental (discreto, moderado y grave).
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.
- Cumplimientos de condena.
- Trastornos orgánicos cerebrales que impiden su autonomía en la vida diaria.
- Trastornos mentales orgánicos derivados de enfermedad médica o sobrevenida.

➤ **Unidad Hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados**

Criterios de derivación:

- Pacientes crónicos con alteraciones psicopatológicas persistentes y/o conductuales, que no han logrado adquirir autonomía personal y que carecen o es deficitario su apoyo social.
- Necesidad de contención y adecuación conductual superior a la que puede ofertar un recurso residencial.
- Estancias temporales para pacientes que no cumplen criterios de ingreso en UHTR, pero si precisan contención y estabilización sintomática en un medio protegido y por un tiempo prolongado.
- Pacientes que deban cumplir medidas de seguridad por orden judicial.

Si el ingreso es indefinido, podría ser importante, para proteger los derechos de los pacientes, que estuvieran incapacitados y tuvieran tutor.

No está indicado el ingreso para:

- Personas con retraso mental y trastornos conductuales.
- Trastornos antisociales de la personalidad.

- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas
- Trastornos mentales orgánicos derivado de enfermedad médica o sobrevenida.

➤ **Centro de Atención Integral a las drogodependencias (CAID)**

Criterios de derivación:

- Personas en riesgo de presentar problemas adictivos y/o con problemas de uso, abuso o dependencia de sustancias.

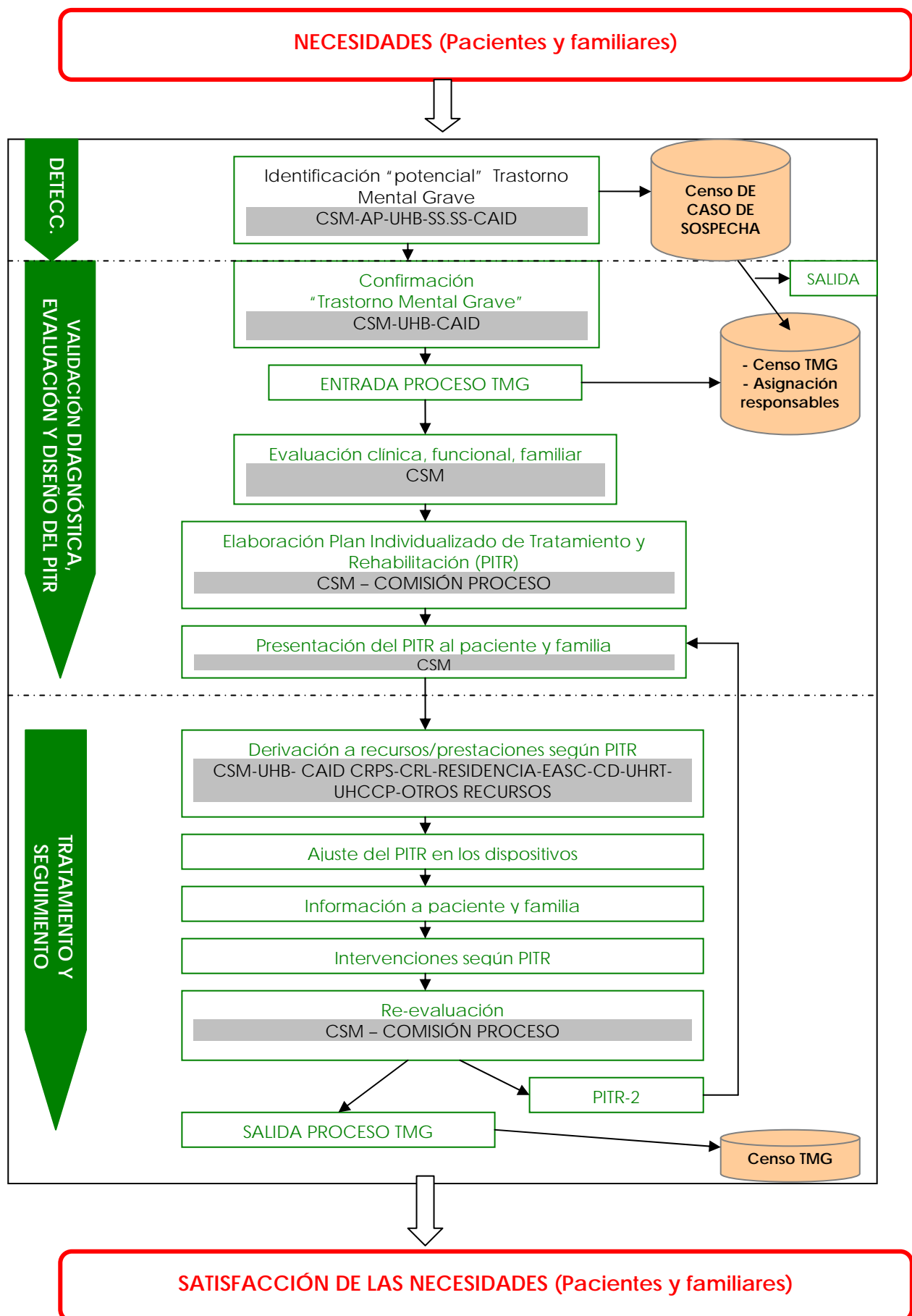
No está indicado el ingreso para:

-Pacientes en tratamiento en Salud Mental que no hayan sido derivados por su psiquiatra de referencia o desde la comisión de derivación de recursos.

-Menores de 16 años sin consentimiento del tutor legal

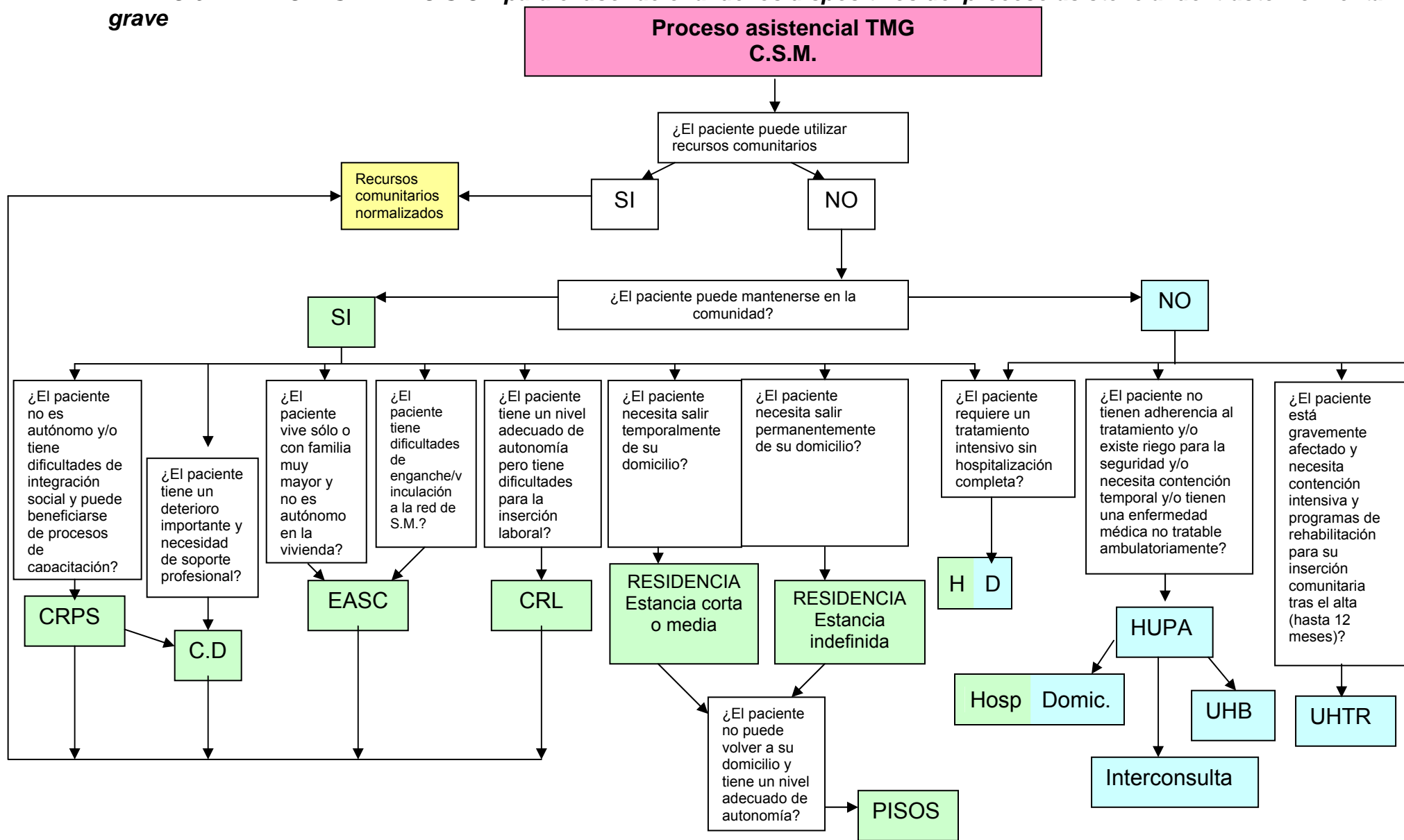
-Pacientes con patología orgánica y/o mental que requieran atención urgente o prioridad de atención en otros servicios de salud.

8. MAPA DEL PROCESO



9. ANEXOS

ANEXO 9.1: ÁRBOLES DE DECISIÓN para el uso racional de los dispositivos del proceso asistencial del trastorno mental grave



ANEXO 9.2: Fichas de los recursos

RECURSO: Programa de Continuidad de Cuidados

DEFINICIÓN:

Este Programa incluye la atención a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales graves: tratamiento, cuidados y apoyo por parte de los diferentes profesionales y desde distintos dispositivos.

Para garantizar la atención integral de estas necesidades, se propone la articulación de una serie de actuaciones que recorren todas estas prestaciones, profesionales y dispositivos desde un equipo radicado en la atención ambulatoria de distrito y que pretende garantizar la actuación sinérgica y coordinada de los mismos a través de unos Planes de Atención Individualizados para cada paciente.

Estos Planes garantizan la continuidad de las actividades llevadas a cabo en los distintos dispositivos, incluidas las actividades de rehabilitación.

1. El paciente será evaluado por el profesional al que es asignado y se cumplimentará el documento de C.C. planteando objetivos de intervención.
2. El Coordinador de Cuidados y/o el Trabajador Social realizarán una evaluación familiar.
3. Todos los pacientes tienen que tener asignado un DUE y un Trabajador Social, independientemente de cual de los profesionales asuma el rol de C.C.
4. Necesidad de evaluación y/o visitas domiciliarias excepto en los casos de negativa familiar o del propio paciente

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Dirigido a personas que requieren o se prevé que van a requerir el uso simultáneo o sucesivo de diferentes recursos y dispositivos, sea de la red de atención sanitaria o social u otros de su entorno, y tienen dificultades graves para utilizarlos debido a su trastorno mental.

- Pacientes Adultos que están siendo atendidos en los Servicios de Salud Mental de Distrito y que están incluidos en el Programa de Rehabilitación y/o en el Proceso de TMG.
- Que presentan deterioro, déficit o discapacidades causadas por su enfermedad mental o en riesgo de padecerlos.
- Que requieren o se prevé que van a requerir el uso simultáneo o sucesivo de diferentes recursos y dispositivos, tanto sanitarios como sociales u otros de su entorno.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Diagnóstico de psicosis CIE 9: 295, 296, 297, 298.

1. Otros diagnósticos psiquiátricos (no derivados de enfermedad médica o

neurológica ni discapacidad intelectual) que presenten un alto índice de deterioro psico-social (en áreas de autocuidados, sociofamiliar y/o laboral).

2. Otros diagnósticos que cumplan los tres criterios siguientes:
 - a. Llevar más de 3 años en tratamiento en los S. de S.M.
 - b. 5 o más ingresos, o 120 días en los 2 últimos años.
 - c. 5 o más asistencias al mes en los S. de S.M. (2 o más no programadas)

PRESTACIONES:

1. Garantizar las prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario más adecuadas a su patología.
2. Establecer un Plan de Atención Integral (P.A.I) e individualizado. El plan debe ser acordado entre el terapeuta responsable del caso, el coordinador, el paciente y cuantas personas vayan a participar en el mismo.
3. La figura del Coordinador de Cuidados será el profesional responsable del Plan de Atención Integral del paciente y que actúa tanto como provisor directo de cuidados, como coordinador de los distintos profesionales y dispositivos que intervengan sobre el paciente.

Como criterios generales de asignación de un paciente a Trabajo Social o Enfermería, se plantean:

TRABAJO SOCIAL:

1. Necesidad alta de coordinación: asistencia del paciente a más de 2 dispositivos del área (sin incluir CSM)
2. Necesidad prioritaria de integración social. Riesgo de exclusión social (falta de alojamiento, no soporte familiar, etc...)
3. Necesidad de integración/soporte laboral.
4. Necesidad de red social normalizada de soporte.
5. Menores en riesgo social.
6. Intervención en Programas de Atención Social Primaria.

DUE:

- Adherencia al tratamiento (inyectable).
- Necesidad de apoyo en cuidados básicos de salud.
- Control de tratamiento domiciliario.
- Carencia de autocuidados y AVD.
- Necesidad de cuidados enfermeros por otros problemas de salud (alimentación, diabetes, etc...)
- Tratamientos farmacológicos complejos y persistencia de efectos secundarios.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CENTRO INTEGRAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FRANCISCO
DÍAZ. C/ OCTAVIO PAZ Nº 11 1ª PLANTA ZONA S
ALCALÁ DE HENARES.

Telfs.: 91 830 38 70 ó 91 889 56 62 (ext 279- 277)

cmartine.hupa@salud.madrid.org

RECURSO: UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

DEFINICIÓN: Dispositivo sanitario de tercer nivel caracterizado por la prestación de cuidados de enfermería y psiquiátricos especializados de forma continuada. Dirigido a pacientes en los que, por su situación clínica y/o del entorno, no es posible garantizar el tratamiento adecuado en dispositivos ambulatorios.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

-Pacientes con TMG, sin conciencia de enfermedad, que requieren un tratamiento específico en alguno de los recursos de Salud Mental, sin que exista una buena adherencia al tratamiento, en éstos pacientes la hospitalización tiene el objetivo de garantizar las condiciones de tratamiento que el paciente necesita.

-Pacientes con TMG, en los que se requiera unas condiciones de seguridad en caso de que el paciente presente alteraciones de conducta que pongan en riesgo su vida, su integridad física o las de los que le rodean (ideación suicida o heteroagresiva, gestos autolíticos...), o que presenten sintomatología activa que induzca a conductas de riesgo (alucinaciones auditivas, ideas delirantes...)

-Pacientes con TMG en los que se ha producido una quiebra de sus sistemas de soporte (familiar, social o asistencial). En estos pacientes la hospitalización tendría una función de contención temporal, y alternativo de soporte, hasta el momento en el que el sistema de soporte del paciente pueda volver a cumplir su función. En el caso de que esta situación se prolongue en el tiempo sería adecuado la derivación a otros dispositivos del área para que puedan cumplir esta función más a largo plazo.

-Pacientes con sintomatología psicótica en los que se tengan dudas sobre el diagnóstico (no se sabe si no esconden la medicación o no la toman, conviene descartar una base orgánica como etiología...). La hospitalización en este caso tendría el objetivo de favorecer la clarificación del diagnóstico y el ajuste del tratamiento en el caso de que se considere adecuado.

-Pacientes del espectro esquizofrénico, en los que por diversos motivos (resistencia al tratamiento, patología orgánica concomitante, embarazo...) se indica la aplicación de TEC u otra terapia que se tenga que aplicar en el hospital, o en los que debidos a su sintomatología se requiere una vigilancia intensiva.

PRESTACIONES:

EVALUACIÓN: Anamnesis, con el paciente y/o los familiares, exploración psicopatológica, solicitud de pruebas complementarias –analíticas, neuroimagen, psicológicas- y despistaje de patología orgánica. En el caso de ingreso involuntario, notificación al juzgado y fiscalía. Realización de juicio diagnóstico y planteamiento de objetivos realistas para el ingreso en UHB conjuntamente con el paciente y familiares así como con su psiquiatra del CSM, elaborando un plan de tratamiento y cuidados individualizado.

INTERVENCIÓN: Manejo psicofarmacológico y clínico; entrevistas terapéuticas individuales y/o familiares; intervención en crisis; psicoterapia de apoyo y otras modalidades psicoterapéuticas: entrenamiento en relajación; terapia de conducta, psicoterapia de grupo, terapia por el medio, psicoeducación; elaboración y manejo de protocolos específicos (paciente agitado, paciente suicida, TEC, etc).

URGENCIA PSIQUIÁTRICA:

Evaluación del riesgo (contra sí, contra otros) y establecimiento de los tiempos máximos de demora en cada caso, evaluación de la urgencia psiquiátrica: criterios de ingreso, observación, derivación, manejo de situaciones conflictivas: auto y heteroagresividad, agitación, conducta pasiva, conflictos familiares, etc.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Unidad de Hospitalización Breve. Hospital Universitario príncipe de Asturias, planta 4ªD. Crta Alcalá Meço s/n. 28805. Alcalá de Henares. Madrid. Tfno 91.887.81.00; ext 2517. unidad.psiquiatria@uah.es

RECURSO: CENTRO DE REHABILITACION LABORAL

DEFINICIÓN: Recurso social específico cuya misión fundamental es la de favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastorno mental grave, de modo que propicie su integración laboral en la empresa ordinaria o en empleo protegido (centros especiales de empleo) o sistemas de autoempleo.
Su capacidad de atención es de 20 personas.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los Servicios de Salud Mental del área sanitaria de referencia asignada al Centro.
- Tener una edad entre 18 y 55 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad. Ambos sexos.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

PRESTACIONES: Las prestaciones que se desarrollan son las siguientes :

- **Programa de acogida:** a través de él se procede a la vinculación de la persona con el recurso. Dura aproximadamente 45 días y en este tiempo se lleva a cabo la valoración de las capacidades psicosociales, ocupacionales y profesionales.
- **Programa de Fortalecimiento psicológico.** El objetivo general de este programa es fomentar y reforzar las habilidades de competencia personal que mejoren la capacidad para afrontar el estrés producido por situaciones de la vida diaria, teniendo en cuenta siempre que, esta capacidad es fundamental en un ambiente laboral.
- **Programa de Familias:** programa psicoeducativo dirigido a propiciar en las familias una información realista sobre la rehabilitación laboral de sus familiares y el desarrollo de actitudes facilitadoras hacia la integración laboral.
- **Programa de entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral.** Permite la adquisición gradual de competencias laborales con la inclusión en las áreas prelaborales (Servicios Múltiples y Tecnología)
- **Programa de Orientación Vocacional.** Tiene como objetivo general acompañar a la persona en la elección vocacional-ocupacional significativa, productiva y satisfactoria.
- **Programa de adquisición y manejo de habilidades para el desarrollo profesional.** Se mejora la competencia personal mediante el fortalecimiento de destrezas psicosociales, favoreciendo el desempeño profesional y permitiendo de este modo, afrontar con éxito las exigencias del entorno laboral.
- **Programa de Apoyo a la Formación laboral.** El objetivo general es aumentar y actualizar la cualificación profesional. Desde este programa se ofrecen los apoyos necesarios para lograr el mantenimiento y la finalización de la formación y permite comprobar hasta qué punto se han adquirido y generalizado las habilidades entrenadas en el CRL en un contexto diferente
- **Programa de Apoyo a la Inserción laboral.** El objetivo general es desarrollar las estrategias de búsqueda activa de empleo para que sean generalizables en la búsqueda autónoma de empleo, pudiendo usar la intermediación laboral como herramienta de apoyo a la colocación. A este programa, llegan todos aquellos

usuarios que tienen un nivel óptimo en sus competencias, una orientación vocacional definida y una auténtica motivación para el empleo.

- **Programa de intermediación y prospección de recursos formativo-laborales.** Entre sus objetivos se encuentra el facilitar al empresario trabajadores ajustados a las vacantes laborales y derivar a los usuarios a recursos que favorezcan necesidades relacionadas con su proyecto profesional.
- **Programa de Mantenimiento en el empleo.** El objetivo general de este programa es detectar dificultades que se puedan dar en los distintos puestos de trabajo para ayudar al trabajador a resolverlas y la reflexión sobre las aportaciones que tiene la inserción laboral para el proyecto de vida.
- **Programa de Ocio Saludable.** Este programa conecta con un objetivo básico del Centro de Rehabilitación Laboral que es la apertura a empresas para que a través del Voluntariado corporativo en temas de ocio, se sensibilicen y tomen conciencia a través de una imagen ajustada, de las posibilidades de inserción laboral para las personas que atendemos. Al mismo tiempo, se generan espacios para introducir el uso de un ocio saludable, una vez finalizada la jornada de entrenamiento laboral.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CENTRO DE REHABILITACION LABORAL "ESPARTALES SUR".
Avenida Federico García Lorca 20
28806 Alcala de Henares (Madrid)

Tlf: 91 8797591
Fax: 91 8829251
crl.alcala@grupo5.net

RECURSO: CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

DEFINICIÓN:

El CRPS es un recurso de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales y su misión es ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así como apoyar y asesorar a sus familias.

Su capacidad de atención es de 90 usuarios. Los CRPS trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, así como con los Servicios Sociales Generales y con los recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer la integración de los usuarios atendidos.

Sus principales objetivos son:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.
- Potenciar y apoyar su integración social facilitando el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia, Servicios Sociales Generales y otros recursos sociocomunitarios para favorecer y articular una atención integral que posibilite procesos de rehabilitación y apoyo comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental.
- Presentarán enfermedad mental severa o grave de curso crónico, principalmente esquizofrenia.
- Con dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada y necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.

PRESTACIONES:

- Programas individualizados de Rehabilitación Psicosocial y apoyo a la Integración Social.

Se ofrecen diferentes actividades de entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades para ayudar a estas personas a mejorar su autonomía y nivel de funcionamiento en las distintas áreas de la vida personal y social. Orientándose siempre a favorecer y apoyar su integración en su entorno comunitario, potenciado el desempeño de roles sociales normalizados. Para ello se trabaja entre otras cosas, apoyando el uso de recursos sociocomunitarios y el desarrollo de redes sociales de apoyo.

Las principales áreas de intervención son las siguientes:

- AUTOCUIDADO (Aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables)

- PSICOMOTRICIDAD.
- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Manejo de la vivienda, hábitos domésticos, manejo social, uso de transportes, realización de trámites, manejo del dinero, etc.)
- PSICOEDUCACIÓN (Conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, autoadministración de la medicación, factores de riesgo, prevención de recaídas, etc.)
- AUTOCONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS.
- HABILIDADES SOCIALES.
- DÉFICIT COGNITIVOS.
- OCIO Y TIEMPO LIBRE.
- * INTEGRACIÓN COMUNITARIA (Uso de recursos sociocomunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc).
- ORIENTACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INSERCIÓN EN EL MUNDO LABORAL
- APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y SOPORTE COMUNITARIO.
- SEGUIMIENTO EN LA COMUNIDAD

- Actividades de Apoyo y soporte social

El desarrollo del proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, arriba indicado, se llevará a cabo, además, sin perder de vista las necesidades de apoyo social específicas de cada usuario asegurando su adecuada atención tanto dentro como fuera del centro, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Estas actividades se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro como en su caso en coordinación con el Centro de Día de referencia, optimizando, de acuerdo al principio de normalización, el uso de recursos sociocomunitarios y la implicación y potenciación de las redes sociales comunitarias, así como trabajando en estrecha coordinación con los programas de rehabilitación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental de referencia.

- Seguimiento y apoyo comunitario.

Una vez finalizado el proceso específico de rehabilitación y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, los CRPS desarrollarán un proceso flexible de seguimiento y apoyo comunitario que asegure el mantenimiento del nivel de funcionamiento e integración alcanzado, con especial énfasis en aquellos usuarios con mayores dificultades o dependencia ofreciéndoles el apoyo necesario a través de actividades de soporte social en el propio centro y en el entorno comunitario. Este seguimiento, apoyo comunitario y soporte se desarrollará desde los CRPS trabajando en estrecha colaboración con los Servicios de Salud Mental de referencia y con los Servicios Sociales generales, así como optimizando el uso de recursos sociocomunitarios normalizados.

- Apoyo a las Familias. Se ofrecerá a través de:
 - Apoyo y Asesoramiento individualizado con cada familia de cada usuario.
 - Programas grupales de “Escuela de Familias” en los que se ofrece información, psicoeducación y formación en estrategias prácticas de manejo, comunicación y solución de problemas. Su objetivo es enseñarles los conocimientos y habilidades necesarias para entender la problemática de la enfermedad mental, mejorar la convivencia y apoyar positivamente el proceso de rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico.
 - Apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CRPS Alcalá de Henares. C/ Pablo Coronel, 18 bajo. 28802 Alcalá de Henares. Tel.: 91 882 38 84 - 91 882 39 84. Fax: 91 880 68 50

Correo electrónico: crpsalcala@grupoexter.com

RECURSO: CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL

DEFINICIÓN:

Los CD se definen como recursos sociales específicos complementarios a los Programas de Rehabilitación y Continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental y a los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Están integrados en la red pública de Salud Mental. Se conciben como un recurso comunitario de apoyo a la integración sociocomunitaria.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Presentarán trastornos mentales severos de curso crónico (principalmente esquizofrenia y otras psicosis).
- Tienen, o están en riesgo de tener, elevado deterioro cognitivo y psicosocial y/o gran aislamiento social.
- Evidenciarán importantes necesidades de soporte social y familiar, así como dificultades de integración en recursos socio-comunitarios.
- Necesitan intervenciones estructuradas, sistemáticas y continuas para estructurar una vida cotidiana todo lo normalizada y autónoma que sea posible.

PRESTACIONES:

- Programas individualizados de atención psicosocial y soporte social

Encaminados a reforzar, mantener y si se puede mejorar las capacidades y las habilidades que favorezcan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, dando el apoyo y soporte social necesarios para facilitar la estructuración de la vida cotidiana.

Las principales áreas de intervención son las siguientes:

1.- Autocuidado: vestido, higiene personal, hábitos saludables, etc.

2.- Actividades de la Vida Diaria: manejo de tareas domésticas, manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes

3.- Psicomotricidad:

4.- Psicoeducación: información sobre la problemática psiquiátrica y la condición de vulnerabilidad. Se enseña a conocer factores de riesgo y factor protectores para la prevención de recaídas.

5.- Habilidades sociales básicas: mirada, sonrisa, postura, paraverbales, conversación, comunicación, asertividad, etc.

6.- Capacidades básicas: atención, memoria, discriminación, orientación, etc.

7.- Ocio y Tiempo libre:

8.- Seguimiento y apoyo comunitario: utilización de recursos socio-comunitarios normalizados, apoyo, soporte comunitario y seguimiento necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial y de integración alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación.

9.- Apoyo a las familias: información, formación, asesoramiento y apoyo; fomento y colaboración para el desarrollo de grupos de autoayuda, promoción del asociacionismo.

10.- Actividades de día de apoyo y soporte social: como complemento al proceso de mejora del funcionamiento y la autonomía personal y social, se organizarán y

promoverán actividades que faciliten la estructuración de la vida cotidiana y se ofrecerá el soporte social que los usuarios puedan necesitar. Estas actividades se desarrollarán fuera del centro fomentando el uso de recursos socio-comunitarios.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CD Nueva Alcalá. ALCALÁ DE HENARES

Dirección. C/ Río Tajuña S/n. Centro Comercial Nueva Alcalá.
28803, Alcalá de Henares.
Tel: 91 882 22 34
Fax: 91 882 71 13
Correo electrónico: cdalcala@grupoexter.com

CD ESPARTALES SUR ALCALÁ DE HENARES

Avenida Federico García Lorca 20
28806 Alcalá de Henares (Madrid)

Tlf: 91 8797591
Fax: 91 8829251
Correo electrónico: cd.espartalesur.alcala@grupo5.net

RECURSO: EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (Río Tajuña)

DEFINICIÓN:

Los EASC son un Equipo social multiprofesional, cuyo trabajo ha de hacerse en coordinación y complementariedad con el Programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

Su capacidad de atención es de 30 personas.

Están integrados en la red pública de Salud Mental, debiendo coordinarse y colaborar con los recursos específicos de atención social y con los Servicios Sociales Generales

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Presentarán enfermedad mental severa o grave de curso crónico (principalmente esquizofrenia y otras psicosis).
- Evidenciarán gran dificultad para vincularse a cualquier recurso del área, haciéndose de este modo inviable su derivación de acuerdo a los procedimientos y protocolos estándar.
- Usuarios que viven solos o con padres muy mayores y que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.
- Usuarios que por presentar una pérdida o deterioro leve o moderado en sus capacidades y habilidades no necesitan procesos estructurados, sistemáticos e integrales de rehabilitación psicosocial, bastando con intervenciones de apoyo social y comunitario para prevenir una pérdida o deterioro severo de sus capacidades y habilidades, y facilitar su integración sociocomunitaria.

PRESTACIONES:

Evaluación funcional y Programas Individualizados de Atención Social y Apoyo Comunitario en su propio domicilio y en su entorno familiar y social encaminado a:

1. que los usuarios se vinculen con los recursos de la red.
2. aprendan y/o recuperen las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.
3. orientar a los familiares para que la convivencia con el usuario sea más normalizada y desproblemática.
4. “descargar” a los familiares de las responsabilidades y exigencias a las que se ven abocados en la convivencia con el usuario.

Los principales procedimientos y estrategias de intervención que se pueden utilizar son:

- 1.- Estrategias sistematizadas y asertivas de vinculación a recursos
- 2.- Atención y apoyo social en su propio domicilio y en su entorno familiar y social:
 - autocuidados (vestido, higiene personal, hábitos de alimentación, hábitos de sueño, etc.)
 - actividades de la vida diaria (manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes, preparación de comidas y otras tareas domésticas)
 - psicoeducación (información clara y asequible sobre su problemática y su condición de vulnerabilidad, enseñándoles a conocer factores de riesgo así como informándoles sobre la medicación neuroléptica como factor protector)
 - facilitar la colaboración e implicación de recursos sociales y comunitarios

que puedan favorecer el proceso de rehabilitación e integración social de los usuarios

- fomentar el desarrollo de las redes sociales de los usuarios.

3.- Apoyo a las familias que conviven con los usuarios. Se ofrecerá la información, asesoramiento y apoyo individualizado que sea necesario para facilitar la mejora de la convivencia y aumentar sus recursos y capacidades para aliviar la sobrecarga y resolver los problemas existentes.

4.- Seguimiento. Para asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad, es necesario articular un sistema de apoyo social y seguimiento flexible y continuado que se ajuste a las necesidades de los usuarios.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Dirección. C/ Río Tajuña S/n. Centro Comercial Nueva Alcalá.
28803, Alcalá de Henares.

Tel: 91 882 22 34

Fax: 91 882 71 13

Correo electrónico: eascalcala@grupoexter.com

RECURSOS: RESIDENCIA ALCALÁ DE HENARES

RESIDENCIA ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES

DEFINICIÓN:

La Residencia “Alcalá de Henares” de 20 plazas, y la Residencia “Espartales Sur Alcalá de Henares” de 30 plazas, se conciben y organizan como un recurso residencial comunitario destinado a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con deterioro en su autonomía personal y social que no cuentan con apoyo familiar o social o que debido a su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación requieran los servicios de este recurso residencial.

Proporciona con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido (estancia larga), alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario, y en su caso orientación y apoyo a las familias. Se organiza de un modo polivalente y flexible y ofrece atención y supervisión continuada (24 horas).

OBJETIVOS:

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda necesitan un apoyo constante e indefinido.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Posibilitar la máxima autonomía posible de los residentes.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.
- Facilitar la recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
- Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
- Posibilitar la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar si esta es la mejor opción.

ACCESO:

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en la MR.

Todos los usuarios que se plantee su acceso a la misma deberán estar siendo atendidos en un Servicio de Salud Mental. El equipo del Servicio de Salud Mental propondrá la derivación y acceso de un usuario mediante la cumplimentación de la ficha individualizada de continuidad de cuidados, o en su caso, un informe de derivación que incluirá información sobre la situación clínico-psiquiátrica, situación social y familiar, nivel de funcionamiento psicosocial, motivos que justifican la demanda de acceso, previsión de duración de la estancia y funciones y objetivos de la misma, así como previsión residencial a la salida de la MR.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

El perfil general de los usuarios a ser atendidos se ajustará a los siguientes criterios generales:

- Personas afectadas por una enfermedad mental severa y persistente cuyos déficit o deterioros en su funcionamiento psicosocial les impide vivir de un modo independiente.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para si mismos o para los demás.

PRESTACIONES:

Las Residencias se diseñan y organizan para ofrecer no solo la cobertura de necesidades básicas de alojamiento, manutención y cuidado, sino que además se ofrece una atención psicosocial orientada hacia la mejora de la autonomía personal y social, la mejora de la calidad de vida y el apoyo a la integración comunitaria de los usuarios residentes, independientemente de la duración de su estancia. Se organiza y asegura esta atención psicosocial a través de programas de intervención y actividades en relación, entre otras, a las siguientes áreas:

Autocuidado: Higiene, vestido, apariencia y cuidado personal.

Psicomotricidad

Actividades de la vida diaria: autonomía personal, manejo de dinero, realización de compras, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas, hábitos alimenticios, etc.

Psicoeducación y Educación para la Salud: Información sobre la enfermedad, seguimiento de la medicación, adherencia al tratamiento y contacto con su Servicio de Salud Mental, hábitos saludables, autocontrol y manejo del stress.

Habilidades sociales: Mejora de las habilidades sociales básicas e interpersonales así como la expresión de emociones para facilitar y promover el desarrollo de relaciones

sociales dentro y fuera de la Residencia y potenciar redes sociales de apoyo.
Ocio y tiempo libre: Planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre dentro y fuera de la Residencia, dinamización de intereses y aficiones, etc.
Integración comunitaria: Promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria a través del contacto con recursos sociocomunitarios, actividades formativas, culturales, deportivas, etc.
Información y apoyo a las familias: Asesoramiento en tramites, orientar en el conocimiento de la enfermedad y apoyar en las necesidades que puedan surgir durante el proceso de estancia en el centro, salidas a domicilio o salida definitiva de la Residencia del familiar ingresado.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

RESIDENCIA “ALCALÁ DE HENARES”

Avenida de Castilla, 31, 2ª planta

28804, Alcalá de Henares

Tlf: 91 888 18 04

Fax: 91 883 39 46

mrascaladehenares@fundacionmanantial.org

RESIDENCIA “ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES”

C/ Federico García Lorca nº 20

28806, Alcalá de Henares.

Tlf: 91 882 69 75.

Fax: 91 883 84 03.

mr.espartalesur.alcala@grupo5.net

**RECURSOS: PISOS SUPERVISADOS MR ALCALÁ DE HENARES
PISO SUPERVISADO RESIDENCIA ESPARTALES SUR –
ALCALÁ DE HENARES**

DEFINICIÓN:

Constituyen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte organizado en pisos o viviendas normalizadas, insertas en el entorno comunitario en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental, recibiendo el apoyo y supervisión flexible que en cada momento necesiten, a través de profesionales.

Los Pisos Supervisados se organizan en coordinación y vinculación con las residencias.

OBJETIVOS:

- Proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo más normalizado posible que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía y calidad de vida.
- Promover y posibilitar el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria de cada usuario.
- Evitar situaciones de abandono y marginación o procesos de cronificación y deterioro de usuarios sin apoyo familiar o social.

ACCESO:

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en el piso supervisado. Desde la Residencia se valorará y propondrá usuarios que sean indicados para continuar su proceso de rehabilitación en un recurso de estas características.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas con enfermedades mentales severas y persistentes que tienen un nivel mínimo de autonomía personal y social pero necesitan una apoyo residencial debido a:
 - Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
 - Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, y tienen dificultades para mantenerse solos en una vivienda.
 - No requerir una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada

PRESTACIONES:

Los Pisos Supervisados se diseñan y organizan para ofrecer no solo la cobertura de necesidades básicas de alojamiento, además se ofrece una atención psicosocial orientada hacia la mejora de la autonomía personal y social, la mejora de la calidad de vida y el apoyo a la integración comunitaria de los usuarios residentes. Se organiza y asegura esta atención psicosocial a través de programas de intervención y actividades en relación, entre otras, a las siguientes áreas:

Autocuidado: Higiene, vestido, apariencia y cuidado personal.

Actividades de la vida diaria: Apoyo en manejo de dinero, realización de compras, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas en la vivienda, hábitos alimenticios, programa de cocina etc.

Psicoeducación y Educación para la Salud: Información sobre la enfermedad, seguimiento de la medicación y contacto con su Servicio de Salud Mental, hábitos saludables, autocontrol y manejo del stress.

Habilidades sociales: Promover y apoyar el desarrollo de relaciones sociales dentro y fuera del Piso y potenciar redes sociales de apoyo.

Ocio y tiempo libre: Planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre, dinamización de intereses y aficiones, etc.

Integración comunitaria: Promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria a través del contacto con recursos sociocomunitarios, actividades formativas, culturales, deportivas, etc.

Información y apoyo a las familias: Asesoramiento en tramites, orientar en el conocimiento de la enfermedad y apoyar en las necesidades que puedan surgir durante el proceso de estancia, salidas a domicilio o salida definitiva del piso supervisado del familiar ingresado.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

RESIDENCIA “ALCALÁ DE HENARES”

Avenida de Castilla, 31, 2ª planta

28804, Alcalá de Henares

Tlf: 91 888 18 04

Fax: 91 883 39 46

lbenito@fundacionmanantial.org

RESIDENCIA “ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES”

C/ Federico García Lorca nº 20

28806, Alcalá de Henares.

Tlf: 91 882 69 75.

Fax: 91 883 84 03.

mr.espartalesur.alcala@grupo5.net

RECURSO: Centro de Atención Integral a las Drogodependencias-C.A.I.D.

DEFINICIÓN:

El Centro de Atención Integral a las Drogodependencias (CAID) es un dispositivo asistencial de carácter ambulatorio del Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

Forma parte de la Red de Servicios de Salud mental correspondientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias y de la Red de recursos asistenciales de la Agencia Antidroga a través del convenio que mantiene con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Su finalidad es prevenir la aparición de problemas de drogodependencias y restablecer la salud de las personas que presentan trastornos por el uso, abuso o dependencia de sustancias tóxicas, desde un modelo de intervención comunitario, orientado a la mejora continua y que responda a las necesidades y demandas de la población.

Cuenta con un equipo multidisciplinar que realiza una planificación global sobre el problema de salud desde un enfoque bio-psico-social y prioriza la normalización e integración de la población afectada.

Objetivos:

- Mejorar la salud de los pacientes buscando la estabilización, la remisión parcial o la remisión total de los síntomas
- Prevenir o disminuir factores de riesgo de recaídas y aumentar los factores de protección
- Reducir los riesgos que conlleva el consumo de drogas en drogodependientes activos, con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades e introducir mejoras en su forma de vida.
- Orientar y apoyar a familiares o responsables
- Potenciar la integración social y evitar situaciones de marginalidad

Requisitos:

El acceso puede ser directo o derivado de otros servicios. Para recibir prestaciones en el CAID se requiere:

- Firma del contrato de adhesión terapéutica
- Consentimiento de los padres o tutores legales en el caso de menores de 16 años
- Aportación de la orden judicial correspondiente en los casos de cumplimiento de alternativas de condenas.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Personas en riesgo de presentar problemas adictivos y/o con problemas de uso, abuso o dependencia de sustancias.

Contraindicaciones

- Pacientes en tratamiento en salud mental que no hayan sido derivados por su psiquiatra de referencia o desde la comisión de derivación de recursos

- Menores de 16 años sin consentimiento del tutor legal
- Pacientes con patología orgánica y/o mental que requieran atención urgente o prioridad de atención, en otros servicios de salud.

PRESTACIONES:

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA	Realización de entrevistas individuales con la persona que presenta problemas de uso, abuso y/o dependencia de sustancias, recogida de la demanda, explicación del proceso de asistencia, firma de consentimiento informado y citas para evaluación bio-psico-social
EVALUACION	Entrevista individual y familiar (si procede) para la evaluación médica, psicológica y social
	Exploración psicopatológica (anamnesis, elaboración historia clínica, petición realización de pruebas complementarias)
	Elaboración del diagnóstico bio-psico-social
	Valoración de problemas enfermeros
	Diseño del Plan de Tratamiento individualizado
	Asignación del tutor de continuidad de cuidados
TRATAMIENTO	Manejo clínico y tratamiento farmacológico
	Desintoxicación ambulatoria
	Psicoterapia individual, familiar, grupal
	Grupos psicoeducativos
	Grupo de relajación
	Análisis toxicológicos
	Tratamientos directamente supervisados
	Atención domiciliaria
	Seguimiento de problemas enfermeros
	Educación para la salud: intervención individual y/o grupal
	Talleres de reducción de riesgos para pacientes en tratamiento
	Seguimiento clínico tras alta de tratamiento
	Seguimiento en el medio de pacientes en tratamiento: asistencia al metabús y farmacias concertadas
	Intervención individual para asesoría, orientación laboral y realización de cursos de formación
	Información y búsqueda de recursos de ocio y tiempo libre
	Acompañamientos a recursos socio-sanitarios y órganos judiciales
	Intervención individual y/o grupal para familiares de pacientes en tratamiento
	Valoración y derivación a recursos asistenciales de la Red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid
	Coordinación continuada con técnicos de los Servicios educativos, sociales y sanitarios y de los dispositivos de la red Asistencial de la Agencia Antidroga y de la red Sanitaria
REDUCCIÓN DE RIESGOS	Intervención individual con consumidores activos en medio abierto
	Dispensación de material estéril en medio abierto y en consulta

ASESORÍA Y ORIENTACIÓN	Consulta individual para familiares y población general dirigida a asesorar y orientar sobre sospecha o situaciones de uso y/o abuso de drogas
UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO: Dirección: C/ Santiago nº 13 (1ª planta), 28801 Alcalá de Henares (Madrid) Teléfono: 91 877 17 40 Fax: 91 883 65 19 Correo electrónico: plandrogas@ayto-alcaladehenares.es	

RECURSOS: HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS

DEFINICIÓN:

Es un dispositivo asistencial de tratamiento intensivo, activo y estructurado en régimen de día. En esta modalidad de tratamiento predominan los principios que rigen un ambiente terapéutico, es decir, se focaliza en las interrelaciones que se producen entre los pacientes y entre éstos y el personal con fines terapéuticos. Proporcionan una doble dimensión de tratamiento, ya que a la terapia intensiva se une la posibilidad de contención directa durante una parte del día. El modelo de intervención es el de la Terapia Basada en la Mentalización.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Requisitos para ser derivado al HD de adultos:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Derivación desde CSM con documentación establecida para ello.
- Valoración en Comisión de Seguimiento del Área.
- Reunión de presentación al equipo del HD por parte del terapeuta y los profesionales implicados en su tratamiento en el CSM.
- El paciente está de acuerdo con realizar un tratamiento intensivo en régimen de día y acepta sus normas de convivencia.
- Suficiente soporte personal, familiar y social que permite contención fuera del horario del HD.

Indicaciones del HD de adultos:

Las indicaciones de HD para pacientes con trastornos psicóticos (esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos etc) son:

- Pacientes con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con complicaciones derivadas de éste hecho (ideas o intentos de suicidio, no cumplimiento del tratamiento etc), en los que se valora la posibilidad de mejoría con terapia intensiva en régimen de día.
- Pacientes que no mejoran ambulatoriamente de la sintomatología positiva, y en los que se presupone que en un medio terapéutico, con un tratamiento más intensivo y con interacciones interpersonales tendrán mejor evolución.

Contraindicaciones:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

PRESTACIONES:

1.1.- EVALUACIÓN

- Coordinación con derivante(s)
- Entrevistas individuales:
 - Valoración de la situación actual.
 - Valoración de las posibilidades de tratamiento en hospital de día

- Establecimiento de relación terapéutica
 - Realización de historia clínica.
 - Exploración psicopatológica y exploraciones complementarias
 - Evaluación de enfermería
- Entrevistas familiares:
 - Valoración de la situación actual.
 - Valoración de las posibilidades de tratamiento del paciente derivado en hospital de día, así como de la pertinencia de intervenciones familiares durante éste.
- Valoración de la información obtenida por la observación del paciente durante la primera semana que acude al Hospital de Día. Actividades específicas de evaluación desde terapia ocupacional.

1.2.- ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO, en relación con objetivos de tratamiento y consensado con el paciente, lo que queda recogido en contrato de tratamiento.

La programación terapéutica se hará siguiendo la siguiente metodología:

- Definición del problema (o problemas).
- Formulación de los objetivos basándose en los problemas detectados.
- Elección de las actividades terapéuticas que, razonablemente, permiten esperar la consecución de los objetivos.
- Estimación del plazo previsible para la consecución de objetivos.
- Determinación de los profesionales del equipo que han de intervenir, establecimiento de las modalidades de intervención y de los modos de coordinación de dichas intervenciones.
- Determinación de los recursos materiales necesarios.
- Reevaluación periódica.
- Reevaluación si se alcanza el tiempo previsto de tratamiento, con justificación si se prolonga.
- Evaluación final y alta.

1.3.- TRATAMIENTO:

MEDIO TERAPÉUTICO, con características de terapia de grupo interpersonal y terapia basada en la mentalización. En él se integran:

1.3.1.- ACTIVIDADES GRUPALES:

1.3.1.1.- ACTIVIDADES GRUPALES EN EL HD

- GRUPOS TERAPÉUTICOS PEQUEÑOS.
- GRUPOS MEDIANOS (con actividades intermediarias como pintar o escribir).
- Actividades grupales de TERAPIA OCUPACIONAL: sociabilización (técnicas psicodramáticas), taller creativo y taller de musicoterapia o prensa.
- Actividades centradas en el desarrollo de consciencia corporal, aumento de regulación emocional:
 - ENTRENAMIENTO grupal EN RELAJACIÓN
 - PSICOMOTRICIDAD
 - TALLER DE SALUD.
- GRUPOS GRANDES, ASAMBLEARIOS, para regular el

funcionamiento del Hospital de Día.

1.3.1.2.- ACTIVIDADES GRUPALES DIRIGIDAS AL EXTERIOR Y SOCIOTERÁPICAS dirigidas a favorecer la incorporación de los pacientes a actividades sociales, de formación, cultura, tiempo libre y búsqueda de empleo)

1.3.2.- ACTIVIDADES INDIVIDUALES:

- ENTREVISTAS INDIVIDUALES puntuales o regladas para apoyo, resolución de dificultades puntuales.
- Entrevistas de enfermería para cuidados específicos, fundamentalmente en TCA.
- Entrevistas con T.O. dirigidas a favorecer la incorporación de los pacientes a actividades sociales, de formación, cultura, tiempo libre y búsqueda de empleo

TERAPIAS INDIVIDUALES

INTERVENCIONES PSICOFARMACOLÓGICAS :

- Prescripción y seguimiento.
- Información .
- Analíticas.
- Entrega controlada de medicación cuando sea preciso.

1.3.3.- ATENCIÓN A FAMILIAS

ENTREVISTAS FAMILIARES destinadas a lograr alianza con el tratamiento, favorecer convivencia, informar sobre el trastorno mental del paciente o de las vicisitudes de la vida de la familia durante el tratamiento de éste.

TERAPIAS FAMILIARES

1.3.4.- COMIDA y “sobremesa” con pacientes en Hospital de Día.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Hospital de Día de Psiquiatría “Puerta de Madrid”

C/ Alfonso de Alcalá, s/n . 28802 – Alcalá de Henares

Tel: 918771505

Fax: 918880584

RECURSO: UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

DEFINICIÓN:

La Unidad hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende una asistencia psiquiátrica integral en un régimen de hospitalización completa y prolongada, ofreciendo entre otras alternativas, contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Pueden beneficiarse del ingreso los pacientes con trastorno mental severo, mayores de 18 años y menores de 65, residentes en la CM, que necesitan un tratamiento psiquiátrico y un soporte residencial, no siendo posible realizar este tratamiento en las Unidades de Hospitalización Breve, ni en las UHTR con camas.

Indicaciones de ingreso para las UHCPP:

- Pacientes crónicos con alteraciones psicopatológicas persistentes y/o conductuales, que no han logrado adquirir autonomía personal y que carecen o es deficitario su apoyo social.
- Necesidad de contención y adecuación conductual superior a la que puede ofertar un recurso residencial.
- Estancias temporales para pacientes que no cumplen criterios de ingreso en UHTR, pero si precisan contención y estabilización sintomática en un medio protegido y por un tiempo prolongado.
- Pacientes que deban cumplir medidas de seguridad por orden judicial.

Si el ingreso es indefinido, podría ser importante, para proteger los derechos de los pacientes, que estuvieran incapacitados y tuvieran tutor.

No está indicado el ingreso para:

- Personas con retraso mental y trastornos conductuales.
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas
- Trastornos mentales orgánicos derivado de enfermedad médica o sobrevenida.

La forma de acceso, la documentación a aportar, el sistema de coordinación es igual que en las UHTR. La única diferencia es que el cauce de acceso no es mediado por la Comisión Regional de Rehabilitación, se gestiona directamente con el H. Rodríguez Lafora.

La estancia no está limitada en el tiempo, aunque el proceso de rehabilitación y el objetivo del ingreso siempre es la vuelta al medio comunitario lo más normalizado posible.

Las plazas están asignadas al área y esta es responsable del manejo de la lista de espera y trabajar la alternativas al alta de los pacientes para tener plazas disponibles.

PRESTACIONES:

Asistencia psiquiátrica integral en un régimen de hospitalización completa y prolongada, ofreciendo entre otras alternativas, contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Hospital Dr. Rodríguez Lafora.
Ctra. de Colmenar Viejo Km. 13,800
28049 - Madrid
Teléfono: 91.586.75.00
Fax: 91.586.73.91

RECURSO: UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

DEFINICIÓN:

La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende promover la reinserción e integración en la comunidad de los pacientes con enfermedades mentales graves

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Pueden beneficiarse del ingreso en esta Unidad los pacientes que reúnan las siguientes características:

- Trastornos mentales graves.
- Mayores de 18 años y menores de 55 (en determinados casos que sobrepasen la edad, se valorará la pertinencia del ingreso)
- Residentes en la CM.
- Que estén incluidos en el Programa de Rehabilitación y continuidad de cuidados de los distritos.

Este dispositivo no está indicado para:

- Personas con retraso mental (discreto, moderado y grave).
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.
- Cumplimientos de condena.
- Trastornos orgánicos cerebrales que impiden su autonomía en la vida diaria.
- Trastornos mentales orgánicos derivados de enfermedad médica o sobrevenida.

Tiempo de estancia: entre un mes y seis meses, pudiéndose prolongar dicha estancia hasta doce meses, en función de los objetivos terapéuticos establecidos.

Acceso: Los pacientes deben estar incluidos en el P. de Rehabilitación y continuidad de cuidados del distrito y éste establecerá los objetivos de rehabilitación que justifican el ingreso. El caso es presentado en **la Comisión de Seguimiento y Derivación a recursos del Área 3, que maneja la lista de espera y la asignación de plazas en el área, vinculando las camas de estas unidades a los programas de rehabilitación de los distritos.** Posteriormente se enviarán los informes a la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental y se incluirán en la lista de espera del área, así mismo el representante del Área en la Comisión Regional de Rehabilitación y Continuidad de cuidados (Oficina de Coordinación de Salud Mental), presenta el caso en la reunión con los Centros Concertados (Ciempozuelos) que gestionan estas plazas, en dicha reunión están presentes las distintas áreas sanitarias de la CM. y se hace un control y análisis global de las plazas asignadas. Si una plaza del área queda disponible, la Oficina de SM. Enviará la correspondiente autorización del ingreso al distrito que se le asigne la plaza.

Documentación a aportar:

Carpeta de Continuidad de Cuidados.

Plan de Atención Integral, donde debe constar la alternativa residencial al alta.

Informe clínico.

Informe social.

PRESTACIONES:Programación del ingreso:

Los responsables del caso del CSM contactarán con el servicio de admisión del Hospital para programar el ingreso e informarán a los pacientes y a las familias. En caso de ingreso involuntario se deberá contar con la autorización judicial para el mismo.

Áreas de Intervención:

Competencia personal: conciencia de enfermedad, autoguiado, hábitos de vida.

Afrontamiento personal y social: funcionamiento cognitivo, autocontrol y técnicas de afrontamiento, autonomía básica, autonomía social.

Sistemas de coordinación:

Es condición necesaria e indispensable compartir y consensuar entre los dispositivos y profesionales el Plan de rehabilitación de cada usuario.

Se realizará una reunión mensual de presentación de casos y de seguimiento de los ingresados. Previa a la derivación, el caso ha de ser presentado y aprobado en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Clínica San Miguel

C/ Arturo Soria 204

28043 Madrid

Telef: 91.413.50.11

Fax: 91.413.56.38

Email: administracionsanmiguel@hospitalariasmadrid.org

ANEXO 9.3: Escalas de evaluación

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols¹⁸¹)

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</p>
2. Sensación de culpabilidad	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experiencia alucinaciones visuales amenazadoras</p>
3. Suicidio	<p>0. Ausente</p> <p>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)</p>
4. Insomnio precoz	<p>0. Ausente</p> <p>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora</p> <p>2. Dificultades para dormirse cada noche</p>
5. Insomnio medio	<p>0. Ausente</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche</p> <p>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritable</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijoes ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Tomado de: Ramos-Brieva J, Cordero Villafañal A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1986;14:324-34).

ESCALA DE MANIA DE YOUNG

Young Mania Rating Scale (Young et al, 1978)

Versión validada en castellano de Colom y cols. (2002)

1.EUFORIA

0. Ausente
1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de si mismo/a, alegre
3. Elevada e inapropiada
4. Claramente eufórico, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc

2.HIPERACTIVIDAD

0. Ausente
1. Subjetivamente aumentada
2. Vigoroso/a, hipergestual
3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado)
4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado)

3.IMPULSO SEXUAL

0. Normal, no aumentado
1. Posible o moderadamente aumentado
2. Claro aumento al preguntar
3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)

4.SUEÑO

0. No reducido
1. Disminución en menos de una hora
2. Disminución en más de una hora
3. Refiere disminución de la necesidad de dormir
4. Niega necesidad de dormir

5.IRRITABILIDAD

0. Ausente
2. Subjetivamente aumentada
4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfa
6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante
8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible

6.EXPRESION VERBAL (ritmo y cantidad)

0. No aumentada
2. Sensación de locuacidad
4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional
6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
8. Verborrea ininterrumpible y continua

7.TRASTORNOS DEL CURSO DEL PENSAMIENTO Y EL LENGUAJE

0. Ausentes
1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento
2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia
3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia
4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible

8.TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

0. Ausentes
2. Planes discutibles, nuevos intereses
4. Proyectos especiales, misticismo
6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
8. Delirios, alucinaciones

9.AGRESIVIDAD

0. Ausente, colaborador/a
2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a
4. Querulante, pone en guardia
6. Amenaza al entrevistador/a, habla a gritos, entrevista difícil
8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible

10.APARIENCIA

0. Higiene e indumentaria apropiadas
1. Ligeramente descuidada
2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada
3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo
4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra

11.CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a
2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad
3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad
4. Niega cualquier cambio de conducta

Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García-García M, Reinares M, Torrent C, Goikolea JM, Banús S, Salamero M. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la escala de Young. Med Clin (Barc) 2002;119:366-371.

Escala de Evaluación del Funcionamiento Global

PUNTUACIÓN EEFG: _____

Hay que considerar el funcionamiento psicológico, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. No hay que incluir deterioros del funcionamiento debidos a limitaciones físicas (o ambientales). (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.).

91-100 - Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

81-90 - Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).

71-80 - Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).

61-70 - Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

51-60 - Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).

41-50 - Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).

31-40 - Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).

21-30 - La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).

11-20 - Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).

1-10 - Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

0 - Información inadecuada.

CUESTIONARIO –ZARIT-

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR –ZARIT-

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado** que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5)

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1=Nunca
- 2=Rara vez
- 3=Algunas veces
- 4=Bastantes veces
- 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- > 55-56 Sobrecarga Intensa

FECHA					
PUNTUACIÓN					

- **OBSTÁCULOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO**

Se señalan algunos obstáculos o dificultades que pueden dificultar la implantación del proceso:

- Soporte informático con acceso desde los diferentes recursos de la red de Salud Mental (incluido CAID y recursos de Consejería de Servicios Sociales) para:
 - . la creación del censo de pacientes en el proceso
 - . sistema de alertas en las agendas electrónicas
 - . volcado y archivo de documentos que el proceso genere.
- Posibilidad de escanear y archivar electrónicamente documentos del proceso.
- Tiempo de los profesionales (por ejemplo con huecos en agenda específicos para el proceso) y personal de apoyo (por ejemplo para el escaneo y archivo de documentos)
- Área Sanitaria Única: la inclusión de personas con TMG en el proceso pero residentes en municipios diferentes a los influencia del HUPA, dificultará la coordinación y desarrollo de los procesos asistenciales.
- La ausencia de un movimiento organizado de usuarios en la zona dificultará la participación activa de éstos en el proceso.

- **CRONOGRAMA PROCESO: DISEÑO, CONSENSO Y PUESTA EN MARCHA**

23 Abril 2012: puesta en marcha del grupo de trabajo redactor del proceso TMG

27 Febrero 2013: grupo de trabajo: fin borrador del proceso TMG

1 Marzo 2013: envió del documento a Coordinador S.M.

7 Marzo 2013: presentación en Consejo Financiadores

11 Marzo 2013: envió del borrador a todos los profesionales de la red de Salud Mental y a grupo de usuarios para revisión y sugerencias sobre el documento.

5 Abril 2013: fin plazo para el envío de sugerencias

10 Abril 2013: reunión del grupo redactor para discutir y en su caso incorporar las sugerencias recibidas

19 junio 2013: presentación oficial del proceso en Sesión Clínica HUPA.

Septiembre/octubre – Diciembre 2013: pilotaje del proceso

Enero 2014: Ajuste del proceso y puesta en marcha definitiva del proceso