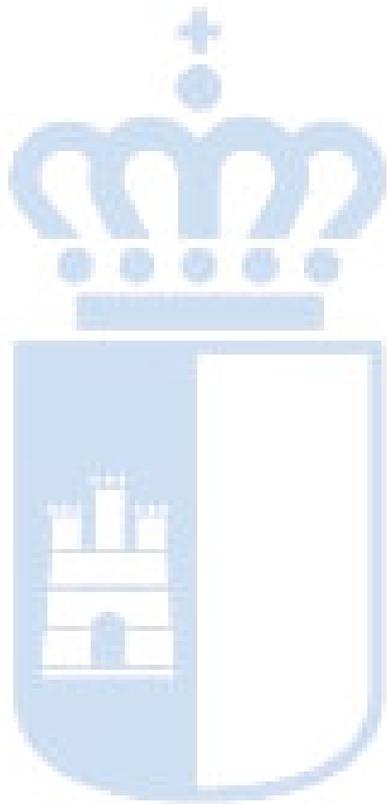




Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental
de Castilla La Mancha:

**INTERVENCIÓN PRECOZ EN
PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS
(IPPEP)**

VERSIÓN VIMP - 1 16/04/12



ELABORADO POR:

GRUPO DE TRABAJO DEL ÁREA DE SALUD DE GUADALAJARA:

David Huertas Sánchez, Mar Soler Sánchez, Daniel Olivares Zarco, Eva Sánchez-Morla, M^a Angeles Núñez, Juana Balanza Soriano, Santiago Barajas Martínez, Anacleto Hernández Benito, M^a Luz Martín García, Antonio J. Palacios Ruiz, Natividad María González, Rafael Vázquez Gómez, Jose A. Pérez-Rojo, María Castillo Lasala, Patricia de los Ríos Alfonso, M^a Victoria de Felipe García Barsón, Alicia Pedroviejo Pérez, Nuria Bascuñana Campo, M^a José Camarena Grande, Lorenzo Chamorro García, Ana López Catalán, Angeles Núñez Lloveres, M^a José Muela Grande, Silvia Crespo Pérez.

GRUPO ASESOR

Alberto Casas Toral
Olga Carrasco Ramírez
Víctor M. Devolx Neyra
Daniel Navarro Bayón
Metodóloga: Marta Nieto Moreno

EQUIPO DIRECTIVO

Félix Alcázar Casanova
José Antonio Contreras Nieves
Jaime Domper Tornil
M^a Flor Morillo Garay
Olga Solas Gaspar

Secretaría y maquetación

Trinidad Martínez Martínez

VERSIÓN IMPLANTACIÓN 1 (VIMP – 1)

REVISADO POR:

Victor M. Devolx, Jaime Domper, M^a Luz Fernández Marín, José Antonio López Cócera, Olga Carrasco Ramírez, David Huertas Sánchez.
Fecha: 16 de Abril de 2012

Abreviaturas

- **AIP:** Aplicación informática específica para el proceso de Mambrino XXI.
- **AP:** Atención primaria.
- **CIE – 10:** Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento de la OMS
- **CIP:** Comisión Interdisciplinar del Proceso.
- **CPMG:** Comisión Patología Mental Grave de Área
- **CRPSL:** Centro de rehabilitación psicosocial y laboral.
- **CSMA:** Coordinador de Salud Mental de Área.
- **DDRR:** Dispositivos residenciales de la FSS.
- **EMAR:** Estados mentales de alto riesgo.
- **FRD:** Facultativo responsable de dispositivo.
- **FRP:** Facultativo responsable del proceso.
- **FSS:** Fundación Socioasistencial de Castilla-La Mancha.
- **GC:** Gestor de caso.
- **HD:** Hospital de día.
- **IPPEP:** Proceso de intervención precoz en primeros episodios psicóticos.
- **MF:** médico de familia.
- **PARP:** paciente con alto riesgo de psicosis.
- **PEP:** primer episodio psicótico.
- **PITR:** plan individual de tratamiento y rehabilitación.
- **PRP:** paciente con riesgo de psicosis.
- **PTAC:** Programa de tratamiento asertivo comunitario
- **SM:** salud mental
- **TMG:** trastorno mental grave.
- **UCA:** unidad de conductas adictivas.
- **UHB:** unidad de hospitalización breve.
- **UME:** unidad de media estancia.
- **USM:** unidad de salud mental.
- **USMIJ:** unidad de salud mental infante juvenil.

INDICE

1 JUSTIFICACIÓN

- 1.1. Visión
- 1.2. Misión
- 1.3. Estrategias
- 1.4. Estructura funcional
- 1.5. Valores
- 1.6. Medios

2 DEFINICIÓN DEL PAISM IPPEP

- 2.1. Definición Funcional
- 2.2. Límites del Proceso
- 2.3. Puertas de entrada y salida del proceso

3 MAPA DEL PROCESO NIVEL 1

4 DESTINATARIOS DEL PROCESO. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

5 ACTIVIDADES DEL PROCESO

5.1. SUBPROCESO 5.1 IPEP EN ATENCION PRIMARIA

5.1.1. DETECCIÓN Y DERIVACIÓN

- 5.1.1.1. Detección por despistaje
- 5.1.1.2. Detección y derivación en la consulta normalizada
- 5.1.1.3. Detección y derivación de urgencia

5.1.2. INTERVENCIONES GENERALES

- 5.1.2.1. Actividades de mantenimiento del contacto
- 5.1.2.2. Actividades de apoyo
- 5.1.2.3. Actividades de información

5.1.3. ACTUACIONES ESPECIFICAS CON PACIENTES CON RIESGO DE PSICOSIS (PRP)

- 5.1.3.1. Evaluación

5.1.3.2. Intervención

5.1.3.3. Seguimiento

5.2. SUBPROCESO VALIDACIÓN DE PEP, EVALUACION Y DISEÑO DEL PITR EN LA RED DE SALUD MENTAL. PACIENTES CON ALTO RIESGO DE PSICOSIS Y PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

5.2.1 Detección y derivación en Dispositivos de Salud Mental

5.2.2 Información al paciente y a la familia

5.2.3 Confirmación de sospecha de Primer episodio psicótico

5.2.4 Asignación de Facultativo Responsable del Proceso

5.2.5 Primeras medidas asistenciales y terapéuticas

5.2.6 Evaluación clínica, funcional y familiar y propuesta de intervenciones

5.2.7 Diseño del Plan individualizado de Tratamiento y rehabilitación (PITR)

5.2.8 Presentación del PITR al paciente y a la familia

5.2.9 Información a Atención Primaria y/o dispositivo derivante

5.3 SUBPROCESO INTERVENCIONES: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

5.3.1 Aplicación del PITR en los correspondientes dispositivos

5.3.2 Revisión y Reevaluación del PITR

5.3.3 Información al paciente, la familia y AP

5.3.4 Seguimiento del proceso

5.3.5 Actividades asistenciales y terapéuticas

6 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

7 INDICADORES DE MEDIDA

8 RESPONSABLES DEL PROCESO

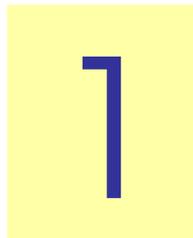
9 ANEXOS

NOTA PREVIA.

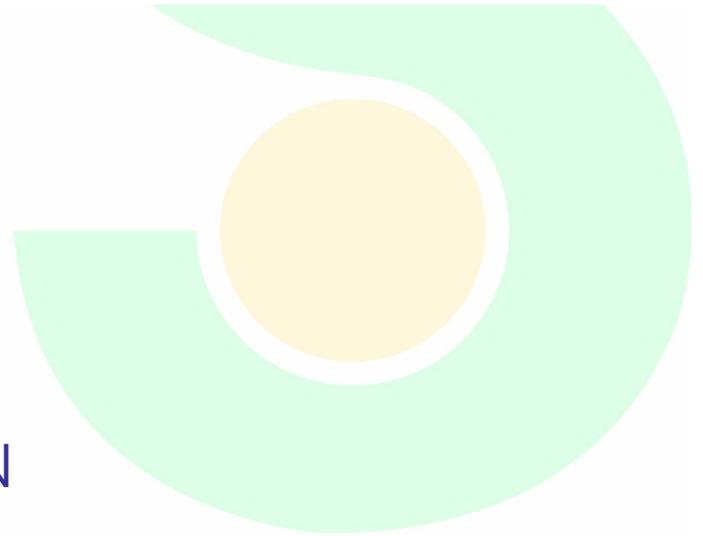
Esta versión del PAISM – IPPEP se ha dispuesto para su implantación, dentro de los objetivos asistenciales marcados por la dirección del SESCAM para este año. A pesar de ello tiene un claro carácter provisional por varias razones:

- **La primera es que todo documento de este tipo, sufre un proceso de ajuste y depuración en las primeras etapas de su rodaje real, en la que se van recogiendo aportaciones de todos los profesionales que participan en su implantación.**
- **En segundo lugar, el proceso está soportado en una aplicación informática, que por los mismos argumentos citados en el punto anterior, está también sujeta a perfeccionamiento, influyendo por tanto en la manera en como se aplica el proceso.**
- **Por último, la parte más técnica y asistencial del proceso (evaluación e intervención), a pesar del alto nivel de acuerdo que reflejó la encuesta realizada al efecto, está necesitada de una revisión y una actualización con un nivel de acuerdo todavía mayor del actual; además también en este sentido se esperan nuevas propuestas por parte de los profesionales que apliquen el proceso.**

Por lo tanto, cuando las condiciones de rodaje se consideren suficientes y se desarrollen acciones tendentes a unificar criterios de carácter clínico y asistencial, el proceso será objeto de una revisión general, que se espera que sea ya definitiva, aunque como es sabido estos documentos están siempre abiertos a continuos ajustes y perfeccionamientos.



JUSTIFICACIÓN



Los Procesos Asistenciales Integrados de Salud Mental de Castilla La Mancha (PAISM) pueden ser entendidos como entidades organizativas, que **engloban funcionalmente todos los elementos asistenciales** (redes, niveles, dispositivos y profesionales) , que tienen que ver con el tránsito del paciente a lo largo de todas las fases de un tratamiento integral.

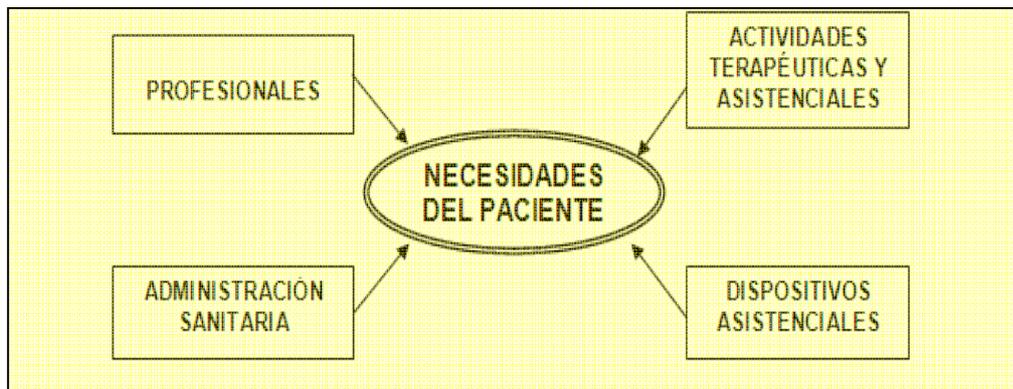
Como tal entidad organizativa contienen: **Visión, Misión, Estrategias, Estructura Funcional, Valores y Medios.**

1.1. VISIÓN.

- La Visión de los **PROCESOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL DE CASTILLA LA MANCHA** es conseguir una asistencia integrada e integral de máxima calidad para los pacientes con trastornos mentales más graves, mediante la consecución de la **mejor organización posible de los recursos disponibles**, que asegure que la amplia realidad psicopatológica y vital del paciente (su **“RECUPERACIÓN VITAL”**) es abordada de manera **global**.

1.2. MISIÓN.

- Por lo tanto, si bien de esta operación se espera efectos en todos los niveles de la red, **su MISIÓN fundamental es mejorar la efectividad y eficiencia de la funcionalidad del CONJUNTO DE LA ORGANIZACIÓN, para adecuarla a las necesidades y expectativas de los usuarios.**
- También es consustancial al concepto de misión conseguir **LA MÁXIMA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE, DEL USUARIO, DEL CIUDADANO**, que figura en el **CENTRO DEL PROCESO** y con respecto al cual, se deben ir supeditando el resto de los componentes del proceso, siendo el esquema descriptivo el siguiente:



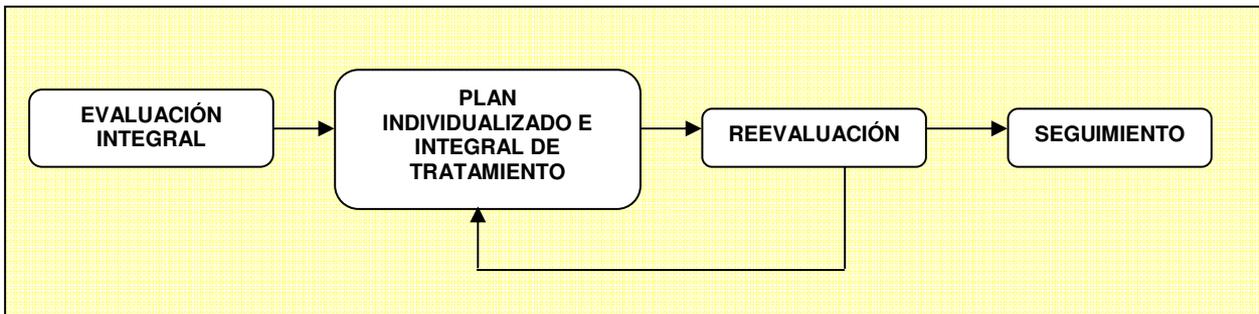
1.3. ESTRATEGIAS.

- Para lograr esta misión se proponen las siguientes **estrategias**:
 - Asegurar la mejor **coordinación** y fluidez de **información** y **comunicación** posible **entre**:
 - ★ Profesionales.
 - ★ Equipos.

- ★ Dispositivos (dentro del Área de Salud Mental).
 - ▲ Todas las Áreas de Salud Mental de CLM.
 - ▲ Salud Mental y otras redes sanitarias: Atención Primaria y Atención Especializada.
 - ▲ Salud Mental y otras redes no sanitarias: Servicios Sociales, Educación, Justicia., etc.
- Crear y potenciar espacios de **análisis multidisciplinar**, para asegurar el mejor y más **completo análisis de la situación y necesidades integrales** del paciente.
- Establecer condiciones organizativas a nivel de profesionales, dispositivos y áreas de SM, que permitan ir dando **prioridad a los pacientes en función de su gravedad**.
- Definir y desarrollar funciones y actividades asistenciales, que permitan **monitorizar** el paso del paciente por el proceso asistencial, de manera que se asegure la **continuidad asistencial entre profesionales, dispositivos, niveles asistenciales e incluso entre redes diferentes**.
- Generar un marco que proporcione un **abordaje amplio de los problemas del paciente**, que permita superar un enfoque basado en lo sintomatológico, incorporando perspectivas que tengan que ver con sus **condiciones y estilo de vida**.
- Orientar las tareas terapéuticas y asistenciales para que se adapten a las **recomendaciones basadas en la evidencia científica y en el consenso profesional**.
- Impulsar condiciones que permitan que el trabajo profesional individual, se enriquezca con el **trabajo en equipo y el consenso profesional**, con la mirada puesta tanto en aumentar el nivel de satisfacción de la organización y de los pacientes, como de los **propios profesionales**.

1.4. ESTRUCTURA FUNCIONAL

- A la hora de abordar al paciente, todos los recursos adoptarán sistemáticamente y en cascada en todos los niveles asistenciales el siguiente esquema:



1.5. VALORES

- Los valores propios de una **organización en proceso**, tienen que ver con la manera en como se realizan las actividades, de manera que se **trascienda la individualidad** profesional o por dispositivos, para pasar a una **visión global y continuada** de la asistencia:

- **Coordinación**
- **Comunicación**
- **Consenso**
- **Interdisciplinaridad**

1.6. MEDIOS

- Formados por todos los dispositivos y profesionales de todas las redes asistenciales de Salud Mental, **adaptados funcionalmente** de acuerdo a los principios anteriormente descritos y que, en esta primera fase de estructuración de la filosofía de los procesos

asistenciales, tiende conexiones hasta enlazar con otras redes asistenciales no sanitarias, con ánimo en un futuro de integrarlas dentro del proceso.

- Los procesos suponen un cambio en la manera de funcionar, en la que se propone pasar de una cultura asistencial basada en actuaciones individuales, a otra basada en la sinergia de todos los componentes de la organización.
- No obstante, **el cambio necesita fundamentalmente a los individuos, a los profesionales para que aporten su saber y experiencia**, para que el proceso vaya progresivamente superando barreras, solucionando problemas de implantación y perfeccionándose en el tiempo.
- Evidentemente, el máximo plus de salud con el que los pacientes deben llegar al final del proceso, depende de la disposición de más medios y RRHH. Pero sobre la base de una progresiva mayor aportación de medios por parte de la administración según sus posibilidades, los procesos asistenciales de Salud Mental, parten de la idea de conseguir el **máximo rendimiento funcional posible (el máximo plus de salud) con los medios disponibles en cada momento**.
- Para terminar, sugerir que la pregunta básica a la que tendría que responder esta nueva filosofía asistencial sería:

**¿CON TODOS LOS MEDIOS DISPONIBLES ACTUALMENTE Y ENTRE TODOS, HEMOS
CONSEGUIDO RESPONDER A LAS NECESIDADES INTEGRALES DEL PACIENTE?**

2

DEFINICIÓN DEL PAISM IPPEP

2.1. DEFINICIÓN FUNCIONAL

- Conjunto de actividades dirigidas a personas residentes en Castilla La Mancha, sospechosas de presentar una primera manifestación psicótica. Dichas actividades están dirigidas a lograr:
 - La detección, identificación y diagnóstico precoz de personas que puedan presentar o estar en riesgo de presentar comportamientos de riesgo, cuadros prodrómicos o un Primer Episodio Psicótico.
 - La intervención rápida en fases iniciales de los primeros episodios psicóticos
 - La evaluación clínica y funcional del paciente y sus circunstancias vitales.
 - La elaboración consensuada de un Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR)
 - La aplicación de distintas intervenciones basadas en la evidencia, así como su seguimiento y la garantía de la continuidad de cuidados, por parte de todos los ámbitos sanitarios y sociales implicados en su recuperación.

2.2. LÍMITES DEL PROCESO

Límite Inicial

- Personas que presentan comportamientos o síntomas que pueden pertenecer al espectro psicótico:
 - Estados mentales de alto riesgo (EMAR).
 - Síntomas prodrómicos de posible PEP.
 - Síntomas psicóticos.
 - Primer episodio psicótico y su evolución durante los tres primeros años de la enfermedad.

- Incluye las psicosis tóxicas, los trastornos de la personalidad del grupo A especificados a continuación y los primeros episodios maniacos con síntomas psicóticos sin filiar su condición psicótica o afectiva.
- Los diagnósticos incluidos son los siguientes diagnósticos:
 - Trastorno psicótico debido al consumo de sustancias (F. 1X.5).
 - Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por consumo de sustancias (F.1X. 7).
 - Esquizofrenia (F. 20.X).
 - Trastorno esquizotípico (F. 21).
 - Trastorno de ideas delirantes persistentes (F.22.X).
 - Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F.23.X).
 - Trastornos de ideas delirantes inducidas (F.24).
 - Trastornos esquizoafectivos (F.25:X).
 - Otros trastornos psicóticos no orgánicos) F.28).
 - Psicosis no orgánica sin especificar (F.29).
 - Trastorno paranoide de la personalidad (F.60.0).
 - Trastorno esquizoide de la personalidad (F.60.1).
- Edad comprendida entre 15 y 45 años.

☞ Las referencias clínicas para determinar estos límites, se encuentran en los anexos 3 y 4, además de la en la propia CIE – 10.

Límite Final

- Remisión completa de la sintomatología **durante un periodo de 3 años**.
- Evolución del cuadro hacia las puertas de entrada de los procesos TMG, Trastorno Afectivo Bipolar y Programa General del adulto.

Límites marginales

- Edad \leq **14** años.
- Presencia de alguno de los siguientes diagnósticos: Trastorno Mental Grave (según definición contemplada en proceso TMG de CLM); Presencia de Trastorno Bipolar; Trastornos Afectivos Graves, Trastornos Generalizados del Desarrollo; Discapacidad Intelectual Moderada o Grave; Trastornos de la Personalidad de tipo B con síntomas psicóticos secundarios, presencia de organicidad.

2.3 PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA AL PROCESO

Puertas de entrada

- El concepto de Puerta de Entrada se refiere fundamentalmente a espacios en los que normalmente se puede realizar una DETECCIÓN de usuarios, que potencialmente pueden presentar un PEP. Por lo tanto, especialmente en el caso de AP, estas puertas mantendrán una relación definida con la USM / USMIJ.
- Las puertas de entrada al proceso Intervención en Primeros Episodios Psicóticos más adecuadas y frecuentes son:
 - Servicios Sociales. Para esta puerta de entrada se reservan tareas de detección y derivación al sistema sanitario pendientes de desarrollar.
 - Atención Primaria (AP).
 - Unidad de Salud Mental de adultos e infanto-juvenil (USM) – USMIJ).
 - Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

- Unidad de Conductas Adictivas (UCA).
- Urgencias de Salud Mental.
- Al margen de los dispositivos citados, el proceso IPEP, mantendrá una relación funcional directa con el Proceso de Detección Temprana de Patología Mental Grave, pendiente de elaboración.

Puertas de salida

Las principales puertas de salida del proceso son la Unidad de Salud Mental de Adultos, la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil y Atención Primaria.

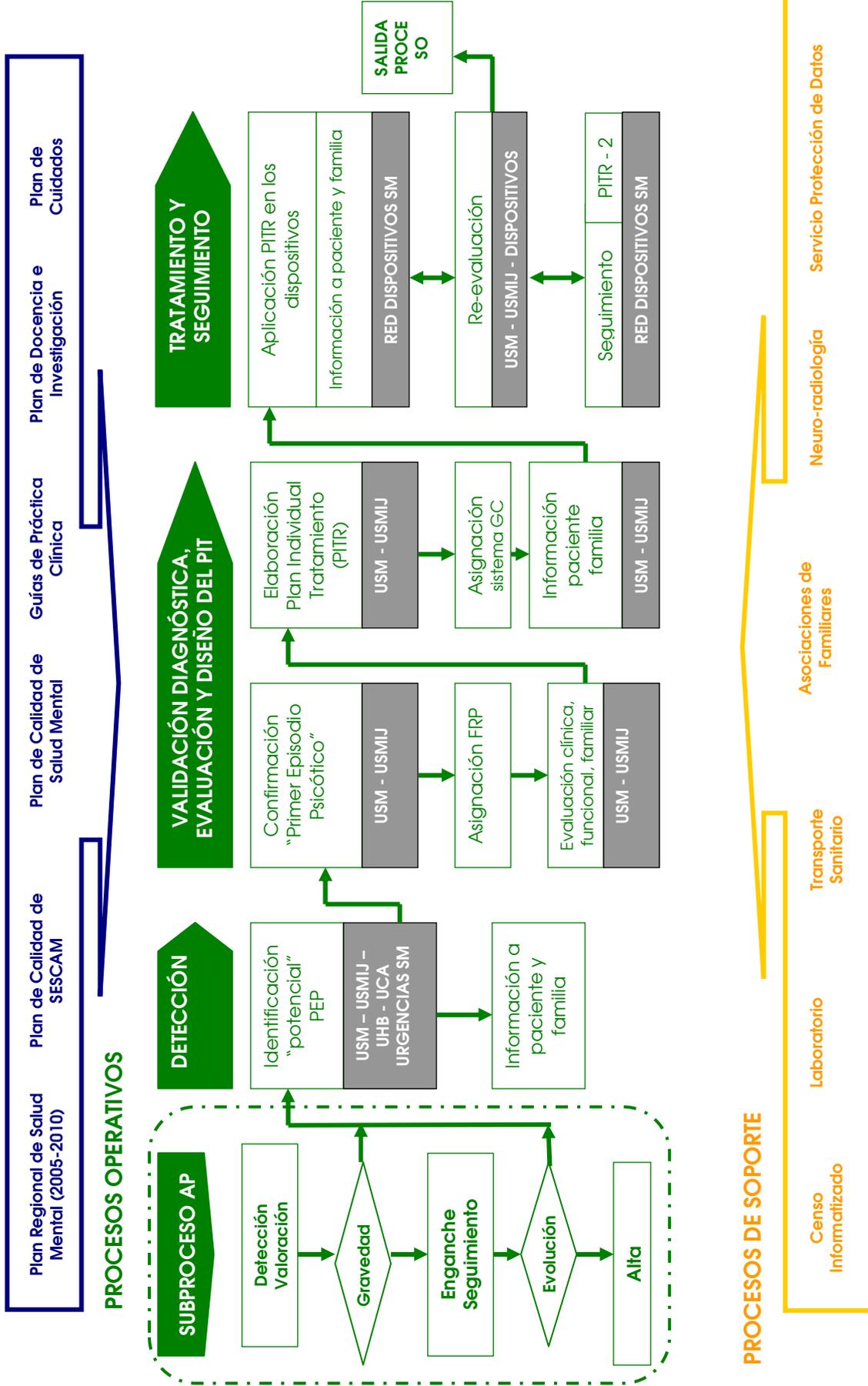
3

MAPA DEL PROCESO DE NIVEL 1



3. MAPA DEL PROCESO IPPEP de Nivel 1

PROCESOS ESTRATÉGICOS



4

DESTINATARIOS DEL PROCESO. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.

- Este apartado queda pendiente de elaboración, hasta que se desarrolle un estudio de necesidades y expectativas específico para los clientes del proceso:

- Pacientes
- Familiares

5

ACTIVIDADES DEL PROCESO



SUBPROCESO		Nº	ACTIVIDAD
5.1. IPPEP EN ATENCIÓN PRIMARIA		1	Detección y derivación
		2	Intervenciones generales
		3	Actuaciones específicas con pacientes con riesgo de psicosis
IPPEP EN LA RED DE SALUD MENTAL	5.2. VALIDACIÓN DEL PEP, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR EN LA RED DE SALUD MENTAL. (PACIENTES CON ALTO RIESGO DE PSICOSIS Y PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS)	1	Detección y derivación en dispositivos de Salud Mental
		2	Información al paciente y a la familia
		3	Confirmación de sospecha de Primer Episodio Psicótico
		4	Asignación de Facultativo Responsable del Proceso (Psiquiatra o Psicólogo Clínico)
		5	Primeras medidas asistenciales y terapéuticas
		6	Evaluación clínica, funcional y familiar y propuesta de intervenciones
		7	Diseño del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR)
		8	Presentación del PITR al paciente y a la familia
		9	Información a Atención Primaria y/o dispositivo derivante
	5.3. INTERVENCIONES TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	1	Aplicación del PITR en los dispositivos correspondientes
		2	Revisión y reevaluación del PITR
		3	Información al paciente, la familia y AP
4		Seguimiento del proceso (nombrar Gestor del Caso)	
5		Actividades Asistenciales y Terapéuticas.	

SUBPROCESO 5.1 IPPEP EN ATENCIÓN PRIMARIA

5.1.1. DETECCIÓN Y DERIVACIÓN.

Profesional responsable: **Médico de Familia (MF)**

5.1.1.1. Detección por despistaje.

- En los Centros de Salud los MF realizarán un despistaje a toda la población de referencia, tanto a pacientes como a sus familiares y allegados, a través de la realización de un cuestionario según el procedimiento que se describe en el anexo 1
- En el caso de que el despistaje sea positivo, se aplicará al paciente la escala EDIE (French y Morrison, 2004) (anexo 2).
- Administración de la escala EDIE:
 - La escala EDIE se aplicará en la misma consulta en la que se realiza el despistaje si se trata del paciente involucrado.
 - Cuando se trate de un familiar o allegado, se les proporcionará una cita para el paciente en el **plazo máximo de una semana** para pasarle la escala.
 - Si el paciente no acude, el MF seguirá insistiendo ante los familiares o allegados cuando tenga ocasión y siempre en función de la información que estos le proporcionen sobre la evolución del paciente.
- Procedimiento a aplicar en función de la puntuación obtenida en la escala EDIE:
 - A) **Entre 15 y 19:**
 - Se citará al paciente en el **plazo máximo de un mes** para ser incluido en el subproceso de seguimiento en AP.
 - Estos usuarios se denominarán **“PACIENTES CON RIESGO DE PSICOSIS (PRP)”** y tendrán un subproceso asistencial diferenciado, destinado a la monitorización e identificación temprana por Atención Primaria, de una posible evolución hacia Estados Mentales de Alto Riesgo o de un Primer Episodio Psicótico.

B) Superior a 19: derivación urgente a la USM / USMIJ en las siguientes **72 horas**.

Estos pacientes, normalmente ya con Estados Mentales de Alto Riesgo o síntomas psicóticos claros ya establecidos, se denominarán **“PACIENTES CON ALTO RIESGO DE PSICOSIS (PARP)”** y serán los destinatarios del grueso del presente proceso.

☞ **Ante cualquiera de los dos casos se pondrá especial cuidado en el manejo de la información que se transmita al paciente y a su familia, ante la posibilidad de que se trate de falsos positivos y para evitar en todo caso los efectos de una etiquetación estigmatizante.**

5.1.1.2. Detección y derivación en la consulta normalizada

- La aplicación de la escala EDIE y las subsiguientes actuaciones, se realizarán igualmente en la consulta normalizada, ante cualquier sospecha que el MF pueda tener, sobre la posibilidad de que un paciente pueda presentar riesgo de un trastorno psicótico.
- Además del despistaje y de la escala EDIE, deberá utilizar criterios de tipo clínico, pudiendo usar como referencia los criterios de sospecha de síntomas psicóticos (anexo 3) y de síntomas de esquizofrenia de la CIE – 10 (anexo 4).

5.1.1.3. Detección y derivación de urgencia

- Cuando según el anexo 5 el paciente cumpla criterios de urgencia, la derivación se realizará de forma **inmediata** a urgencias del hospital de referencia.

5.1.2. INTERVENCIONES GENERALES.

5.1.2.1. Actividades de mantenimiento del contacto con la red sanitaria.

- Estas actividades se realizarán en las siguientes situaciones:
 - A) En los casos de derivación a urgencias o a la USM / USMIJ. ,

B) En los casos en los que el paciente es citado para consulta en AP y no acude.

- Para comprobar si las derivaciones a SM o a urgencias no se realizan y sus posibles causas, el personal de AP podrá acceder a la AIP (Aplicación Informática del proceso) o establecer contacto directo, telefónico, domiciliario con el paciente o su familia.
- En los casos en los que la derivación o la citación no se cumpla por voluntad del paciente, se dispondrán las acciones necesarias para mantener el contacto e insistir en la derivación o la asistencia a la consulta con el paciente y su familia, realizando entre otras las siguientes acciones:
 - Nueva cita en consulta.
 - Contactos telefónicos.
 - Mensajes de texto.
 - Visitas domiciliarias.
 - Actuaciones conjuntas con la USM u otros dispositivos de SM.
 - Recabar el apoyo de otras instancias como Servicios Sociales, Educativos, etc.

5.1.2.2. Actividades de apoyo.

- En el caso de los pacientes derivados PARP a la USM / USMIJ y hasta tanto sean vistos por el personal de SM, el MF o la enfermera proporcionarán apoyo específico tanto al paciente como a su familia para:
 - Ayudarles a asumir la situación de riesgo.
 - Establecer un vínculo terapéutico para promover la participación activa en el tratamiento.
 - Generar una actitud positiva.
 - Prevenir actitudes desadaptativas.

5.1.2.3. Actividades de información.

- Se proporcionará información básica al paciente y a la familia sobre:
 - La naturaleza de los trastornos psicóticos, para asegurar que comprenden adecuadamente las características de la enfermedad o situación de riesgo.
 - Explicación de los recursos asistenciales disponibles, actividades diagnósticas y posibles tratamientos.

- Posibilidades de evolución positiva del cuadro, en función de una adecuada adherencia al conjunto de los tratamientos.
- La importancia de otras conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol.
- Pautas generales de actuación.
- Se proporcionará folletos explicativos sobre las psicosis, estados mentales alterados, pródromos, etc. (anexo 16).

5.1.3. ACTUACIONES ESPECÍFICAS CON PACIENTES CON RIESGO DE PSICOSIS (PRP) (EDIE: 15 – 19).

5.1.3.1. Evaluación.

- Tras la detección de un PRP, se le dará cita en el **plazo máximo de un mes** para realizar una evaluación psicopatológica global, acompañada de las correspondientes pruebas complementarias, encaminada a descartar la organicidad del cuadro.
- En las sucesivas consultas se le pasará de nuevo la escala EDIE, al objeto de monitorizar los posibles cambios en el estado mental del paciente, con independencia de utilizar la valoración psicopatológica apoyada en los criterios descritos en los anexos 3 y 4.

5.1.3.2. Intervención.

- La intervención sobre este tipo de pacientes adoptará un tono de apoyo, orientación y consejo, ante lo que por el momento no es más que una situación de “estrés vital” detectado a nivel clínico o por la escala EDIE.
- Se evitarán los contenidos alarmantes y estigmatizantes.
- Se orientarán las consultas a la detección de una posible evolución desfavorable de la situación, enseñando tanto al paciente como a la familia a identificar los factores positivos y negativos que pueden contribuir a un mejor o peor desarrollo de la situación vital del paciente.

- Se impartirán pautas de psicohigiene general, con especial atención a temas como sueño, consumo de drogas y alcohol, enfrentamiento al estrés, tendencia al aislamiento, etc.
- Se aplicarán Intervenciones psicofarmacológicas sintomáticas si proceden.
- Además serán de aplicación continuada las estrategias citadas en los puntos 5.1.2.2 y 5.1.2.3.

5.1.3.3. Seguimiento

- A partir de la primera cita, las siguientes se darán según criterio del MF, aunque **nunca superior a tres meses**.
- En los casos en los que el paciente no quiera o no pueda acudir a las citas programadas, se aplicarán las actividades de mantenimiento del contacto descritas en el punto 5.1.2.1.
- El seguimiento del paciente se mantendrá mientras la puntuación de la escala EDIE se mantenga entre 15 y 19, procediendo la derivación a SM cuando se supere la puntuación 19 y el alta cuando sea inferior a 15.

ACTIVIDADES PARALELAS

Registro de la actividad

- Todas las actividades descritas en este subproceso se anotarán en la historia clínica del paciente en la aplicación informática de Turriano.
- En dicha aplicación estará también disponible el cuestionario de despistaje (anexo 1), la escala Edie (anexo 2), los criterios diagnósticos y de derivación a urgencias citados anteriormente (anexos 3, 4 y 5), más todas aquellas guías de actuación y orientación para profesionales, usuarios y familiares (anexos 16) que se consideren necesarias.

- Con independencia de la utilización de los medios estándar de derivación, todas las interacciones citadas en el proceso con la red de SM, se harán por el sistema de intercomunicación de la AIP de Mambrino XXI, a cuyos formularios podrá acceder el MF, siendo de obligatorio cumplimiento el formulario detección, cuando proceda derivar una paciente a la USM / USMIJ.
- Además, el MF podrá acceder al resto de los formularios del conjunto del proceso, presentes en la AIP y específicamente a los formularios que reflejan los planes individuales de tratamiento (PITR y Reevaluación).
- Según se indica en los apartados correspondientes, la red de SM deberá mantener informada a AP de las incidencias más importantes que se produzcan en la evolución asistencial del paciente a través del sistema de mensajería de la AIP.

Actividades de formación

- Para que los profesionales de AP implicados en el proceso puedan realizar adecuadamente sus funciones, este proceso incorporará actividades regladas de formación en la materia, que incluirán contenidos teóricos, la adquisición de habilidades terapéuticas y el análisis conjunto de casos con la USM / USMIJ. El desarrollo de estas actividades se especifica en el anexo 12.

Base de datos

- Cuando un paciente puntué en la escala EDIE a partir de 15, se entiende que entra en el proceso general de IPEP y en el subproceso concreto de actuaciones en AP.
- A tal efecto la aplicación informática Turriano dispondrá de una base de datos donde los pacientes que entren en el proceso serán registrados, procediendo igualmente la baja en la base datos cuando el paciente se de alta o pase al proceso general.
- Esta base de datos deberá ser compatible con la de los subprocesos IPEP en la red de SM (ver anexo 14).

GUÍAS DE REFERENCIA

- Se especifican en el **Anexo 16** guías de referencia para AP así como diferente material divulgativo destinado a familiares y pacientes, población general y profesional de salud mental.
-

SUBPROCESO 5.2 VALIDACIÓN DE PEP, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR EN LA RED DE SALUD MENTAL (PACIENTES CON ALTO RIESGO DE PSICOSIS Y PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS)

5.2.1 DETECCIÓN Y DERIVACIÓN EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

Profesional responsable

- Facultativos de las puertas de entrada de Salud Mental, (USM, USMIJ, UCA, UHB, urgencias de Salud Mental).

Modo de realizar la actividad.

- Cuando la sospecha de riesgo de PEP en cualquiera de sus manifestaciones se presente en una consulta de de la USM / USMIJ, el facultativo correspondiente accederá directamente al formulario "Confirmación del diagnóstico de sospecha y propuesta de evaluación" de la AIP, para su cumplimentación e inicio del proceso.
- Si la sospecha se presenta en la UHB, UCA y URGENCIAS DE SALUD MENTAL, el paciente será derivado a la USM / USMIJ de manera inmediata (en cuanto reciba el alta si está hospitalizado). Además, el facultativo correspondiente accederá al formulario "Detección" de la AIP, al efecto de que la justificación de la derivación pueda ser vista por la USM / USMIJ.
- Para la valoración de la sospecha se utilizarán como referencia los criterios que figuran en el anexo 3 y 4.
- Para acceder a los formularios de la AIP, será siempre necesario previamente crear o abrir una historia de proceso en la aplicación

Registro de la actividad

- Formularios “Confirmación diagnóstico de sospecha “ y “Detección” de la AIP
- Anotaciones en la historia clínica.

5.2.2 INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

Profesional Responsable

- Facultativos puertas de entrada.
- Se realizará en todas las puertas de entrada al proceso y siempre asociado a la posterior confirmación del diagnóstico de sospecha.
- Tanto a la familia como al paciente, si está en las debidas condiciones, se les informará de las características de este tipo de trastornos, de sus posibilidades de abordaje y de la necesidad de observar la adherencia al tratamiento.
- Se prestará apoyo específico, para que tanto el paciente como la familia puedan asumir la situación.

Registro de la actividad

- Registro en historia clínica.
- Ver anexo 13, sobre indicaciones de registro y anotación.

5.2.3 CONFIRMACIÓN SOSPECHA DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Profesional Responsable

- Cuando el paciente sea nuevo en la USM / USMIJ, la confirmación la realizará el facultativo que ve por primera vez al paciente.
- Cuando el paciente ya está siendo tratado en la USM / USMIJ, la confirmación la realizará el facultativo al que esté asignado el paciente. En aquellos casos en los que

haya más de un facultativo, la validación se hará de acuerdo al procedimiento que establezca cada USM / USMIJ.

Modo de realizar la actividad.

- Esta operación se realizará en la USM / USMIJ.
- El Facultativo accederá al formulario “Confirmación diagnóstico de sospecha y propuesta de evaluación” de la AIP para su cumplimentación.
- En este formulario encontrará la justificación de la derivación, en el caso de que el paciente haya sido derivado por otro dispositivo de SM o de AP.
- También podrá acceder al formulario “Detección y captación”, para recabar más datos sobre los motivos de la derivación.
- Además de cumplimentar el formulario de confirmación, en la historia clínica del paciente se reflejará una completa evaluación del paciente que recoja las siguientes áreas:
 - Antecedentes familiares y personales.
 - Historia evolutiva.
 - Exploración psicopatológica.
 - Aplicación de las escalas que se citan a continuación
 - Pruebas complementarias dirigidas a descartar organicidad.
- **Los criterios para confirmar el diagnóstico de sospecha de PEP**, incluyen tanto los síntomas manifiestos como síntomas prodrómicos y estados mentales alterados y son los siguientes:
 - A)** Resultado en la escala EDIE, que volverá a ser pasada por el facultativo en este acto. Si el resultado es positivo (>19), se tienen que cumplir además al menos uno de los siguientes criterios.
 - B)** Resultado en las escalas PANSS, según los siguientes criterios:
 - PANSS-P: puntuación superior a 3 en 3 ítems o más, y / o
 - PANSS-N: puntuación superior a 3 en 3 ítems o más, y / o

C) Resultado en las escalas SIPS - SOPS

La SIPS será positiva si el paciente cumple los criterios de Sd. Psicótico actual (POPS) o Sd. Prodrómico actual (COPS) en sus 3 versiones (Sd. psicótico intermitente, Sd. de síntomas psicóticos atenuados o Sd. de riesgo genético y deterioro funcional).

D) Cumplir criterios de la CIE – 10, para alguno de los diagnósticos incluidos en los límites de entrada.

A + B y/o C y/o D

- Esta actividad se realizará en una consulta de 45 minutos o primera consulta realizada tanto al paciente como a su familia, realizándose tantas consultas como sea necesario para completar la confirmación del diagnóstico de sospecha y datos suficientes como para completar una primera evaluación.
- Cuando no proceda confirmar el diagnóstico de sospecha, el facultativo correspondiente cerrará el proceso del paciente en cuestión en la AIP y dará cuenta de ello a la administración de la unidad, al efecto de que figure en una base de datos específica de falsos positivos (anexo 14).
- El facultativo que ha cerrado el proceso informará de esta decisión al dispositivo derivante, mediante los procedimientos habituales de intercomunicación o a través de la mensajería interna de la AIP.
- En el caso de que la sospecha no se confirme, el facultativo valorará la inclusión del paciente en otros procesos o en el programa general del adulto / infante juvenil o la devolución a AP, opción que deberá ir acompañada de pautas de seguimiento, tratamiento o alta definitiva en el correspondiente informe de alta.
- En el caso de que el paciente continúe en la USM, el facultativo accederá al formulario de la AIP “Control temporal del paciente”, para indicar la fecha de entrada del paciente en el proceso y el dispositivo al que se encuentra adscrito, con independencia de ingresos temporales por ejemplo en la UHB.

☞ La confirmación del diagnóstico de sospecha se hará en el **plazo máximo de 1 semana** desde la recepción de la derivación.

Registro de la actividad

- Formulario “Confirmación diagnóstico de sospecha ” y “Control temporal del paciente” de la AIP
- Anotaciones en la historia clínica.
- Censo del proceso IPEP.

5.2.4 ASIGNACIÓN DE FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PROCESO (FRP)

Profesional responsable

- Responsable de la USM.

Modo de realizar la actividad.

- Como norma general el FRP será aquel que realiza la confirmación del diagnóstico de sospecha, no obstante, cada USM podrá establecer otros procedimientos de asignación de esta figura.
- Las funciones del FRP son las que figuran en el Anexo 8.

Registro de la actividad

- Formulario “Confirmación diagnóstico de sospecha” de la AIP.

5.2.5 PRIMERAS MEDIDAS ASISTENCIALES Y TERAPEUTICAS

Profesional responsable

- FRP.

Modo de realizar la actividad.

- Hasta tanto el caso no sea visto por la Comisión Interdisciplinar del Proceso (CIP) (anexo 9) y se elabore su Pitr, el FRP activará por sí mismo o por otros profesionales y dispositivos, todas aquellas medidas terapéuticas y asistenciales que el paciente necesite en función de su estado.
- Con independencia de las anotaciones en la historia clínica normal, las anotaciones más relevantes desde el punto de vista del proceso, las anotará en el formulario "Actuaciones anteriores al Pitr" de la AIP.

Registro de la actividad

- Formulario "Actuaciones anteriores al "Pitr" de la AIP
- Anotaciones en la historia clínica.

5.2.6 EVALUACIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y FAMILIAR Y PROPUESTA DE INTERVENCIONES

Profesional responsable

- FRP.

Modo de realizar la actividad

- La evaluación podrá ser realizada por el Psiquiatra, Psicólogo clínico, Trabajador /a Social y Enfermera de la USM / USMIJ.
- Por indicación del FR podrán participar otros profesionales de otros recursos de la red de SM, que ayuden a completar la evaluación de aspectos funcionales con mayor profundidad.

- Esta operación se realiza siempre en la USM / USMIJ, aunque se deberá utilizar toda la información previa que otros dispositivos tengan sobre el paciente, en el caso de que hubiera sido atendida antes en ellos.
- Tras realizar la confirmación del diagnóstico de sospecha, el FRP 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 de la USM / USMIJ, comunicándoles la derivación a través de la AIP.
- Coyunturalmente y en los casos de ingresos hospitalarios prolongados anteriores a la evaluación y elaboración del Pitr por la USM / USMIJ, se podrá iniciar el proceso de evaluación en las unidades hospitalarias a iniciativa del facultativo que le atiende en él y de acuerdo con el coordinador de la USM / USMIJ.
- Si no fuera necesario la participación de otros profesionales, el FRP pasará directamente a desarrollar el punto siguiente: diseño del Pitr.
- Cada USM dispondrá de los mecanismos necesarios, para que se habiliten las correspondientes consultas de evaluación, de acuerdo a los tiempos que se fijan como estándar de calidad.
- Los profesionales implicados realizarán la evaluación solicitada y propondrán las áreas de intervención (terapéutica y asistencial) que consideren pertinentes, a través del formulario "Evaluación y propuesta de intervención" de la AIP.
- La evaluación clínica, funcional y familiar, estará orientada a la obtención de información suficiente para realizar el Pitr y se basará en la aplicación de los instrumentos de evaluación que figura en el anexo 6.
- Conforme a estos objetivos, se podrán explorar las siguientes áreas:
 - Situación psicopatológica general, si no fuese suficiente la información en exploraciones previas,
 - Funcionamiento cognitivo,
 - Consciencia de enfermedad y disposición al tratamiento.
 - Evaluación social: red de apoyo social, red familiar, situación social.
 - Evaluación funcional: actividades de las vidas diarias básicas e instrumentales o complejas.
 - Afrontamiento social y personal.
 - Evaluación ocupacional y laboral.

- Evaluación del ocio y tiempo libre.
- Exploraciones complementarias
- Nivel actual de utilización de los recursos sociosanitarios implicados en su proceso.
- Se explorarán todas las áreas descritas siempre que el estado clínico del paciente lo permita y los objetivos de tratamiento lo aconsejen.
- Los profesionales que participen en la evaluación, podrán acceder a todos los formularios del proceso cumplimentados hasta el momento en la AIP.
- Una vez realizada la evaluación y propuesta de intervención, cada profesional implicado comunicará su realización al FRP a través de la mensajería interna de la AIP.

☞ **Tiempo máximo** para realizar la **evaluación y Pitr: 2 semanas**

Registro de la actividad

- Formulario “Evaluación y propuesta de intervención” y “Actuaciones PRE – Pitr” de la AIP.
- Anotaciones en la historia clínica.

5.2.7 DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION (Pitr)

Profesional responsable

- FRP y CIP

Modo de realizar la actividad.

- El Pitr es el documento consensuado que refleja el análisis del caso y la propuesta de actuaciones terapéuticas y asistenciales de todo tipo que se van a realizar sobre el paciente. En él figuran además, los dispositivos de derivación y se

confirman los responsables de gestionar y de ser referencia del caso, así como la fecha de reevaluación.

- El FRP integrará la información recibida, así como la que obra en su poder, para ser presentada a la CIP, cumplimentando el apartado “A” del formulario “Elaboración del PITR” de la AIP.
- Según el procedimiento que cada USM / USMIJ tenga dispuesto, el FRP, a través de la AIP comunicará a los miembros de la CIP, la convocatoria para examinar el caso.
- Para la fecha de la correspondiente comisión, todos sus miembros deberán haber estudiado el caso, consultado todos los formularios de la AIP cumplimentados hasta el momento, con independencia del acceso a la historia clínica del paciente en el caso de los profesionales del SESCAM.
- El FRP presentará el caso a la CIP, de acuerdo a la información previa disponible sobre el paciente.
- La CIP acordará las diferentes áreas de intervención y actividades concretas de tipo asistencial y terapéutico a aplicar sobre el paciente.
- En este momento la CIP 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 PITR. Los criterios para realizar la derivación serán:
 - Tipo de actividades a realizar y dispositivo más adecuado. En este caso se podrá considerar la posibilidad de que un paciente pueda realizar distintas actividades simultáneamente, con independencia del dispositivo al que se le deriva.
 - 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 sistema de gestión de caso, de acuerdo a las definiciones que figuran en el Anexo 10: Gestor de Casos personal (GC) o sistema de control general.
- Se recomienda en este momento realizar la confirmación o cambio del profesional que ejerce la figura de FRP, en función de la distribución de cargas de trabajo.
- Se acordará cual es la fecha en la cual el caso deberá ser revisado por la CMP, que como mínimo será en los siguientes periodos a partir de la creación del PITR: **3, 6, 9, 12**

meses y a partir de aquí cada 6 meses; esta frecuencia, puede ser inferior si las circunstancias del caso lo aconsejan.

- Tras definirse los acuerdos de la CIP, el FRP los trasladará al formulario "Elaboración del Pitr" de la AIP (resto de la apartado "A" y el apartado "B").
 - A través de la AIP, el FRP comunicará la derivación al coordinador del dispositivo de derivación.
 - Se utilizarán como referencia los criterios de derivación a los diferentes dispositivos que figuran en el anexo 7.
 - En el caso de que el Pitr observe actuaciones paralelas de otros dispositivos diferentes al de derivación, el FRP comunicará a sus respectivos coordinadores (a través de la AIP) la disposición del Pitr en la AIP, así como los detalles de dichas intervenciones.
 - Cuando un paciente pase de ser visto en la USMIJ a la USM, se producirán los cambios correspondientes, incluidos los de FRP y GC si procede.
- ☞ La **derivación** física del paciente al dispositivo de derivación será **inmediata**, si hay plaza disponible.
- ☞ **Tiempo máximo** para realizar la **evaluación y Pitr: 2 semanas**.

Registro de la actividad

- Formulario "Elaboración del "Pitr" de la AIP
- Anotaciones en la historia clínica.

5.2.8 PRESENTACION DEL Pitr AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

Profesional responsable

- FRP y/o GC si existe.

Modo de realizar la actividad.

- Se informará del Pitr a todos los pacientes y a sus familias.

- La presentación del Pitr a la familia estará determinada por:
 - La valoración del FRP.
 - Consentimiento del paciente (si procede).
- La opinión de la familia y sobre todo del paciente tendrá que ser tenida en cuenta, dentro de la consideración del modelo de **RECUPERACIÓN Y DEL PRINCIPIO DE QUE LAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS Y ASISTENCIALES TENGAN RELEVANCIA ECOLÓGICA** para el paciente.

☞ La presentación del Pitr al paciente y/o a la familia tiene lugar en un **periodo máximo de 15 días**, sin menoscabo de que se empiece a aplicar de inmediato.

Registro de la actividad

- Anotación en la historia clínica.

5.2.9 INFORMACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA Y/O DISPOSITIVO DERIVANTE

Profesional responsable

- FRP.

Modo de realizar la actividad.

- A través de la AIP se comunicará al MF del paciente la disposición en la AIP del Pitr del paciente para su consulta y conocimiento.

Registro de la actividad

- Anotación en la historia clínica.

SUBPROCESO 5.3 INTERVENCIONES. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

5.3.1 APLICACIÓN DEL PITR EN LOS CORRESPONDIENTES DISPOSITIVOS

Profesional responsable

- Facultativo Responsable en cada dispositivo (FRD).

Modo de realizar la actividad.

- Cada dispositivo en el que sea atendido el paciente (incluida la USM / USMIJ), aplicará el esquema básico de actuación contenida en el proceso:

EVALUACIÓN → PITR → REEVALUACIÓN → SEGUIMIENTO



- Igualmente, toda la actividad asistencial y en especial las actividades terapéuticas, contendrán todos los principios generales contenidos en la filosofía de los PAISM y en particular, la aplicación de principios basados en la evidencia y en el consenso profesional.
- Los dispositivos de derivación podrán realizar una adecuación del PITR remitido desde la CIP, en el que se podrán incorporar modificaciones, que serán consensuadas con el FRP y GC, si suponen alteraciones importantes del plan inicial.
- Además, el FRD mantendrá informados tanto al FRP como al GC, de todos los eventos e incidencias importantes relativas al paciente y en particular: inicio y final de las distintas actividades terapéuticas, preparación del alta, derivaciones y alteraciones importantes del estado general del paciente. Esta intervención se realizará preferentemente a través de la mensajería interna de la AIP.

- El Pitr del dispositivo se elaborará partiendo de los resultados obtenidos en la fase de evaluación en la USM / USMIJ y se conformará básicamente a partir de la oferta de actividades terapéuticas y asistenciales de cada dispositivo de SM que figura en la tabla nº 1.
- Los facultativos y / o coordinadores de los dispositivos a los que se deriva el paciente tendrán disponible toda la información generada hasta el momento en los diferentes formularios de la AIP, con independencia del acceso a la historia clínica del paciente, en el caso de los dispositivos pertenecientes al Sescam.
- En cada dispositivo y de acuerdo a sus modos de organización, cada paciente contará con un Facultativo Responsable de su Pitr (FRD), al margen de la aplicación de otros sistemas de gestión de casos.
- Tanto el Pitr elaborado en la USM / USMIJ, como su adecuación en los distintos dispositivos de derivación, generará un cronograma de actuaciones sobre el paciente, que deberá tener prioridad sobre otras actividades asistenciales del dispositivo implicado. Este principio es de especial aplicación a la frecuencia y duración de las consultas en las USM / USMIJ.
- Dicho cronograma deberá incluir aquellas actuaciones a nivel domiciliario y comunitario que se consideren necesarias. Hasta tanto no se disponga de un marco general de funcionamiento que permita de forma reglada y sistemática el trabajo comunitario de las USM / USMIJ, el coordinador de Salud Mental de Área tomará las medidas pertinentes para que los casos y situaciones más necesitados de este tipo de abordajes sean realizados a través de actuaciones de las propias unidades, de otros dispositivos de la red de SM o de otras redes, tal cual se indica en el punto siguiente.
- A petición del FRP o del FRD, se podrá solicitar de Atención Primaria o de Servicios Sociales la realización de determinadas actividades de seguimiento o de intervención familiar o comunitaria.
 - Al alta por cualquier motivo, se elaborará el correspondiente **informe de alta** que irá acompañado de otro **informe de continuidad de asistencial** (anexo 15).
- En todos los casos en los que el paciente no sea objeto de hospitalización total o estando hospitalizado se encuentre de permiso, vacaciones o alta a prueba, se le aplicará el **PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DOMICILIARIO DE LA VINCULACIÓN ASISTENCIAL Y TERAPÉUTICA** (anexo 11).

- Tanto al ingreso como al alta de cada dispositivo por el que va pasando el paciente, el FRD accederá al formulario “Control temporal del paciente”, para indicar las fechas y lugares a los que está adscrito el paciente en cada momento.

☞ Cada dispositivo arbitrará el procedimiento adecuado para **informar al paciente y a la familia** de la adecuación del Pitr general al dispositivo, en un **plazo máximo de 15 días** desde la llegada del paciente, debiendo anotarse en la historia clínica la realización de este acto.

☞ La **adecuación de la evaluación y el Pitr** y su aplicación, tendrá que estar realizada en el plazo de **una semana**, desde la recepción del paciente en el dispositivo de derivación.

Registro de la actividad

- Anotación en la historia clínica.
- Formulario de la AIP “Control temporal del paciente”.
- Informes de alta y continuidad de cuidados.

5.3.2 REVISIÓN Y REEVALUACION DEL Pitr

Profesional responsable

- FRP y GC.

Modo de realizar la actividad.

- Con la antelación necesaria, recopilarán la información suficiente como para presentar de nuevo el caso a la CIP, a la que acompañarán sus propuestas de actuación.
- Estas propuestas pueden derivar en:
 - 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.
- El procedimiento de preparación de la información y convocatoria será similar al descrito a propósito de la elaboración del primer PITR, utilizándose en este caso el formulario “Reevaluación” de la AIP, para que sus miembros puedan acceder a la información acumulada sobre el paciente.
- A la convocatoria de los miembros “estables” de la comisión (USM /USMIJ) podrá añadirse la presencia de profesionales de los dispositivos en los cuales hubiera estado en tratamiento el paciente, si estos fueran distintos a la USM / USMIJ, realizándose la comunicación a través de la AIP.
- Después de celebrada la sesión, el FRP dará de baja al paciente del proceso en el caso de alta o bien volverá a desarrollar una nueva propuesta de tratamiento o seguimiento, en los mismos términos que los descritos para el presente PITR.
- ☞ El periodo de tiempo máximo en el que se puede **demorar** la reevaluación, con respecto a la fecha anteriormente fijada no podrá pasar de **un mes**.

Registro de la actividad

- Formulario “Reevaluación” de la AIP
- Anotación en la historia clínica.
- Censo del proceso si procede.

5.3.3 INFORMACIÓN AL PACIENTE, LA FAMILIA Y AP

Profesional responsable

- FRP y GC.

Modo de realizar la actividad.

- Tras cada reevaluación y cuando se produzcan incidencias importantes en el PITR o en el estado del paciente, el FR y el GC informarán de ello tanto a la familia, como AP, en este último caso utilizando el sistema de mensajería de la AIP.

Registro de la actividad

- Anotaciones en la historia clínica.

5.3.4 SEGUIMIENTO DEL PROCESO

Profesional responsable

- FRP Y GC.

Modo de realizar la actividad.

- Al margen de las actividades normales de seguimiento clínico de cada caso, por los respectivos profesionales que atienden a los pacientes, tanto el FRP, como el GC cuando exista, realizarán un seguimiento del paciente a lo largo de toda su andadura en el proceso en todos los dispositivos por los que vaya pasando, incluidos los centros externos de internamiento sanitario o los centros de Servicios Sociales y de la FSS.
- De acuerdo a las indicaciones descritas en el anexo 13, la información que se debe registrar en la AIP, es de carácter procesual, intentando verter la menor información de tipo clínico posible.
- Para ello ambas figuras cumplimentarán los formularios “Seguimiento del FRP” y “Seguimiento del GC” de la AIP, según se vayan produciendo incidencias y eventos importantes en el discurrir del paciente por el proceso.
- Además, por parte de los FRD y coordinadores de los dispositivos de derivación, se mantendrá informados al FRP y GC 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 Pitr y en el estado general del paciente.
- Por su parte, tanto el FRP, como el GC y a iniciativa propia recabarán la información que consideren pertinente, para hacer frente a las tareas de seguimiento del caso observadas en los anexos 8 y 10.
- Las interacciones entre el FRP / GC y los coordinadores de los dispositivos y sus FRD se podrán hacer por cualquier medio (telefónico, presencial, correo electrónico, etc.),

aunque se recomienda utilizar la utilidad de mensajería de la AIP, lo que permite tener la interacción registrada y realizar un seguimiento sobre la misma. En todo caso, las interacciones más relevantes desde el punto de vista del proceso deben hacerse en los formularios “Seguimiento del FRP” y Seguimiento del GC” de la AIP.

Registro de la actividad

- Formularios “Seguimiento del FRP” y “Seguimiento del GC” de la AIP

5.3.5 ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS

Profesional responsable

Facultativo Responsable del paciente en cada dispositivo (FRD)

Modo de realizar la actividad

La ordenación de intervenciones terapéuticas según recursos asistenciales en la red socio-sanitaria de Castilla-La Mancha queda reflejada en la Tabla 1.

OBSERVACIONES:

- Dicha tabla es orientativa, ya que debe ser objeto de una mayor precisión y detalle en la columna de actividades terapéuticas, tarea que se abordará próximamente.
- Cada dispositivo deberá desarrollar, la oferta terapéutica que deberá poner a disposición de todos los Procesos Asistenciales de Salud Mental y en concreto para el TMG.
- Tras ello, los CSMA 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 una UME o en un CRPSL, para lo que contará con medios propios, con independencia de utilizar también recursos ajenos, por ejemplo en la comunidad. En una USM sin embargo, para tal programa no contarán con ningún medio propio, pero los pacientes de TMG que sean tratados en ella, pueden ser susceptibles de necesitar actividades de tiempo libre y ocio; en este caso, desde la USM se deberá 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 forman parte de la oferta terapéutica del sistema de atención a la Salud Mental pública, pero pueden ser gestionados desde el dispositivo de referencia del paciente.

Registro de la actividad

- Anotación en historia clínica.

TABLA 1. ORDENACIÓN DE RECURSOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

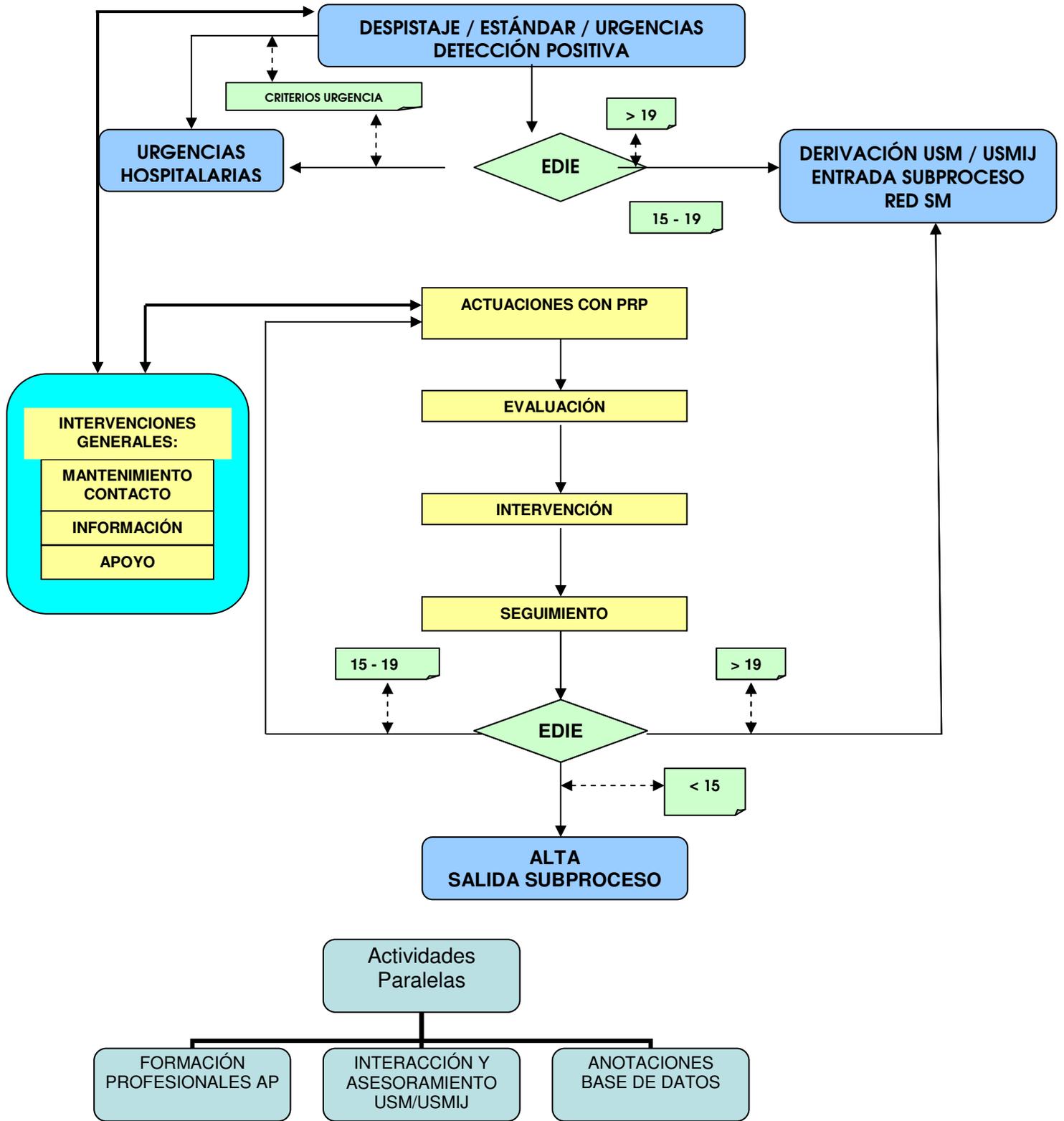
Altamente Recomendable Recomendable		DISPOSITIVOS / INTERVENCIONES	AP	UME	USM / USMIJ	UCA	UHB	HD	CRPSL	S. SOC.
•		Intervención en crisis con la familia								
•		Terapia farmacológica								
•		Psicoeducación familiar								
•		Psicoeducación de pacientes								
•		Terapia de apoyo								
•		Intervención motivacional								
•		Información a la familia								
•		Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana								
•		Terapia STOPP								
•		Intervenciones familiares								
•		Programas de reducción de consumo de cannabis								
•		Rehabilitación cognitiva								
•		Rehabilitación laboral								
•		Programa de ocio y tiempo libre								
•		Programa de promoción de la salud								
•		Entrenamiento en habilidades sociales								
•		Programa de actividades de la vida diaria								
•		Estrategias de afrontamiento y solución de problemas								
•		Terapia cognitivo conductual para síntomas psicóticos								
•		Psicoterapia de grupo y apoyo								
•		Mantenimiento vinculación asistencial y terapéutica								
•		Programa de salud física								
•		Intervenciones comunitarias de apoyo y seguimiento								
•		TEC								



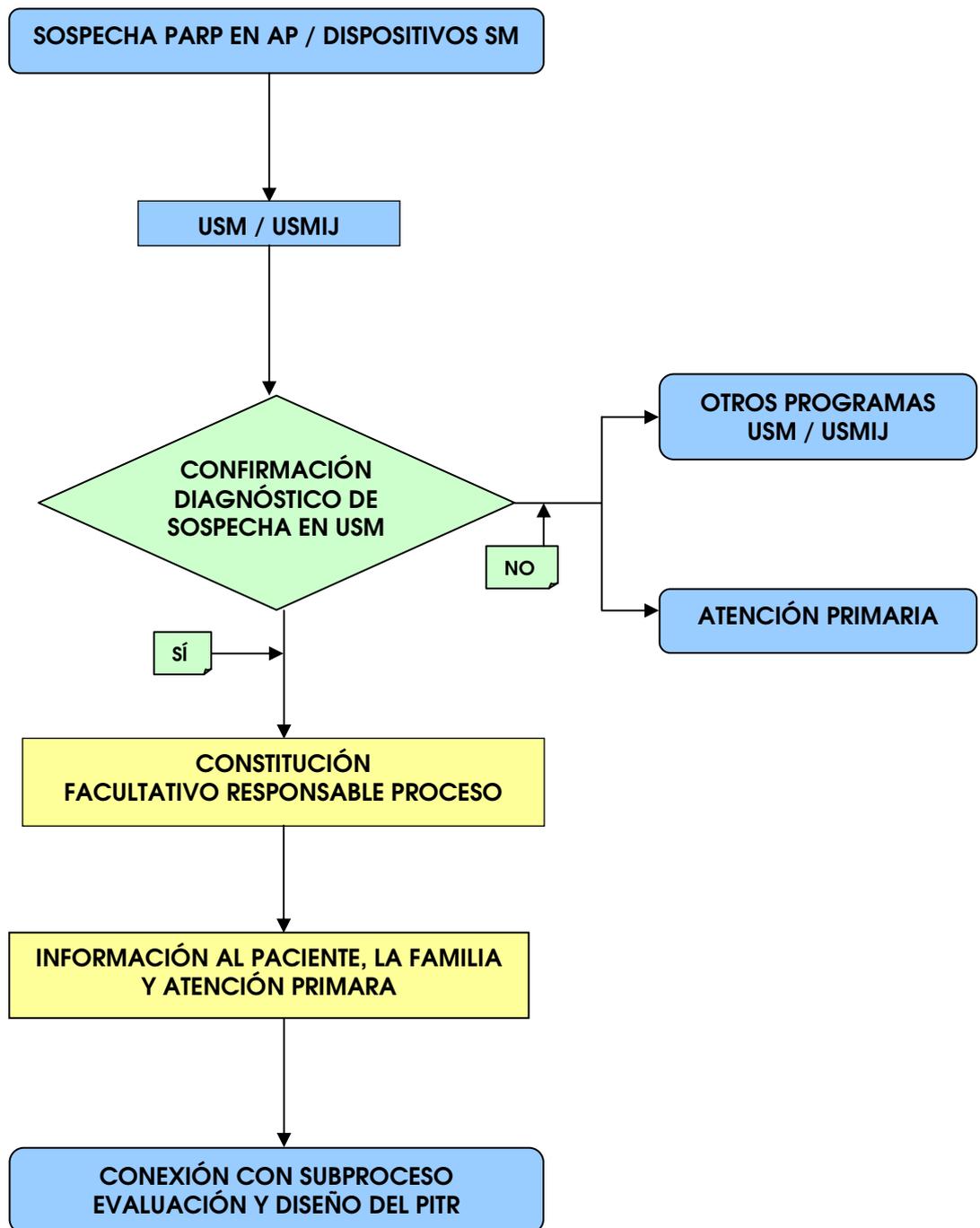
REPRESENTACION GRAFICA



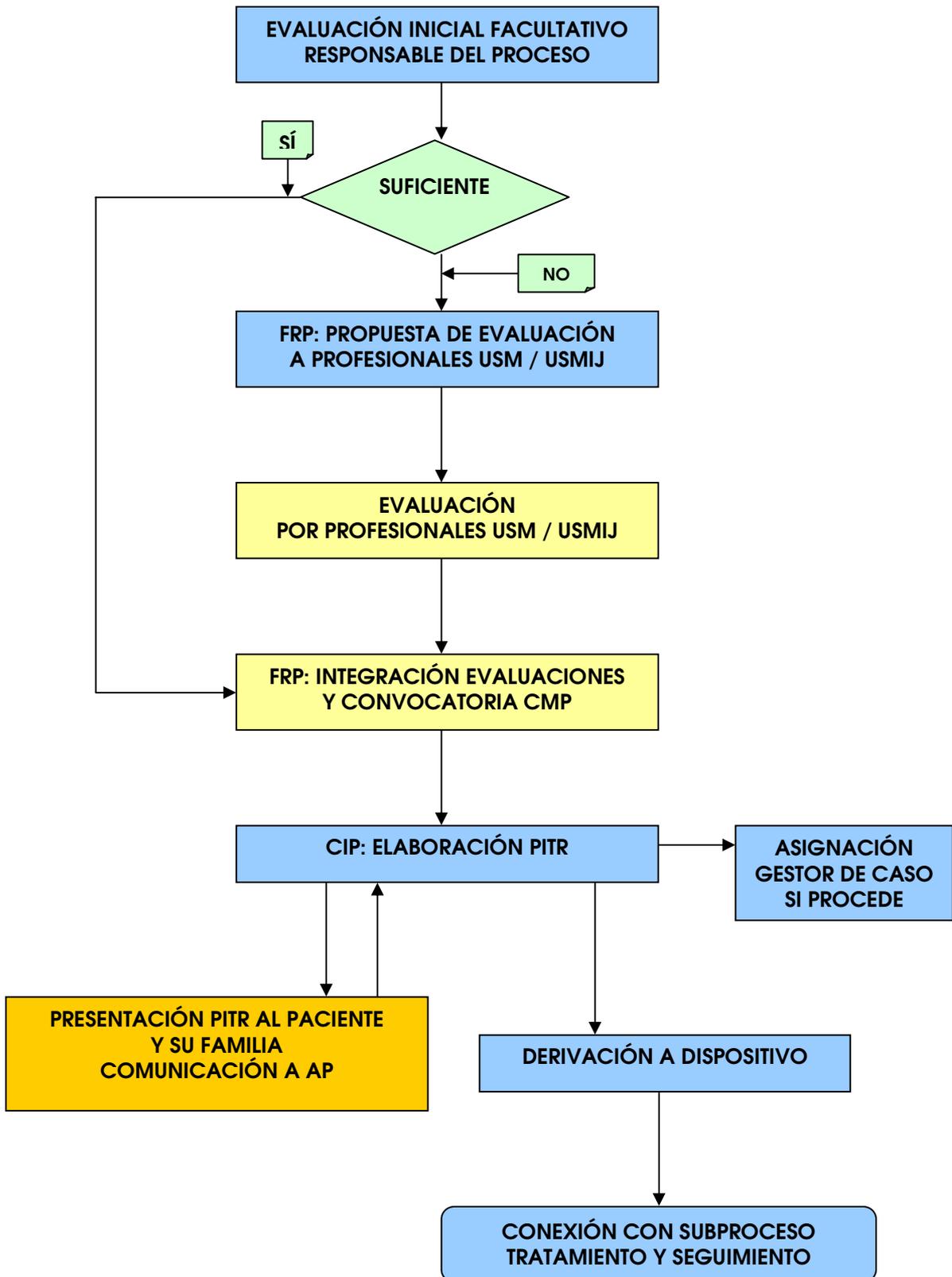
FLUJOGRAMA 1: SUBPROCESO IPPEP EN ATENCIÓN PRIMARIA

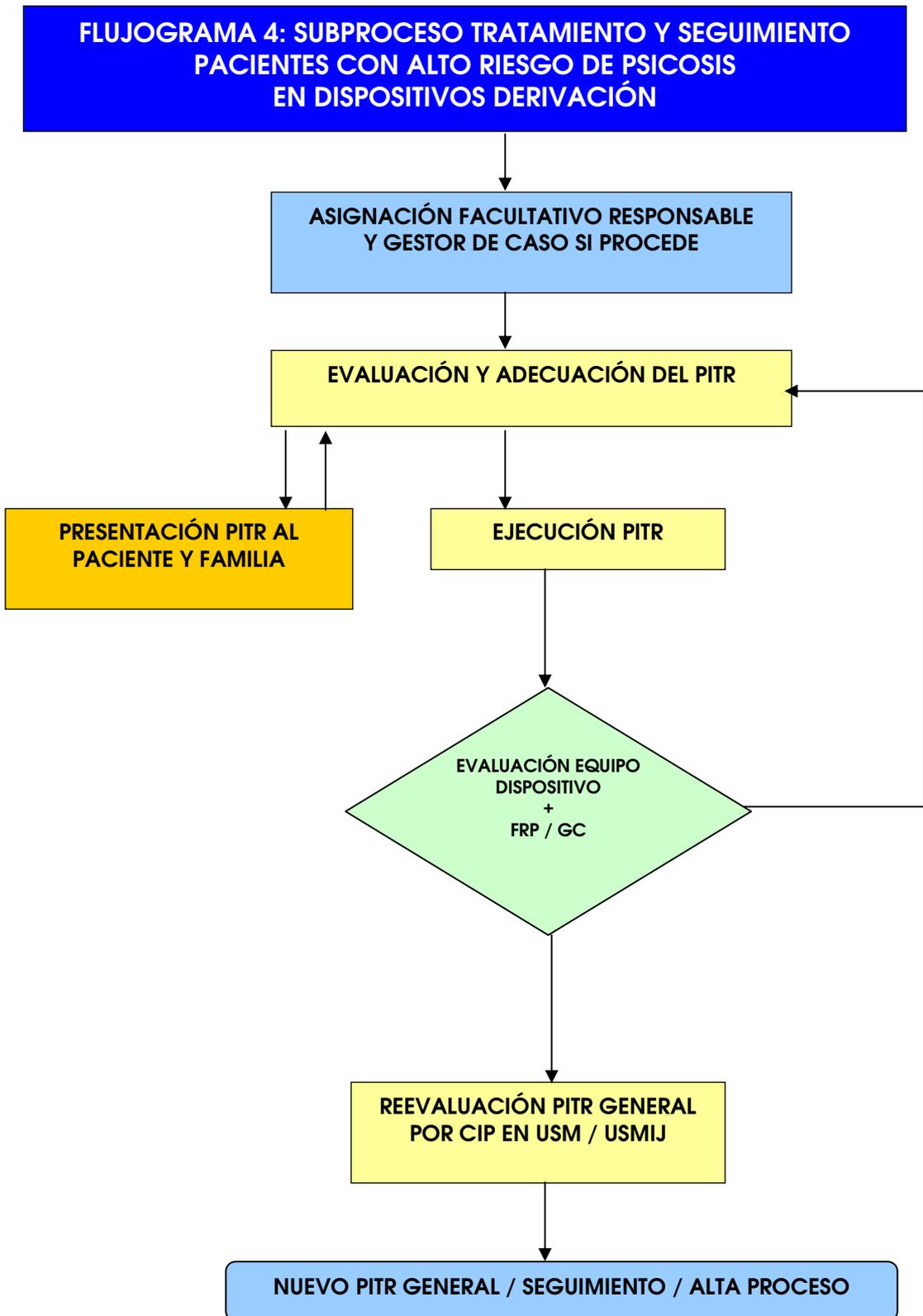


FLUJOGRAMA 2: DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN PACIENTE ALTO RIESGO PSICOSIS EN LA



**FLUJOGRAMA 3: EVALUACIÓN Y DISEÑO DE PITR
PACIENTE CON ALTO RIESGO DE PSICOSIS**







INDICADORES DE PROCESO

Pendiente de elaborar.

8

RESPONSABLES DEL PROCESO

A. NIVEL DE ÁREA DE SALUD MENTAL.

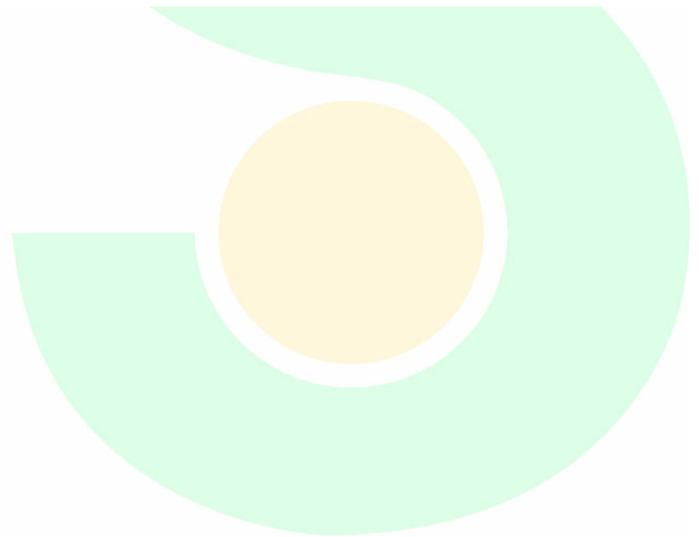
- La responsabilidad sobre el proceso en cada área y por lo tanto encargado de cuidar su aplicación, desarrollo, ajuste, perfeccionamiento y evaluación, será el Coordinador de Salud Mental de Área (CSMA).
- Esta figura será también la encargada de proponer mejoras a nivel regional y de interactuar con el dueño del proceso a nivel de CLM. No obstante, el CSMA podrá delegar las funciones que considere oportunas en otro profesional del Área.
- Para ejercer sus funciones, deberá apoyarse para el desarrollo de sus funciones en las deliberaciones de la Comisión Interdisciplinar del Proceso de Área.

B. NIVEL REGIONAL

- A nivel regional las superiores funciones de coordinación regional, desarrollo, perfeccionamiento y evaluación del proceso, recaen en el Director Regional de Salud Mental o profesional en quien delegue.
- Para apoyarle en el desarrollo de sus funciones, se creará una Comisión Regional del Proceso del TMG, que se reunirá por lo menos una vez al año y formada por los CSMA y miembros de las comisiones de área.



ANEXOS



ANEXO N°	TÍTULO
1	DESPISTAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA
2	ESCALA EDIE
3	CRITERIOS DE SOSPECHA DE PEP
4	SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA CIE - 10
5	CRITERIOS PARA DERIVACIÓN A URGENCIAS DESDE AP
6	INSTRUMENTOS Y PRUEBAS RECOMENDADAS PARA EVALUACION DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE PSICOSIS
7	CRITERIOS DERIVACIÓN A LOS DISPOSITIVOS DE SM
8	FUNCIONES DEL FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PROCESO (FRP)
9	COMISIÓN INTERDISCIPLINAR DEL PROCESO (CIP)
10	SISTEMA DE GESTIÓN DE CASOS
11	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DOMICILIARIO DE LA VINCULACIÓN ASISTENCIAL Y TERAPÉUTICA
12	ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PARA AP
13	INDICACIONES SOBRE REGISTRO Y ANOTACIONES
14	BASES DE DATOS
15	INFORME DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL
16	GUÍA DE ATENCIÓN TEMPRANA A LA PSICOSIS
17	PROGRAMA DE SALUD FÍSICA

ANEXO 1.

DESPISTAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- Los Médicos de Familia realizarán una serie de preguntas, que son sensibles para la detección de comportamientos prepsicóticos, síntomas prodrómicos o síntomas psicóticos a su población de referencia.
- Se harán preguntas a los siguientes grupos:
 - Usuarios directamente potenciales entre los 15 y 45 años.
 - Familiares y allegados entre los 18 y 65 años con respecto a la población anterior.

DESPISTAJE PARA USUARIOS.

- ☞ ¿Has tenido algún problema en tu pensamiento recientemente? (pensamiento sonoro, que te leen la mente, pensamiento dirigido)
- ☞ ¿Crees que recientemente están sucediendo cosas extrañas a tu alrededor? (buscar ideas delirantes)
- ☞ ¿Te has estado sintiendo como si algo malo fuera a sucederte o como si la gente estuviera de alguna manera en tu contra? (buscar ideas delirantes)
- ☞ ¿Has tenido experiencias extrañas o desagradables como por ejemplo escuchar voces cuando estás solo o ver cosas que otros no pueden ver? (buscar alucinaciones)
- ☞ ¿Tienes miedo a la gente y te aíslas de los demás?

DESPISTAJE PARA FAMILIARES.

¿Ha notado últimamente en algún miembro de su familia alguno de los siguientes síntomas?:

- ☞ Deja de hablar con familia y amigos
- ☞ Tiene temores o sospechas sin razón
- ☞ Desarrolla ideas extrañas o sin sentido

El despistaje se considerará positivo, si hay al menos una respuesta afirmativa en cada grupo.

ANEXO 2

ESCALA EVALUACIÓN EDIE

Criterios del programa EDIE (Manchester)

1 punto

- La familia está preocupada.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de drogas (incluido cannabis).

2 puntos

- Discute con los amigos y con la familia
- Dificultades para dormir.
- Falta de apetito.
- Humor depresivo.
- Pobre concentración.
- Inquietud.
- Tensión o nerviosismo.

3 puntos

- Falta de placer por las cosas.
- Sensación de que la gente le está observando *

5 puntos

- Sensación de que oye cosas que los demás no pueden oír *
- Ideas de referencia *
- Creencias raras *
- Pensamiento o lenguaje raro.
- Afectividad inadecuada.
- Conducta o apariencia rara.

- Historia de psicosis en un familiar de primer grado + estrés aumentado o deterioro en el funcionamiento *

Valoración: Se recomienda evaluar con más detalle a la persona que alcanza una puntuación igual o superior a 20, asignando el valor indicado a cada uno de los síntomas; o bien cuando presenta cualquiera de los síntomas señalados con un asterisco, aunque no alcance dicha puntuación.

http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=8&cat=2

ANEXO 3

CRITERIOS DE SOSPECHA DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

1. Cambios persistentes en el funcionamiento psicosocial:

- Deterioro en el trabajo y/o en los estudios
- Aislamiento social
- Pérdida de energía o motivación

2. Cambios conductuales / biológicos:

- Trastornos del sueño
- Alteraciones del apetito

3. Cambios emocionales y otras experiencias subjetivas, tales como:

- Depresión
- Ansiedad
- Tensión
- Irritabilidad
- Ira
- Cambios en estado de ánimo
- Percepción de que las cosas han cambiado
- Sensación de aceleración o enlentecimiento del pensamiento
- Desconfianza y creencias inusuales.

4. Cambios cognitivos:

- Problemas de concentración o memoria

• Si el paciente presenta alguna de las siguientes manifestaciones se consideraría situación de "alto riesgo":

- Sensación de que la gente le está observando.
- Sensación de que oye cosas que los demás no pueden oír.

- Ideas de referencia.
 - Creencias raras.
- Estas situaciones de riesgo serán mayores, se además presenta:
 - Historia de psicosis en familiares de primer grado.
 - Estrés aumentado en los últimos 6 meses.
 - Deterioro funcional.

Definición de Estados mentales de Alto Riesgo (EMAR) y Síntomas Prodrómicos.

Las personas con **Estados Mentales de Alto Riesgo de Psicosis**, son aquellas que **presentan**

- a. **Síntomas psicóticos atenuados (ABS: Atenuated Psychotic Symptoms)**: Síntomas positivos subumbral que no son suficientemente graves o persistentes para cumplir los criterios de primer episodio o trastorno psicótico breve según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Se trata de formas atenuadas de síntomas psicóticos convencionales (menor intensidad, duración y conservando aún la atribución interna del síntoma). Supone la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: Trastornos en el contenido del pensamiento, anomalías perceptivas y/o comunicación desorganizada con una severidad y frecuencia sintomática variable, según qué tipo de síntoma y definida y escalada en la CAARMS, que se han dado en al menos dos ocasiones durante una semana y que han estado presentes a lo largo del último año y no más allá de 5 años.
- b. **Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS: Brief and Limited Intermitent Psychosis)** que no tengan más de una semana de duración y remitan espontáneamente. Presencia transitoria de síntomas psicóticos (trastornos del contenido del pensamiento, anomalías perceptivas o comunicación desorganizada). Cada episodio dura al menos una semana y

los síntomas remiten espontáneamente en cada ocasión. Estos síntomas ocurren a lo largo del último año y no han estado presentes más allá de 5 años.

c. **Factores de riesgo genéticos y de deterioro (Trait and State Risk Factors).**

Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año (disminución de 30 puntos en la escala GAF).

Dado que se trata de una población que clínicamente no corresponde a un diagnóstico claro, los programas definen operativamente estos perfiles utilizando la entrevista de evaluación integral de estados mentales de alto riesgo (CAARMS) (Yung, 2006), o la entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS) (Mc Glashan, 2003). El borrador del DSM-V propone estos estados de riesgo como una categoría en estudio para incluir en el documento final (APA, 2010).

Se emplea el término de Pródromo para referirse a los síntomas precoces que sobresalen del estado habitual del paciente y que preceden a la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad (Young & McGorry, 1996). Estos cambios son experimentados por la mayoría de los pacientes (dos tercios de los pacientes psicóticos presentan síntomas inespecíficos y síntomas negativos entre 5 y 7 años antes de la aparición de la clínica productiva (Hafner, 1995) e incluyen:

- Susplicacia
- Depresión (ideas de suicidio)
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Falta de descanso
- Cambio de apetito
- Sensación de vivencia del yo, de los otros
- Aislamiento social
- Deterioro marcado en el funcionamiento diario (social, personal, académico)

- Comportamiento peculiar
- Deterioro de los hábitos de higiene
- Manifestaciones afectivas impropias de la edad y del entorno cultural. Afecto aplanado, embotado e inapropiado
- Discurso extraño, difícil de entender, deshilachado, vago o metafórico
- Comportamientos extravagantes, no motivados por creencias o modos propios de la edad, país o cultura.
- Ideación bizarra, experiencias perceptivas inusuales
- Marcada falta de iniciativa, energía e intereses.

Referencias:

Early psychosis declaration: An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young people with Early Psychosis. IEPA-OMS, Bertolote & Mc Gorry, 2005.

International Early Psychosis Association Writing Group (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl.48), 120-124,

Guía de Práctica Clínica Sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009) Madrid. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d' Aqvaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM.

Cuaderno Técnico Nº 9. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2009). Madrid.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in Primary and secondary care. Appraisal No. 82. London: National Institute for Clinical Excellence.

ANEXO 4

SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA CIE – 10

(CIE-10; OMS, 1996)

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

ANEXO 5

CRITERIOS PARA DERIVACIÓN A URGENCIAS DESDE AP.

- Riesgo significativo de autoagresión y/o comportamiento suicida.
- Riesgo significativo de heteroagresión a terceros
- Déficit severo de apoyo sociofamiliar en la comunidad
- Ausencia completa de conciencia de enfermedad y rechazo firme a cumplir con el programa terapéuticos comportamiento gravemente desorganizado
- Riesgo vital de cualquier causa

ANEXO 6

INSTRUMENTOS Y PRUEBAS RECOMENDADAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE PSICOSIS

LISTAS DE SÍNTOMAS PARA LA EVALUACIÓN E IDENTIFICACIÓN

- Cuestionario de screening **EDIE** (Early Detection and Intervention Evaluation, French & Morrison, 2004).
- ERlraos (Häfner, 2004)
- Early sing system (Birchwood, 1989)
- Cuestionario **PRIME** de tamizaje para síntomas prodrómicos (Validado y traducido por Fresán, 2007)

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS PARA LA EVALUACIÓN DE ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO (EMAR).

- Entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo (**CAARMS**) (Yung, 2006)
- Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (**SIPS**) (Mc Glashan, 2003)

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS BÁSICOS

A. Evaluación de sintomatología

En líneas generales, se recomienda el empleo de instrumentos validados en español, que cuenten con adecuadas propiedades psicométricas y que sean sensibles al cambio psicopatológico. En este sentido, se recomienda el empleo de:

- **PANSS** Kay SR, Fiszbein A, Vital-Herme M, Silva-Fuentes L. The positive and negative Syndrome Scale-Spanish Adaptation. J Nerv Ment Dis 1990; 178: 510-517. Versión española de Peralta y Cuesta, 1994)
- **Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)** – . Overall J. E. y Gorham D, R. “Brief Psychiatric Scale” Psychological Reports, 10, 1962, pags 799-812.
- **Inventario Psicopatológico de Frankfurt**: dirigido a evaluar la experiencia subjetivo del paciente. (FBF-3) Süllwold, L., & Huber, G. (1986). Schizophrene

basisstörungen. Berlin: Springer Verlag, en versión española de Jimeno, N., Jimeno, A., y Vargas, M. L. (1996). El síndrome psicótico y el inventario de Frankfurt: Conceptos y resultados. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.

- **Instrumento de propensión a la esquizofrenia, versión adulto (SPI-A)**, Schultze-Lutter, et al, 2007). Entrevista para la evaluación de los sutiles trastornos cognitivos percibidos por los pacientes que suelen preceder al desarrollo de una psicosis.
- **SANS**, de Andreasen N.C., Scale for the assessment os negative symptoms (SANS), Iowa, IA, University of Iowa, 1983.
- **SAPS** de Andreasen N.C., Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS), Iowa, IA, University of Iowa, 1984.
- **Escala de Depresión de Calgary (Addington, D.; Addington J; Schissel B, 1990)**
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al, 1961)**
- **Ajuste Premórbido. PAS** (Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of premorbid adjusment in chronic chizophrenia. Schizophr Bull 1982; 8:470-84). Se trata de una escala diseñada para evaluar el nivel de funcionamiento que el individuo ha alcanzado en cada uno de los periodos básicos del desarrollo antes del inicio de la enfermedad. Valora cuatro aspectos: sociabilidad y aislamiento, relación con los compañeros, habilidad para funcionar fuera de la familia nuclear, y facilidad para formar relaciones íntimas.

EVALUACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS BÁSICAS

- Bateria de Consenso **MATRICES** (MCCB). Nuechterlein & Green (2006). Desarrollada por el NIMH para la evaluación cognitiva de la esquizofrenia a través de siete áreas cognitivas básicas.

RESPUESTA A LA PSICOSIS

La forma en la que la persona va a responder al episodio psicótico va a condicionar su proceso de recuperación posterior.

- Escala de Estigma Internalizado (**ISMI**, Ritscher, 2003)
- Cuestionario de Estilo de Recuperación (**RSQ**, Drayton, 1988)
- Cuestionario sobre creencias personales (**PBIQ**, Birchwood, 1993)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

- **Cuestionario Familiar (FQ)** Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. London: Chapman & Hall. Se trata una lista de 59 problemas centrados en el paciente, con una categoría abierta de «otros» para poder incluir dificultades idiosincrásicas. El familiar indica en tres escalas tipo Likert, con un intervalo de cinco puntos, la frecuencia con la que ocurren las conductas, la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten de capaces para enfrentarse con tales dificultades.
- **Cuestionario de Afrontamiento Familiar (C.F.Q.)** Magliano, L., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Morosini, P. L., & Maj, M. (1996). A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Development and factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 224-228. Evalúa las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes esquizofrénicos, mediante una escala de cuatro puntos («siempre», «a menudo», «a veces» o «nunca»).

FUNCIONAMIENTO SOCIAL

- **SFS, Escala de funcionamiento social** de Birchwood. Smith, Cocrane, Wetton y Copestake. "The social functioning scale: the development and validation of a new scale on social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients" *British Journal of Psychiatry*, 157, 1990; 853-859 *Existe una versión de Vázquez Morejón A y Jiménez García-Bóveda R.* "Social functioning scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation" *Psychiatric Research*, 93, 2000; 247-256 *Evalúa las siguientes dimensiones* retiro / implicación social; funcionamiento interpersonal; actividades prosociales; ocio; autonomía / competencia; autonomía / desempeño; empleo.
- **Global Assessment of Functioning Scale (GAF, APA, 1994)**

RIESGOS Y NECESIDADES

- Camberwell Assessment of Needs (**CAN** Phelan et al, 1995)
- Perfil de calidad de vida de Lancashire (**LQOLP**, Oliver, 1991)

ANEXO 7

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LOS DISPOSITIVOS

Hospital de Día

Todo paciente con un primer episodio psicótico:

- mayores de 18 y menores de 60 años
 - ausencia soporte sociofamiliar adecuado
 - persistencia síntomas psicóticos PEP tras 2 intentos de tratamiento con antipsicóticos atípicos y otro con clozapina
- Cuyas necesidades superen la atención ambulatoria especificada.
- Que sea dado de alto de la UHB (*garantizar un periodo de observación y tratamiento intensivo*)
- Que no cumpla criterios de dependencia o consumo activo de sustancias y/o alcohol.

Unidad de Media Estancia

- Diagnóstico confirmado de PEP si la comisión evaluadora lo considera adecuado
- Exclusión: menores de 18 o mayores de 60 años, RM moderado-severo, dx. Principal de abuso/dependencia de sustancias, dx. Principal de TCA, trastornos orgánicos de la personalidad, dx. de demencia, trastornos severos del comportamiento

Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

Todo paciente con un primer episodio psicótico:

- menores de 18 o mayores de 60 años.
- Atendido y derivado de la USM del Área (con el correspondiente informe de derivación)
- Situación psicopatológica estabilizada (no crisis psicótica)
- Incapacidad resultante del primer episodio psicótico o de la evolución del mismo, en al menos alguna de las siguientes áreas:
- Desempleo o limitaciones para acceder al mercado laboral.

- Incapacidad para mantener o establecer un sistema de apoyo.
- Falta de autonomía en el manejo de recursos sociales comunitarios.
- Persistencia de síntomas negativos que interfieren significativamente con su integración.
- Las discapacidades persisten durante un período anterior de 6 meses.
- Ausencia de conductas auto o hetero - agresivas
- Siempre y cuando se cumplan los criterios anteriores, también podrán acudir aquellas personas con un diagnóstico secundario relacionado con consumo de sustancias (F10-F19) si se cumplen los siguientes criterios: 1) en caso de dependencia se habrá realizado tratamiento previo de desintoxicación; 2) en caso de abusos graves de sustancias estar recibiendo tratamiento especializado.

Unidad de Conductas Adictivas

- Que cumplan criterios de dependencia y/o abuso de sustancias y/o alcohol.
- Que esté psicopatológicamente estabilizado.
- Que esté en tratamiento en régimen ambulatorio.
- Que el paciente firme el contrato terapéutico.

Unidad de Hospitalización Breve

- Riesgo significativo de autoagresión y/o comportamiento suicida.
- Riesgo significativo de heteroagresión a terceros
- Déficit severo de apoyo sociofamiliar en la comunidad
- Ausencia completa de conciencia de enfermedad y rechazo firme a cumplir con el programa terapéuticosComportamiento gravemente desorganizado
- **Riesgo vital de cualquier causa**

ANEXO 8

FUNCIONES DEL FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PROCESO (FRP)

- Será el encargado de coordinar y supervisar el conjunto de todas las acciones que conforman el proceso y el paso del paciente por todos los dispositivos de la red asistencial
- La coordinación la podrá realizar de los siguientes modos:
 - Por sí mismo de forma directa.
 - Apoyándose en la figura del gestor del caso en los casos en los que exista.
 - Interaccionando directamente con los coordinadores de los dispositivos en los que esté derivado el paciente en cada momento y los Facultativos Responsables de Dispositivo (FRD) a cargo directo del paciente.
- Relacionándose por sí mismo o a través de otros profesionales, como el GC, Enfermería o Trabajo Social con otras redes que tuvieran que ver con el tratamiento integral del paciente, como AP, Servicios Sociales, Educativos, etc.
- Entre sus funciones están:
 - Confirmar el diagnóstico de sospecha, validando la entrada del paciente en el proceso.
 - Proponer las áreas y profesionales que deben realizar las evaluaciones en profundidad del paciente cuando proceda.
 - Recoger las evaluaciones y propuestas de intervención, para su integración y presentación a la CIP.
 - Cuidar de que las distintas acciones definidas en el Pitr de cada paciente se van cumpliendo.
 - Participar en la toma de decisiones que supongan una alteración importante del Pitr del paciente en cada dispositivo.
 - Elaborar junto con el GC, cuando lo haya, la información pertinente para la reevaluación del caso.
 - Tras la confirmación del diagnóstico de sospecha y antes de la primera reunión de la CIP, activar por sí mismo o a través de otros profesionales y dispositivos, todas aquellas acciones terapéuticas y asistenciales, que el paciente necesite hasta que se elabore su Pitr.
 - Cumplimentar los formularios correspondientes de la AIP y entre ellos el de "Seguimiento del FRP" a lo largo de todo el tiempo en el que el paciente esté en el proceso

- Para realizar estas funciones, cada Área de Salud Mental deberá disponer de aquellos mecanismos de intercomunicación entre profesionales y dispositivos, que permitan al FRP efectuar estas funciones.

ANEXO 9

COMISIÓN INTERDISCIPLINAR DEL PROCESO IPEP (CIP).

- Estará coordinada por el Coordinador de Salud Mental del Área, quien tendrá voto de calidad en caso de empate en la toma de decisiones y quien será además el encargado de realizar las convocatorias.
- La Comisión Interdisciplinaria del Proceso IPPEP, está constituida por el equipo interdisciplinario de la USM/USMIJ, constituido al efecto de actuar sobre este proceso en las siguientes tareas:
 - Analizar todos los casos de PEP (evaluaciones y propuestas de intervención previas para conformar su Pitr).
 - Reevaluar los casos en la fecha que proceda.
- Estará constituida por miembros estables de la USM/USMIJ, estando presentes al menos: un Psiquiatra, un Psicólogo Clínico, una Enfermera y un Trabajador Social.
- Además, estarán presentes los FRP y GC correspondientes a cada caso analizado.
- En las reevaluaciones podrán estar también presentes, a propuesta del FRP, facultativos y técnicos de los dispositivos en los que haya estado derivado el paciente en el desarrollo de su Pitr.
- Esta comisión tendrá dos cometidos esenciales:
 - Estudio de casos.
 - Análisis del funcionamiento del proceso
- **Estudio de casos**
 - El objetivo de las sesiones será analizar cada caso, tomando como referencia toda la información previa disponible, para elaborar el Pitr, así como su reevaluación pasado el tiempo fijado para ello.
 - La comisión se reunirá con la periodicidad que demanden los casos a estudiar y de acuerdo a los tiempos mínimos que figuran en el proceso.
 - Cuando un caso lo requiera, podrá ser enviado a la Comisión de Patología Mental Grave del área.
- **Análisis del funcionamiento del proceso:**
 - Su objetivo será estudiar si el proceso está cumpliendo con sus fines y proponer medidas de perfeccionamiento y mejora.
 - Para este caso la comisión estará formada por sus miembros estables.
 - Se recomienda que se reúna una vez cada 6 meses.

- Existirán dos modelos de gestión de los casos.
 - PERSONAL
 - CONTROL GENERAL

• **PERSONAL:**

- La gestión la realiza un profesional concreto al cual se le adscribe pacientes determinados.
- Los profesionales que realicen estas funciones pertenecerán preferentemente a la USM / USMIJ, aunque en función de las cargas de trabajo y otras circunstancias, las podrán desempeñar otros profesionales de cualquier dispositivo del área, con independencia de la administración a la que pertenezcan.
- Los profesionales tipo para desempeñar la gestión son
 - ★ 1º Enfermeras.
 - ★ 2º Trabajadores/as Sociales.
 - ★ 3º Terapeutas Ocupacionales.
 - ★ Se podrá también contar con el concurso de otras categorías, como facultativos y auxiliares de enfermería, cuando las circunstancias lo aconsejen.
- La intensidad y tareas concretas a desempeñar por los gestores dependerán de las exigencias de cada caso, aunque de forma orientativa, se propone organizar las cargas de trabajo y los ratios correspondientes, de acuerdo a los siguientes niveles:

Nivel 1 (mínimo):

- Intervenciones realizadas desde el dispositivo base del gestor.
- Sobre pacientes se realizarán preferentemente por teléfono o mensajes texto.
- Sobre profesionales se realizarán preferentemente por teléfono, correo electrónico y sobre todo a través de la AIP.
- El objetivo de la interacción será
 - ★ Comprobar el estado del paciente interconsultas.
 - ★ Comprobar evolución y estado general en la estancia en los dispositivos en los que esté derivado.
 - ★ Verificar el cumplimiento del PITR.
 - ★ Verificar la continuidad asistencial entre dispositivos.

Nivel 2 (medio)

- A las anteriores se unirán:
 - ★ Visitas al paciente (al domicilio o al dispositivo)
 - ★ Acompañamiento comunitario en determinadas ocasiones
 - ★ Interconsultas presenciales con los profesionales.

Nivel 3 (máximo)

- A las anteriores se unirán:
 - ★ interacción cercana y frecuente con el paciente y su entorno, con acompañamiento comunitario siempre que lo necesite.

- En todos los casos, se tomarán las medidas correspondientes que garanticen el adecuado intercambio de información entre el GC y el FRP.

- Además de estas tareas el GC personalizado, asistirá al FRP en todas las funciones reservadas para este.

El cometido de su trabajo, además de anotar en la historia clínica / social del paciente, lo reflejará en el formulario "Seguimiento del GC" de la AIP.

- Las gestiones con los profesionales, dispositivos, pacientes y familias, las realizará a través de:

- Visitas domiciliarias, comunitarias o a los dispositivos.
- Teléfono, mensajes de texto, correo electrónico.
- Para las interacciones con los profesionales y dispositivos presentes en el proceso, se recomienda utilizar la utilidad de mensajería de la AIP, por las ventajas que supone de control, registro y seguimiento de la interacción.

• CONTROL GENERAL:

- Consistirá en un sistema de alarmas y agenda, que señalice cuando se debe realizar una acción determinada sobre un paciente o profesional.
- El sistema estará radicado en la USM / USMIJ.
- Cada USM / USMIJ dispondrá del procedimiento que considere oportuno, para asignar el control del sistema al personal correspondiente, no siendo necesario que lo realice un profesional concreto.
- La información resultante será hecha llegar al FRP de cada caso.
- Cada USM / USMIJ organizará este tipo de gestión del caso, con medios escritos o informáticos propios, hasta que se produzca la informatización general del proceso

ANEXO 11

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DOMICILIARIO DE LA VINCULACIÓN ASISTENCIAL Y TERAPÉUTICA

- Los objetivos de este programa son:
 - Mantenimiento de la adherencia terapéutica de los pacientes al tratamiento, especialmente al farmacológico.
 - Evitar los abandonos.
 - Detectar alteraciones que pudieran afectar al nivel de relación satisfactoria del paciente con el dispositivo y profesionales que le atienden.
- El programa, graduado en diferentes niveles de intensidad, se aplicará a todos los pacientes que no estén siendo tratados con hospitalización total, aplicándose también en aquellos casos en los que los pacientes hospitalizados estén transitoriamente en su domicilio (altas a prueba, vacaciones, permisos, etc.).
- Las actividades de control y seguimiento a realizar podrán ser de los siguientes tipos:
 - Control telefónico.
 - Mensajes telefónicos (citas y medicación).
 - Correo electrónico.
 - Visita domiciliaria.
- A indicación de FRP o del FRD podrán ser realizados por los siguientes dispositivos:
 - Dispositivo de SM al que está asignado el paciente o en cualquier otro por motivos funcionales o de cercanía.
 - Centro de Salud al que corresponda al paciente.
- Los destinatarios serán tanto el paciente como sus familias, cuidadores principales, allegados o los agentes comunitarios más cercanos.
- El contenido de las intervenciones podrá consistir en la aplicación de alguna de las siguientes acciones:
 - Averiguar si el paciente está cumpliendo las pautas terapéuticas referidas a las tomas de medicación, así como a los posibles problemas que ello pudiera ocasionar (efectos secundarios, interacciones, etc.).
 - Obtener información sobre el cumplimiento de otras pautas terapéuticas y el enfrentamiento a las diferentes situaciones difíciles que se pudiera encontrar en su vida cotidiana.
 - Proporcionar apoyo, orientación y consejo.
 - Detectar el grado de satisfacción que el paciente mantiene con el tratamiento y el dispositivo que le atiende, cara a prevenir posibles abandonos.

- En el caso de que un paciente haya abandonado el tratamiento, no acuda a la consulta programada o no vuelva al dispositivo en el que se encontraba hospitalizado, se pondrán en marcha actividades específicas, especialmente domiciliarias y recabando el apoyo si fuera necesario de su Centro de Salud, de Servicios Sociales y otros agentes sociales y comunitarios, para conseguir que retome el tratamiento.
- Los casos en los que aún aplicando medidas especiales, no se consiga que el paciente retome la relación asistencial, serán objeto de seguimiento telefónico desde la USM / USMIJ, así como de conocimiento de su MF en orden mantener la presión sobre el paciente y activar si procede las medidas correspondientes de ingreso urgente o involuntario.
- La intensidad y calidad de estas intervenciones (frecuencia, tipo, contenidos) será establecida por FRP / FRD del paciente en cada dispositivo, en función de las características de cada paciente y de su momento asistencial.
- Las actividades podrán ser realizadas tanto por personal sanitario (facultativos, diplomados sanitarios), como personal de SM no sanitarios en función de las características de la intervención.
- Preferentemente se utilizarán referentes estables para su realización, aunque los seguimientos de baja intensidad podrán ser realizados por profesionales distintos.
- Todas las intervenciones serán objeto de anotación en la historia clínica del paciente y de intercomunicación entre AP / SM a través de la AIP, en aquellos casos en los que proceda, con independencia de la cumplimentación en la aplicación de los aspectos procesuales que correspondan.

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN.

- AP programará un mínimo de 5 horas (10 horas el primer año) de formación anual sobre el abordaje de las patologías objeto del proceso.
- Dicha información irá encaminada tanto a la actualización de contenidos teóricos, como a la adquisición de las habilidades y actitudes terapéuticas adecuadas para tratar a este tipo de enfermos.
- Al margen de dicha formación, las áreas de SM, dentro del marco de interacción al que se hace referencia en el punto siguiente, desarrollarán una línea de formación continuada con el personal de AP sobre la materia.
- Se recomienda además, la programación de formación en abordajes grupales, especialmente por parte del personal de enfermería.

INTERCAMBIO Y ASESORAMIENTO CON SALUD MENTAL

- Las USM / USMIJ, conjuntamente con AP, implantarán un sistema de interacción con los Centros de Salud, que contendrá actividades como las siguientes:
 - Estudio y análisis conjunto de de casos.
 - Sesiones de formación continuada.
- Dichas actividades se realizarán mediante desplazamiento de los profesionales de SM a los Centros de Salud en la forma que se determine en cada área, aunque al menos se programará una reunión específica sobre este proceso cada dos meses. Las reuniones presenciales podrán ser alternadas con otras realizadas mediante videoconferencia en aquellos centros que dispongan de la infraestructura correspondiente.
- Igualmente, se acordará un sistema de acceso telefónico a la USM / USMIJ, para que los profesionales de AP puedan consultar los casos con los facultativos de SM.

• De acuerdo a la estructura de los PAISM, son dos los tipos de informaciones que circulan por los procesos:

A) Información esencialmente clínica

B) Información de tipo procesual

• **La información clínica** clásica seguirá depositada en la historia clínica, debiéndose trasladar a la aplicación del proceso solo aquella información que estrictamente sea necesaria para la comprensión del momento procesual del paciente.

• **La información procesual** se refiere a los momentos clave del proceso asistencial y a la interacción entre los distintos profesionales y dispositivos por lo que va transitando el paciente a lo largo del proceso. Dicho de otra manera, es aquella que por su naturaleza tiene que ser compartida por varios profesionales o dispositivos y aquella que permita el seguimiento del paciente a lo largo del proceso.

• Los momentos claves, que además se corresponden con algunas de las características de calidad más importantes del proceso son:

- Detección y captación.
- Confirmación de la pertinencia de que un paciente sea dado de alta en un proceso (entrada).
- Propuesta interdisciplinaria del Pitr.
- Ejecución del Pitr.
- Seguimiento.
- Reevaluación
- Intercomunicación con las familias¹ y AP realizado en toda la red.

• La aplicación informática de los procesos está diseñada para contener la información más relevante de dichos momentos claves, así como la interacción entre todos los profesionales y dispositivos que intervienen en el proceso asistencial de los pacientes.

• Se estima por lo tanto, que el uso de la aplicación será relativamente limitado, más intenso en los primeros momentos de detección, evaluación y propuesta de intervención del paciente y posteriormente en los momentos más relevantes de la ejecución y seguimiento de cada caso.

¹ La manera en como la aplicación recogerá la intercomunicación con las familias no está todavía definida.

- Como se decía anteriormente, el acceso a la aplicación estará gobernado por una política de permisos, que graduará el tipo de información a la que pueden acceder los usuarios de la aplicación (los profesionales).
- Las anotaciones que se hagan en la AIP no debe ser un duplicado de la información contenida en la historia clínica.
- Debe reflejar la información relevante, de los diferentes momentos claves de la transición del paciente a lo largo del proceso.
- Toda la información clínica se seguirá reflejando en la historia clínica del dispositivo donde esté el paciente en cada momento.
- La documentación técnica (analíticas, escalas, pruebas, etc.) se archivarán según el procedimiento habitual (papel o soporte informático, según disponibilidad) y; en ningún caso se incorporarán a la documentación individual del proceso.

ANEXO 14

BASES DE DATOS

- Existirán dos bases de datos independientes:
 - La correspondiente al subproceso en AP.
 - La correspondiente al proceso general en la Red de SM.
- Ala hora de su creación se tendrá en cuenta su compatibilidad al efecto de que se permita su explotación conjunta.

BASE DE DATOS EN LA RED DE SM

- Hasta que se disponga de la informatización del proceso, la base de datos se hará en cada USM / USMIJ, según procedimientos propios.
- No obstante, esta deberá ser estructurada de acuerdo a criterios comunes en todas las USM / USMIJ.
- La información mínima que deberá contener será la siguiente:
 - Filiación civil del paciente.
 - Filiación sanitaria
 - Filiación social
 - Filiación judicial.
- Se registrarán todos los pacientes que resulten con confirmación del diagnóstico de sospecha y que por lo tanto entran en el proceso IPEP por esta vía.
- También se contabilizarán los pacientes en los que no se confirme el diagnóstico de sospecha, al efecto de generar datos que permitan ajustar el sistema de detección.
- Se darán de baja los pacientes que reciban el alta por parte de la CMP y que se deriven a otros programas de SM o de AP.

ANEXO 15

INFORME DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- Este informe será complementario del informe de alta y él figurará:
 - Una descripción de todas las tareas terapéuticas y asistenciales aplicadas al paciente.
 - Recomendaciones sobre las actuaciones futuras a desarrollar en cada una de las áreas tratadas.
- El informe contendrá apartados específicos, para cada uno de los facultativos y técnicos que han intervenido con el paciente.

Las principales Guías de referencia de atención temprana a la psicosis se encuentran disponibles en la web del Programa de Prevención de la Psicosis de Torrelavega (P-3) <http://www.p3-info.es> o en la Web de la International Early Psychosis Association (IEPA) <http://www.iepa.org.au/>.

Guías para la población en general

- Folleto informativo (information Sheet, Spanish version). EPPIC. State Government Victoria. Australia.
- Guidance for Community agencies: Recognising those at risk of psychosis. Collaboration between CSIP North West and CSIP West Midlands. National Institute for Mental Health in England. NHS, 2008. www.earlydetection.csip.org.uk
- Psychosis First Aid Guidelines. Orygen Youth Health Research Centre. Department of Psychiatry the university of Melbourne. Australia, 2008. www.mhfa.com.au
- What can communities do?. A community action guide to early psychosis intervention strategies. Canadian Mental Health Association. 2005
- Identification and treatment of psychosis: what referents need to know. Early Assessment and Support Team (EAST), 2005
- Developing a stigma reduction initiative. U.S. Department of Health and Human Services, 2006
- The sooner the better: get help early for psychosis. Nova Scotia Early Psychosis Program, 2004.
- Getting in early: A framework for early intervention and prevention in mental health for young people in New South Wales. NSW Health Department, Australia, 2001.

Guías para profesionales de Atención Primaria

- Guía de Intervención temprana en psicosis para atención primaria. Programa de Prevención de la Psicosis de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud.
- Psicosis. Guía de Primeros auxilios. The NHFA training & Research Program Orygen Youth Health Research centre. Department of Psychiatry. University of Melbourne. 2008 (Traducción al español)
- The early diagnosis and management of psychosis. A booklet for general Practitioners. ORYGEN Youth Health. Australia 2002.

- Early psychosis: A guide for physicians. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2000.
- Early Psychosis: A guide for mental Health clinicians. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canadá, 2000
- Early Identification of psychosis: a primer. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canadá
- Primary care guidelines for common mental illness. Telfor & Wrekin, 2006.
- Schizophrenia: Key facts form the Royal College of Psychiatrists

Guías para familiares y pacientes

- ¡En marcha de Nuevo! Guía para entender y recuperarse de la psicosis. The Birmingham Early Intervention Service.
- A Sibling's Guide to Psychosis. Information, Ideas and Resources. Canadian Mental Health Association, 2005.
- Early psychosis. What families and friends need to know. British Columbia Schizophrenia Society, 2001.
- Client information: What you need to Know. Collaboration between CSIP North West and CSIP West Midlands. National Institute for Mental Health in England. NHS, 2008. www.earlydetection.csip.org.uk
- ¿Qué es la psicosis? Hoja informativa N° 1. 2000, EPPIC. www.eppic.org.au
- La recuperación después de sufrir una psicosis. Hoja informativa N° 2. 2000, EPPIC. www.eppic.org.au
- La importancia de solicitar ayuda cuanto antes. Hoja informativa N° 3. 2000, EPPIC. www.eppic.org.au
- ¿Cómo se puede ayudar a una persona afectada de psicosis?. Hoja informativa N° 4. 2000, EPPIC. www.eppic.org.au
- Coping. When someone in your family has psychosis. Early Psychosis Intervention Program (EPIProgram). British Columbia, Canada, 2003.

Guías para profesionales de salud mental

- Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.

- Schizophrenia: The NICE Guideline on Core Intervention in treatment and management of schizophrenia in adults in Primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence. London, 2009.
- Familia y enfermedad mental: su contribución para la recuperación clínica. Lemos, S; Vallina, O; Fernández, P. Universidad de Oviedo y Servicio Cántabro de Salud.
- Clinical Practice Guidelines: Treatment of Schizophrenia. Canadian Psychiatric Association.
- Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998
- Report on early detection & intervention for Young people at risk on psychosis. Collaboration between CSIP North West and CSIP West Midlands. National Institute for Mental Health in England. NHS, 2008
- Mental Health policy implementation guide: adult acute inpatient care provision. Department of health publications. London, 2002.
- Model projects for early intervention in mental health of Young people: Reorientation of services. Commonwealth of Australia, 2000.
- Early Intervention in psychosis initiatives. Wakefield and Pontefract Service, 2004
- A guide to Canadian early psychosis initiatives. Canadian Mental Health Association. 2001
- Early intervention for people with psychosis. National Institute for Mental Health in England, 2003.
- Early psychosis: A care guide. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canadá, 2002
- Early Psychosis: A care guide summary. Mental Health evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2002.
- Evaluation of Early Intervention for Psychosis Services in New Zealand: What works? Health Research Council of New Zealand, 2002
- Prevention and early intervention program for psychosis: screening & assessment. PEPP, Ontario. Canadá
- Prevention and Early intervention program for psychosis: Treatment PEPP, Ontario. Canada

- Harry, L; Edwards, J; Jackson, H; Hulbert, C.; McGorry, P. Cognitively Oriented Psychotherapy for first episode of psychosis (COPE). A practitioner's manual Orygen Youth Health. EPPIC, 2002.

ANEXO 17

PROGRAMA DE SALUD FISICA

Pendiente de elaborar el programa de atención a la salud física para cada uno de los dispositivos implicados.