

Gestión de Casos en Salud Mental

Castilla-La Mancha



GCSM-CLM
14 AGOSTO DE 2013



Dirección Regional de Salud Mental
Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

Redacción

José Antonio López Cócera

M^a Luz Fernández Marín

Revisión

Víctor M. Devolx Neyra

Jaime Domper Tornil

Colaboración

Grupo Regional de Trabajo de Gestores de Caso

Grupo Regional de Trabajo de Enfermería

Grupo Regional de Trabajo de Terapeutas Ocupacionales

Grupo Regional de Trabajo de Trabajadores Sociales

Maquetación

Trinidad Martínez Martínez

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Justificación
- 1.2. Evidencia científica
- 1.3. Visión
- 1.4. Misión
- 1.5. Valores

2. DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS

3. GESTION DE CASOS GENERAL (GCG)

- 3.1. Definición
- 3.2. Criterios de aplicación
- 3.3. Criterios de finalización

4. GESTIÓN DE CASOS PERSONAL (GCP)

- 4.1. Definición
- 4.2. Profesionales
- 4.3. Criterios de aplicación de la GCP
 - 1. Criterios de diagnóstico
 - 2. Criterios de utilización de Servicios socio - sanitarios
 - 3. Criterios funcionales
 - 4. Criterios de vinculación al tratamiento
- 4.4. Niveles de Atención
 - Nivel 1 de atención del GCP: Supervisión
 - Nivel 2 de atención del GCP: Asesoramiento-Ayuda
 - Nivel 3 de atención del GCP: Acompañamiento y ayuda intensiva
- 4.5. Criterios de finalización de la GCP
- 4.6. Ratios de atención en los niveles de GCP

- 4.7. Actividades de la GCP
 - a) Líneas de trabajo
 - b) Herramientas del Plan de acción
 - c) Estrategias de trabajo
- 4.8. Plan de actuación de la GCP
- 4.9. Medios humanos, materiales, funcionales y administrativos
- 4.10. Diagrama de flujo de la GCP
- 4.11. Indicadores de la GCP

5. BIBLIOGRAFÍA

6. ANEXOS

1- Escala de evaluación de actividad global (EEAG)

2- Escala de perfil sociodemográfico

3- Escala de discapacidad de la OMS (WHO - DAS)

4- Registro de la GCP

5- Plan de continuidad de cuidados

6- Plan de gestión de riesgos

7- Inventario de actitud hacia la medicación DAI 10

8- Consentimiento informado de inclusión en el proceso de Gestión de Casos

9- Formulario de aplicación informática del PAISM

Abreviaturas

AP: Atención Primaria

AVD; Actividades de la Vida Diaria

CIE – 10: Décima revisión de la clasificación internacional de trastornos mentales y del comportamiento de la OMS

CLM: Castilla La Mancha

CRPSL: Centro de rehabilitación Psicosocial y Laboral

CSMA: Coordinador de Salud Mental de Área

DAI 10: Inventario de actitudes hacia la medicación

DRSM: Dirección Regional de Salud Mental del SESCAM

EEAG. Escala de evaluación de actividad global

EPS: Educación para la salud

FRP: Facultativo Responsable del PAISM

FRD: Facultativo Responsable del Dispositivo

GC: Gestión de Casos / Gestor de Casos

GCG: Gestión de Casos General

GCP: Gestión de Casos Personal / Gestor de Casos Personal

HD: Hospital de Día

IPPEP: PAISM Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos

OTL: Ocio y tiempo libre

PAISM: Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de CLM

PEP: Primer Episodio Psicótico

PMG: Patología Mental Grave

PITR: Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación

SM: Salud Mental

SS: Servicios Sociales

TAC: Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.

TMG: Trastorno Mental Grave

UHB: Unidad de Hospitalización Breve

UME: Unidad de Media Estancia

USM: *Unidad de Salud Mental*

USMIJ : *Unidad de Salud Menta Infanto Juvenil*

WHO-DAS: *Escala de discapacidad funcional de la OMS*

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

En los últimos años en Castilla La Mancha la atención en Salud Mental ha experimentado un notable crecimiento, en base a la ampliación de los recursos de atención y el aumento de profesionales, lo que debe permitir desarrollar programas de atención comunitaria de los que se puedan beneficiar grupos de pacientes graves y complejos, siendo uno de estos programas la "Gestion de Casos".

Cuando hablamos de **SALUD MENTAL COMUNITARIA** es frecuente caer en el error de pensar que es una especialidad de la propia salud mental o una parte reducida de ésta relacionada con las actividades que se desarrollan en la Unidad de Salud Mental o en los recursos de rehabilitación comunitarios, lo cual está bastante lejos de la realidad, pues la salud mental comunitaria esta entroncada en los cuidados ligados al entorno de la persona, en su espacio físico o grupo social dentro del que vive, crece, se relaciona, estudia y trabaja, desde cualquier dispositivo asistencial.

Así, el concepto de salud mental comunitaria ha de ser entendido bajo el **PARADIGMA DE RECUPERACIÓN Y DEL EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES**, manifestado por promover que el usuario sea el protagonista de su proyecto de vida.

La perspectiva del concepto de Salud Mental Comunitaria y de los paradigmas anteriormente citados no implica solamente a la USM, sino a todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, desde donde se deben ejercer acciones que persigan el mantenimiento del paciente en su entorno, su implicación en su propia recuperación y una atención individualizada e integral.

Por ello, la atención a la salud mental debe estar por encima de la naturaleza del servicio en que se preste y debe plantearse como una filosofía asistencial que entiende

que los esfuerzos de los servicios asistenciales están dirigidos al ciudadano con todas sus contingencias.

En base a esta filosofía, se han elaborado los Procesos Asistenciales Integrados de Trastorno Mental Grave (TMG) ⁴ e Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos (IPPEP) ⁵, que encuadran la totalidad de intervenciones necesarias para poder hablar de una prestación sanitaria comunitaria integral. Una de las figuras clave en estos procesos es también el Gestor de Casos encargado de dar continuidad en los cuidados a las personas con Trastornos Mentales Graves o con Primeros Episodios Psicóticos.

Si bien en diversos documentos y planes de Salud Mental figuran referencias a la gestión de casos, no existe un desarrollo concreto de esta figura, de sus funciones y de su lugar en la red asistencial. Por ello se ha visto la necesidad de crear este documento de referencia en Castilla La Mancha, que sirva de marco inicial para su desarrollo dado su carácter novedoso en la región. No obstante, el documento está abierto a las modificaciones y ajustes que resulten de la puesta en práctica de esta herramienta asistencial, especialmente con respecto a las orientaciones sobre cargas de trabajo y tiempos, sobre los que habrá que tener una postura lo más ambiciosa posible.

Inicialmente su implantación está pensada para ser aplicada en el desarrollo de los PAISMs ^{4, 5} activos, en donde la GC ocupa un lugar principal en el desarrollo de los Planes Individuales de Tratamiento y Rehabilitación de los pacientes más graves. Además, podrá ser también aplicado al resto de Patologías Mentales Graves (PMG), en aquellos pacientes cuya complejidad asistencial y condiciones particulares se adecúen a las condiciones que se describen en este documento.

Teniendo en cuenta que la situación actual dificulta el incremento de recursos materiales y humanos necesarios para poner en marcha este sistema, la intención es que suponga un punto de inflexión en la manera en como se gestiona hasta ahora la atención a los pacientes más graves. Como se verá a lo largo del documento, **la gestión de casos es concebida con una metodología y estructura que supera ampliamente los contactos coyunturales o puntuales con los pacientes, que en algunos casos recibían la denominación de “gestión de casos”**. Precisamente para diferenciar dichos contactos, que lógicamente seguirán produciéndose, la gestión de casos

adopta una estructura que da cuenta de un tipo de relación con los pacientes no solo más larga sino más compleja, en la que, entre otros objetivos, se persigue el establecimiento de un vínculo estable entre el paciente y el sistema asistencial a través de la intermediación del GC.

1.2 Evidencia Científica

Los orígenes la GC datan de un sistema de gestión de necesidades de pacientes basado en acciones administrativas (**brokerage case management**) que consiste en poner en contacto al paciente con los servicios requeridos y coordinar los distintos proveedores que pueden canalizar las necesidades del paciente.

Los sistemas de GC han evolucionado en distintas vertientes, como el número, cualidad y diversidad de los profesionales que participan, la filosofía de trabajo que emplean los profesionales o equipo implicado y la intensidad de las acciones de coordinación y de provisión de servicios.

A lo largo del tiempo el modelo de GC sobre todo en salud mental se ha inclinado hacia una gestión más próxima a la provisión de ciertos servicios por parte del GC, que LAMB y col, en 1980 ¹⁴ denominan "**clinical case management**" donde el GC es proveedor y coordinador de servicios.

La GC, el TAC (STEIN y TEST, 1980) ^{26, 27} y equipos de continuidad de cuidados son modelos de aproximación al paciente, de estructuración y gestión de los recursos que éste precisa. Se diferencian fundamentalmente en que en la GC realiza su función un profesional: el gestor de casos; mientras que en el TAC y los **equipos de continuidad de cuidados** la realiza un equipo específico.

Desde la perspectiva filosófica, podemos destacar los modelos de GC de **Strengths** (modelo de competencias), caracterizado por un tipo de asistencia que se focaliza más en las capacidades individuales que en la enfermedad del paciente, muy similar al anterior es el **modelo de rehabilitación**, que pone mayor énfasis en proveer los cuidados partiendo de los deseos y objetivos expresados por cada paciente, más que en los objetivos definidos por el sistema sanitario.

Los modelos de GC también podemos agruparlos en los distintos niveles de intensidad que contienen en sus acciones, como los convencionales "**clinical case management**" y **algunos equipos de continuidad de cuidados** (con una atención generalmente desde las 8.00 horas hasta las 15.00 horas de lunes a viernes con ratios de personal paciente entre 1/20 y 1/50) y **los modelos de Gestión intensiva de casos con un profesional o los TAC** (donde es necesaria una razón baja pacientes/profesionales entre 1/10 y 1/15)

Los programas de Gestión de Casos están avalados por sustancial evidencia científica, recogida en la guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en TMG del Sistema Nacional de Salud (2009) ⁹ y tienen la recomendación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2011-2013 ⁷.

En la siguiente tabla se puede observar un resumen de la evidencia científica que avala la GC en sus distintos modelos o versiones.

INDICACIONES DE LA GESTION DE CASOS.	NIVEL DE EVIDENCIA CIENTIFICA Y RECOMENDACIÓN Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
Los pacientes con TMG con alto riesgo, con historia de reingresos hospitalarios, difícil vinculación a los servicios habituales o sin techo.	A
Pacientes con TMG con frecuentes recaídas que requieren hospitalización	C
Pacientes con TMG con vistas a incrementar la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico.	A
Pacientes con esquizofrenia de inicio precoz	C
En pacientes con trastorno mental grave cuando éstos hacen uso de los servicios hospitalarios con la finalidad de reducir este consumo.	A
Pacientes con Esquizofrenia hiper-frecuentadores de servicios sanitarios.	B

1.3 Visión

La gestión de casos, **se enmarca fundamentalmente dentro de la visión que tienen los PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DE SALUD MENTAL DE CASTILLA LA MANCHA**, es decir, servir de herramienta para conseguir una **asistencia integrada e integral de máxima calidad** para los pacientes con trastornos mentales más graves. En el caso concreto de la GC, dicho principio se debe conseguir mediante la consecución de la **mejor COORDINACIÓN posible de los recursos disponibles y con la COLABORACIÓN DEL PACIENTE**, asegurando que la amplia realidad psicopatológica y vital del paciente (su **“RECUPERACIÓN VITAL”**) sea abordada de manera **global**. Desde este punto de vista la GC es uno de los componentes más importantes que los PAISM incorporan para conseguir sus objetivos.

1.4 Misión

La **GESTION DE CASOS** tiene por misión proporcionar una asistencia cercana y coordinada, que garantice **LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA TANTO A LOS PACIENTES COMO A SUS FAMILIAS** que requieran de una alta coordinación de los recursos socio-sanitarios, asegurando en todo momento **LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL**.

1.5 Valores

Los valores de este proceso vienen dados por la propia organización de los servicios socio-sanitarios y las actitudes de los profesionales implicados, teniendo como metas mantener unos niveles óptimos de **COORDINACIÓN, COMUNICACIÓN, INTERDISCIPLINARIDAD Y CONSENSO** así como la exigencia de mantener el **RESPECTO, CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD** de la persona como ciudadano de pleno derecho.

La GC hace girar toda su filosofía asistencial alrededor de las **NECESIDADES Y PECULIARIDADES DEL PACIENTE**, que constantemente es considerado como en centro de toda la actividad.

2. DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS

La Gestión de Casos en Salud Mental es un proceso **ORGANIZATIVO-ASISTENCIAL** encaminado a valorar, planificar, ejecutar, monitorizar y evaluar un programa de atención a las necesidades de personas con Trastornos Mentales Graves y Trastornos Psicóticos Precoces (y en general a la Patología Mental Grave), favoreciendo la **COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS** necesarios para garantizar una **CONTINUIDAD DE CUIDADOS** eficaz y una atención **HOLÍSTICA** de calidad, encuadrando todo ello en los paradigmas de **RECUPERACIÓN VITAL Y EMPODERAMIENTO** de los pacientes.

La Gestión de Casos es un proceso que persigue que la atención a la persona sea completa y globalizada, con el fin de que esta se mantenga en su entorno comunitario con una calidad de vida óptima, implicando a la red de Salud Mental sociosanitaria, a la comunidad, a la familia y al propio paciente en su proceso de recuperación.

De una manera más operativa entendemos la GC, como una línea de acción realizada por determinados profesionales sobre un paciente, en orden a garantizar la continuidad asistencial de todos los servicios sociosanitarios, que tienen que ver con la problemática del paciente, así como activar su propia responsabilidad en su proceso de recuperación y todo ello en el marco de su Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación.

La GC de CLM contempla dos sistemas de gestión de casos: **GENERAL y PERSONAL**.

3. GESTIÓN DE CASOS GENERAL (GCG)

3.1. Definición

Es una forma de gestión de necesidades de pacientes con TMG, PEP o PMG, que consiste en un sistema de alarmas y agenda, que en general debe servir para las siguientes funciones:

- a) Que el Facultativo Responsable del PAISM esté al tanto de la marcha del PIR de un paciente, mediante contacto directo con los responsables de su ejecución.
- b) Indicar cuando se debe realizar una atención determinada con un paciente.
- c) Señalizar cuando es necesario realizar una coordinación con un profesional o dispositivo, generalmente de carácter periódico.

Este sistema se aplicará desde la USM / USMIJ fundamentalmente, ya que esa es la ubicación normal del FRP, referente de todas las acciones que se realicen sobre el paciente.

Cada USM / USMIJ tendrá su propio sistema para asignar el control sobre la atención a los pacientes, **no siendo necesario que lo realice un profesional en concreto** (principal diferencia con la gestión de casos personalizada). En todos los casos, se garantizará que la información gestionada se hace llegar a su FRP.

Ejemplos de este sistema puede ser un listado de pacientes a los que se llama cada 15 días para ver como va la toma de medicación o para ver si está acudiendo al CRPSL o si está realizando determinadas tareas terapéuticas; entraría también dentro de este

sistema la realización de contactos periódicos con su médico o enfermera de AP o Trabajador Social de su zona.

Serán también ejemplo de este tipo de GC el control que se efectúa con los pacientes ingresados en centros públicos o privados de fuera de su área de origen, a los que se realiza un seguimiento periódico, según lo descrito en la directriz nº 11Rb de la DRSM ⁶.

3.2 Criterios de Aplicación GCG

Este sistema se aplicará a los pacientes incluidos en los PAISM de TMG e IPPEP, a los que no se les haya asignado una Gestión de Casos Personal y que a juicio de la comisión interdisciplinar del proceso o de la comisión del TMG en el acto de elaboración o reevaluación del Pitr del paciente, considere que deba tener algún tipo de actividad de GCG como las descritas en el apartado anterior o sea susceptible de serle aplicada la directriz nº 11Rb ⁶.

3.3. Criterios de finalización GCG

Su finalización, estará determinada por la apreciación de las mismas comisiones comentadas anteriormente o al finalizar las condiciones previstas en la directriz nº 11Rb. En todo caso además, la finalización de la GCG estará contemplada en la reevaluación del Pitr del paciente y consensuada con su FRP.

4. GESTION DE CASOS PERSONAL GCP

4.1 Definición

Es una forma de gestión de necesidades de pacientes con TMG, PEP o PMG,, con unos criterios específicos, realizada por un profesional determinado.

Las actuaciones de esta modalidad las realizan profesionales nominalmente designados a un número determinado de pacientes, estableciéndose una relación individual entre el GCP y cada paciente.

El GCP realiza directamente todas las gestiones y actividades con y sobre el paciente, adecuándose a su nivel de necesidades, coordinando las actuaciones de todos los dispositivos y profesionales que intervienen en su Pitr y promoviendo la implicación del usuario en su proceso terapéutico.

Junto con el FRP, cuida de que el Pitr se ajuste a lo previsto en todos los ámbitos de la red sociosanitaria de Salud Mental, así como en aquellos otros en los que el paciente necesite su ayuda, asesoramiento o acompañamiento (otros servicios sanitarios, sociales, educativos, jurídicos, etc.).

4.2 Profesionales

Los profesionales que realicen esta función preferentemente estarán adscritos a la USM / USMIJ, aunque podrán ser de otros dispositivos por necesidades derivadas de las cargas de trabajo u otras circunstancias, con independencia de la administración a que pertenezcan, en el contexto de la Red de Salud Mental de cada área.

Los profesionales natos que pueden realizar este tipo de gestión personal de casos en Castilla La Mancha son:

- Enfermeras, preferentemente con la especialidad de Salud Mental.
- Trabajador@s Sociales.
- Terapeutas Ocupacionales.

Igualmente podrán desempeñar estas funciones, bajo supervisión de cualquiera de los profesionales indicados anteriormente, los auxiliares de enfermería, siempre y cuando su actuación se adecúe a las necesidades y requerimientos de cada caso y cuenten con una preparación adecuada.

En el momento actual de puesta en marcha de la gestión de casos personal, la adecuación del perfil de los profesionales a cada caso, va a estar condicionada por el número y por el tipo de profesional disponibles. En un futuro escenario de mayor disponibilidad, la asignación de los profesionales a cada caso estará regida por el perfil de caso (dimensión sanitaria – social – ocupacional), aunque se debe partir de la idea de que los gestores de caso deben saber desenvolverse con facilidad en cualquier punto de la referida dimensión, sin menoscabo de la actuación puntual de uno u otros profesionales como apoyo al gestor principal.

Parecida recomendación se puede realizar con respecto al número de gestores de caso que tiene que actuar directamente con el paciente en su domicilio o la comunidad, siendo el análisis de la situación el que determine actuaciones individuales o la necesidad de acompañamiento y mayor soporte.

La adjudicación de tiempos de profesionales preferiblemente debe ser a tiempo total, aunque las necesidades de los equipos de salud mental pueden hacer que profesionales con actividades distintas a la GC (atención en USM, USMIJ y otros) puedan compatibilizar este trabajo, siempre teniendo en cuenta que un porcentaje de dedicación semanal inferior al 50% no estaría recomendado.

4.3 Criterios de aplicación de la GCP

Se utilizarán los siguientes cuatro criterios:

4.3.1.- CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Dado que prioritariamente el sistema de gestión de casos personalizados se aplicará fundamentalmente a pacientes incluidos en los PAISM, los criterios diagnósticos son los mismos que para los dos PAISM actualmente activos: TMG e IPPEP.

Además se podrá aplicar a pacientes con PMG, que por sus características y circunstancias tengan necesidades susceptibles de ser cubiertas por la GCP.

4.3.2.- CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

A) Pacientes con vinculación insuficiente con los servicios sanitarios y sociales

Paciente desvinculado:

Es el paciente que no asiste a las citas, ni solicita atención por iniciativa propia y se resiste a los requerimientos de la familia o de los cuidadores. Abandona fácilmente los programas que se le propone o esta incluido.

Paciente con vinculación ambivalente:

Es el paciente que no asiste a algunas citas con profesionales socio-sanitarios con cierta frecuencia, que provoca alteraciones en su proceso terapéutico, manifestado con una conducta ambivalente con los servicios y/o ambivalencia y dificultad de vinculación con los profesionales.

B) Pacientes con un alta reciente de un servicio de hospitalización o residencial tipo UHB, UME o residencia comunitaria o larga estancia que cumplan alguno de estos requisitos.

- ▶ 3 ó + ingresos en 2 años.

- ▶ 3 ó + urgencias en 1 año.
- ▶ Utilización de Atención Primaria y USM de forma excesiva (uso reiterativo de consultas no programadas) constatada por sus facultativos respectivos.
- ▶ Ultimo ingreso > 90 días.
- ▶ > 150 días de hospitalización psiquiátrica en su vida.

C) Pacientes que utilizan de manera inadecuada los servicios sociosanitarios, bien por una demanda desmesurada o por la interacción muy desestructurada.

4.3.3.- CRITERIOS FUNCIONALES

- Red social deficitaria.
- Alta dependencia.
- Déficit en autocuidados personales
- Sobrecarga familiar.
- Insuficiente o ausente soporte familiar.
- Puntuación en escala WHO-DAS > 12 y al menos un año de la discapacidad.
- EEAG < de 50.

4.3.4.- CRITERIOS DE VINCULACIÓN AL TRATAMIENTO

- Cumplimiento ineficaz del tratamiento farmacológico.
- Falta de adhesión a las distintas terapias psicosociales propuestas en los PITRs.

PARA INCLUIR UN PACIENTE EN LA GCP DEBERÁ DE CUMPLIR EL CRITERIO 1 DE DIAGNÓSTICO Y AL MENOS UNO DE LOS RESTANTES: UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS, CRITERIOS FUNCIONALES O DE VINCULACIÓN AL TRATAMIENTO.

4.4 Niveles de atención

Los niveles de atención pretenden ser una guía que permita orientar la distribución de cargas de cada GCP, una vez que en el PIR del paciente se ha decidido asignar un GCP.

- ▶ **Nivel 1.** Para pacientes con necesidades de supervisión y que cumplen los criterios de GCP.
- ▶ **Nivel 2.** Para pacientes que necesitan asesoramiento - ayuda y cumplen criterios de GCP.
- ▶ **Nivel 3.** Para pacientes que precisan de acompañamiento/ayuda intensiva y cumplen los criterios de GCP.

NIVEL 1 DE ATENCIÓN DEL GCP: SUPERVISIÓN

Todas **LAS INTERVENCIONES SE REALIZAN DESDE LA BASE DE TRABAJO** del gestor de casos (normalmente la USM / USMIJ), utilizando herramientas de comunicación como el teléfono, correo electrónico o mensajes de texto

Los **OBJETIVOS** de este nivel son:

- Conocer la relación del paciente con los servicios sanitarios y sociales y supervisar la asistencia a citas programadas.
- Comprobar evolución y desarrollo del proceso terapéutico en los ingresos en distintos dispositivos.
- Verificar el cumplimiento del Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación.

- Verificar la continuidad asistencial entre los distintos dispositivos.

	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE NIVEL 1
NIVEL 1	Vinculación insuficiente con servicios socio-sanitarios
	Funcionamiento personal adecuado, AVDs aceptables
	Entorno familiar estructurado
	No hiper-frecuentación de servicios socio-sanitarios
	Aislamiento social leve, mantiene red social pero con ligera infra-utilización
	Adherencia al tratamiento buena, con fallos esporádicos (olvidos, falta de recetas, etc.)

En este nivel de GCP nos encontraremos con pacientes que necesitan un seguimiento, tienen un perfil con riesgo o dificultades de relación con el sistema socio - sanitario, suelen tener un entorno favorecedor, un núcleo familiar con cierta estructura y pueden tener alguna dificultad con el tratamiento.

El **SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN** medio de demanda al GCP en este nivel será al menos de **1 HORA QUINCENAL POR PACIENTE**.

NIVEL 2 DE ATENCIÓN DEL GCP: ASESORAMIENTO - AYUDA

LAS INTERVENCIONES PASAN A REALIZARSE DE MANERA DIRECTA Y PERSONAL por el GCP con el paciente, que necesita de una referencia en su relación con los dispositivos sociosanitarios. La intervención se basa en la planificación y seguimiento de las actividades del paciente, pudiendo ser necesario que el GCP realice algún acompañamiento concreto.

Los **OBJETIVOS** de este nivel son:

- Todos los objetivos del nivel de supervisión (nivel 1).

- Visitar al paciente en su entorno o dispositivo de ingreso y prestar ayuda en ciertas actividades como adherencia al tratamiento, AVDs, integración social, laboral, etc.
- Acompañamiento comunitario de manera esporádica.
- Acompañamiento a los servicios y con algunos profesionales.

	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE NIVEL 2
NIVEL 2	Vinculación insuficiente con servicios socio-sanitarios
	Funcionamiento personal con dificultades subsanables con asesoramiento (AVDs con problemas moderados)
	Entorno familiar que puede precisar asesoramiento sobre conciencia de enfermedad, manejo de la enfermedad o que presentan alta emoción expresada
	Aislamiento social moderado con dificultad para mantener y crear red social
	Hiper-frecuentación de servicios de Atención Primaria y Servicios Sociales
	Adherencia al tratamiento con dificultades (olvido de dosis, falta de medicación, auto-medicación)

Para utilizar este nivel sería suficiente con que se cumplan 2 de las características citadas.

El nivel de asesoramiento está encaminado a trabajar con pacientes que tienen dificultades de relación con los servicios sanitarios, el paciente conserva ciertas habilidades, acuden a consultas pero de manera esporádica, no existe un vínculo estable con los profesionales de salud mental, su entorno no es favorecedor y la familia tiene dificultades para ayudar al paciente.

El **SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN** medio de demanda de atención al GCP en este nivel será al menos de **1 HORA SEMANAL POR PACIENTE**.

Nivel 3 DE ATENCIÓN DEL GCP: ACOMPAÑAMIENTO Y AYUDA INTENSIVA

Este nivel es para pacientes con graves dificultades, que necesitan de profesionales que les **ACOMPANEN DE MANERA MÁS INTENSA** para poder canalizar gran parte de las demandas surgidas de sus necesidades, tanto desde el ámbito clínico como desde el relacional y comunitario.

Los **OBJETIVOS** de este nivel son:

- Los objetivos de los niveles de supervisión y asesoramiento (niveles 1 y 2).
- Facilitar intervenciones de alta intensidad ligadas a :
 - Cuidados personales (EPS, AVDs, adherencia al tratamiento, OTL, solución de problemas, etc.)
 - Cuidados del entorno (familia, posibles redes sociales).
 - Intervenciones en crisis.

	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE NIVEL 3
NIVEL 3	Escasa o nula vinculación con servicios socio-sanitarios
	Funcionamiento personal claramente deficitario
	Entorno familiar con problemas importantes sobre conciencia de enfermedad, manejo de la enfermedad o que presentan alta emoción expresada
	Aislamiento social con ausencia de contactos
	Elevada hiperfrecuentación de servicios-sociosanitarios
	Ausencia de adherencia al tratamiento

Para utilizar este nivel sería suficiente con que se cumplan 2 de las características citadas.

El **SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN** medio de demanda de atención del GCP en este nivel será de **2 A 3 HORAS SEMANALES POR PACIENTE.**

4.5 Criterios de finalización de la GCP.

- Pacientes con una mejoría estable de funcionamiento global por encima de 51 en GAF.
- Personas que mejoran su vinculación al tratamiento de manera estable.
- Pacientes que mejoran su discapacidad con una puntuación de 8 en la escala WHO_DAS.
- Pacientes que adquieren una vinculación adecuada y estable con los servicios sanitarios y sociales.
- Además de los criterios anteriores, la GCP podrá finalizarse a petición del propio paciente o si existieran problemas de vinculación con el GCP, valorándose entonces la posibilidad de cambiar el profesional que la desempeña.

TANTO LOS CRITERIOS DE ASIGNACIÓN COMO DE FINALIZACIÓN DE LA GCP, SE ACORDARÁN EN EL SENO DE LAS COMISIONES INTERDISCIPLINARES DE LOS PROCESOS (O DE PMG EN SU CASO) EN EL CONTEXTO DE LA ELABORACIÓN O REEVALUACIÓN DEL PITR DEL PACIENTE.

4.6 Ratios de atención en los niveles de GCP.

En la literatura nos encontramos con una distribución de la adjudicación de casos por profesional en base a criterios de la intensidad de la intervención; los modelos que tratan pacientes que requieren más intensidad tienen un ratio de un profesional por cada 10 pacientes y los modelos que trabajan con pacientes que requieren un seguimiento fundamentalmente telefónico adscriben un profesional cada 50 casos. El modelo de CLM observa que el GCP puede trabajar con casos en varios niveles de intensidad, por lo que se ha realizado una distribución en base a los niveles que puede servir como referencia.

Nivel de GC	% de carga horaria de un GC a tiempo completo.	Horas semanales de trabajo de un GC a tiempo completo.	Relación profesional caso
Nivel 1	15	5horas.	1/12 casos
Nivel 2	25	10 horas.	1/8 casos
Nivel 3	60	20horas	1/10 casos

Estos ratios además tendrán que ser modulados de acuerdo a variables de tipo geográfico en la distribución de los pacientes a cargo de cada GCP (distancia de la base, accesibilidad, medios de transporte, etc.).

4.7 Actividades de la GCP

La GCP se estructura en:

- Líneas de trabajo.
- Herramientas del Plan de Acción.
- Estrategias de trabajo.

4.7.1. Líneas de Trabajo

El proceso tiene tres grandes líneas de trabajo:

- 1) **LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES** (Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación, Salud Mental, etc.).
- 2) **COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS PROFESIONALES Y DISPOSITIVOS** implicados en el Pitr.

3) **LA INTERVENCIÓN DIRECTA** sobre el usuario, su familia y su entorno más próximo (agentes comunitarios, asociaciones, medio escolar y laboral, etc.).

4.7.2. Herramientas del Plan de Acción.

1. EL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

El seguimiento telefónico es una **TÉCNICA DE INTERVENCIÓN EN SALUD** que nos ayuda a fomentar la autonomía del paciente y la mejoría en la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas de salud mental graves.

ACTIVIDADES realizadas mediante seguimiento telefónico:

- ▶ Identificar las preocupaciones del paciente con una escucha activa.
- ▶ Proporcionar apoyo terapéutico.
- ▶ Mantener el seguimiento del paciente.
- ▶ Dar información y reforzar la adquisición de hábitos de salud.
- ▶ Proporcionar apoyo en las actividades cotidianas de la vida.
- ▶ Determinar el riesgo de seguridad del paciente.
- ▶ Facilitar un seguimiento del plan de tratamiento.
- ▶ Supervisar la adherencia al tratamiento.
- ▶ Supervisar el seguimiento en la USM y otros dispositivos ambulatorios.
- ▶ Identificar las inquietudes sobre el estado de salud.
- ▶ Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- ▶ Determinar si las inquietudes requieren evaluación complementaria.

- ▶ Responder a las preguntas del paciente.
- ▶ Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- ▶ Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se le suministre al paciente.

2. VISITA DOMICILIARIA

LA visita domiciliaria es el conjunto de actividades que lleva a cabo el GCP, que se realiza en el **DOMICILIO DEL USUARIO, MEDIO COMUNITARIO O DISPOSITIVO DONDE VIVA** con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y hacer seguimiento a los problemas de salud mental del individuo y/o familia, potenciando su recuperación para la mejora de su calidad de vida teniendo como referencia el PIR.

La visita domiciliaria es un instrumento de trabajo del GCP que favorece el conocimiento de la realidad del día a día del paciente, su familia, su entorno y la comunidad donde reside.

Es importante diferenciar la visita domiciliaria incluida como herramienta de la GC y la visita domiciliaria convencional:

la visita domiciliaria convencional es un instrumento que da respuesta más a situaciones puntuales que se pueden dar a lo largo de un proceso con pacientes con TMG a diferencia de las que se plantean en la GC, que deben tener un carácter más programado en función a las necesidades que detecte el GC y de mantener una referencia hacia el paciente en la de coordinación y cumplimiento del PIR marcado.

Cuando tratamos en los domicilios estamos dando un **PLUS DE IDENTIDAD** al paciente, este se encuentra en su entorno con más seguridad y a la vez aumentamos las posibilidades de ser **REFERENTE DE SALUD** para él.

ACTIVIDADES realizadas mediante la visita domiciliaria;

- ▶ Conocer el medio donde se desarrolla la vida familiar y comunitaria del paciente.
- ▶ Determinar los roles habituales del paciente dentro del sistema familiar y comunitario.
- ▶ Seguimiento del estado del paciente.
- ▶ Identificar las preocupaciones del paciente, con una escucha activa.
- ▶ Proporcionar apoyo terapéutico.
- ▶ Dar información y reforzar la adquisición de hábitos de salud.
- ▶ Promover actividades de integración social.
- ▶ Promover actividades de cohesión familiar.
- ▶ Proporcionar apoyo en las actividades cotidianas de la vida.
- ▶ Determinar el riesgo de seguridad del paciente en su medio habitual.
- ▶ Facilitar un seguimiento del PITR.
- ▶ Supervisar la adherencia al tratamiento.
- ▶ Supervisar el seguimiento en la USM y otros dispositivos ambulatorios.

3-ACOMPANIAMIENTO

Es una herramienta de trabajo, basada en la presencia, sostén y/o permanencia en un espacio de tiempo de un profesional con el paciente, con el objetivo de facilitar el mantenimiento y afrontamiento de problemas de salud mediante la aplicación de un vínculo terapéutico con el paciente.

4. COORDINACIÓN

La coordinación entre los distintos dispositivos que puedan estar implicados en el proceso de tratamiento y recuperación del paciente es un **ELEMENTO CLAVE**, debe ser una actividad bien definida en la agenda de trabajo, dándole un peso importante, ya que de ella depende en gran medida que se realice un trabajo eficaz dirigido a cumplir los objetivos del Pitr.

La coordinación se realizará a cuatro niveles:

- 1) **COORDINACIÓN CON LA USM O USMIJ** según el caso, debe ser regular con una periodicidad y con una frecuencia adecuada.
- 2) **COORDINACIÓN CON FACULTATIVOS RESPONSABLES DEL PROCESO** de cada paciente, debe ser muy intensa y continuada.
- 3) **COORDINACIÓN INTERSECTORIAL** con otras instituciones o dispositivos implicados en el Pitr como Servicios Sociales, Atención Primaria, Fundación Sociosanitaria, Educación, Juzgados, etc.
- 4) **COORDINACIÓN FRECUENTE CON RESPONSABLES** clínicos de caso en los **DISPOSITIVOS** que esté ingresado el paciente.

Se podrán utilizar todas las formas de interacción posibles: telefónica, correo electrónico o el desplazamiento personal del GCP a los lugares necesarios.

4.7.3. Estrategias de trabajo de la GCP

Las estrategias de trabajo son propuestas desde el perfil de las necesidades de los pacientes, huyendo del encasillamiento en un modelo concreto, por lo que dispondremos de cuatro estrategias de gestión de los casos, basadas en los distintos modelos consultados que existen en la bibliografía.

1. Vinculación con el usuario y su entorno. En la gestión de casos es clave y de vital importancia crear una relación terapéutica que va a determinar la aceptación o no del Gestor de Caso por el usuario; esa relación tendrá una fase

de **ENGANCHE** planificada de manera minuciosa teniendo en cuenta todos y cada uno de los aspectos que giran alrededor del caso.

La estrategia exigirá la presencia de una actitud y habilidades terapéuticas en el GCP en base a la disposición de factores como empatía, liderazgo, relación de ayuda, relación terapéutica, etc. que serán indispensables para que el usuario acepte la presencia y ayuda del GC en su entorno.

2-Favorecer el desarrollo de las INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS necesarias dentro de un marco basado en la evidencia científica y referenciadas al Pitr.

3-Favorecer la COORDINACIÓN en la atención de los distintos servicios sanitarios, sociales, socio- sanitarios, judiciales, etc. para la atención integral del caso

4-Coordinarsse con los EQUIPOS INTERDISCIPLINARES de los distintos dispositivos, favoreciendo un clima de comunicación activa e interdisciplinar.

4.8 Plan de actuación de la GCP.

4.8.1. ASIGNACIÓN DEL CASO

La asignación del caso será realizada según las pautas de cada proceso, TMG: IPPEP. El órgano derivante será la comisión de TMG o el equipo multidisciplinar de la USM o USMIJ, teniendo en cuenta las pautas contenidas en este documento y siempre en el contexto de elaboración y reevaluación del Pitr del paciente.

POR LO TANTO SERÁ NECESARIO QUE EL PACIENTE TENGA UN Pitr DISEÑADO Y QUE CUMPLA LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CASOS.

4.8.2. VINCULACIÓN Y ENGANCHE

"...el ser humano necesita sentirse querido, comprendido y protegido. En definitiva, necesita sentirse contenido por alguien en quien pueda confiar plenamente"

Esta fase de la intervención es decisiva, ya que sin enganche y vinculación no habrá expectativas de cambio, **EL PACIENTE TIENE QUE CONFIAR EN EL GESTOR DE CASOS**, verlo como su referencia y para conseguir esto es necesario diseñar ese enganche.

El plan de actuación del proceso debe seguir la velocidad de la persona, ya que la recuperación se describe como un viaje y cada persona tiene ritmos diferentes.

La realización del enganche debe ser siempre en persona, utilizando todos los elementos disponibles de la comunicación, y aspectos como la empatía, la observación, la relación terapéutica y la escucha activa.

El objetivo en el enganche y la vinculación no es intervenir en los déficits que pudieran detectarse, sino **CREAR UN ESPACIO DE MOTIVACIÓN** en el que el paciente vaya conociendo al Gestor de Casos y se genere **COMPLICIDAD**, para que pueda enfrentarse a la recuperación de su proceso con mayor fortaleza.

Las actividades de enganche se caracterizan por prescindir de contenidos específicos de rehabilitación (AVDS, adherencia al tratamiento, etc.) y en su lugar utilizar la **MOTIVACIÓN**, permitir espacios de dinámica relacional y basar la relación en intereses personales.

Es necesario tener presente que la relación terapéutica en la GCP difiere de otras relaciones en muchos aspectos:

- ▶ La **RELACIÓN TERAPÉUTICA** se **establece conscientemente**.
- ▶ Este tipo de relación **TIENE SIEMPRE UN OBJETIVO**.
- ▶ **EL CENTRO de todo el proceso ES LA PERSONA** objeto de los cuidados.

En esta fase es importante firmar con el paciente un documento de consentimiento y aceptación o contrato terapéutico, con el fin de reflejar por escrito los compromisos tanto del paciente como del profesional (anexo 8).

4.8.3. VALORACIÓN

El GCP realizará una valoración del caso, directamente encaminada a conocer las características del paciente en orden a organizar y planificar la GC.

Detección de necesidades del paciente:

- ▶ Observación del entorno.
- ▶ Entrevista con paciente.
- ▶ Entrevista con familia.
- ▶ Información del paciente de otros profesionales.

Evaluación a través de instrumentos (2) (a criterio del GC y teniendo en cuenta la evaluación previa disponible en el Pitr):

- ▶ Escala de evaluación de actividad global (EEAG) (anexo nº 1).
- ▶ Escala de perfil sociodemográfico (anexo nº 2).
- ▶ Escala de discapacidad de la OMS (DAS) (anexo nº 3).
- ▶ Registro de evaluación de proceso de Gestión de Casos (anexo nº 4).
- ▶ Evaluación de riesgos (anexo nº 6).
- ▶ DAI 10 (anexo nº 7).

2-En la historia clínica de salud mental de Mambrino XXI del Servicio de Salud de Castilla La Mancha, se va a incorporar un formulario con los registros de GC.

4.8.4. ELABORACIÓN DE OBJETIVOS DEL CASO.

La elaboración de los objetivos tiene como marco de referencia el Pitr. El proceso de atención está basado en la recuperación del paciente, siendo éste protagonista en la fijación de los objetivos del Pitr.

Para ello el GCP realizará una adecuación de los objetivos contenidos en el Pitr, para que sean susceptibles de ser abordados desde la filosofía y procedimientos expuestos en este documento.

4.8.5. DISEÑO

La GCP persigue que la atención al paciente sea completa y globalizada con el fin de **MANTENERLO SIEMPRE EN SU ENTORNO**, si es posible, aunque en ocasiones el paciente pueda estar en un dispositivo de manera temporal, pero teniendo como objetivo vivir en su entorno, implicando para ello además de al paciente, a su familia y a la comunidad.

El diseño de las intervenciones debe tener en cuenta todos estos aspectos, **el dónde, el cuándo y el cómo** vamos a realizar todas y cada una de las intervenciones y el desarrollo de las estrategias de trabajo.

Las intervenciones deben ser diseñadas a nivel individual, trabajando con el paciente en sus distintas necesidades y siendo él mismo protagonista de su propio proceso de recuperación.

El diseño y estrategia de las intervenciones familiares también debe ocupar en gran medida parte del proceso, pues es frecuente que nos encontremos con familias desestructuradas que requieran intervenciones en conjunto, separadas o en grupos en función del análisis que se realice de la situación; en todo caso es necesario favorecer altos niveles de colaboración con la familia.

El diseño de actividades se compondrá de aquellos elementos que cada paciente necesite que se trabajen, a través de las actividades propuestas en el documento.

4.8.6. EJECUCIÓN

Las actividades que diseñemos dentro del plan de gestión de casos están divididas en cuatro niveles basados en los trabajos de Kanter y col 1989 ¹¹:

1. Intervenciones en la fase inicial: Principalmente se dirigen a conseguir un compromiso, a la valoración y al acuerdo con el paciente en cuanto a la planificación de los cuidados. Su duración es indeterminada en un principio. Es especialmente importante en lo respectivo a la relación terapéutica y la creación del vínculo con el profesional.

2. Intervenciones dirigidas a la persona: Se refieren tanto a la atención individual como a la grupal¹ y tendrán como objetivo prioritario la supervisión de las actividades que el paciente realiza en el desarrollo de su Pitr.

3. Intervenciones basadas en el paciente:

- ▶ Afrontamiento personal.
- ▶ Área formativa y laboral.
- ▶ AVDs.
- ▶ Ocio y tiempo libre.
- ▶ Integración comunitaria.
- ▶ Manejo social.
- ▶ Conciencia de enfermedad.
- ▶ Adherencia al Tratamiento.
- ▶ Recuperación vital y reducción del autoestigma.

¹ Por intervenciones grupales, se entienden tanto las de carácter familiar y similares, como las estrictamente grupales en las que varios pacientes reciben una misma acción terapéutica.

La labor del GCP será la de motivar y facilitar las tareas terapéuticas que otros profesionales realizan con el paciente en estos aspectos, aunque coyunturalmente y de acuerdo con ellos el GCP podrá trabajarlos directamente con el paciente.

4. Intervenciones dirigidas al entorno: Son las referidas al contacto del profesional con recursos comunitarios, con la red social de la persona, incluidos familia, amigos, vecinos, colaboración con otros recursos formales e informales, etc. Es necesario recalcar que se deben poner en práctica en cada uno de los dispositivos en donde se encuentre el enfermo, y no deben interrumpirse por ejemplo, cuando éste se encuentre ingresado. Algunas de estas acciones orientas a favorecer su integración y reducir el estigma pueden ser a nivel de:

- ▶ De recursos comunitarios.
- ▶ De familiares, cuidadores y /o amigos.
- ▶ De asociacionismo y grupos de auto ayuda.
- ▶ De recursos sociosanitarios.
- ▶ De redes sociales de apoyo.
- ▶ De asesoramiento legal.

5. Intervenciones dirigidas a la persona y al entorno: Se focalizan en los dos apartados anteriores simultáneamente y comprenden las intervenciones en crisis, donde se puede solapar el cuidado dirigido al enfermo y aquel dirigido a su familia, o también en el seguimiento de la persona, a través de cuyo desarrollo se van a prestar cuidados indistintamente a la persona o al entorno en función del interés particular de cada momento.

Debe entenderse que las actuaciones reseñadas, no tienen porqué ser desempeñadas directamente por el GCP, sino ser más bien, objetos prioritarios de atención por su parte, en orden a que tanto los profesionales, como el propio paciente, actúen sobre ellos.

Junto con las intervenciones que conforman el Plan de Cuidados, el paciente debe contar con un Plan de Gestión de Riesgos, al objeto de intentar igualar los riesgos derivados de su enfermedad en su medio habitual con los de la población general (anexo 6).

4.8.7. REGISTRO

Todo el proceso debe quedar reflejado en los diferentes documentos que se han creado al efecto (anexos 4, 5 y 6 en soporte papel **y formulario de Gestión de Casos de salud mental**). Además un resumen evolutivo de toda la gestión se debe reflejar en el formulario "Seguimiento del GC" de la **aplicación informática de cada proceso** (anexo 9), para que esté disponible para todos los profesionales y dispositivos que intervienen en el PIR del paciente.

4.8.8. EVALUACIÓN

La evaluación debe ser **CONTINUA**, aunque como mínimo el plan de trabajo debe ser revisado o evaluado cada 6 meses y en todo caso se adecuará la dinámica de reevaluaciones del propio PIR del paciente.

TODO EL PROCESO DEBE QUEDAR REFLEJADO EN EL DOCUMENTO "PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS" (anexo 5).

4.8.9. FINALIZACIÓN DE LA GCP.

Es necesario que el **PROCESO DE FINALIZACIÓN DE LA GC SEA PROGRESIVO**, y consensado con el propio paciente, favoreciendo la posibilidad de nuevos contactos con el GCP.

La finalización de la GCP se consensuará con el FRP y se contemplará en la correspondiente reevaluación del PIR del paciente,

4.9. Medios humanos, materiales, funcionales y administrativos

4.9.1. RECURSOS HUMANOS

Para poder desarrollar esta herramienta asistencial es necesario contar con medios específicos.

El primero y fundamental es lógicamente el humano, cuyas características cualitativas se desarrollan más adelante.

El sistema parte de la base de que se debe contar con profesionales concretos dedicados a la gestión de casos, optándose además por una dedicación a tiempo completo, aunque de no ser posible, se puede considerar la posibilidad de que estos profesionales dediquen solo parte de su tiempo a la tarea de GC.

La coyuntura actual no permite plantearse un horizonte cercano en el que cada área de SM dispusiese al menos de 3 gestores de caso o los equivalentes en el caso de dedicación a tiempo parcial (número consensuado como el mínimo). Pero ese debe ser el horizonte hacia el que tender, teniendo en cuenta la prevalencia de casos graves y complejos y las cargas de trabajo que generan.

Por otro lado el modelo observa que la ubicación de los gestores de caso sea la USM, lo que afectaría fundamentalmente a sus Enfermeras y Trabajadores Sociales, aunque en el caso de perfiles más necesitados de abordajes relacionados con la ocupación y el desarrollo de habilidades de autonomía, también habría que disponer de los Terapeutas Ocupacionales de las UMEs, HDs y CRPSLs.

La colaboración de auxiliares de enfermería puede ser una alternativa en la GC en algunas situaciones como las intervenciones adscritas al entorno del paciente en los casos con más dificultades, siempre bajo la dirección del GC.

Esta diversidad de procedencias es precisamente muy útil en el momento actual, ante la carencia de profesionales específicos en las USMs, sobre todo por los bajos ratios de los mismos, lo que obliga a designar los GCPs del conjunto de dispositivos de SM del área, conformando una disponibilidad de profesionales, que aunque con dedicación

parcial puedan facilitar una oferta que al menos permita cubrir las necesidades asistenciales de los pacientes más vulnerables.

La dinámica de este proceso necesita de profesionales que tengan determinadas cualidades en cuanto a preparación, habilidades y conocimiento de la realidad del entorno del paciente, siendo en general necesarias habilidades y conocimientos relacionados con la disposición de actitudes y habilidades terapéuticas adecuadas:

- Destrezas para la valoración y evaluación individual, comunitaria y social,
- Capacidad de planificación, para elaborar una gestión adecuada de cada caso, con un método sistemático donde la información recogida le permita crear objetivos alcanzables en sintonía y colaboración con el paciente y la familia.
- Capacidad de analizar y gestionar todos los factores intervinientes así como de reflexión y análisis para poder priorizar las necesidades que permitan una intervención más adecuada.
- Capacidad de coordinación tanto a nivel de equipo como con los distintos dispositivos, que puedan estar implicados en el proceso de recuperación del paciente.
- Flexibilidad y adaptabilidad.
- Alto grado de motivación.
- Conocimientos y actitudes adecuadas hacia el paradigma de la recuperación y el empoderamiento de los pacientes.
- Disponibilidad.
- Formación en:
 - Dinámica y manejo de grupos.
 - Psicoeducación

- Técnicas en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación.
- Técnicas en el desarrollo de AVDs e instrumentales.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas y pautas en resolución de problemas.
- Formación en psicopatología.
- Formación en psicofarmacología.
- Información y conocimiento de la utilidad de los recursos existentes en las áreas de ocio y tiempo libre, ocupación, formación, laborales, alojamiento, , sociales, sanitarios, asociaciones de autoayuda, ONGs, etc.

4.9.2. RECURSOS MATERIALES

Como se ha podido comprobar en el apartado anterior, dos de las características esenciales que definen la actividad de los gestores de caso son la movilidad y la intercomunicación, para las que se necesitan medios específicos, sin los cuales prácticamente las funciones más básicas de la gestión de casos no se puede realizar.

En primer lugar es necesario dotar a los GCPs de teléfonos móviles, con los que establecer no solo una comunicación unidireccional con los pacientes, profesionales o dispositivos, sino bidireccional y rápidamente accesible sobre todo con los pacientes, pero también con muchos de los profesionales que los atienden directamente; es decir, la inmediata accesibilidad del paciente al GCP es una de las cuestiones fundamentales para establecer aspectos básicos de la GCP como el enganche, el vínculo, las intervenciones en crisis, etc.

Y lógicamente la acción comunitaria y a domicilio necesita de la disposición de automóviles con los que los GCs realicen sus desplazamientos, que sin menoscabo de

que puntualmente puedan utilizar sus propios medios, estos deberán ser provistos por la institución.

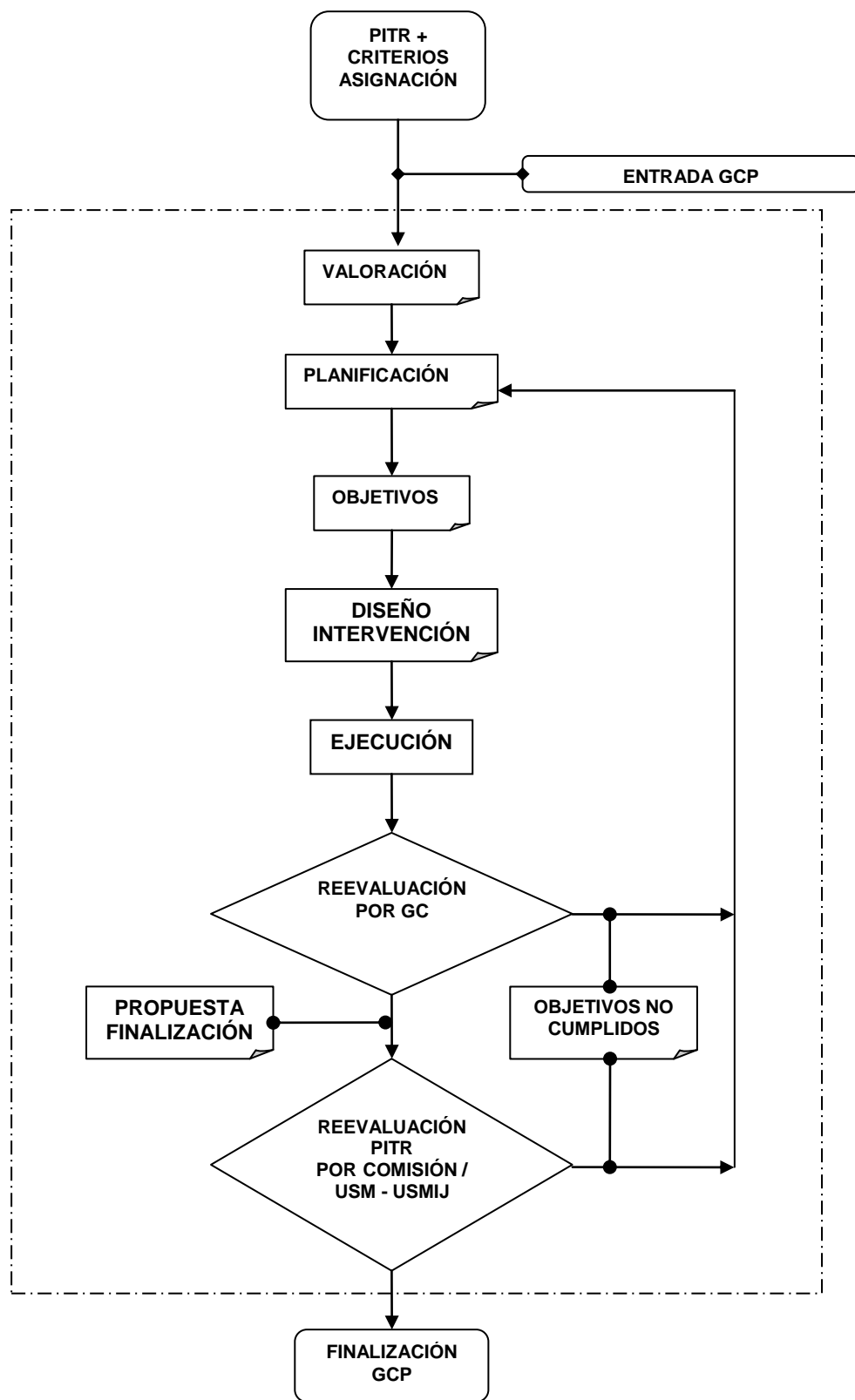
Sería también deseable en su momento, considerar medios informáticos portátiles que permitan registrar e historiar las actividades en los desplazamientos comunitarios o a domicilio.

4.9.3. RECURSOS FUNCIONALES Y ADMINISTRATIVOS

En este apartado nos referimos a la necesaria disposición de medidas administrativas y funcionales que permitan que los gestores de caso puedan realizar sus funciones:

- ▶ Medidas que permitan y faciliten el trabajo a domicilio y comunitario.
- ▶ Flexibilización del horario, teniendo en cuenta que la realidad de la intervención tiene su propio tiempo, no precisamente adaptado al horario laboral, como puede por ejemplo suceder en las intervenciones en crisis o familiares.
- ▶ Compensaciones horarias derivadas del trabajo fuera del horario laboral.
- ▶ Abono de gastos justificados por la utilización de medios propios y / en horarios no laborales.

4.10.-Diagrama de flujo de la GCP.



4.11. Indicadores de la GCP

Se realiza a continuación una propuesta de indicadores de la GCP, que necesitará no obstante de un ajuste conforme se vaya desarrollando la actividad del sistema.

4.11.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA

- ▶ Número de casos en proceso de GCP por periodo.
- ▶ Número de altas.
- ▶ Número de casos nuevos registrados de GCP por año.
- ▶ Número total de horas semanales dedicadas a la GCP
- ▶ Número de horas semanales dedicadas a la GCP por profesional adscrito al proceso.
- ▶ Número de horas semanales de GCP por número de pacientes atendidos.
- ▶ Número de GCP por área.
- ▶ Número de teléfonos móviles.

4.11.2. INDICADORES DE PROCESO

- ▶ Número de casos registrados como GCP en cada nivel por cada GC.
- ▶ Media de llamadas telefónicas realizadas al mes por cada nivel.
- ▶ Número de visitas domiciliarias realizadas por caso y año.
- ▶ Número de intervenciones terapéuticas realizadas por caso y año.
- ▶ Número de intervenciones de coordinación realizadas por caso y año.
- ▶ Número de planes de continuidad de cuidados realizados por el gestor de casos en relación con los casos atendidos.
- ▶ Estancia media de pacientes incluidos en la GCP.
- ▶ Porcentaje de planes de riesgo realizados en relación al número de casos atendidos de GCP.

- ▶ Estancia media en el proceso de pacientes dados de alta en GCP en un año.

4.11.3. INDICADORES DE RESULTADOS

- ▶ Número de casos que alcanzan la puntuación de 20 con el DAI 10 de adherencia al tratamiento por GCP en un año
- ▶ Número de casos que mejoran funcionalidad medida con la escala WHO DAS por GCP en un año.
- ▶ Número de casos que mejoran funcionalidad medida con la escala EEAG por GCP en un año.
- ▶ Número de casos que disminuyen ingresos en UHB por GCP en un año.
- ▶ Número de casos que disminuyen la hiperfrecuentación de servicios sociosanitarios por GCP en un año.
- ▶ Número de casos que logran vincularse a servicios de salud mental por GCP en un año.
- ▶ Número de casos dados de alta con GCP en un año.
- ▶ Número de casos dados de altas por tipo de alta.
- ▶ Porcentaje de casos dados de alta con objetivos cumplidos con GCP por año.

5. Bibliografía

1- Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*. 2007;335(7615):336

2-Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Knapp M, Henderson J. International differences in home treatment for mental health problems: results of a systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181:375-82

3-Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de Berlín La información sobre la introducción de la gestión de casos en el seguro social de la dependencia alemán puede verse en, *Actualidad sociolaboral de la República Federal de Alemania*, septiembre de 2007 (p.2).

4-Dirección regional de Salud Mental del SESCAM. Directriz nº 11Rb.

5-Estrategia de salud mental del Sistema nacional de salud 2009-2013, Ministerio de Sanidad y Política Social 2011

6-Gérvas J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. *SEMERGEN*. 2005; 31:370-4.

7-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.

8-José López-Santiago, Luis V. Blas y Mónica Gómez (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (1), 1-10.

9-KANTER, J.: "Clinical care management: Definition, principles, components". *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, págs. 361-368, april, 1989.

10-Informe sobre el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia puede consultarse en www.polibea.com/siposo/Informe24-2-06.pdf

11-Junta de Andalucía. Servicio andaluz de Salud. Manual de Gestión de Casos en Andalucía. Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital. Disponible en

WWW.juntadeandalucia.es/.../Manual de gestión de casos pdf. Revisado noviembre 2006.

12-LAMB, H. R.: "Therapist-case managers: more than brokers of services". *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 7, págs. 762-764, july, 1980.

13-Libro de las VI Jornadas: Demetrio Casado (coordinador), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*, Barcelona, Hacer Editorial, en prensa (pedidos: siposo@polibea.com)

14-Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Nacional en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006.

15-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Libro blanco de la dependencia *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, 2004.

16-Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).

17-Marshall M, Gray A, Green R, La Gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves *Revisión Cochrane Plus* 2008 nº 2.

18-Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37-74.

19-Model Fidelity of Assertive Community Treatment for clients With First-Episode Psychosis : A Target Group-Specific Application. M.J.M Verhaegh A E I. M. B Bongers. *Community Ment Health* (2009) 45:17-25.

20-National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.

21-NICE, National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists; 2003.

22-Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(6):457-63.

23-Rebolledo Moller, S. Concepto, objetivos y fases de la rehabilitación psiquiátrica. En Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitación psiquiátrica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1995. p. 29 – 40.

24- SESCOAM. Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental del Trastorno Mental Grave 2013.

25- SESCOAM. Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos 2013.

4

26-STEIN, L. I.; TEST, M. A: "Community treatment of the Young Adult Chronic Patient", in PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H.: *The Young Adult Chronic Patient*. New Directions for Mental Health Services n.O 14. San Francisco. Jossey-Bass, 1980.

27-TEST, M. A: "Continuity of care in community treatment", in STEIN, L. I.: *Community support systems of the long-term Patients*. New Directions for Mental Health Services n.O 2. San Francisco. Jossey-Bass, 1979.

6. Anexos

- 1- Escala de evaluación de actividad global (EEAG).
- 2- Escala de perfil sociodemográfico.
- 3- Escala de discapacidad de la OMS (DAS).
- 4- Registro de la GCP.
- 5- Plan de continuidad de cuidados.
- 6- Plan de gestión de riesgos.
- 7- Inventario de aptitud hacia la medicación DAI 10.
- 8- Consentimiento informado de inclusión en el proceso de Gestión de Casos.
- 9- Formulario de aplicación informática del PAISM.

ANEXO-1 ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD GLOBAL EEAG

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o mentales.

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
91	Sin síntomas.
90	
81	Síntomas ausentes o mínimos (por ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej. una discusión ocasional con miembros de la familia).
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperable ante agentes estresantes psicosociales (por ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej. descenso temporal del rendimiento escolar).
71	
70	Algunos síntomas leves (por ej. humor depresivo o insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general

61	funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas
60	Síntomas moderados (por ej. afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej. pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
51	
50	Síntomas graves (por ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej. sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
41	
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej. el lenguaje es a veces ilógico, oscuro irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o estado de ánimo 8 p ej, un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar, un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela.
31	
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o juicio (por ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas por ej, permanece en la cama todo el día , sin trabajo, vivienda o amigos).
21	
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, frecuentemente violento, excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal íntima (por ej. con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej. muy incoherente o mudo)
11	
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
1	
0	

	Información inadecuada
--	------------------------

ANEXO-2 ESCALA DE PERFIL SOCIO-DEMOGRAFICO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Nombre	Apellidos
Nº Hª C	Fecha de nacimiento
Fecha de 1ª evaluación	Fecha de 2ª evaluación

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA.

-1-1	Sexo	Femenino	Masculino
-1-2	Estado civil	Soltero/a	Viudo/a
		Casado/a	Pareja de hecho
		Separado/a	Desconocido
		Divorciado/a	
-1-3		Estudios primarios no terminados	Formación Universitaria

Nivel académico	Estudios primarios		Desconocido	
	Educación secundaria o F. profesional.			

ALOJAMIENTO

-2-1	Núcleo de convivencia	Vive solo		Vive con otras personas	
		Vive con pareja		Vive con otros familiares	
		Vive con hijos		Vive en una institución	
		Vive con pareja e hijos		Desconocido	
		Vive con los padres			
-2-2	Tipo de alojamiento	Piso en propiedad		Piso en alquiler	
		UHB		Vivienda protegida	
		UME		Mini-residencia	
		Larga estancia		Pensión	
		Residencia mayores		Sin techo	

ACTIVIDAD LABORAL E INGRESOS.

-3-1	Situación Laboral habitual	Empleado o autónomo		Jubilado	
		Voluntario		Baja	
		Trabajo protegido		No ha trabajado nunca	
		Estudiante		Parado	
		Trabajo esporádico		Otros	
-3-2	Actitud actual frente al trabajo	No puede trabajar en nada		Trabaja en un centro protegido	
		No puede trabajar en su trabajo habitual		Esta insertado en un trabajo	
		No quiere trabajar		Otros	
		Quiere trabajar pero no encuentra			
-3-3	Fuente principal de ingresos	Salario		Pensión contributiva	
		Paro		Ayuda familiar	
		Ayudas / Subvenciones		Nada	
		PNC		Otros	

ASPECTOS JUDICIALES.

-4-1	Ingresos involuntarios	SI	NO	Número		
-4-2	Proceso de incapacidad	Si	NO	Total	Parcial	
-4-3	Implicación en procesos judiciales	SI	NO	Motivos		

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS.

INFORMACIÓN RECOGIDA DE HISTORIA Y BASE DE DATOS

	Hospitales (ingresos de 24 h)	Nº ingresos último año	Nº ingresos totales
-5-1	Hospital general		
	UHB		
	UME		
	Larga estancia		
	Miniresidencia		
	Otros		

-5-2	Dispositivos ambulatorios	Nº de visitas o atenciones en el último año
	Consultas externas (USM; USMIJ; UCA)	
	Servicio de urgencias	
	Hospital de día	
	Otros	

-5-3	Profesionales comunitarios	Nº de visitas o atenciones en el último año
	Psiquiatra	
	Psicólogo	
	Enfermera	
	Trabajador social.	
	Gestor de Casos	

PREGUNTAR AL PACIENTE SI ES POSIBLE

-5-4	Otros servicios socio-sanitarios	Nº de visitas o atenciones en el último año
	CRPSL	
	Servicios sociales	
	Atención primaria	
	112	

	Otros	
--	-------	--

Indica que servicios de atención primaria ha utilizado en el último año			
-5-5		SI	NO
	Médico de Atención primaria		
	Enfermera de Atención Primaria		
	Trabajador Social de Atención Primaria		
	Ayuda a domicilio		
	Otros		

ANEXO 3- ESCALA DE DISCAPACIDAD DE LA OMS- WHO-DAS

1-Áreas específicas de funcionamiento	
<p>A- Cuidados personales:</p> <p>Se refiere al funcionamiento en la higiene personal, el vestido y la alimentación</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p>Ausencia de discapacidad Discapacidad máxima</p> <p>Funciona con ayuda si / no</p>
<p>B- Funcionamiento ocupacional.</p> <p>Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, tareas domésticas.</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p>Ausencia de discapacidad Discapacidad máxima</p> <p>Funciona con ayuda si / no</p>
<p>C- Funcionamiento familiar.</p> <p>Se refiere a la interacción esperada con la pareja, los padres, los hijos y otros familiares. Al puntuar prestar atención de lo que realiza el paciente en el contexto donde vive.</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p>Ausencia de discapacidad Discapacidad máxima</p> <p>Funciona con ayuda si / no</p>
<p>D-Funcionamiento en el contexto social.</p> <p>Se refiere a las actividades que se espera que realice el paciente como miembro de la comunidad, su participación en el ocio y en otras actividades sociales.</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p>Ausencia de discapacidad Discapacidad máxima</p> <p>Funciona con ayuda si / no</p>
<p>2-Duración de la discapacidad:</p> <p>1-Menos de un año</p> <p>2-Un año o más</p> <p>3 Desconocida</p>	

3-Capacidades específicas.

Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas anteriormente mencionadas y en cambio presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo de su autocuidado y funcionamiento del individuo en la comunidad o en la familia.

Como ejemplo habilidad para tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.

1-Marcar si existen habilidades específicas y describirlas

ANEXO 4-REGISTRO GCP.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS					
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS					
Nº Historia		NºSeguridad Social		Fecha de presentación	
DATOS DE IDENTIFICACION					
Nombre y Apellidos:					
Fecha de Nacimiento		Lugar			
Dirección				Teléfono	
				Teléfono	
Localidad				DNI	
DATOS ASISTENCIALES					
FAC. RESP.		Coordinador de Cuidados			
Enfermero		Trabajador Social		Otros	
Servicios Sociales		Trabajador Social		Teléfono	
Centro de Salud		Médico de Atención Primaria		Teléfono	
Régimen Seg. Soc.	Pensionista__ Activo__ Autónomo__ Beneficiario__ Hogar__ Otros__				
DATOS SOCIOECONOMICOS					

Estado Civil		Estudios		Profesión			
Tipo de Convivencia	__ Sólo		Tipo de Vivienda	__ Propia			
	__ Familia Propia			__ Alquilada			
	__ Familia Origen			__ Cedida			
	__ Amigos			__ Amigos			
	__ Piso Tutelado						
	__ Residencia		Incapacidad Laboral	SI		NO	
	__ Otros						
Fuente de Ingresos	__ Trabajo propio		Tipo	__ Total			
	__ Pensión Contributiva			__ Absoluta			
	__ Hijos a cargo			__ Gran Invalidez			
	__ Otros						
			Invalidez Provisional	SI		NO	
Ingreso mensual neto			Minusvalía	__ SI __ NO	Grado		
Incapacidad Civil	SI		Tipo de incapacidad	__ Tutela			
	NO			__ Curatela			
	EN TRAMITE						
Nombre del Tutor Legal				Teléfono			
OTRAS PERSONAS RELEVANTES DE CONTACTO							
NOMBRE	RELACCION	DIRECCION	TELEFONO				

Diagnóstico Clínico					CIE 10					
<u>Inicio de la enfermedad (Fecha, breve descripción sintomática,...)</u>										
<u>Tratamientos anteriores:</u>										
INGRESOS:										
Hospitalizaciones			Fecha del 1º ingreso	Fecha del ultimo ingreso	Nº total de ingresos 2 últimos años)	Duración media		SSM	Hosp	
	Si						Utilización de Urgencias	Si		
	No							Ni		
Intentos Autolíticos				Si						
				No						
Tratamiento										
Tratamiento actual	farmacológico	Pauta	Adherencia al tratamiento							
			Acude regularmente							
			Irregular							
			No acude							
			DAI 10 inicio							
			DAI 10 revisión							

<u>Efectos secundarios relevantes en el paciente:</u>									

Problemas físicos añadidos	Si	Consumo de tóxicos	Si	Tipo	
	N O		No		
Diagnóstico y tratamiento patología somática concurrente					
COLABORACION DEL PACIENTE Y FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO			PACIENTE	FAMILIA	
Conoce la enfermedad			Si___ No___	Si___ No___	
Conoce su tratamiento			Si___ No___	Si___ No___	
Grado de autonomía en la toma de medicamentos			Si___ No___	Si___ No___	
Conoce los efectos secundarios			Si___ No___	Si___ No___	
Actitud frente a la indicación para la Continuidad de Cuidados (Buena, Mala, Regular)					
UTILIZACION DE RECURSOS ESPECIFICOS PREVIA Y ACTUAL					
RECURSO	P	A	PERSONA DE REFERENCIA	TELEFONO	
HD					
CRPSL					
Hospital de día					
Residencia					
UME					
Otros					

GAF/EEAG: inicio: revisión:

DAS (WHO-DAS): inicio: revisión:

NECESIDADES

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SU PSICOPATOLOGIA

AUTOCUIDADOS Y SALUD

VIVIENDA

RELACIONES PERSONALES

FAMILIAR

LABORAL

ECONÓMICA

OCIO- TIEMPO LIBRE

EDUCATIVAS
OTRAS

Área Familiar:

Genograma:

Antecedentes psiquiátricos familiares:

Valoración de la familia respecto al paciente (EE)

Expresión de Crítica: Si ___ No___

Hostilidad: Si___ No___

Sobreprotección: Si___ No___

Factores estrés familia: Si ___ No ___

Tiempo de contacto familia-paciente semanal: ¿Con quién?

Menos de 30h ___ entre 30 y 40h___ más de 40h___

NIVEL DE INTERVENCION DE GESTIÓN DE CASOS

NIVEL INTERVENCION EN GC	FECHA	FECHA	FECHA
NIVEL 1			
NIVEL 2			
NIVEL 3			

AREAS DE INTERVENCION

ANEXO 5-PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Nombre y apellidos

PROBLEMA	FECHA	OBJETIVOS	ACCIONES	PROFESIONAL RESPONSABLE	EVALUACION

ANEXO 6- PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS.

PLAN DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO

Descripción de pródromos:	
Identificación de situaciones de riesgo:	
Antecedentes de conducta de riesgo :	
Plan de actuación ante situaciones de riesgo	
OBJETIVOS	INTERVENCIONES

ANEXO-7- DAI 10 INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN.

NOMBRE DEL USUARIO:

FECHA:

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas.

Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Si desea cambiar alguna respuesta, tache con una X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

1. Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo V F
2. Me siento raro/a, como un zombi con la medicación V F
3. Tomo medicación por decisión mía V F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a V F
5. La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a V F
6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a V F
7. Me siento más normal con la medicación V F
8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones V F
9. Mis pensamientos son más claros con medicación V F
10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo V F

EVALUACIÓN DEL DAI 10

NOMBRE DEL USUARIO

FECHA

1	V	2	F	1	
2	V	1	F	2	
3	V	2	F	1	
4	V	2	F	1	
5	V	1	F	2	
6	V	1	F	2	
7	V	2	F	1	
8	V	1	F	2	
9	V	2	F	1	
10	V	2	F	1	
		SUMA		SUMA	TOTAL

OBSERVACIONES

CONSIDERACIONES

V-Verdadero.

F-Falso.

Las puntuaciones por debajo de 20 son consideradas como falta de adherencia al tratamiento.

ANEXO-8- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INCLUSIÓN EN LA GESTIÓN DE CASOS PERSONALIZADA.

Nombre del paciente

Nombre del familiar o tutor:

Información sobre la gestión de casos personalizada.

La gestión de casos es una herramienta asistencial que persigue que la atención a la persona sea completa y globalizada con el fin de que esta se mantenga en su entorno comunitario con una calidad de vida óptima, implicando a la comunidad, la familia y al propio paciente en el proceso de su recuperación independientemente de su capacidad jurídica.

El profesional encargado del caso o Gestor del Caso utilizará para estos fines las visitas al domicilio del paciente, las llamadas telefónicas y los acompañamientos terapéuticos del paciente dependiendo de las necesidades hasta lograr el alta.

Habiendo sido informado/a sobre la Gestión de Casos Personalizada a D / D^a xxxx y no presentando dudas al respecto, doy mi consentimiento para ser incluido en la misma.

En -----a-----de-----del-----

Fdo el paciente. Fdo el familiar. Fdo El gestor de casos.

ANEXO-9 FORMULARIO APLICACIÓN INFORMÁTICA DEL PAISM

- Nombre del Gestor del Caso.
- Profesión

- Fecha PITR
- Nivel de atención en PITR
- Fecha Reevaluación Plan de cuidados GC
- fecha de Reevaluación PITR

ANOTACIONES

- Fecha xx/xx/xxx:

- Fecha xx/xx/xxx:

- Fecha xx/xx/xxx:

- Fecha xx/xx/xxx:

- Fecha xx/xx/xxx:
