



Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental
de Castilla-La Mancha (PAISM):

TRASTORNO MENTAL GRAVE

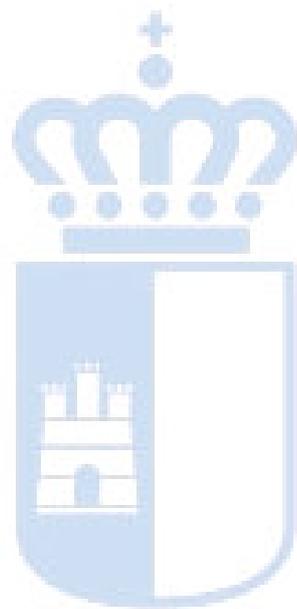
(Versión implantación VIMP - 1: 16/04/12)



Fundación Sociosanitaria
de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha



ELABORADO POR:

GRUPO DE TRABAJO DEL ÁREA DE SALUD DE ALBACETE

Natividad Alarcón Tabarra
Luis Víctor Blas Fernández
José Contreras Martínez
Juan Antonio Estévez Salinas
Eliseo Iniesta López
José López Santiago
M^a Jesús Montes Lozano
M^a Dolores Ruiz Valero
Juan Manuel Téllez

GRUPO DE TRABAJO DEL ÁREA SALUD DE CUENCA

Patricia Barbas Calvo
Paloma Fernández Navarro
Mar Gómez Santillana
Juan Carlos Guillén Izquierdo
Eva Laguna Donaire
Luz Martínez Cañas
M^a Antonia Pastor Orcero
Silvia Salido
José Luis Santos Gómez
Román Solano Ruipérez
Clara Villanueva
Beatriz Villora Galindo
Colaboración: José Antonio Ballesteros
Cavero, Elisa Baselga López, Milagros Ruiz
García

GRUPO ASESOR

Alberto Casas Toral
Víctor Devolx Neyra
Susana García-Heras Delgado
Daniel Navarro Bayón
Metodóloga: Marta Nieto Moreno

SECRETARÍA Y MAQUETACIÓN: Trinidad Martínez Martínez

VERSIÓN IMPLANTACIÓN 1 (VIMP – 1)
--

REVISADO POR:

Víctor M. Devolx Neyra, Jaime Domper Tornil, M ^a Luz Fernández Marín, José Antonio López Cócera

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.
- **CRPSL:** Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
- **CPMG:** Comisión de Patología Mental Grave de Área.
- **CSMA:** Coordinador de Salud Mental de Área
- **DDRR:** Dispositivos residenciales de la FSS
- **FRD:** Facultativo Responsable de Dispositivo.
- **FRP:** Facultativo Responsable del Proceso.
- **FSS:** Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
- **GC:** Gestor de Caso.
- **HD:** Hospital de Día.
- **MF/MAP:** Médico de familia.
- **PTAC:** Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.
- **PITR:** Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación.
- **SS:** Servicios Sociales
- **SM:** Salud mental
- **TMG:** Trastorno Mental Grave.
- **UHB:** Unidad de Hospitalización Breve.
- **UME:** Unidad de Media Estancia.
- **USM:** Unidad de Salud Mental.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

2. DEFINICIÓN DEL PROCESO

- 2.1 Definición funcional del proceso
- 2.2 Límites de entrada del proceso
- 2.3 Puertas entrada y de salida del proceso

3. MAPA DEL PROCESO

4. DESTINATARIOS DEL PROCESO. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

5. ACTIVIDADES DEL PROCESO

5.1 DETECCIÓN.Y CAPTACIÓN

- 5.1.1 Detección y captación del paciente con potencial “Trastorno Mental Grave”
- 5.1.2 Información al paciente y a la familia
- 5.1.3 Derivación a la Unidad de Salud Mental

5.2. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

- 5.2.1 Confirmación de Trastorno Mental Grave: Entrevista de validación
- 5.2. 2 Asignación del Facultativo Responsable del Proceso (FRP)
- 5.2.3 Primeras medidas asistenciales y terapéuticas
- 5.2.4 Evaluación clínica, funcional y familiar y propuesta de intervención

5.2.5 Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y
Rehabilitación (PITR)

5.2.6 Presentación PITR al paciente y a la familia

5.2.7 Devolución de información a AP y/o dispositivo derivante

5.3. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

5.3.1 Aplicación PITR en los correspondientes dispositivos

5.3.2 Revisión y reevaluación del PITR

5.3.3 Información al paciente, familia y AP

5.3.4 Seguimiento del proceso

5.3.5 Actividades asistenciales y terapéuticas

6. REPRESENTACIÓN GRÁFICA

7. INDICADORES DE PROCESO

8. RESPONSABLES DEL PROCESO

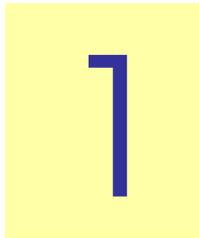
9. ANEXOS

NOTA PREVIA.

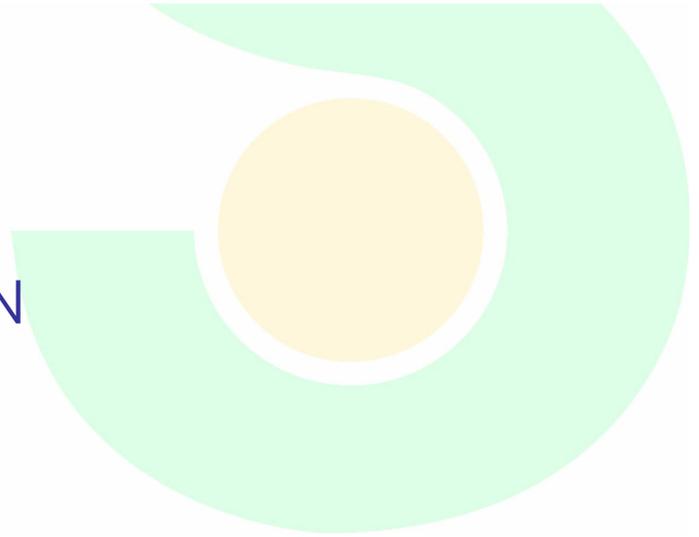
Esta versión del PAISM – TMG se ha dispuesto para su implantación, dentro de los objetivos asistenciales marcados por la dirección del SESCAM para este año. A pesar de ello tiene un claro carácter provisional por varias razones:

- **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 criterio 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.

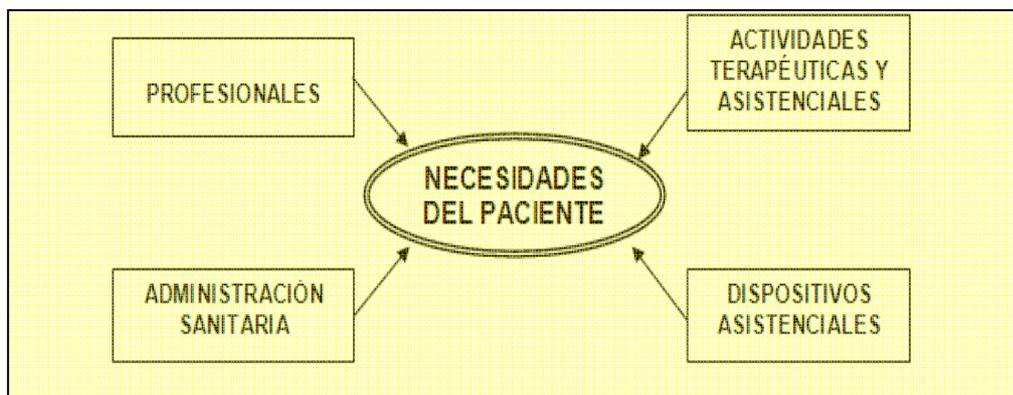
La Visión de los **PROCESOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL DE CASTILLA LA MANCHA** es conseguir una asistencia integrada e integral de máxima calidad para los pacientes con trastornos mentales más graves, mediante la consecución de la **mejor organización posible de los recursos disponibles**, que asegure 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.

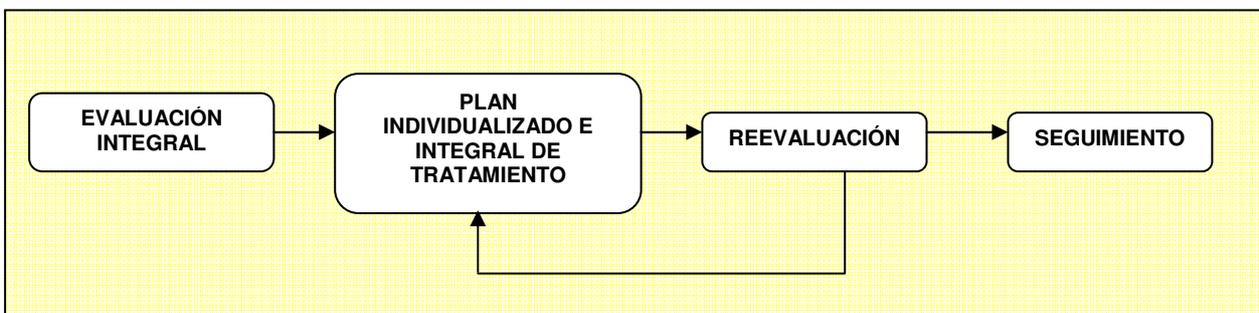
Para lograr esta misión se proponen las siguientes **estrategias**:

- 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 interdisciplinar**, 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 TMG

2.1. DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

La definición funcional de este proceso se refiere al conjunto de actividades encaminadas a la atención **sociosanitaria integral** del paciente con trastorno mental grave (TMG), incluyendo:

- La detección, identificación y diagnóstico precoces de las personas con TMG.
- La evaluación clínica y funcional del paciente y de sus circunstancias vitales.
- La elaboración consensuada de un Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (**PITR**)
- La aplicación **COORDINADA E INTEGRADA** 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 DE ENTRADA DEL PROCESO

Límite Inicial

Personas adultas (≥ 18 años) residentes en Castilla-La Mancha que reúnan todos los criterios citados a continuación:

- Cumplen criterios diagnósticos (CIE-10) para alguno de los siguientes trastornos: Trastornos esquizofrénicos (F20.x); Trastorno esquizotípico (F21); Trastornos

delirantes persistentes (F22); Trastornos esquizoafectivos (F25); Trastorno de la personalidad paranoide (F60.0), esquizoide (F60.1); Episodio Depresivo Grave con síntomas psicótico (F32.3), Trastornos Depresivos Graves recurrentes con síntomas psicóticos (F33.3); Trastorno Bipolar (F31.x); Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (límite) (F.60.3X).

- Presentan discapacidad moderada-severa en alguna de las siguientes áreas: auto-cuidados, desempeño laboral, apoyo social, autonomía en el entorno comunitario y en el uso de recursos sociales, administración económica, manejo de actividades de ocio y tiempo libre. Puntuación igual o inferior a 50 en EEAG.
- Requieren un abordaje socio-sanitario complejo e intensivo, mediante la combinación de intervenciones o uso de múltiples recursos y/o profesionales de la red asistencial.
- Tras un periodo de tratamiento de 2 años, el cuadro clínico y funcional no remite o aún remitiendo la sintomatología, las discapacidades persisten durante un periodo de al menos 6 meses.

Límite Final

- Aquellas personas que tras un tiempo de al menos 2 años de seguimiento estimado como suficiente por los profesionales, presentan una remisión o mejoría clínica significativa y una recuperación funcional, no requiriendo un abordaje terapéutico complejo.
- Pacientes en sospecha inicial y confirmación de TMG, pero que responden al tratamiento y recuperan niveles de funcionamiento anterior o que evolucionan hacia el Programa General del Adulto.

Límites marginales

- Discapacidad intelectual moderado-grave.
- Trastornos mentales secundarios a enfermedades médicas o a trastornos mentales orgánicos.
- Trastornos mentales secundarios de forma específica al consumo de drogas.

- Pacientes que, por su edad y condiciones generales, pudieran beneficiarse más de la red de recursos geriátricos.

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 TMG. Por lo tanto, y especialmente en los casos de AP y SS, mantendrán una relación definida con la USM.

Las vías de entrada al proceso Trastorno Mental Grave más adecuadas y frecuentes son:

Atención Primaria, Unidad de Hospitalización Breve, Urgencias de Salud Mental, Unidad de Salud Mental, Servicios Sociales básicos y especializados

Puertas de salida

La puerta de salida de este proceso es la USM, bien hacia el Programa General del Adulto de la USM o hacia Atención Primaria.

3

MAPA DEL PROCESO DE NIVEL 1

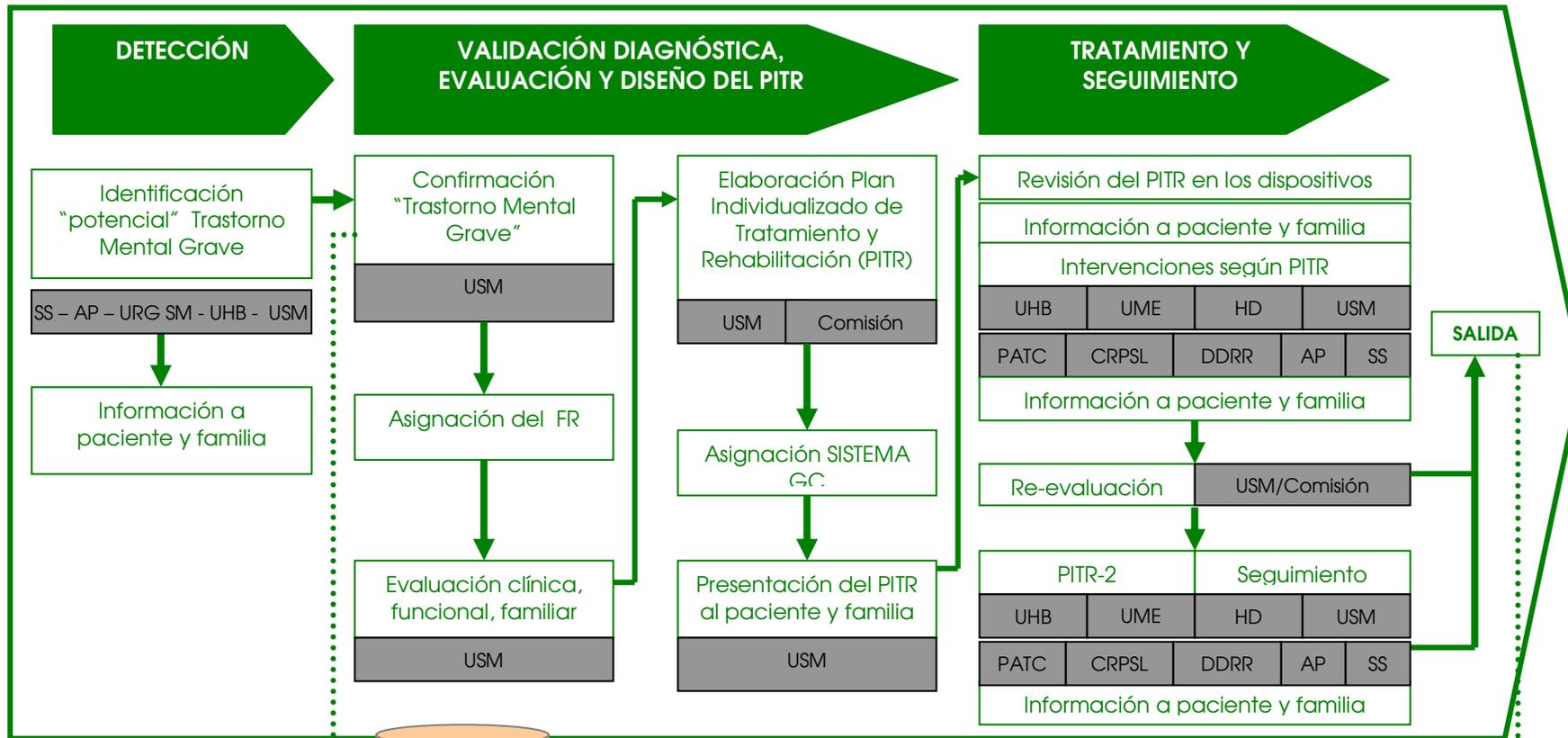


MAPA DEL PROCESO DE NIVEL 1

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Plan Regional de Salud Mental (2005-2010) Plan de Calidad de SESCOAM Plan de Calidad de Salud Mental Guías de Práctica Clínica Plan de Docencia e Investigación Plan de Cuidados

PROCESOS OPERATIVOS



PROCESOS DE SOPORTE



Servicio de Admisión Dpto. Recursos Humanos Transporte Sanitario Asociaciones de Familiares Laboratorio Servicio Protección de Datos Farmacia Plan PERSEO de seguridad

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES (Pacientes y familiares)

SATISFACCIÓN NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES

4

DESTINATARIOS DEL PROCESO.

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

Está prevista la realización de un estudio de necesidades y expectativas de los destinatarios del proceso.

Además, se dispone de información de necesidades y expectativas de los destinatarios del proceso Trastorno Mental Grave procedente del informe realizado en 2007: *"Necesidades y demandas de las personas con trastorno mental y de sus cuidadores"* del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010. El citado informe se ha elaborado a partir de las transcripciones de las grabaciones realizadas en los grupos cualitativos (grupos focales) realizados por FISCAM en distintas localidades de Castilla-La Mancha, en relación con el citado Plan de Salud Mental.

- **Sobre los recursos:**

- Desarrollar y extender recursos para reducir desigualdades territoriales en todo la región.
- Necesidad de recursos de media y larga estancia.
- Centro para enfermos difíciles de ubicar, que no cumplen el perfil de otros recursos.
- Más recursos residenciales y con menos listas de espera.
- Entidades privadas que ofrezcan cuidados complementarios a la Red Pública.

- Espacios verdes para pasear en las unidades de hospitalización.
- **Sobre la Atención en crisis:**
 - Seguimiento para prevenir y evitar crisis y mantenimiento en la comunidad.
 - Mayor apoyo en situaciones de crisis y evitar ingresos y cronificación.
 - Mayor frecuencia de visitas de seguimiento, ambulatorias y domiciliarias (por parte de Enfermería y Trabajador Social).
 - Abordar la rehabilitación desde el inicio de la enfermedad (primeras crisis), especialmente en los más jóvenes.
- **Sobre el Tratamiento:**
 - Atención continuada e integral.
 - Continuidad de cuidados y tratamientos (farmacológicos y de rehabilitación).
 - Disponer de un responsable de tratamiento.
 - Mayor y mejor coordinación entre profesionales, por medio de interconsultas y consultas telefónicas.
 - Que profesionales sanitarios roten por los CRPSL.
 - Mayor calidad en la asistencia: accesibilidad a los servicios, amabilidad en el trato, mayor apoyo de los profesionales.
 - Mayores ayudas económicas y acompañamiento para desplazamientos a tratamiento.
- **Sobre la Inserción Socio-Laboral:**
 - Más oportunidades de inserción social y laboral.
 - Disponer de mayores facilidades en acceso a vivienda, formación profesional, mercado laboral, etc.
 - Potenciar Empresas de Empleo protegido, Cooperativas y Empleo normalizado.
 - Estrategias encaminadas a disminuir la discriminación.
 - Desarrollo legislativo dirigido a incremento de la protección de los derechos del enfermo mental: vivienda tutelada o protegida, administración de bienes, formulas de tutela y curatela, valoración de la discapacidad, incapacidad, etc.
 - Locales para actividades lúdicas para enfermos mentales (Clubes, Ludotecas, etc).

- Más viviendas tuteladas y minirresidencias.
- Apoyo para incrementar las relaciones sociales y disminuir la dependencia paterna.
- Más actividades lúdicas y deportivas.

- **Sobre la Atención a Familiares y su Morbilidad:**
 - Que se cuente más con la familia en el tratamiento integral del paciente.
 - Relevo temporal o definitivo de los familiares.
 - Igualdad en ayudas a viajes y vacaciones por parte de los Servicios Sociales que las de personas con discapacidad o mayores.
 - Apoyo técnico y comunitario a la familia, que complemente al de las asociaciones: Grupos de soporte familiar.
 - Programas dirigidos a la atención de la sobrecarga y el estrés del cuidador.
 - Atención a familiares que convivan con enfermos mentales, como niños, adolescentes y mayores.
 - Detección e intervención en maltrato físico y psicológico entre familiares y enfermos mentales.
 - Adaptación e incremento de la Ayuda a Domicilio en enfermos mentales.
 - Apoyo para potenciar la independencia con respecto de los padres.
 - Garantías para que sean cuidados cuando falten los padres.
 - Apoyo de otras personas para las salidas de los familiares y que no pierdan las relaciones sociales.

- **Sobre el Movimiento Asociativo:**
 - Apoyo y fortalecimiento del movimiento asociativo.
 - Mayor coordinación con voluntariado y ONGs.

- **Sobre la Información:**
 - Más información a familiares sobre la enfermedad mental, que sea interactiva, (orientación, información, comprensión y afrontamiento).
 - Más información para la población acerca de los enfermos mentales para potenciar la tolerancia.

- Formación e información a los medios de comunicación a fin de disminuir los mensajes negativos que transmiten.
- Mayor difusión en los medios de comunicación sobre los trastornos mentales (Que se hable más)
- Inclusión de información sobre la enfermedad mental desde los programas educativos.

5

ACTIVIDADES DEL PROCESO

SUBPROCESO	Nº	ACTIVIDAD
5.1 DETECCIÓN Y CAPTACIÓN	1	Detección y captación del paciente con potencial "Trastorno Mental Grave"
	2	Información al paciente y a la familia
	3	Derivación a la Unidad de Salud Mental
5.2 VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR	1	Confirmación de Trastorno Mental Grave: Entrevista de validación
	2	Asignación del Facultativo Responsable del Proceso (FRP)
	3	Primeras medidas asistenciales y terapéuticas
	4	Evaluación clínica, funcional y familiar y propuesta de intervención
	5	Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR)
	6	Presentación PITR al paciente y a la familia
	7	Devolución de información a AP y/o dispositivo derivante
5.3 TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	1	Aplicación PITR en los correspondientes dispositivos
	2	Revisión y reevaluación del PITR
	3	Información al paciente, familia y AP
	4	Seguimiento del proceso
	5	Actividades asistenciales y terapéuticas

SUBPROCESO 5.1 DETECCIÓN Y CAPTACIÓN

(Ver notas¹ y ²)

5.1.1. DETECCIÓN DEL PACIENTE CON POTENCIAL TMG

Profesional responsable

Facultativos de las puertas de entrada sanitarias y técnicos de las puertas de entrada de Servicios Sociales (SS)

Modo de realizar la actividad

- El objetivo de esta actividad es detectar pacientes con posible TMG, que estén fuera del circuito de atención sociosanitaria.
- Se utilizarán como referencia los criterios de sospecha que figuran en el anexo 1.
- En su caso los profesionales sanitarios realizarán una exploración psicopatológica en base a los criterios que figuran en el anexo 1.
- Se aconseja utilizar escala de evaluación estandarizada (Anexo 3)
- Se intentará contar con información proporcionada por familiares y cuidadores, así como otras fuentes de información relevantes.
- Esta intervención tendrá carácter terapéutico e irá dirigida a la contención del paciente en aquellos casos que lo requieran.
- Para realizar esta actividad será necesario previamente abrir o crear una historia de proceso en la Aplicación Informática del Proceso, al objeto de poder acceder a los siguientes formularios de de la aplicación³.

Registro de la actividad

- Anotación en historia clínica en dispositivo sanitario. o registro personal en dispositivo de SS.

¹ Actualmente todavía no se han desarrollado las intervenciones concretas de Servicios Sociales en el Proceso.

² Existe un manual donde se explica la manera de utilizar la Aplicación Informática del Proceso a la que se hace mención a partir de ahora.

³ La operación de apertura de historia de proceso, se tendrá que hacer siempre que se quiera acceder a la aplicación y a cualquiera de sus formularios.

- Formularios de creación o apertura de historia de proceso de la Aplicación Informática del Proceso (AIP).
- Ver anexo 10: "Indicadores sobre registro e anotaciones".

5.1.2. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

Profesional responsable

Facultativos de las puertas de entrada sanitarias y técnicos de las puertas de entrada de SS.

Modo de realizar la actividad

- Se realizará en todas las puertas de entrada al proceso y siempre asociada a la posterior confirmación de criterios de sospecha
- Se proporcionará información básica al paciente y a la familia de lo que puede ser un TMG (tomando como referencia la información que figura en el anexo 1), así como de la necesidad de que el paciente esté controlado dentro de la red asistencial de SM.
- Se prestará apoyo específico para que el paciente y la familia asuman la situación.

Registro de la actividad

- Anotación en historia clínica en dispositivo sanitario o registro personal en dispositivo de SS.

5.1.3 DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Profesional responsable

Facultativos y técnicos de los dispositivos derivantes.

Modo de realizar la actividad

- Cuando la sospecha de riesgo de TMG se presente en la USM, el facultativo correspondiente accederá directamente a la Aplicación Informática del Proceso (AIP) y a los siguientes formularios:
 - Formulario de creación o apertura de historia de proceso y activación del proceso.
 - Formulario “Confirmación del diagnóstico de sospecha y propuesta de evaluación”, para su cumplimentación e inicio del proceso.
- Cuando la sospecha de riesgo de TMG se presente en otros dispositivos de Salud Mental, en urgencias de Salud Mental o en AP, el facultativo accederá a la AIP de la siguiente manera:
 - Formulario “Captación y detección”, para su cumplimentación.
 - Al mismo tiempo enviará un mensaje por el sistema de mensajería interno de la AIP al coordinador de la USM, informando de la detección del caso.
- Por último y utilizando el sistema habitual, el facultativo derivará al paciente a la USM, donde se le dará cita en el transcurso del mes siguiente. El facultativo derivante deberá comprobar que el paciente ha acudido a la cita correspondiente. En caso contrario y en colaboración con la USM se desarrollarán acciones encaminadas a captar de nuevo al paciente. En el documento de derivación se hará constar expresamente que al paciente se le ha detectado un posible TMG.
- La derivación se hará con carácter urgente en todos aquellos casos justificados.

Registro de la actividad

- Anotación en historia clínica en dispositivo sanitario o registro personal en dispositivo de SS.
- Formularios de la AIP: “Captación y detección” y “Confirmación del diagnóstico de sospecha”.

SUBPROCESO 5.2 VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

5.2.1 CONFIRMACIÓN DE TRASTORNO MENTAL GRAVE. ENTREVISTA DE VALIDACION

Profesional responsable

- Cuando el paciente sea nuevo en la USM, la validación la realizará el facultativo que ve por primera vez al paciente.
- Cuando el paciente ya está siendo tratado en la USM, 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.

Modo de realizar la actividad.

- Esta operación se realizará siempre en la USM.
- Cuando el paciente sea visto por primera vez o tenga características de nuevo, la entrevista de validación se realizará siempre en consulta de 45 minutos.
- El facultativo accederá al formulario "Confirmación de 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 otros dispositivos de SM, urgencias de Salud Mental o AP.
- También podrá acceder al formulario "Detección y captación" para recabar más datos de la derivación.

- Además se reflejará en la historia clínica del paciente la evaluación prevista en el proceso sobre las diferentes áreas que se relacionan más adelante, así como los resultados de las distintas escalas utilizadas.
- Se realizará la validación de los criterios de TMG, confirmándose que se cumplen los límites de entrada al proceso: diagnóstico clínico y curso, nivel de funcionamiento psicosocial y laboral, uso de recursos socio-sanitarios, duración de la discapacidad. Para ello se accederá al formulario de “Validación diagnóstica del TMG”, accesible desde el formulario “Confirmación del diagnóstico de sospecha”.
- Se recomienda además, emplear instrumentos estandarizados dirigidos a establecer diagnósticos y a la evaluación del funcionamiento psicosocial (Anexo 3)
- La confirmación de TMG se realizará en un tiempo máximo de 1 mes desde la recepción administrativa de la derivación, utilizándose todas las entrevistas que sean necesarias para ello.
- 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 7).
- 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 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 (inicialmente siempre en la USM), con independencia de ingresos temporales por ejemplo en la UHB.

Registro de la actividad

- Formulario AIP: “Confirmación del diagnóstico de sospecha y propuesta de evaluación”, “Validación diagnóstica del TMG” y “control Temporal del paciente”.
- Censo del proceso TMG.

5.2.2 ASIGNACIÓN DE FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PROCESO (FRP)

Profesional responsable

Responsable de la USM

Modo de realizar la actividad

- Como norma general será aquel que realiza la confirmación del diagnóstico de sospecha, quien continuará con sus funciones hasta su ratificación con motivo de la reunión de la comisión interdisciplinar del proceso (CIP) (anexos 8A / B).
- No obstante, cada USM podrá establecer otros procedimientos de asignación de esta figura.
- Las funciones del FRP son las que figuran en el anexo 6.

5.2.3 PRIMERAS MEDIDAS ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS

Profesional responsable

Facultativo Responsable del Proceso (FRP)

Modo de realizar la actividad

- Hasta tanto el caso no sea visto por la CIP, 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.
- Igualmente y de acuerdo a las propuestas de los otros profesionales que participen en la evaluación, el FRP activará todas aquellas medidas terapéuticas

y asistenciales de las que el paciente se pueda ir beneficiando, mientras se elabora y aprueba su PITR.

Registro de la actividad

- Formulario de la AIP: "Actuaciones realizadas antes del PITR"
- Anotaciones en historia clínica.

5.2.4 EVALUACIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y FAMILIAR Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Profesional responsable

Facultativo Responsable del Proceso (FRP)

Modo de realizar la actividad

- Tras realizar la confirmación del diagnóstico de sospecha, el FRP decidirá si ya se cuenta con información suficiente como para realizar el PITR o si es necesario realizar exploraciones y evaluaciones en más profundidad por otros profesionales.
- Si este fuera el caso, derivará el paciente a través de la AIP a los profesionales que considere necesarios de la USM (Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Enfermera, Trabajador Social) para que realicen las evaluaciones específicas. En caso contrario el FRP avanzará hacia el siguiente paso del proceso: elaboración del PITR.
- Por indicación del FRP, podrán participar en la evaluación otros profesionales de otros recursos de la red de Salud Mental, que ayuden a complementar la evaluación de determinados aspectos con mayor profundidad (por ejemplo terapeutas ocupacionales). Igualmente se puede recurrir a otros servicios sanitarios y sociales para complementar la información necesaria.

- Cada USM dispondrá de los mecanismos necesarios, para que se habiliten las correspondientes consultas de evaluación, de acuerdo a los tiempos que se determinen como característica de calidad.
- En los casos de ingresos hospitalarios prolongados anteriores a la evaluación y la elaboración del PITR en la USM, se podrá iniciar el proceso de evaluación en las unidades hospitalarias a iniciativa del facultativo que le atiende y de acuerdo con el coordinador de la USM. En este caso el coordinador de la USM designará un FRP con antelación a la entrada del paciente en la USM.
- Los profesionales a quienes el FRP ha solicitado la valoración, realizarán la evaluación solicitada y propondrán las áreas de intervención (terapéutica y asistencial) que consideren pertinentes, reflejando todo ello en el formulario “Evaluación y propuesta de intervención”
Posteriormente enviarán un mensaje al FRP por la mensajería interna de la AIP indicando que la evaluación ya ha sido realizada.
- La evaluación estará orientada a la obtención de información suficiente para realizar el Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación.
- Conforme a estos objetivos, se explorarán las siguientes áreas:
 - Evaluación clínica: información de carácter general, valoración clínica, funcionamiento cognitivo, tratamiento y conciencia de enfermedad.
 - Evaluación social: red de apoyo social, red familiar, situación social.
 - Evaluación funcional: actividades de la vida diaria básicas e instrumentales o complejas.
 - Afrontamiento social y personal.
 - Evaluación ocupacional y laboral.
 - Exploraciones complementarias: quedan a juicio del clínico su solicitud.

En el anexo 4 figura una descripción más detallada de estas áreas.

- Se emplearán escalas e instrumentos estandarizados (Anexo 3) que complementen la información obtenida mediante la entrevista, según las siguientes indicaciones:
 - Todos los pacientes con TMG serán evaluados con, al menos, los siguientes instrumentos:
 - ♦ Escala de Gravedad Clínica (CGI)
 - ♦ Escala de valoración de la discapacidad de la OMS (DAS)
 - ♦ Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)
 - ♦ Escala de valoración del funcionamiento y necesidades psicosociales (Por ej. EVDP, HONOS)
 - La evaluación se puede complementar con otros instrumentos como: la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS), Escalas de Evaluación de los Síntomas Positivos y Negativos de la Psicosis (SAPS y SANS), Escala de Evaluación de los Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), Escalas de Calidad de Vida (por ejemplo, QLS, SLDS, QOLI)
- Posteriormente el FRP integrará la información de las evaluaciones y propuestas de intervención, así como la que obre en su poder, para ser presentada a la CIP / USM, a través del formulario "Elaboración del PITR". Cumplimentando los diferentes apartados de la parte A de dicho formulario.
- A continuación y a través de mensajería interna de la AIP, enviará un mensaje a todos los miembros de la CIP/USM, para que estos estudien con antelación la información contenida en los diferentes formularios, que estarán a su disposición en la AIP.
- Esta actividad, junto con la elaboración del PITR se realizará en un periodo máximo de 1 mes.

Registro de la actividad

- Formulario de la AIP: “Evaluación y propuesta de intervención” y “Actuaciones realizadas antes del PITR”.
- Anotaciones en historia clínica.

5.2.5 ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (PITR)

Profesional responsable

Facultativo Responsable del Proceso y Comisión Interdisciplinar del Proceso (CIP) /
USM

Modo de realizar la actividad.

- El PITR es el documento consensado 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.
- Todos los pacientes con TMG y como una característica propia de calidad del proceso deberían ser vistos en la CIP. Pero dada la evidente falta de capacidad temporal de dicha comisión para ver de manera adecuada a todos los TMGs, algunos pacientes en función de determinados criterios (ver anexos 8A/B), serán vistos en la USM, que en sesión de equipo constituido al efecto, valorará la información proveniente de la evaluación previa y elaborará su PITR
- El criterio de analizar el caso en uno u otro ámbito lo marca el FRP y el Presidente de la CIP, según se explica en los anexos 8A/B.

- En ambos casos, el FRP cuando disponga de las evaluaciones necesarias, comunicará a los miembros de la CIP / USM que la información está disponible en la AIP, de forma que al celebrarse la correspondiente sesión todos sus miembros hayan visto la información necesaria del caso con antelación.
- Los acuerdos de la CIP / USM se reflejarán en el apartado B del Formulario “Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación”, que será cumplimentado por el FRP
- En este momento la CIP/USM podrá proponer nuevas áreas de evaluación si lo considera pertinente y posponer si procede la elaboración del PITR.
- Los criterios para realizar la derivaciones a los dispositivos donde se desarrolla el PITR 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.
 - Se utilizará como guía los criterios de entrada en los diferentes dispositivos, que figuran en el anexo 5.
- 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 9.
- 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 reevaluado.

- Cada USM arbitrará el mecanismo concreto, por el cual se ejecuta la derivación al dispositivo de derivación (incluso en el caso de que este sea la USM).
- Tiempo máximo de elaboración del Pitr, junto con la fase de evaluación: **1 mes**.

Registro de la actividad

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

5.2.6 PRESENTACION Pitr AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

Profesional responsable

Facultativo Responsable del Proceso (FRP) y / o Gestor del caso, si lo hay

Modo de realizar la actividad.

- Se informará del Pitr a todos los pacientes con TMG y a sus familias.
- La presentación del Pitr a la familia estará determinada por:
 - La valoración del responsable del caso.
 - Consentimiento del paciente (si procede)
- Se considera conveniente que el paciente firme un contrato terapéutico, comprometiéndose con el Pitr, que previamente habrá tenido que ser consensuado con él.
- 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 historia clínica

5.2.7 DEVOLUCIÓN DE INFORMACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA Y/O DISPOSITIVO DERIVANTE

Profesional responsable

FRP

Modo de realizar la actividad

- Una vez elaborado el Pitr, el FRP enviará por la mensajería interna de la AIP un mensaje al facultativo derivante informándole de que el Pitr del paciente está disponible y accesible en la AIP.
- Cuando el dispositivo derivante no sea de AP, se identificará el MAP del paciente y se le hará llegar la misma información a través de la AIP o de cualquier otro medio.
- Tiempo máximo para realizar esta actividad: 15 días.

Registro de la actividad

- Anotación historia clínica

SUBPROCESO 5.3 TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

5.3.1 APLICACIÓN DEL PITR EN LOS CORRESPONDIENTES DISPOSITIVOS

Profesional responsable

Facultativo responsable de 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.
- En cada dispositivo y de acuerdo a sus modos de organización, cada paciente contará con un Facultativo Responsable de su PITR (Facultativo Responsable del dispositivo: FRD), al margen de la aplicación de otros sistemas de gestión de casos.
- En sus diferentes fases se realizará una adecuación del PITR remitido desde la CIP/USM, en el que se podrán incorporar modificaciones, que serán consensuadas con el FRP y GC si lo hay, 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.
- 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.
- La adecuación de la evaluación y el Pitr y el inicio de su aplicación, tendrá que estar realizada en el plazo de **una semana**, desde la recepción del paciente en el dispositivo de derivación.
- Cada dispositivo arbitrará el procedimiento adecuado para informar al paciente y a la familia de la adecuación del Pitr general al dispositivo, debiendo anotarse en la historia clínica la realización de este acto.
- Al alta por cualquier motivo, se elaborará el correspondiente informe de alta que irá acompañado de otro informe de continuidad de cuidados, que se colgarán de los almacenes de información que contiene la AIP, dando cuenta de ello al FRP y GC a través de la mensajería interna de la AIP. Dicho informe de continuidad de cuidados contendrá un resumen de todas las actividades

terapéuticas realizadas en las diferentes áreas, su efecto en el paciente y recomendaciones a desarrollar por el siguiente dispositivo al que es derivado el paciente.

- Al recibir el alta de cada dispositivo por los que haya ido pasando el paciente o en el que está cuando se reevalúe su Pitr, será evaluado según la escala EEAG, para poder establecer un histórico desde que entró en el proceso.
- 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.

Registro de la actividad

- Anotaciones en historia clínica.
- Informes de alta y continuidad de cuidados
- Formulario de la AIP "Control temporal del paciente".

5.3.2 REVISIÓN Y REEVALUACIÓN DEL Pitr

Profesional responsable

FRP y GC

Modo de realizar la actividad

- Con la antelación necesaria ambas figuras recopilarán la información suficiente como para presentar de nuevo el caso a reevaluación, a la que acompañarán sus propuestas de actuación.
- Para ello procederán de manera similar a la elaboración del primer Pitr accediendo al formulario "Reevaluación" de la AIP, cumplimentando el apartado A.

- Tras ello comunicarán por mensajería interna del AIP a la CIP/USM, que la información del paciente está disponible para ser utilizada en la sesión correspondiente.
- 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.
- 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 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.
- Anotaciones en historia clínica.
- Censo del TMG si procede.

5.3.3 INFORMACIÓN AL PACIENTE, 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 a AP, utilizando en este caso el mismo sistema que con el primer Pitr.

Registro de la actividad

Anotación en 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 en los dispositivos, tanto el FRP, como el GC cuando exista, realizarán un seguimiento del paciente a lo largo de toda su andadura en el proceso.
- La información que se debe registrar en el seguimiento, es de carácter procesual, intentando verter la menor información de tipo clínico posible (ver anexo 10).
- Para ello ambas figuras cumplimentarán los formularios de: "Seguimiento del FRP y GC", 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 de “Seguimiento de FRP y 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 TRASTORNO MENTAL GRAVE

ACTIVIDADES	Altamente Recomendable		Recomendable							
	USM	UHB	UME	UAE	HD	CRPSL	AP	Alternativas Residenciales	Centros de Formación y Empleo	Centros Especiales de Empleo
Terapia Farmacológica										
TEC										
Adherencia al Tratamiento										
Atención Urgencias										
Psicoterapia Paciente										
Psicoeducación Paciente										
Terapia Cognitivo-Conductual de síntomas psicóticos										
Entrenamiento en Habilidades Sociales										
Programas integrados										
Entrenamiento Afrontamiento de Estrés y Solución de Problemas										
Rehabilitación cognitiva										
Programas de AVD										
Programas de Tutela										
Consultas Programadas										
Programa de Ocio y Tiempo Libre										
Atención Residencial										
Intervenciones familiares										
Psicoeducación Familiar										
Atención Domiciliaria										
Información y apoyo a la familia										
Apoyo económico										
Rehabilitación Laboral										
Actividades ocupacionales										
Apoyo al empleo										
Formación profesional										



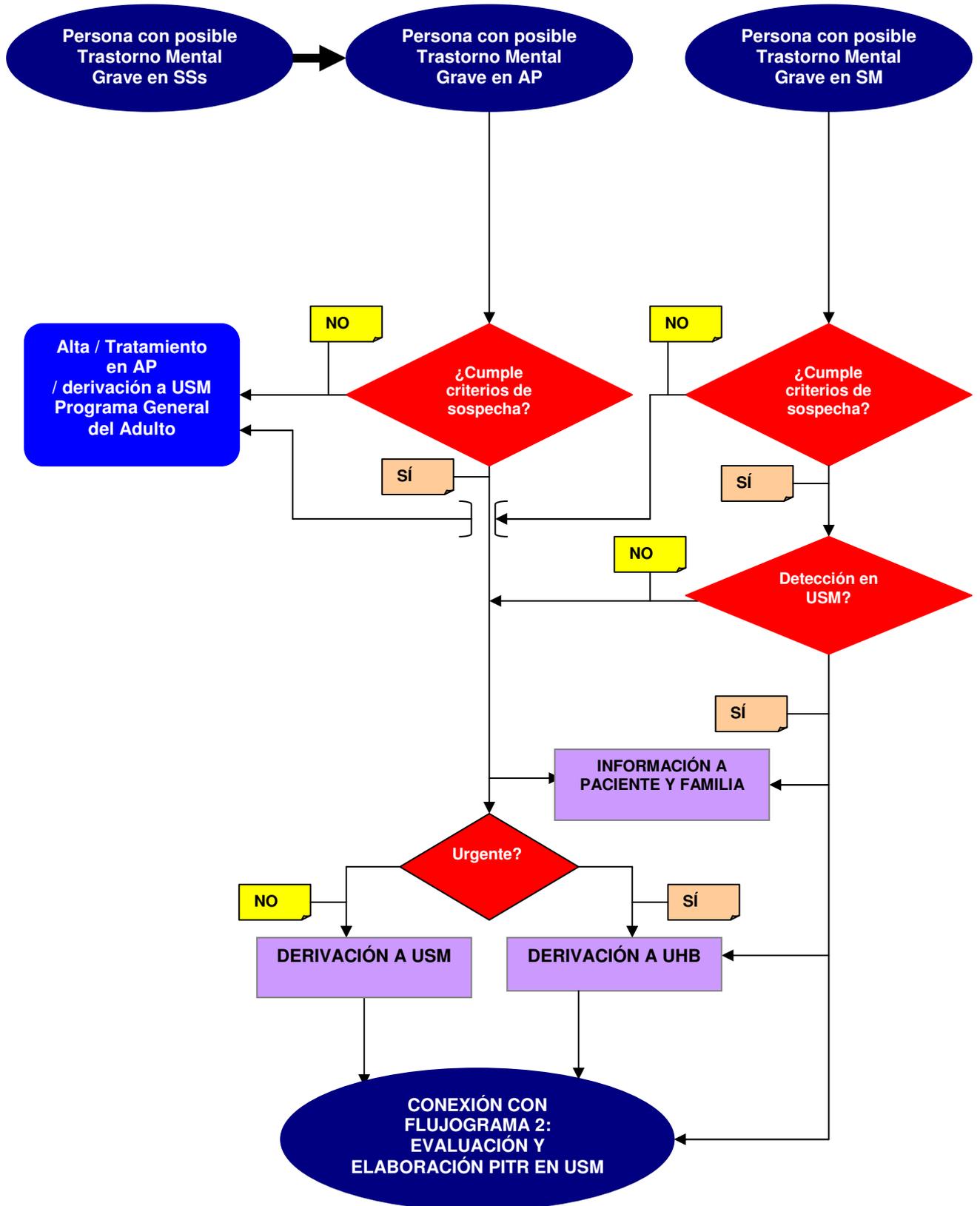
REPRESENTACION GRAFICA

Flujograma 1: Detección

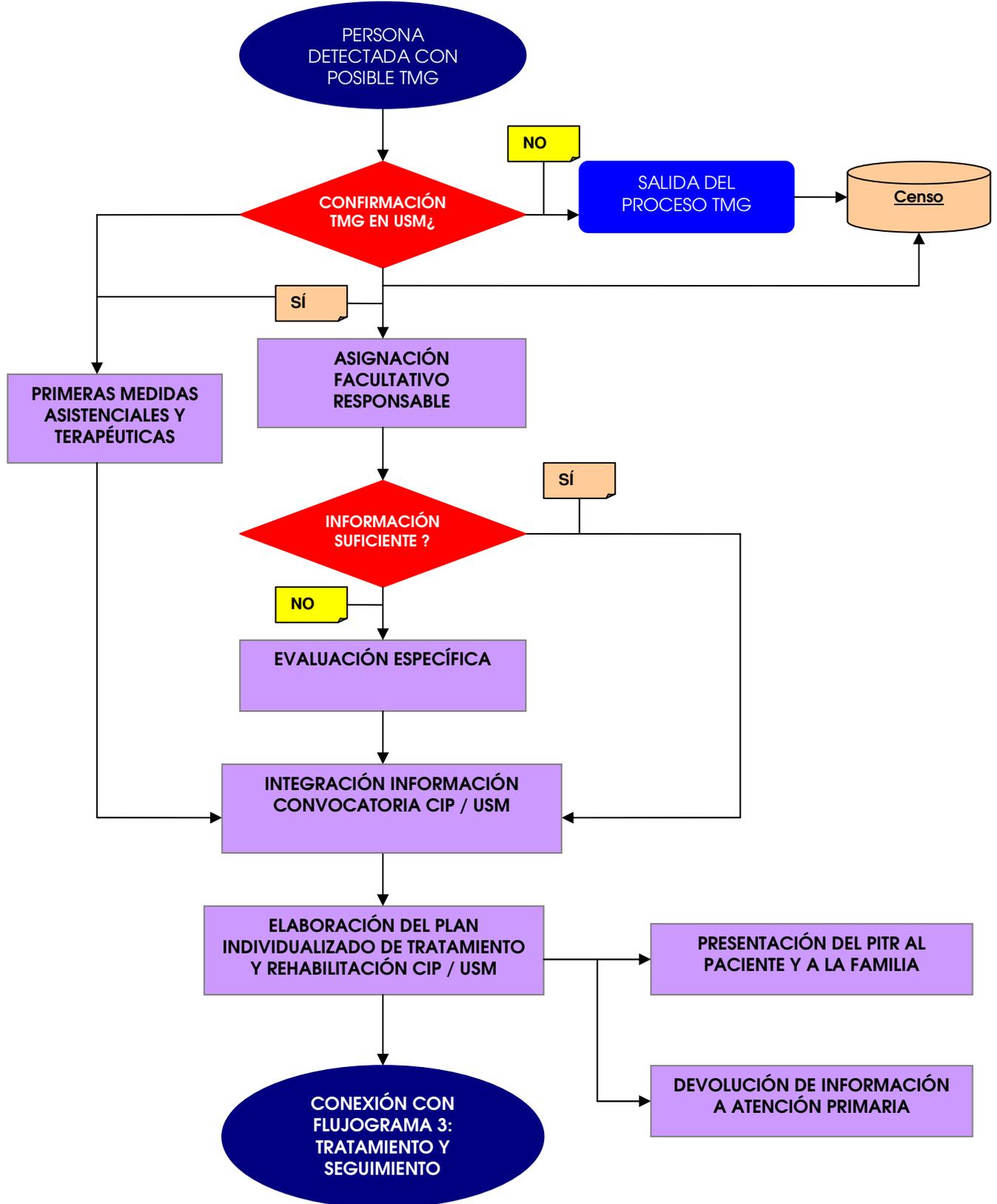
Flujograma 2: Validación Diagnóstica, Evaluación y Diseño del PITR

Flujograma 3: Tratamiento y Seguimiento

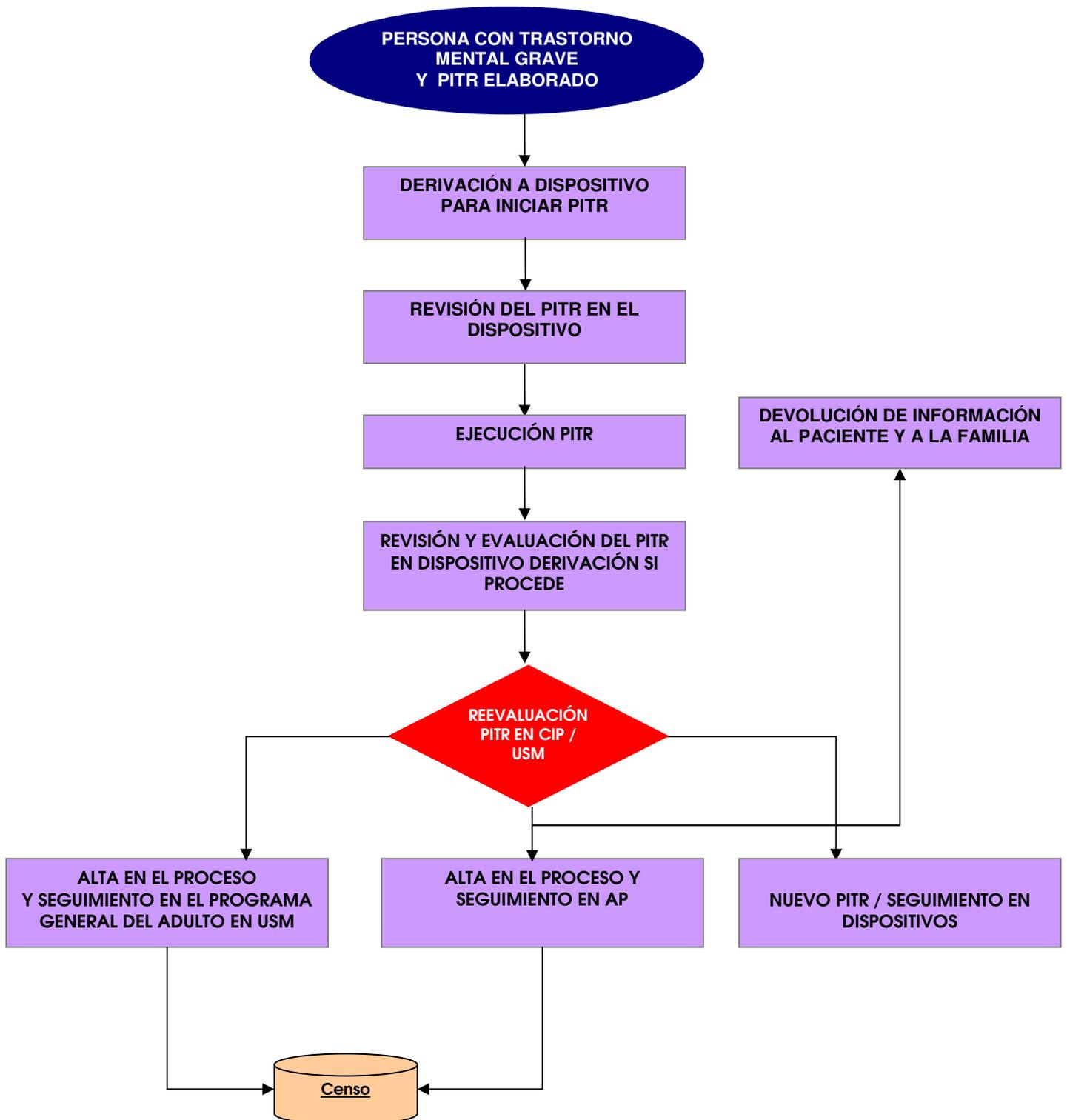
Flujograma 1. DETECCIÓN



Flujograma 2. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR



Flujograma 3. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO





INDICADORES DE PROCESO

Pendiente de elaborar

8

RESPONSABLES DEL PROCESO

A. NIVEL DE ÁREA DE SALUD MENTAL.

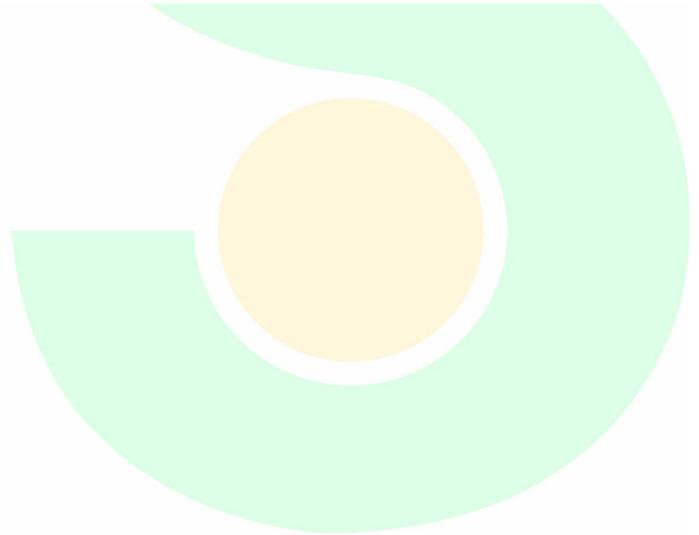
- La responsabilidad sobre el proceso en cada área y por lo tanto encargado de cuidar su aplicación, desarrollo, ajuste, perfeccionamiento y evaluación, será del Coordinador de Salud Mental de Área (CSMA). No obstante, el CSMA podrá delegar las funciones que considere oportunas en otro profesional del Área.
- Esta figura será también la encargada de proponer mejoras a nivel regional y de interactuar con el dueño del proceso a nivel de CLM.
- Para ejercer sus funciones, deberá apoyarse para el desarrollo de sus funciones en las deliberaciones de la Comisión Interdisciplinar del Proceso de Área (anexo 8A/B).

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 Nº	TÍTULO
1	Criterios de Sospecha
2	Entrevista validación diagnóstica TMG
3	Instrumentos y pruebas de evaluación recomendados
4	Áreas de evaluación
5	Criterios de derivación de dispositivos
6	Funciones Facultativo Responsable del Proceso (FRP)
7	Bases de datos
8A	Comisión Interdisciplinar del Proceso
8B	Comisión de Patología Mental Grave de Área (CPMG)
9	Sistemas de gestión de Casos
10	Indicaciones sobre registro y anotaciones

ANEXO 1

CRITERIOS DE SOSPECHA DE TMG.

Se considerará que el paciente manifiesta sospecha de Trastorno Mental Grave si presenta alguna de las siguientes características:

1. Sospecha diagnóstica, diagnóstico establecido y situación clínica:
 - Trastornos psicóticos, trastornos esquizofrénicos, depresiones graves y recurrentes, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, esquizotípico y límite.
 - Se descartan trastornos mentales causados por enfermedades médicas o causas orgánicas.
 - Ha tenido 1 ó más ingresos hospitalarios por motivo psiquiátrico en los últimos 2 años, o algún ingreso prolongado (< de 3 meses) en alguna ocasión.
 - Presenta síntomas psicóticos no causados por enfermedades ni causas orgánicas, predominando: alucinaciones, delirios, dificultad de comprensión de la realidad, apatía, comportamientos extraños, retraimiento e inhibición social.

2. Problemas de funcionamiento como consecuencia del cuadro clínico en al menos 2 de las siguientes áreas: auto-cuidados, falta de apoyo social, falta de ocupación y/o empleo, dificultades para establecer relaciones, dificultad para mantenerse en su residencia de manera autónoma, capacidad económica disminuida, escasa autonomía en el entorno comunitario, falta o inadecuación de apoyo familiar.

3. Evolución de trastorno de 2 años ó más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación).

4. Sospecha o necesidad de precisar un abordaje socio-sanitario complejo mediante combinación de intervenciones o múltiples recursos y/o profesionales de la red de atención.

TIPO DE INFORMACIÓN A SUMINISTRAR AL PACIENTE Y A LOS FAMILIARES.

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG) no responde exactamente a un diagnóstico definido, se trata más bien de una situación compleja que afecta a determinados pacientes con patología grave, que engloba los siguientes elementos:

- Presentar un determinado diagnóstico psiquiátrico de nivel grave (trastornos psicóticos y especialmente Esquizofrenia, trastornos afectivos graves, Trastorno afectivo bipolar, trastornos de personalidad graves, etc.).
- Una serie de discapacidades en diferentes órdenes de la vida ocasionadas por la enfermedad, pero que inicialmente no forman parte de ella, tanto a nivel de sus propias capacidades, como de sus posibilidades de tipo social y laboral: discapacidades cognitivas, intelectuales, instrumentales, vida cotidiana y doméstica, laboral, tiempo libre y ocio, económica, relaciones sociales, familiares y afectivas, autonomía, capacidad de resolver problemas, de gestionar sus asuntos personales, etc.
- Ambas dimensiones permanecen en términos de gravedad, a pesar de estar en tratamiento prolongado (más de dos años).
- Se considera que para realizar un abordaje adecuado de su patología y situación personal, es necesario la implicación de diversos tipos de dispositivos pertenecientes a redes de tipo sanitario, sociosanitario y social, es decir, necesitan un uso complejo de servicios.

ANEXO 2
ENTREVISTA DE VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA DE TMG
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Edad:	DNI:
Especificar si tiene el diagnóstico:		
Sexo	E.Civil	
Domicilio		Telf.
Localidad:		Núcleo de convivencia.....
Estudios:		
Profesión:.....		

DATOS DEL RECURSO

Unidad/recurso:
Profesional que hace la captación:
Fecha de captación:
Profesionales de referencia del paciente:
Dirección del recurso:
Teléfono: Fax: e-mail:.....

1) ASPECTOS CLÍNICOS

<i>Criterios para detectar posible TMG</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Confirmación de criterio de sospecha</i>
A.- DIAGNÓSTICO/SITUACION CLINICA. T.Psicóticos, T.esquizofrénicos, Depresión grave y recurrente, T.personalidad paranoide, T.personalidad esquizoide, T.personalidad esquizotípico, T.Bipolar (se descartan los trastornos mentales derivados de enfermedades médicas)		<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (0)
B.- INGRESOS HOSPITALARIOS Ha precisado 1 ó más ingresos hospitalarios psiquiátricos breves en los últimos 2 años, o algún ingreso psiquiátrico prolongado (> de 3 meses) a lo largo de su historia.		<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (0)
C.- SINTOMAS ACTUALES Presenta síntomas psicóticos no causados por enfermedades orgánicas predominando uno o varios de los siguientes: alucinaciones, delirios, dificultad de comprensión de la realidad, apatía, comportamientos extraños, retraimiento e inhibición social.		<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (0)
Se requiere al menos 1 punto para confirmar los criterios clínicos de sospecha, siendo A o C necesarios.		Total criterios de sospecha:
Confirma criterios CLÍNICOS de sospecha: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

2) FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

<i>Criterios para detectar posible TMG</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Confirmación de criterio de sospecha</i>
PROBLEMAS GRAVES DE FUNCIONAMIENTO COMO CONSECUENCIA DEL CUADRO CLÍNICO EN AL MENOS 2 DE LAS SIGUIENTES ÁREAS: Autocuidados, falta de apoyo social, falta de ocupación y/o empleo, dificultades para establecer relaciones, dificultad para mantenerse en su residencia de forma autónoma, capacidad económica disminuida, escasa autonomía en el entorno comunitario, falta o inadecuación de apoyo familiar.		<input type="checkbox"/> autocuidados <input type="checkbox"/> falta de apoyo social <input type="checkbox"/> falta de ocupación y/o empleo <input type="checkbox"/> dificultades para establecer relaciones <input type="checkbox"/> dificultad para mantenerse en su residencia de forma autónoma <input type="checkbox"/> capacidad económica disminuida <input type="checkbox"/> escasa autonomía en el entorno comunitario <input type="checkbox"/> falta o inadecuación de apoyo familiar
Se requiere al menos 2 puntos para confirmar los criterios funcionales de sospecha.		Total criterios de sospecha:
Confirma criterios PSICOSOCIALES de sospecha: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3) EVOLUCION

<i>Criterios para detectar posible TMG</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Confirmación de criterio de sospecha</i>
A.- Evolución del trastorno de 2 años ó más.		<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (0)
B.- Deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los 6 últimos meses (abandono de roles normalizados y alto riesgo de cronificación)		<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (0)
Se requiere al menos 1 punto para confirmar los criterios evolutivos de sospecha.		Total criterios de sospecha:
Confirma criterios EVOLUTIVOS de sospecha: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

VALORACION FINAL

Paciente > 18 años	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASPECTOS CLINICOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EVOLUCION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONFIRMACION TMG (comprobar que se cumplen los 4 criterios de la tabla anterior):
 SI NO

OBSERVACIONES

Fecha:

Firma:

Hoja de Respuestas del Protocolo de Captación de Personas con TMG

NOMBRE / APELLIDOS:

EDAD:

DIAGNOSTICO:

FECHA CAPTACION:

PROFESIONAL QUE HACE LA CAPTACION:

RECURSO O SERVICIO:

I. CRITERIOS DE CAPTACION

A. ASPECTOS CLÍNICOS **SI NO**

- A.1. Diagnóstico
- A.2. Ingresos psiquiátricos anteriores
- A.3. Sintomatología

Cumple criterios clínicos **SI NO**

B. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL **SI NO**

- B.1. Autocuidados
- B.2. Falta de apoyo social
- B.3. Falta de ocupación y/o empleo
- B.4. Dificultades para establecer relaciones
- B.5. Dificultad para mantenerse en su residencia de forma autónoma
- B.6. Capacidad económica disminuida
- B.7. Escasa autonomía en el entorno comunitario
- B.8. Falta o inadecuación de apoyo familiar

Cumple criterios de funcionamiento **SI NO**

C. EVOLUCION **SI NO**

- C.1. 2 años ó más
- C.2. Deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los 6 últimos meses (abandono de roles normalizados y alto riesgo de cronificación)

Cumple criterios de evolución **SI NO**

II. CONFIRMA SOSPECHA TMG

A. CRITERIOS CLINICOS	SI	NO
B. FUNCIONAMIENTO	SI	NO
C. EVOLUCION	SI	NO

ANEXO 3

INSTRUMENTOS Y PRUEBAS DE EVALUACIÓN RECOMENDADAS.

Escalas para evaluar la gravedad clínica inicial

- *Impresión Clínica Global (ICG)*. Evalúa de manera global la gravedad de la sintomatología actual.
- *Escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I)*. Evalúa la discapacidad asociada al trastorno mental en 4 áreas: autocuidados, ocupación, familia y red social.
- *Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)*. Evalúa de 0 a 100 en un continuo de salud – enfermedad la afectación en el funcionamiento psicológico, social y laboral.

Escalas para completar la evaluación una vez confirmado el TMG

Valoración psicopatológica

Se recomienda siempre el empleo de escalas validadas en población española.

Algunas de ellas son:

- *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)*
- *Escalas para la evaluación de síntomas positivos y negativos de Andreasen: SAPS y SANS*
- *Escalas de gravedad de depresión: Escala de Hamilton o escala de Beck (BDI)*
- *Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)*

Valoración funcional

- *Escala HONOS*. Evalúa el grado de afectación y severidad en 12 áreas de funcionamiento psicológico, personal y social.

- *Perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP)*. Evalúa en desempeño cotidiano en autocuidado, relaciones interpersonales, comunicación, y vida autónoma.
- *Necesidad en Áreas específicas de intervención (CAN)*. Evalúa la opinión del paciente y del profesional sobre la presencia de problemas relacionados con la salud mental, hábitos de vida, alojamiento, autocuidados, relaciones, dinero, etc.
- *Escalas de calidad de vida (QLS, SLDS, QOLI)* . Evalúan la satisfacción con determinadas áreas vitales (hogar, relaciones, ocio, dinero, familia, comida, estado de ánimo, etc).

Valoración familiar

- *Cuestionario de evaluación de la repercusión familiar (IEQ)*. Evalúa la carga en el cuidador principal como consecuencia de la enfermedad mental (preocupaciones, tensión, afrontamiento, etc).
- *Escala de restricción de vida del cuidador (ERVI)*. Evalúa la limitación en la vida del cuidador como consecuencia del cuidado del enfermo mental en varias áreas (ocio, trabajo, relaciones, etc.).
- *Cuestionario familiar (FQ)*. Evalúa la frecuencia en la que se presentan síntomas negativos, conductas antisociales, problemas interpersonales, síntomas afectivos y síntomas psicóticos, el grado de molestia y la capacidad de control y afrontamiento en la familia.

ANEXO 4.

AREAS DE EVALUACIÓN DEL TMG

Se explorarán, de forma orientativa, las siguientes áreas:

A.- EVALUACIÓN CLÍNICA

Se recogerá información sobre:

A.1. Información de carácter general y valoración clínica:

- Diagnóstico
- Anamnesis (comorbilidad, consumo de sustancias, nivel premórbido)
- Historia de la enfermedad (años de evolución, nº de ingresos en UHB, etc.)
- Evaluación psicopatológica
- Rasgos de personalidad
- Nivel de impulsividad y trastornos de conducta

A.2. Funcionamiento cognitivo

- Capacidad intelectual / capacidad de aprendizaje.
- Habilidades cognitivas básicas: Orientación, Memoria, Atención y Funciones Ejecutivas

A.3. Tratamiento y conciencia de enfermedad

- Conciencia de Enfermedad
- Responsabilidad y nivel de cumplimiento con el tratamiento
- Conocimiento de la enfermedad
- Respuesta al tratamiento
- Efectos secundarios

B.- EVALUACIÓN SOCIAL

B.1. Red de apoyo social

- Tipo de convivencia actual/lugar de residencia
- Red de apoyo social
- Inserción en recursos sociales
- Autonomía/Necesidades económicas

B.2. Red familiar

- Composición familiar
- Ambiente familiar (relación con el paciente, relaciones significativas)
- Conocimiento de la enfermedad, Información, expectativas.
- Aceptación de la enfermedad, elaboración del duelo
- Carga subjetiva y objetiva
- Emoción expresada (hostilidad, criticismo, sobreimplicación)
- Recursos y habilidades de afrontamiento (afectividad, escucha activa, peticiones y críticas, claridad de los mensajes, definición de problemas y concreción, refuerzos, supervisión del tratamiento)

- Necesidades percibidas por la familia
- Demandas de la familia

B.3. Situación social:

- Nivel de ingresos
- Situación legal (presencia de incapacidad, curatela, tutela,...)
- Certificado de minusvalía.
- Valoración de dependencia.
- Situación jurídica

C.- EVALUACIÓN FUNCIONAL

C.1. AVD básicas

- Higiene personal
- Vestido
- Alimentación.
- Hábitos de sueño
- Actividad física
- Consumo de sustancias tóxicas
- Sexualidad

C.2. AVD complejas o instrumentales

- Desempeño de HH Domesticas
- Manejo del dinero
- Manejo de transporte
- Capacidad de gestiones burocráticas
- Manejo de recursos sociales
- Ocio y tiempo libre

D.- AFRONTAMIENTO SOCIAL Y PERSONAL

- Autocontrol y afrontamiento al estrés
- Habilidades sociales
- HH Básicas
- Conversación
- Expresión Emociones
- Asertividad
- Solución de problemas

E.- EVALUACIÓN OCUPACIONAL Y LABORAL

- Formación académica
- Experiencia laboral
- Situación Laboral
- Capacidad Laboral
- Motivación
- Expectativas

ANEXO 5

CRITERIOS Y PERFIL DE DERIVACION A DISPOSITIVOS IMPLICADOS EN EL PROCESO.

PERFIL DE INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB)

PENDIENTE DE ELABORAR: José Luis lo puedes hacer tú?

PERFIL DE INGRESO EN HOSPITAL DE DÍA (HD)

Pacientes con TMG integrados en un medio familiar altamente patológico, en el que pueden darse otros miembros con patología grave, un medio mal estructurado, y que por tanto requieran una atención intensiva y continua, el paciente y la familia. La indicación de ingreso en el HD, precisa unos requerimientos básicos:

- ✓ El paciente debe tener un soporte sociofamiliar, que garantiza su alojamiento y cuidados y permita la intervención en la comunidad y en su contexto familiar.
- ✓ El paciente debe tener un adecuado nivel de autonomía para desplazarse al HD.
- ✓ El paciente y su familia han de aceptar la colaboración en el programa terapéutico del paciente.

Se incluyen los pacientes con esta tipología:

- Pacientes psicóticos con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con riesgo de no cumplimiento del tratamiento ambulatorio.
- Pacientes que no mejoran ambulatoriamente y se presupone que en un medio terapéutico más intensivo mejorarán.
- Pacientes con recaídas y hospitalizaciones completas repetidas, con una complejidad clínica y sociofamiliar que evidencien una evolución hacia la cronicidad.
- Pacientes con trastornos de la personalidad:
 - Pacientes en situaciones subagudas, conflictivos, difíciles de manejar ambulatoriamente y con ingresos repetidos.

- Pacientes con trastornos afectivos con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con riesgo de no cumplimiento del tratamiento ambulatorio, que precisen un seguimiento y ajuste de medicación frecuente.

Criterios de exclusión:

- Patología fundamental: consumo de sustancias.
- Pacientes deteriorados, en los que predominan los síntomas defectuales y son subsidiarios de tratamiento específicamente rehabilitador.

PERFIL DE INGRESO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Pacientes con TMG que cumplen los siguientes criterios:

- ✓ Estar en fase subaguda o crónica;
- ✓ Precisar un internamiento superior a un mes, para control clínico continuado y que tenga necesidad de mejorar su adaptación social.;
- ✓ Edad entre los 18 y 65 años.

Criterios de exclusión:

- Personas que posean como único diagnóstico un Trastorno Disocial de la Personalidad, al ser evidente que no van a responder a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de la unidad.
- Personas con diagnóstico único de consumo de tóxicos.
- Ingresos urgentes de carácter judicial que deberán dirigirse a la UHB.

PROTOCOLO DE INGRESO

Los ingresos en la UME serán programados, no urgentes, tras la valoración por la Comisión de Evaluación, siempre que existan camas disponibles y se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Solicitud de ingreso por el terapeuta de referencia de la USM. Informe clínico

de derivación completo (según modelo).

- b) Presentación de dicha solicitud en el Servicio de Admisión/Secretaría de la UME.
- c) Información a la familia y al paciente de las características generales de esta Unidad, en relación a la cobertura asistencial.
- d) El paciente al ingreso deberá estar acompañado de su familia o tutor, y provisto de la documentación y los objetos detallados en el anexo. Será imprescindible la firma por el paciente y su familia (o tutor, según proceda) del "Contrato Asistencial".

PERFIL DE DERIVACIÓN A CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL (CRPSL)

- ✓ Presentar una enfermedad mental grave con deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración social.
- ✓ Estar siendo atendido en los servicios de salud mental de la zona para la que se sectorice el C.R.P.S.L. y ser derivado por ellos.
- ✓ Tener entre 18 y 65 años.
- ✓ Vivir en el territorio delimitado por el área de referencia.
- ✓ Situación psicopatológica estabilizada (no crisis psicótica).
- ✓ Ausencia de conductas auto o heteroagresivas peligrosas que interfieran con los programas de rehabilitación del centro.
- ✓ No presentar procesos orgánicocerebrales progresivos que impidan el trabajo de rehabilitación.
- ✓ Siempre y cuando se cumplan los criterios anteriores, también podrán acudir aquellas personas con un diagnóstico secundario relacionado con el consumo de sustancias si se cumplen los siguientes criterios:
 - En caso de dependencia se habrá realizado tratamiento previo de desintoxicación.
 - En caso de abusos graves de sustancias, estar recibiendo tratamiento especializado.

PERFIL DE DERIVACIÓN A DISPOSITIVOS RESIDENCIALES: RESIDENCIAS COMUNITARIAS (RC) Y VIVIENDAS SUPERVISADAS (VS)

Personas con TMG atendidas en el proceso TMG que presenten:

- ✓ Déficit o deterioros en su funcionamiento psicosocial que les impide vivir de un modo independiente, así como precisar apoyo continuados y/o puntuales (si V.S.)
- ✓ Edad entre 18 y 65 años.
- ✓ Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social (RC)
- ✓ Ausencia de apoyo familiar y que se encuentran en situación de exclusión social o grave riesgo de marginación sin hogar (RC)
- ✓ Estar atendido y ser derivado desde una USM de las áreas sanitarias de salud mental de referencia que se establezca en la distribución y sectorización de las plazas de la RC / Vivienda Supervisada – ver documentos FSS.
- ✓ No precisar de contención sanitaria-psiquiátrica por motivo de descompensación psicopatológica o consumo grave y activo de drogas, que desborde la capacidad de atención social del recurso.
- ✓ No presentar enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia o cuidado sanitario especializado.
- ✓ No presentar patrones de comportamiento agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás.

PERFIL DE PACIENTES CON TMG ATENDIDOS EN PROGRAMA ASERTIVO COMUNITARIO

- ✓ Edad: mayores de 18 años
- ✓ Gravedad diagnóstica:
 - Esquizofrenia
 - Trastorno afectivo mayor
 - Trastornos de personalidad grave (grupo A)
- ✓ Mala adherencia al tratamiento:
 - Recidiva: 3 ó más ingresos en el último año

- Incumplimiento terapéutico (fracaso tras intervención en USM)
- Reclusión en el domicilio
- Altas de IA UHB con riesgo de pérdida
- ✓ Limitación funcional:
 - Carencia de soporte familiar
 - Moderado o grave deterioro en el funcionamiento individual y/o social
- ✓ Se excluyen:
 - Pacientes claramente descompensados que requieran atención de urgencias o ingreso inmediato.
 - Pacientes crónicos o graves con buena adherencia al tratamiento.

ANEXO 6.

FUNCIONES FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PROCESO (FRP)

- Será el encargado de coordinar todas las acciones terapéuticas y asistenciales realizadas por los distintos profesionales y dispositivos sobre el paciente a lo largo de todo el proceso.
- La coordinación la podrá realizar de los siguientes modos:
 - Por sí mismo de forma directa.
 - Apoyándose en la figura personal 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 estarán:
 - 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 reintervención, para su integración y presentación a la Comisión Interdisciplinar del proceso (CIP) o a la USM, en los términos que se detallan en los anexos 8A /B.
 - 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.
 - Elaborar junto con el gestor del caso, cuando lo haya, la información pertinente para la reevaluación del caso.

- Entre la confirmación del diagnóstico de sospecha y la primera reunión de la CIP / USM, 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 active su PITR.
- Complimentar el formulario de “Seguimiento del caso por el FRP” de la AIP 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 7

BASES DE DATOS

- La base de datos del proceso es la que incorpora la AIP, pudiéndose extraer de ella todo tipo de datos de tipo administrativo, clínico, etc.
- al margen de ella, se elaborará un registro de todos los pacientes que habiendo sido detectados como posibles TMGs en las puertas de entrada, posteriormente no hubiesen sido confirmados, al objeto de que estos datos sirvan para perfeccionar el sistema de detección de posibles casos.

ANEXO 8A

COMISIÓN INTERDISCIPLINAR DEL PROCESO TMG (CIP)

De manera general los cometidos de la Comisión Interdisciplinar del PAISM TMG (CIP) son los siguientes:

- Análisis de casos.
- Análisis del funcionamiento del proceso.

ANÁLISIS DE CASOS

- Para este cometido la CIP, se corresponde con la Comisión para Patología Mental Grave de Área (CPMG) cuyos objetivos y reglas de funcionamiento se describen en anexo 8 B
- En teoría todos los pacientes que entran en el proceso tienen derecho a ser vistos en Comisión Interdisciplinar, al ser este hecho una característica de calidad del proceso. Sin embargo, es evidente que por capacidad temporal y la necesidad de que los casos sean evaluados con profundidad, es necesario establecer un criterio para que los pacientes vayan pasando por dicha comisión en términos que aseguren un correcto análisis.
- El criterio se referirá al grado de gravedad (clínica, social, consumo de recursos, etc.) que tengan los pacientes, así como otras circunstancias coyunturales que aconsejen que el paciente deba ser visto en la comisión antes o después o incluso que solo sean vistos en la USM, eso sí constituida en equipo interdisciplinar a tal efecto.
- Deberá ser cada FRP quien establezca el orden de prioridad entre todos los pacientes que tenga a su cargo y cuales serán vistos por la CIP o por la USM.
- La propuestas para cada sesión de la comisión se harán llegar al Presidente de la CPMG, quien con todas las propuestas recibidas de todos los FRPs, elaborará la lista

de pacientes a ser vistos en cada sesión de la Comisión. El presidente podrá recibir también otras propuestas de prioridad por parte de representantes del resto de miembros de la comisión.

- Los pacientes que no puedan ser vistos en la CIP, serán objeto de análisis interdisciplinar en el seno de la USM, aunque en todo caso deberán contar con un Pitr individual elaborado entre todos los miembros de la unidad reunida al efecto. El equipo de la USM estará formado preferentemente por los profesionales que han participado en la valoración específica, aunque en todos los casos habrá presencia mínima de 1 Psiquiatra, 1 Psicólogo Clínico, una Enfermera y un Trabajador Social.
- La imposibilidad material de que todos los pacientes con TMG puedan aprovecharse la característica de calidad asistencial que supone ser vistos en la CIP, hace necesario activar un nuevo tipo de responsabilidad asistencial en los FRPs y en los presidentes de las comisiones.
- El FRP tiene que valorar y decidir que pacientes serán vistos en la CIP y cuales en la USM, mientras que el presidente de la CIP tiene que establecer un orden de prioridad para que los casos vayan siendo vistos en las sucesivas sesiones de la comisión.
- En ambos casos tendrán que desplegar su capacidad de juicio clínico, para ir ordenando y priorizando los casos en uno u otro sentido. En este sentido deben saber que el sistema sanitario les soporta en sus decisiones, dada la por todos sabida falta de capacidad temporal de este tipo de comisiones para atender en tiempo y forma todos los casos de TMG, especialmente en los primeros momentos de funcionamiento del proceso, en los que habrá que introducir todos los pacientes con esta situación del área.
- Con este sistema no obstante, se preserva el principio de calidad interdisciplinar, ya que la USM constituida como equipo interdisciplinar para el análisis individual de los casos, preserva sobradamente tal principio. Además, los procesos no impiden la

activación de soluciones particulares para determinados casos, necesitados en un momento determinado de un análisis más complejo.

- Los acuerdos tanto de la CIP como de la USM, serán reflejados en los apartados correspondientes del formulario: “Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación” de la AIP, con independencia del acta de cada sesión que levante el presidente.

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROCESO

- La segunda función de la CIP 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.

ANEXO 8B

COMISIÓN DE PATOLOGÍA MENTAL GRAVE DE ÁREA (CPMG)

Definición

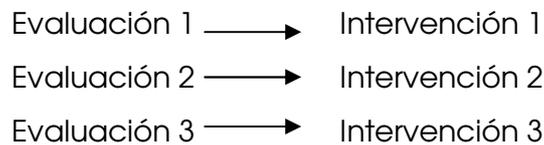
Esta comisión de carácter interdisciplinar e intersectorial, es la encargada de analizar con profundidad y amplitud los casos más graves y complejos de patología mental, para proponer un plan terapéutico y asistencial que implique a profesionales, dispositivos y redes diferentes.

Fundamentalmente esta comisión se ocupará de analizar casos de TMG, constituyéndose en este sentido como la Comisión Interdisciplinar del Proceso TMG previsto en su PAISM. No obstante, en sus sesiones se podrán admitir otros casos de patología grave y compleja a propuesta de los Facultativos Responsables de los pacientes.

Funciones

- Elaborar el PITR de los casos propuestos dentro del PAISM TMG, así como su reevaluación y seguimiento.
- Analizar casos de otros procesos o patologías graves y complejas, que desde distintos ámbitos se hagan llegar a esta comisión, para elaborar un plan terapéutico asistencial individualizado, así como su seguimiento y evaluación.
- En ambos casos los trabajos de la comisión deben trascender experiencias previas o similares, en lo que el objetivo era la asignación de plazas de determinados recursos o definir un dispositivo de derivación. La CPMG sustituye a todas las comisiones de área de este tipo existentes hasta el momento.
- En su lugar se trata de analizar el caso desde las distintas ópticas asistenciales y terapéuticas presentes en la comisión, para elaborar un plan de intervención que

tiene que partir de la evaluación específica de las necesidades asistenciales y terapéuticas del paciente, sirviendo como ejemplo la siguiente secuencia:



- Es decir, conformando un conjunto de intervenciones lo más precisas y detalladas posibles, para posteriormente identificar los dispositivos más indicados para su realización y orientar el trabajo en ellos realizado.
- Desde luego, caben además propuestas de actuación que no provengan de evaluaciones específicas, sino de valoraciones clínicas más globales, aunque también en este caso las propuestas de intervención tienen que tener un carácter específico. Con este planteamiento se quiere evitar repetir el sistema más utilizado en la actualidad, en la que los pacientes son derivados de manera inespecífica a los distintos dispositivos sin indicaciones concretas de para qué se les deriva.
- Es cierto que una vez está el paciente en el dispositivo de destino se suelen elaborar planes de intervención más concretos, pero con frecuencia, éstos no tienen nada que ver con las intenciones de quien deriva, ni aprovecha la información previa disponible, por lo que el PITR se constituye como una garantía de continuidad asistencial, al exigirse que su elaboración parta de una evaluación previa que debe incluir información del dispositivo derivante
- El PITR se elabora de manera consensuada entre todos los miembros de la comisión, buscando exprimir al máximo las posibilidades terapéuticas y asistenciales del conjunto de la red.
- La comisión fijará la fecha de revisión del PITR, que se hará en base a la información recogida durante el proceso terapéutico del paciente y de la información final que cada dispositivo debe elaborar tras el paso del paciente por el mismo.

Composición

Miembros permanentes

- Un representante de los siguientes dispositivos del área: UHB, USM, UME, HD, PTAC (donde exista), CRPSL y DDDR de la FSS.

Miembros no permanentes

- A propuesta del Presidente de la Comisión y dependiendo de las características del caso, podrán incorporarse representantes de los siguientes ámbitos: AP, SS básicos, SS especializados, Servicio de la Dependencia y Comisión de Tutela de Castilla-La Mancha, quien podrá designar la presencia de un técnico de fundación tutelar si el caso lo requiere.

Miembros coyunturales

- Además de los representantes de los diferentes dispositivos, en el análisis individual de los casos deben estar presentes los Facultativos Responsables de cada caso y los gestores de caso cuando existan.

Funcionamiento

- La presidencia, representación y coordinación de la comisión la ejercerá el Coordinador de Salud Mental del Área.
- En los casos de discrepancia entre los miembros de la comisión que no pueda ser resuelta de manera consensuada, se aplicará el voto de calidad del presidente.
- El flujo de entrada de casos provendrá de:
 - A) El proceso TMG a través de las propuestas del Facultativo Responsable del Proceso.
 - B) Propuestas emitidas por el Facultativo Responsable del paciente para el resto de casuísticas.En ambos casos las propuestas se harán llegar al presidente de la comisión.

- La priorización de los casos a ver en cada sesión la establecerá el presidente, quien para los casos provenientes de los PAISM, tendrá que tener en cuenta los tiempos observados en los procesos.
- Para los casos de TMG las decisiones tomadas se reflejarán en el correspondiente formulario de la Aplicación Informática del Proceso (AIP), tarea que está asignada al Facultativo Responsable del Proceso en cada caso.
- No obstante y teniendo en cuenta que en la comisión se analizarán casos que no están incluidos en ningún PAISM, el Presidente de la comisión elaborará una acta resumen con las decisiones tomadas en cada caso.
- La información previa de los casos provenientes de un PAISM, estará disponible en la (AIP). Para el resto de los casos sin proceso y para aquellos profesionales que no tengan acceso a la AIP, el presidente de la comisión suministrará la información con antelación por otros medios.
- El Presidente de la comisión comunicará con antelación suficiente a todos los miembros que vayan a acudir, la fecha y casos que serán vistos en cada sesión, usando como método preferente de comunicación la AIP para los miembros de la comisión que tengan acceso y otros medios para el resto.
- Esta comisión se reunirá al menos una vez al mes.
- En aquellos casos en los que un área no cuente con determinados dispositivos (UME, UHB, etc.) y por lo tanto le falten miembros permanentes de la comisión, se procederá de la siguiente manera:
 - Si se trata de un paciente TMG, la AIP de su proceso permitirá que los profesionales de dispositivos de otras áreas puedan formar parte de la comisión, al poder acceder a la información del caso y emitir su dictamen con antelación a la celebración de la comisión; para ello tanto el FRP, como

el presidente se ocuparán de mantener la necesaria interacción con la debida antelación.

- Si el caso no cuenta con PAISM, el presidente y el FR del paciente, gestionarán por otros medios el envío de la información clínica relevante, que permita a los profesionales de la otra área manifestarse al respecto.
 - En todo caso y con el acuerdo de las dos áreas, será posible programar para determinados casos, la presencia de los representantes de otras áreas en las sesiones presenciales de las áreas de origen del caso.
 - Se recomienda que existan representantes fijos de los dispositivos de la segunda área en la CPMG del área de origen.
-
- En los casos de gerencias periféricas dentro de una misma área de SM, sus casos serán propuestos en la comisión de la gerencia de cabecera, debiendo acudir a la misma en las mismas condiciones que el resto de dispositivos del área.

 - Una vez elaborado el Pitr, el paciente será derivado por su Facultativo Responsable al dispositivo que mejor cumpla el conjunto de actividades que conforman su Pitr o al estado general del paciente, sin menoscabo de que puedan participar en su intervención otros dispositivos de manera simultánea.

ANEXO 9

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CASO

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, 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, dependerá 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.
- Sobre profesionales se realizarán preferentemente por teléfono o correo electrónico.
- El objetivo de la interacción será
 - ★ Comprobar el estado del paciente interconsultas.
 - ★ Comprobar evolución y estado general en los ingresos en otros dispositivos.

- ★ Verificar cumplimiento del PITR.
- ★ Verificar continuidad asistencial entre dispositivos.
- Además de estas tareas el gestor del caso personalizado, asistirá al FR en todas las funciones reservadas para este, cumplimentando el formulario de “Seguimiento de GC” de la AIP.

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 tareas anteriores se añadirá: 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 Gestor del Caso y el Facultativo Referente.

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
- Cada USM 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 organizará este tipo de gestión del caso, con medios escritos o informáticos propios, hasta que se produzca la informatización general del proceso.

ANEXO 10

INDICACIONES SOBRE REGISTRO Y ANOTACIONES

• 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 interdisciplinar del PITR.
- Ejecución del PITR.
- Seguimiento y las diversas incidencias de especial importancia que se produzcan en el paciente.
- Reevaluación.
- Intercomunicación con las familias⁴ y AP.

⁴ La manera en como la aplicación recogerá la intercomunicación con las familias no está todavía definida.

- 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.
- Las anotaciones que se hagan en la AIP no debe ser un duplicado de la información contenida en la historia clínica.
- 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.