



SERVICIO EXTREMO DE SALUD

Cuaderno Técnico de Salud Mental

# PROGRAMA DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES

SERVICIO EXTREMO DE SALUD

SERVICIO EXTREMO DE SALUD

SALUD MENTAL

JUNTA DE EXTREMADURA

# PROGRAMA DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios



**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Dependencia  
**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD**

**Revisión, redacción y coordinación general**

**Leopoldo Elvira Peña**

*Psiquiatra. Responsable de Salud mental de la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud.*

**Asunción Cabrera Herrera**

*Psicólogo Clínico. Coordinadora del Programa de Pisos Supervisados para personas con trastornos mentales graves de Mérida. Responsable Técnica del Área de Rehabilitación de la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud.*

**Dep. Legal:** BA-700-2007

**Imprime:** Imprenta Moreno - Montijo

# Índice

---

INTRODUCCIÓN .....	5
DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL GRAVE .....	9
CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	15
DISPOSITIVOS IMPLICADOS EN EL PROGRAMA.....	21
COORDINACIÓN Y CIRCUITO ASISTENCIAL.....	37
REGISTRO DE CASOS .....	43
GESTIÓN DEL CASO.....	51
EVALUACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL.....	59
ANEXOS.....	67
BIBLIOGRAFÍA .....	81
RELACIÓN DE PARTICIPANTES.....	87



# Introducción

---

El debate sobre las necesidades sociales y sanitarias de las personas afectadas por una enfermedad mental grave es relativamente reciente, ya que hasta hace pocas décadas el modelo de atención se organizaba en torno al Hospital Psiquiátrico, institución cuya característica era la cobertura total de las necesidades básicas de los pacientes, cumpliendo funciones asistenciales, sanitarias, sociales y de custodia.

La reforma psiquiátrica en España fue iniciada formalmente con la promulgación en 1986 de la Ley General de Sanidad, que reconoció la asistencia psiquiátrica como una prestación más del Sistema Sanitario. Dio lugar a la sustitución del Hospital Psiquiátrico como provisor exclusivo de atención por un **modelo de orientación comunitaria**. Este ha puesto de manifiesto las necesidades asistenciales de estos pacientes, que no son otras que las derivadas de su acceso a una ciudadanía plena: atender las manifestaciones clínicas de la enfermedad y el deterioro en el funcionamiento general del sujeto, paliar los déficits sociales que acompañan al desarrollo de la patología y que contribuyen a agravarla, modificar las barreras sociales que impiden su inserción plena y garantizar el respeto a sus derechos.

Por ello, además de las prestaciones consideradas estrictamente sanitarias, debe ofrecerse cobertura a la rehabilitación psicosocial de las discapacidades, y facilitar la atención a la necesidad de apoyo social y comunitario, de inserción laboral y alojamiento.

En este sentido, el Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura publicado en el año 1996, además de establecer las grandes líneas estratégicas de la Comunidad para la mejora y modernización del proceso de atención a la enfermedad mental, preveía la creación de una serie de estructuras de rehabilitación, reinserción e integración social, destinadas a personas con enfermedad mental crónica y grave, organizadas en programas de rehabilitación psicosocial e integración social, rehabilitación e integración laboral, ocio y tiempo libre, y atención residencial. El II Plan Integral de Salud Mental (2007-2012) recoge un objetivo general específico destinado a “Mejorar la atención a personas con Trastornos Mentales Graves” con tres objetivos específicos: aumentar los recursos de atención a esta población, adecuar los servicios y prestaciones a sus necesidades y mejorar la accesibilidad y continuidad de cuidados.

En el marco del Servicio Extremeño de Salud (SES), se presenta el Programa de Trastornos Mentales Graves (TMG), de tipo transversal y ámbito regional, que trata de coordinar las actuaciones sanitarias y de apoyo social prestadas a pacientes con TMG en el entorno del Área de Salud, partiendo de las siguientes consideraciones:

- ▶ Está dirigido a una población con enfermedad mental grave, que por su psicopatología sufre discapacidad que le dificulta para sus autocuidados y acceso autónomo a los distintos servicios comunitarios o sociales.
- ▶ Las necesidades de los pacientes con TMG son mayores y más complejas (derivadas de la frecuencia, duración, especificidad de cuidados y necesidad de rehabilitación) que la de otros pacientes psiquiátricos con enfermedades de menor severidad.
- ▶ La importancia en nuestra Comunidad de un mayor conocimiento epidemiológico de los TMG, con vistas a evaluar pormenorizadamente las necesidades asistenciales, el consumo de recursos, etc..., hace ineludible que el programa incluya un registro de casos y un sistema de evaluación periódica.
- ▶ Es imprescindible la implicación de todos los organismos públicos responsables de la atención a la dependencia de los pacientes incluidos en el Programa de TMG: apoyo a la inserción laboral, alojamiento, tutela y acceso a prestaciones sociales generales. Sin la necesaria coordinación intersectorial no es posible atender las complejas necesidades de esta población.

Acceso a prestaciones sociales generales	Apoyo a la inserción laboral Alojamiento Defensa de los derechos. Tutela	Hospitalización de Rehabilitación  Rehabilitación Psicosocial	Tto. Psicofarmacológico Psicoterapia Intervención en Crisis Hospitalización Breve Hospitalización Parcial
← <b>CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b> →			
<b>Dependencia</b>			<b>Patología</b>

# Definición de Trastorno Mental Grave





# Definición de trastorno mental grave

---

A los efectos del presente programa y siguiendo la definición dada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría en su Cuaderno Técnico nº 6, *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo* podemos definir el **trastorno mental grave** como ***aquel trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social.***

Sin embargo, ante tan amplia definición, es necesario realizar una acotación que nos sirva para homogeneizar los criterios que definen estos trastornos y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y prevalencia, así como cuantificar y planificar los servicios y prestaciones.

Los trastornos mentales graves, los podremos identificar y evaluar sobre la base de los siguientes **factores**, algunos de los cuales serán utilizados para establecer una definición operativa y otros se tendrán en cuenta en la evaluación del caso y figurarán en su registro y plan terapéutico:

## **1. Factores Clínicos.**

- ▶ Diagnóstico.
- ▶ Tiempo de evolución.
- ▶ Grado de disfunción
- ▶ Gravedad
- ▶ Factores clínicos asociados.

## **2. Grado de discapacidad.**

## **3. Factores psicosociales.**

## **4. Características de la demanda.**

## **5. Complejidad de manejo.**

## Definición operativa de Trastorno Mental Grave

**1. Diagnóstico de trastorno mental** según criterios CIE-10 o DSM-IV-TR.

- a. Las siguientes categorías diagnósticas son habitualmente incluidas en la definición de TMG: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores graves recurrentes, trastorno obsesivo-compulsivo grave y trastornos de la personalidad severos.
  - b. Con **exclusión** de aquellos casos que tengan como **diagnóstico principal**:
    - A. Demencia y otros trastornos mentales orgánicos
    - B. Retraso mental moderado o severo
    - C. Trastornos de la conducta alimentaria
    - D. Trastornos relacionados con sustancias
2. De **duración prolongada**, en función de uno o ambos de los siguientes criterios
- a. Tiempo mínimo de evolución desde el diagnóstico de 12 meses y/o
  - b. Tiempo mínimo de evolución desde inicio de enfermedad de 24 meses
3. Con **importante grado de disfunción**, medida según los siguientes criterios
- a. Actividad global funcional evaluada por la **EEAG  $\leq 60$**  y
  - b. Discapacidad funcional evaluada por **OMS/DAS  $\geq 8$**
4. De **gravedad clínica global** apreciable
- a. Evaluada mediante **ICG  $\geq 5$**

Estos elementos serán utilizados como criterios de inclusión del caso en el programa de TMG. Además, los resultados de las escalas facilitarán una medida necesaria en la evaluación clínica y seguimiento del paciente.

En el Anexo figuran las escalas utilizadas en estos criterios de inclusión en el programa, así como la escala HoNOS, requerida en el seguimiento del registro y Plan Individualizado de Atención.

## Otros factores evaluables

Los siguientes factores serán útiles en la evaluación inicial del caso y su seguimiento, como medida de perfil clínico y nivel de complejidad, características que pueden influir en las estrategias de intervención y los recursos requeridos.

Serán especialmente prioritarios aquellos casos que tengan un perfil clínico de mayor severidad y complejidad asistencial (casos inestables psicopatológicamente, con importantes déficits funcionales, escasa red de apoyo, mínima conciencia de enfermedad y desvinculados de los servicios sanitarios y sociales).

- ▶ **Comorbilidad:** patología física y/o psíquica, consumo de drogas.
- ▶ **Riesgo de auto-heteroagresividad**
- ▶ **Calidad de vida** (evaluada según HoNOS)
- ▶ **Grupos de riesgo:** Población Marginal.<sup>1</sup> Inmigrantes. Minorías étnicas. Ancianos.
- ▶ **Situaciones de riesgo:** Embarazo adolescente. Embarazo. Puerperio. Discapacidad física. Desempleo. Precariedad económica.<sup>2</sup> Sin vivienda Apoyo familiar insuficiente Antecedentes familiares de TMG Convivencia familiar con TMG. Maltrato. Abusos sexuales.
- ▶ **Red de apoyo** (familiar y social)
- ▶ **Tipo de demanda y grado de contacto con los servicios:** voluntaria/ involuntaria. grado de adherencia al tratamiento, intervención en crisis.
- ▶ **Complejidad de manejo:** situación legal y/o penal. Incapacidad civil (tutela / curatela). Protección social, minusvalía, económica.

---

1 **Población marginal:** referencia a la marginación como expresión sociocultural de la desigualdad. En un concepto restringido incluiría: transeúntes, mendigos y “sin techo” en general.

2 **Precariedad económica:** referencia a la pobreza como expresión socioeconómica de la desigualdad social. Incluiría la carencia y la insuficiencia de recursos económicos.



# Características y objetivos del programa



# Características y objetivos del programa

---

El programa se enmarca en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura y está destinado a personas con trastornos mentales graves, cuya enfermedad vaya acompañada de déficits en su funcionamiento psicosocial, con un tiempo de evolución diagnóstica de al menos de 12 meses o de 24 desde el inicio de la enfermedad, tengan o no dificultades para el seguimiento y mantenimiento dentro del circuito de salud mental.

El actual programa contempla la implantación de la **gestión compartida de casos** como actividad básica de los ESM, cuyas funciones se llevan a cabo en el contexto de los recursos de la red de dispositivos y sus estructuras de coordinación, según un modelo de salud mental comunitaria:

- ▶ Una red sanitaria diversificada que integre los ámbitos asistenciales, preventivos y rehabilitadores.
- ▶ Una red de apoyo en la comunidad formada por servicios y dispositivos sociosanitarios destinados al desarrollo de actividades rehabilitadoras, al uso del tiempo libre, a la inserción laboral, al mantenimiento de los pacientes en su entorno y a facilitar alternativas residenciales adecuadas a las necesidades en cada momento.

En Salud Mental, mejorar la **calidad científico técnica, la equidad y la continuidad de la atención** a las personas con trastornos mentales graves, constituye un eje estratégico fundamental en la planificación asistencial.

El programa asume como esenciales determinadas **actuaciones** encaminadas a la consecución de este objetivo general: definir protocolos e implantar guías de práctica clínica, establecer planes integrados de atención individualizada, desarrollar cartera de servicios y catálogo de prestaciones, aumentar el porcentaje de pacientes que reciben psicoterapia de base empírica, aumentar la calidad eficiencia y seguridad y disminuir la



variabilidad en las intervenciones terapéuticas, potenciar la inclusión de pacientes en programas de rehabilitación, desarrollar programas de intervención familiar y organizar la asistencia de manera que se facilite la accesibilidad y adherencia al proceso de atención.

## Objetivos

Objetivo general del Programa:

Atención integral de los pacientes con trastornos mentales graves y optimización de los recursos disponibles, con el objetivo último de mejorar su calidad de vida y reducir las consecuencias de la enfermedad.

Objetivos específicos del Programa:

1. Mejorar la detección de casos e incrementar la cobertura asistencial.
2. Obtener un máximo de implicación y adherencia al programa por parte del paciente y familia.
3. Conocer las necesidades y demandas de los pacientes y sus cuidadores.
4. Facilitar el acceso y mejorar la calidad de los servicios destinados a las personas con TMG
5. Facilitar la participación de los ámbitos judicial, educativo, social, de empleo y vivienda en la atención de las personas con TMG
6. Mejorar la coordinación de recursos, niveles asistenciales y facilitar la continuidad de cuidados.
7. Mejorar la satisfacción de usuarios y profesionales.
8. Establecer criterios de evaluación de la efectividad y eficiencia de los servicios, así como procedimientos de valoración de necesidades que permitan la mejora de las prestaciones asistenciales.

Estos objetivos determinan actuaciones que estarán destinadas a dar cobertura a las **necesidades** de las personas con trastornos mentales graves.

## Necesidades específicas de las personas con trastornos mentales graves <sup>3,4</sup>

1. Detección, evaluación y atención a los problemas de salud mental
2. Provisión del tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico

---

3 Modificado de "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones", Cuadernos Técnicos, 6. AEN. Madrid 2002.

4 Estrategia de Salud Mental del SNS. 2006

3. Actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo.
4. Mantenimiento asertivo de la continuidad de la atención
5. Intervención en crisis
6. Provisión de recursos hospitalarios
7. Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social
8. Rehabilitación laboral y apoyo al empleo
9. Alojamiento y atención residencial comunitaria
10. Apoyo económico
11. Provisión de cuidados comunitarios y de apoyo para la vida normalizada.
12. Protección y defensa de derechos
13. Apoyo a las familias y cuidadores



# Dispositivos implicados en el programa



# Dispositivos implicados en el programa

---

Los dispositivos implicados en el Programa de Trastornos Mentales Graves, las estructuras de coordinación y los mecanismos de derivación, constituyen en la red de salud mental un circuito asistencial que tiene como centro al Equipo de Salud Mental y como objetivo fundamental la continuidad de cuidados, equitativos y de calidad, a la población de pacientes con trastorno mental grave.

La descripción y funciones de los recursos sanitarios para la atención de la salud mental vienen recogidos en el **Decreto 92/2006 de la CAE**, así como las conexiones que configuran el circuito asistencial (ver más adelante “Coordinación y Circuito Asistencial”).

- A. Equipo de Atención Primaria (EAP)
- B. Equipo de Salud Mental (ESM)
- C. Unidad de Hospitalización Breve (UHB)
- D. Unidad de Media Estancia (UME)
- E. Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (URH)
- F. Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
- G. Programa de Integración Laboral
  - Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)
- H. Programa Residencial [Recursos Residenciales Comunitarios]
  - Centro Residencial de Rehabilitación (CRR)
  - Pisos supervisados (PS) y de apoyo (PA)
- I. Programa de Integración Social
  - Centro de Día (CD)
  - Centro de Ocio (CO)

## Equipos de Atención Primaria

Los Equipos de Atención Primaria (EAP) son los recursos de más amplia implantación geográfica en nuestro sistema sanitario, indispensables en un medio con una dispersión geográfica elevada. En su ámbito se produce el primer contacto del usuario con el sistema sanitario público, lugar desde donde se debe articular la atención sanitaria que precisa cada paciente en cada momento.

Según el Decreto 92/2006, los EAP realizarán el seguimiento de las personas con trastorno mental severo en la comunidad. Sus **objetivos** específicos son:

- ▶ Ayudar a que los pacientes afectados por este tipo de trastornos se mantengan con el mayor grado de funcionalidad posible en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- ▶ Contribuir a la existencia de un continuo asistencial que garantice la ausencia de rupturas bruscas a lo largo de las diversas intervenciones que se realizan con el paciente y la familia.

Serán **funciones** de los EAP en el contexto del programa de TMG:

- ▶ La detección precoz de los cuadros compatibles con un TMG. Una vez detectado el cuadro, se realizará una evaluación clínica integral del mismo, así como la aproximación diagnóstica y terapéutica iniciales.
- ▶ La detección e incorporación a la red de casos no detectados sobre todo en las áreas rurales aisladas.
- ▶ Apoyo a la labor asistencial de los ESM, en cuanto al seguimiento en el medio comunitario de estos pacientes y sus familias, programa de control de medicación y atención de pacientes TMG en situaciones de crisis.
- ▶ La coordinación, a través del programa de trastornos mentales graves, con el resto de dispositivos asistenciales implicados, de forma que se garantice:
  - El acceso del paciente a la atención específica proporcionada por el ESM.
  - El seguimiento del paciente prestando atención a la evolución clínica y adherencia al tratamiento y a los aspectos socio-familiares que puedan condicionar la evolución.
  - La coordinación, desde la perspectiva comunitaria propia de la Atención Primaria, de las actividades divulgativas y educativas que, realizadas sobre el medio social, tienen como objetivo facilitar la inserción social y laboral de los pacientes afectados por un TMG.

En lo referente al seguimiento del paciente en su medio habitual, adquieren especial relevancia el seguimiento de la adherencia terapéutica, la alerta ante la potencial aparición de situaciones de crisis y la atención a los cuidadores principales. Así, desde los EAP se puede abordar:

- ▶ El establecimiento de controles definidos para cada paciente, de acuerdo con el ESM. En esta actividad, es esencial el papel de los profesionales de enfermería de Atención Primaria. Deben formar parte de estos controles la evolución sintomática y la adherencia al tratamiento farmacológico así como la constatación y seguimiento de la evolución de las habilidades básicas del paciente.
- ▶ Las actividades educativas dirigidas a pacientes y cuidadores deben contener información sobre la enfermedad, evolución, función del tratamiento e importancia de la adhesión al mismo. Se debe abordar la aparición de efectos adversos y tratar de implicar a los pacientes y cuidadores directos en el cumplimiento terapéutico.

Estas actuaciones quedan enmarcadas en el desarrollo de los siguientes programas y protocolos:

- ▶ Programa de Coordinación con Atención Primaria.
- ▶ Protocolo de Atención y Traslado a la Urgencia en Salud Mental
- ▶ Protocolo de intervención en crisis y urgencias en ESM

### Equipos de Salud Mental

Los Equipos de Salud Mental (ESM) son el eje de la atención especializada en la comunidad y disponen de una oferta asistencial destinada fundamentalmente al abordaje terapéutico de las patologías más graves. Constituyen el dispositivo básico en la atención específica a los pacientes con trastornos mentales graves y son los responsables de la articulación de todo su proceso terapéutico y de rehabilitación. Son servicios especializados de orientación comunitaria y composición multidisciplinar. Los ESM participan de los objetivos generales del Programa, favoreciendo el mantenimiento de las personas con TMG en la comunidad.

En relación con el programa, sus **objetivos específicos** son:

- ▶ Realizar actuaciones encaminadas a evitar la progresión de la severidad y a detectar precozmente los casos de TMG.
- ▶ Detectado y registrado el TMG, deben constituirse en gestores del caso, con una metodología de gestión compartida, por lo que están implicados de forma decisoria en todas las actuaciones que se deban llevar a cabo dentro de la red para el adecuado tratamiento y seguimiento del mismo.



- ▶ Diseño, implementación y seguimiento de un Plan Individualizado de Atención.

El ESM debe de **implementar** de forma estandarizada las siguientes actuaciones:

- ▶ Gestionar listas de espera priorizando la atención a los pacientes con TMG.
- ▶ Adecuar la frecuentación de la consulta de forma proporcional a las necesidades del caso.
- ▶ Informar claramente al paciente y cuidadores de los mecanismos de atención en crisis y urgencias, que deben primar la accesibilidad y capacidad resolutive.
- ▶ Aumentar actuaciones en el medio socio-familiar en coordinación con servicios sociales de base y EAP:
  - atención domiciliaria
  - programa de control de medicación de pacientes con escaso apoyo familiar
- ▶ Participación activa en la Comisión de Salud Mental de Área.
- ▶ Derivación al resto de dispositivos asistenciales y de rehabilitación de la red.
- ▶ Interconsulta psiquiátrica en Hospitales Generales que no dispongan de Unidad de Hospitalización Breve.
- ▶ Investigación, docencia y apoyo dirigidos hacia las personas que tengan alguna responsabilidad en el proceso de atención y rehabilitación del paciente.

**Acceso al programa.** Una vez que los profesionales de los Equipos de Salud Mental, consideren adecuada la inclusión de un paciente en el Programa de TMG, debe hacerse una evaluación global multidisciplinar del funcionamiento psicosocial del mismo en las diversas áreas. Finalizada la evaluación se diseñará un plan individual de intervención, definiendo los objetivos y actividades a desarrollar, los recursos a utilizar y determinando las derivaciones a cualquiera de los recursos implicados en el Plan Terapéutico. El Equipo de Salud Mental deberá proceder a la designación de un profesional del mismo, responsable del seguimiento del caso, que supervise la totalidad del plan individual, tenga contacto frecuente con el paciente y le acompañe durante el proceso.

### Unidades de Hospitalización Breve

Las **funciones** específicas de la Unidad de Hospitalización Breve en el contexto del PTMG son:

- ▶ La Unidad de Hospitalización Breve (UHB) tiene una función fundamentalmente terapéutica y por lo tanto el centro de su actuación debe estar en la evaluación diagnóstica pluridimensional y en las intervenciones terapéuticas intensivas focalizadas en la crisis aguda.

- ▶ Se deben establecer los criterios óptimos de atención, entendiendo que en este tipo de trastornos la duración del ingreso se adaptará a las necesidades asistenciales del enfermo.
- ▶ La UHB, por las ventajas de observación continuada que representa la hospitalización, es una estructura esencial en la validación y reevaluación del diagnóstico clínico.
- ▶ La UHB debe crear protocolos de actuación específicos y definir su proceso asistencial de hospitalización.
- ▶ La UHB debe potenciar las labores de coordinación asistencial con los recursos ambulatorios del área encargados del tratamiento postalta.
- ▶ La UHB es un recurso que puede participar en la realización de las evaluaciones pertinentes para detectar discapacidades susceptibles de ser remitidas a estructuras de enfoque rehabilitador en coordinación con los ESM.
- ▶ Dispondrá de mecanismos de atención urgente claramente detallados y accesibles al paciente y familiares para crisis graves.
- ▶ La UHB iniciará, desde el momento del ingreso, las gestiones oportunas que garanticen las mejores condiciones sociosanitarias al alta.
- ▶ La UHB garantizará la asistencia psiquiátrica a pacientes en servicios médico-quirúrgicos, a través de consultas de Psiquiatría de Enlace. En aquellos hospitales donde no existe UHB, esta asistencia se realizará desde el Equipo de Salud Mental.

### Unidades de Media Estancia

Las unidades de Media Estancia (UME) vienen definidas en el Decreto 92/2006 como dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en ESM y UHB, y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras.

Atienden pacientes con las siguientes **características**:

- ▶ Pacientes cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Hospitalización Breve
- ▶ Pacientes con TMG que presentan desadaptación social o familiar y requieren una intervención terapéutica específica complementada con programas de rehabilitación.
- ▶ Pacientes con TMG y factores de riesgo de recaída por falta de conciencia y/o conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento u otros factores clínicos que aumenten la probabilidad de recaída.

Sus **funciones** son las siguientes:

- ▶ Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.
- ▶ Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización
- ▶ Proporcionar la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.

A las Unidades de Media Estancia se accede a través de las Unidades de Hospitalización Breve o bien de las Comisiones de Salud Mental del Área donde se ubique la Unidad. Al alta podrá ser derivado al Equipo de Salud Mental. Sus características físicas son semejantes a las de las Unidades de Hospitalización Breve.

Las UME tendrán dos tipos de **programas**:

- ▶ Programas de tratamiento intensivo de TMG con enfoque en el diagnóstico.
- ▶ Programas de rehabilitación (enfoque en la discapacidad) encaminados a generar un plan individualizado de rehabilitación de cada paciente, coordinado a través del ESM, CRPS y con otros recursos de la red de los que sea un usuario el paciente (ej. recursos residenciales comunitarios).

La UME debe de ser, por las ventajas de planificación que representa la hospitalización más larga y el tiempo disponible para el estudio, una estructura esencial de validación y reevaluación de la terapéutica.

### **Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (URH)**

Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria son dispositivos de internamiento destinados a pacientes en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada que permita un abordaje terapéutico y rehabilitador a largo plazo. Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria atienden a pacientes con las siguientes características

- ▶ Largos años de hospitalización que presentan déficits psicosociales susceptibles de rehabilitación.
- ▶ Riesgo de institucionalización debido a su evolución crónica y/o persistencia de su psicopatología o problemática clínica disruptiva que dificulta su abordaje en el medio comunitario
- ▶ Su ingreso no debe estar motivado fundamentalmente por problemas en su red social de apoyo.

Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria persiguen la recuperación e integración del paciente, mediante el incremento de las habilidades necesarias para su vida en

comunidad y el abordaje dentro de un entorno integrador y terapéutico de la psicopatología productiva.

A las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria se accede a través de las Unidades de Media Estancia y de las Comisiones de Salud Mental de Área. Al alta en URH pueden contemplarse alternativas diferenciadas tales como el entorno propio, los Recursos Residenciales comunitarios (CRR, PS) o recursos normalizados del tipo de Residencias de Mayores, dependiendo de la edad del paciente.

La URH debe de ser, por las ventajas de observación continuada que representa la hospitalización larga, el tiempo disponible para el estudio y la posibilidad de actuar de una forma mucho más continuada, la estructura esencial de validación y reevaluación de las terapéuticas rehabilitadoras.

### **Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)**

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son servicios de atención ambulatoria destinados a las personas con trastornos mentales graves que presentan deterioro en su funcionamiento psicosocial y son susceptibles de ser atendidos en el ámbito de la comunidad. Ofrecen programas de rehabilitación para la recuperación y fomento de sus habilidades y competencias, con el fin de potenciar su autonomía e integración social.

Sus **objetivos** son:

- ▶ Promover la adquisición y/ o recuperación de habilidades y competencias que permitan al paciente desarrollar el mayor grado de autonomía posible y mejorar su calidad de vida.
- ▶ Favorecer el mantenimiento en su entorno de la persona con enfermedad mental grave, potenciando su integración familiar y social.
- ▶ Proporcionar apoyo, educación y asesoramiento a las familias, de modo que puedan ser más competentes en el manejo de la enfermedad mental grave.

Ofrecen también:

- ▶ Formación y asesoramiento de profesionales, entidades, asociaciones y voluntarios implicados en la atención de los TMG.
- ▶ Colaboración en actividades de investigación destinadas al conocimiento de los aspectos psicosociales de las personas con TMG, así como a la evaluación y mejora de la atención prestada.
- ▶ Actividades divulgativas y educativas para la sensibilización y erradicación del estigma asociado a las personas con trastornos mentales graves.

- ▶ Coordinación con los dispositivos sanitarios de salud mental y con la red de apoyo específica –laborales, residenciales y otros- para favorecer la atención integral y continuidad de cuidados y con los servicios sociales generales, para la integración social de las personas con TMG y su acceso a prestaciones y recursos normalizados.

El **acceso** de pacientes a los CRPS se realizará a propuesta del Equipo de Salud Mental, de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria y/o de la Comisión de Salud Mental de Área.

Dadas las características de dispersión geográfica de la mayor parte de las áreas de salud, los CRPS disponen de PISOS DE APOYO (PA), en los que los pacientes que asisten al CRPS podrán residir temporalmente mientras desarrollan sus Planes de Rehabilitación Psicosocial. Los PA tendrán un doble papel como recurso residencial de accesibilidad y como recurso de entrenamiento terapéutico.

**Intervención.** De forma general, los CRPS organizan en diferentes fases sus procesos de atención e intervención con los usuarios:

1. Acogida
2. Evaluación social y funcional
3. Elaboración del Plan Individual de Rehabilitación y revisión periódica del mismo.
4. Intervención
5. Seguimiento

Las áreas de intervención de los CRPS en el contexto del Programa de TMG son:

1. Rehabilitación de habilidades. Intervenciones individuales o grupales para la recuperación o adquisición de habilidades sociales, autocontrol y competencia personal, psicoeducación, manejo en la vida diaria y rehabilitación cognitiva.
2. Asesoramiento y apoyo familiar.
3. Integración y soporte en la comunidad
4. Apoyo y orientación laboral
5. Apoyo residencial

### **Centro de rehabilitación laboral (CRL)**

El CRL es un dispositivo organizado para que la población diagnosticada de TMG adquiera los conocimientos y habilidades necesarias para favorecer su integración sociolaboral.

Sus **objetivos** generales son:

1. Recuperación o adquisición de los conocimientos, habilidades de ajuste laboral y hábitos básicos de trabajo para facilitar el acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo.

2. Seguimiento y apoyo en el puesto de trabajo.
3. Orientación a la formación.
4. Asesoramiento a las familias para facilitar su apoyo a los procesos de independencia e integración de los usuarios del CRL.
5. Conocer las necesidades y demandas del mercado laboral, fomentando la colaboración de empresarios.

### Áreas de intervención

- ▶ Orientación vocacional
- ▶ Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo, asertividad laboral, ajuste laboral y habilidades para el mantenimiento en el puesto de trabajo.
- ▶ Estudio e investigación destinados al conocimiento de los aspectos psicosociales de las personas con TMG, así como a la evaluación y mejora de la atención prestada.
- ▶ Actividades divulgativas y educativas para la sensibilización y erradicación del estigma asociado a las personas con enfermedades mentales graves.
- ▶ Coordinación con los dispositivos sanitarios de salud mental y con la red de apoyo específica –laborales, residenciales y otros- para favorecer la atención integral y la continuidad de cuidados
- ▶ Coordinación con los servicios sociales generales y servicios comunitarios, para la integración social de las personas con TMG y su acceso a prestaciones y recursos normalizados.

El **acceso al CRL** se realiza a través del Equipo de Salud Mental y el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Sus actuaciones estarán coordinadas con los Centros de Rehabilitación Psicosocial, respecto a la evaluación, el diseño individualizado de la intervención y la participación del usuario en programas y actividades para la rehabilitación de sus habilidades laborales.

El CRL no tiene carácter de centro de trabajo y no existen relaciones laborales remuneradas con los beneficiarios del mismo.

### Programa residencial

#### Los dispositivos residenciales comunitarios:

- ▶ Se constituyen como alternativas residenciales para aquellas personas que, a consecuencia de enfermedades mentales graves, no tienen cubiertas sus necesidades básicas de alojamiento y sustento.

- ▶ Se trata de una red de variadas modalidades de atención residencial con más o menos supervisión, adaptadas a las condiciones de autonomía/dependencia de sus usuarios.
- ▶ Compensan la ausencia o inadecuación de la función familiar o se convierten en una alternativa frente a la carencia de vivienda.
- ▶ Tienen un fin rehabilitador –desarrollo de competencias– y de integración social.
- ▶ Se ubican en un contexto comunitario, facilitando la accesibilidad de los usuarios al entorno.

### Objetivo general del Programa Residencial

- ▶ Proveer de alojamientos específicos a personas con enfermedades mentales graves que carecen de recursos residenciales adecuados, favoreciendo su permanencia en comunidad e integración social y asegurando la cobertura de sus necesidades básicas: alojamiento, manutención, cuidados básicos y apoyo en las relaciones de convivencia.

Con carácter general, se crean los **dispositivos residenciales comunitarios** para las personas con TMG que necesitan apoyo residencial debido a:

- ▶ Ausencia de apoyo familiar o condiciones familiares inadecuadas -incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado-.
- ▶ Déficit de autonomía y autocuidado –dificultades para mantenerse solas en una vivienda
- ▶ No disponer de alojamiento propio o que éste no disponga de condiciones mínimas de habitabilidad. Personas con TMG en situación de marginación sin hogar.

Las **funciones** de los dispositivos residenciales en el contexto del Programa de TMG son:

1. Acogida y recepción de los pacientes derivados.
2. Evaluación y diseño del Plan Individual de Rehabilitación (Residencial): intervención estructurada y ajustada a las necesidades de rehabilitación de cada uno de los usuarios-residentes.
3. Oferta de soporte residencial: alojamiento, sustento y organización de la vida diaria.
4. Desarrollo de programas y actividades rehabilitadoras, en coordinación con otros dispositivos de rehabilitación, para el desarrollo de autonomía y competencias -autocuidado, habilidades sociales, vida diaria, formación, uso del tiempo libre-,

así como para el fomento de la participación-integración social y calidad de vida de los usuarios.

5. Evaluación para el control de calidad del proceso asistencial y el servicio.
6. Coordinación con recursos específicos de la red de salud mental, con servicios sociales comunitarios y con recursos normalizados para promover procesos de inserción.

## **Tipos de recursos residenciales comunitarios**

Disponemos de diferentes dispositivos residenciales comunitarios organizados según el nivel de supervisión que ofrecen y la autonomía/ dependencia de sus usuarios:

### **1. Centro Residencial Rehabilitación (CRR)**

- ▶ Servicio residencial de carácter comunitario, destinado a personas con trastornos mentales graves con gran discapacidad-dependencia y que requieren intensa supervisión.
- ▶ Favorece una vida autónoma, con apoyo y supervisión -24 horas- ejercida por un equipo multidisciplinar.
- ▶ Capacidad: 30 plazas

### **2. Pisos Supervisados (PS)**

Recursos residenciales comunitarios en los que conviven personas con TMG que presentan niveles de discapacidad-dependencia medio-bajos y requieren de una supervisión moderada.

Están orientados a favorecer la permanencia y participación social de estas personas, ofreciéndoles un recurso normalizado de alojamiento, con un apoyo flexible y ajustado a sus necesidades, en un contexto con fines rehabilitadores que se aproxima, en lo posible, a un ambiente de hogar -los usuarios son los responsables del cuidado de la vivienda y de la organización doméstica, con el apoyo necesario de los monitores-educadores-.

### **3. Pisos de Apoyo a CRPS (PA)**

Servicio residencial comunitario ofertado por los Centros de Rehabilitación Psicosocial para facilitar el acceso y la asistencia de sus usuarios a las actividades de rehabilitación.

- ▶ Son viviendas con baja supervisión para personas con Trastornos Mentales Graves.
- ▶ Residencia para usuarios que desarrollan un programa intensivo y continuado en los CRPS, con el objetivo de adquirir competencias, funcionalidad e independencia.



- ▶ Constituyen un soporte/ estructura para la aplicación práctica en contexto natural de aprendizajes adquiridos en el CRPS.

El acceso a los recursos residenciales comunitarios se realiza a través de los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización -UHB, UME, URH-. A los casos detectados en otros servicios se les facilitará el acceso en coordinación con el Equipo de Salud Mental de referencia o a través de la Comisión de Salud Mental de Área.

En el caso de los Pisos de Apoyo, el acceso se realiza de forma directa desde los CRPS de referencia, estos Centros son los gestores y responsables de la derivación a PA.

El **perfil específico** para acceder a los recursos residenciales responde a dos variables:

- ▶ grado de supervisión que oferta el dispositivo
- ▶ grado de autonomía-dependencia-discapacidad del usuario.

<b>CRR</b>	<i>alta supervisión</i>	<i>24h/día</i>	<i>alta dependencia-discapacidad usuarios</i>
<b>PS</b>	<i>media-baja supervisión</i>	<i>24h/día</i>	<i>media-baja dependencia-discapacidad usuarios</i>
<b>PA</b>	<i>media-baja supervisión</i>	<i>18h/día</i>	<i>media-baja dependencia-discapacidad usuarios</i>

### Tipos de estancia en CRR y PS

Tipología de plazas ofertadas según el tiempo de estancia:

- ▶ **Plazas de larga estancia: más de un año.** Alternativa a la hospitalización prolongada destinada a evitar situaciones de abandono o marginación social por ausencia de apoyo o red social.
- ▶ **Plazas de media estancia: de un mes a un año.** Transición del Hospital a la comunidad, preparación para la reinserción familiar o preparación para opciones de vida más independientes (vivienda propia o alojamientos protegidos con menor supervisión).
- ▶ **Plazas de corta estancia: de un fin de semana a un mes.** Atención a urgencias y emergencia social, descanso familiar, separación preventiva de la familia en situaciones críticas.

### Tipos de estancias en Pisos de Apoyo

- ▶ Condicionadas al Plan de Rehabilitación que el usuario desarrolle en el CRPs.
- ▶ Estancias variables (de uno a varios días/ semana) según número de actividades realizadas en CRPs.

### Centro de día (CD)

Dirigido a personas con TMG que viven en su contexto de origen, con necesidades de apoyo social y de seguimiento, que han participado de programas de rehabilitación

en CRPS y, una vez adquiridos los objetivos en estos dispositivos, requieren de apoyo y soporte para mantener las competencias y el nivel de autonomía adquirido.

Distintos **perfiles de usuarios del CD** en función de sus diferentes necesidades. Personas con diagnóstico de TMG que:

1. Tienen tendencia hacia el deterioro, abandono del tratamiento y/ o al aislamiento social, si no disponen de supervisión y apoyo mantenido en el tiempo.
2. Viven solos y no poseen apoyo suficiente en su entorno natural para poder mantenerse con suficiente calidad de vida.
3. Viven con otras personas y requieren de apoyo profesional para mantener dicha convivencia.
4. Presentan, además de un trastorno psiquiátrico, patología física que requiere un seguimiento médico regular que el usuario es incapaz de realizar de forma independiente.

#### Objetivos generales del CD

- ▶ Mantener el nivel de autonomía conseguido en los procesos de rehabilitación desarrollados previamente.
- ▶ Prestar el apoyo necesario para que el sujeto pueda mantenerse en su medio comunitario con suficiente calidad de vida.
- ▶ Ofrecer apoyo a las familias sobrecargadas.

El acceso al CD se realizará desde los Equipos de Salud Mental.

Las actividades del Centro de Día se desarrollarán preferentemente en servicios comunitarios, fomentando la participación social en entornos normalizados.

Igualmente, deberá promoverse la participación de los usuarios en la organización del Centro y en la elección de las actividades a realizar, fomentando sus iniciativas y creatividad.

#### Centro de ocio

Servicios organizados para que las personas con enfermedades mentales graves desarrollen en su tiempo libre actividades relacionadas con el descanso, la diversión o el desarrollo personal, que les proporcionen bienestar y satisfacción.

Sus **objetivos** generales son:

- ▶ Fomentar la participación e inclusión de estas personas en la comunidad.
- ▶ Generar redes sociales de apoyo. Incrementar contactos sociales, reducir aislamiento.

- ▶ Ofrecer un espacio para disfrutar de un tiempo de ocio ajustado a los intereses y expectativas de sus usuarios.
- ▶ La diversión y el ocio como estrategias para apoyar el proceso de recuperación de las personas con TMG.
- ▶ Contribuir al desarrollo de habilidades del usuario para el ocio: habilidades instrumentales (exploración y manipulación del medio ambiente), habilidades sociales, habilidades colaterales (aseo, vestido,..).

El **acceso** al Centro de Ocio se realizará través de otros dispositivos de la red de rehabilitación o asistencial de salud mental y a iniciativa de los propios usuarios.

### Actividades en los Centros de Ocio

Los Programas y Centros de Ocio proveerán de acciones y ayudas específicas para:

- ▶ Información y estimulación de los usuarios en el uso de recursos para su formación y ocio.
- ▶ Apoyo para compensar déficit derivados de la enfermedad y su proceso: fomentar interés /motivación por nuevas actividades, valorar beneficios de la vida activa, relacionar intereses con una ocupación, compensar experiencias previas negativas,..
- ▶ Afrontamiento y reducción de dificultades derivadas del medio social: Estigma social, escasa información acerca de los recursos existentes, acciones de acompañamiento,..

# Coordinación y Circuito Asistencial



# Coordinación y circuito asistencial

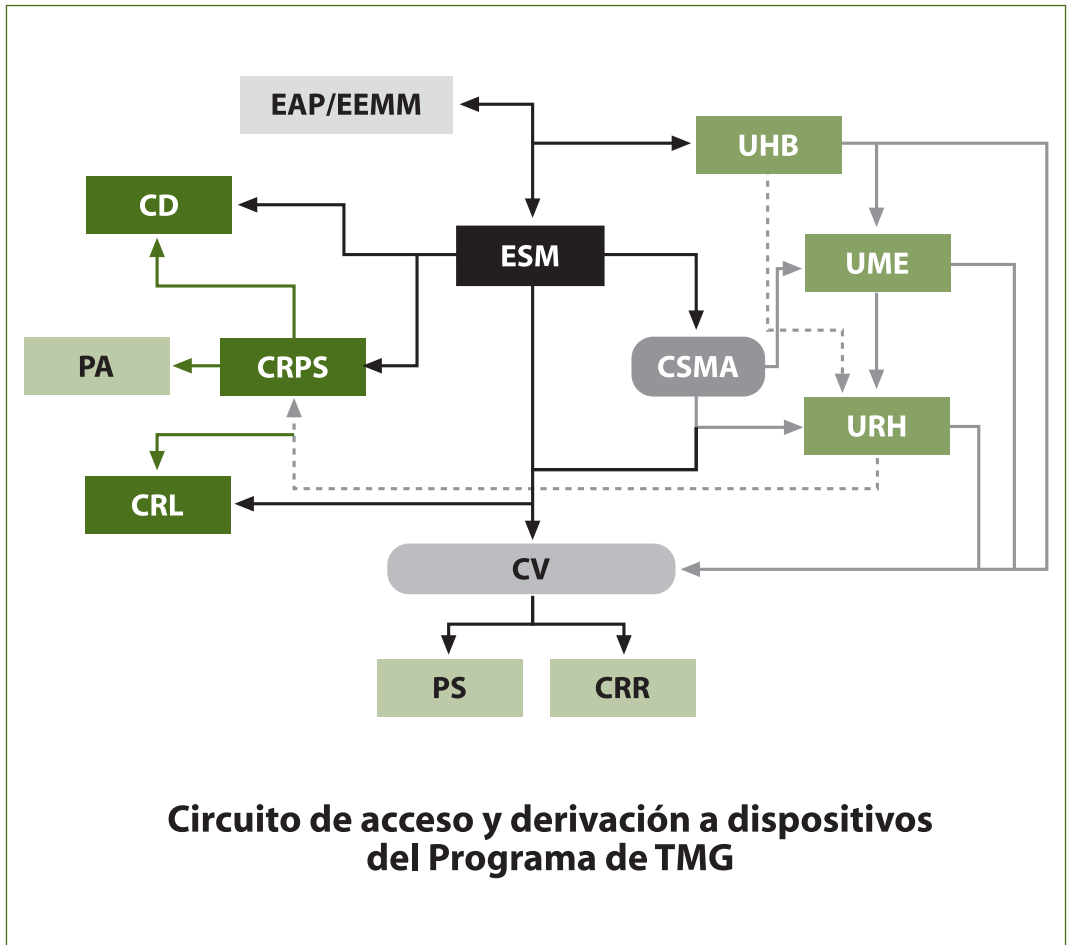
---

La implicación de diversas estructuras en la atención de los trastornos mentales graves debe ser compatible con un abordaje integrador en el que se produzcan las mínimas interrupciones del continuo asistencial. Para ello es indispensable la existencia de medios específicos que permitan la coordinación entre niveles asistenciales, entre los dispositivos de la red y entre sectores y agentes relacionados con prestaciones sociosanitarias, educativas, legales, etc.

Para ello contamos con distintos niveles de coordinación:

- ▶ Comisiones de Salud Mental de Área y subcomisiones que estas determinen (coordinación con atención primaria, gestión de casos...)
- ▶ Comisiones de coordinación sociosanitaria
- ▶ Gestión de Casos en equipo multidisciplinar

Más adelante, el documento hace referencia a las funciones vinculadas a la gestión de casos, especificando sus tareas de coordinación. La gestión del caso implica la responsabilidad de aglutinar el conocimiento clínico asistencial sobre los casos que gestiona para garantizar la difusión de este conocimiento a la totalidad de los recursos implicados en la asistencia de forma que sea evidente para todos un plan terapéutico individualizado, dinámico y actualizado en el tiempo.



DISPOSITIVO	ACCESO (PROCEDENCIA)	DISPOSITIVOS DE REFERENCIA	DERIVACIÓN (SALIDA)
<b>Centro Residencial de Rehabilitación [CRR]</b>	ESM *	EAP Zona ESM Área UHB Área UME Provincia CRPS Área (CSMA)	URH Área origen CRR / Pisos * ESM Área origen
<b>Pisos supervisados [PS]</b>	UUHH * CSMA (Comisión de Salud Mental)		
<b>Piso de Apoyo [PA]</b>	CRPS		
<b>Centro de Rehabilitación laboral [CRL]</b>	ESM CRPS	ESM Área CRPS	ESM Área origen
<b>Centro de Día [CD]</b>	ESM CRPS	ESM Área CRL	ESM Área origen
<b>Centro de Rehabilitación Psicosocial [CRPS]</b>	ESM URH CSMA	ESM Área origen	ESM Área origen
<b>Unidad de Media Estancia [UME]</b>	UHB CSMA	UHB Área	URH Área origen CRR * Piso * ESM Área origen
<b>Unidad de Rehabilitación Hospitalaria [URH]</b>	UME UHB CSMA	UHB Área CRPS Área	ESM Área origen CRR * Piso *
<b>Unidad de Hospitalización Breve [UHB]</b>			ESM Área origen UME URH CRR * Piso *
<b>Equipo de Salud Mental [ESM]</b>	EAP UHB Especialidades médicas	Todos los dispositivos de la red	

\* Derivación a través de la Comisión de Valoración de acceso a dispositivos residenciales comunitarios (CV)





# Registro de casos



# Registro de casos

---

El **registro** es la constatación documental de la puesta en marcha del programa y permite realizar un seguimiento de las actuaciones de salud. Garantiza la verificación de la continuidad de cuidados. Permite cuantificar la actividad (valor asistencial) y los casos (valor epidemiológico). Facilita el conocimiento de las características individuales del usuario, sus necesidades, las actividades de los equipos y unidades, el uso de recursos y la trayectoria o itinerario terapéutico individualizado. El registro es de utilidad con fines de planificación, evaluación, investigación y gestión.

En el registro del paciente se recogerán y reevaluarán varios parámetros que servirán para conocer la evolución clínica del paciente y como indicadores de resultados. Estos parámetros son:

- ▶ **ICG (gravedad de la enfermedad y escalas de cambio)**
- ▶ **EEAG (actividad general)**
- ▶ **Escala de discapacidad de la OMS**
- ▶ **Escala evolutiva y de calidad de vida (HoNOS)**

Inicialmente y hasta que el registro pueda incorporarse a las herramientas del sistema de información sanitario de la comunidad ("JARA"), éste tendrá formato en papel o puede ser informatizado en una base de datos convencional.

La estructura general del registro viene dada por lo siguientes apartados:

1. Filiación
2. Datos clínicos
3. Datos sociales económicos familiares
4. Evaluación y seguimiento
5. Uso de recursos
6. Escalas de seguimiento

El registro debe quedar integrado en el marco de la historia clínica del paciente, centralizado en los archivos del Equipo de Salud Mental.

La cumplimentación del registro y su revisión compete al profesional de referencia en la gestión del caso, con el apoyo del resto de los miembros del equipo o de profesionales de otros dispositivos que participen en el proceso asistencial. La implantación del registro ofrece una oportunidad para revisar y mejorar el flujo de información y coordinación en el seno del equipo, entre dispositivos asistenciales y entre distintos sectores asistenciales. Así mismo se aportará la información requerida desde la Gerencia de Área y desde los Servicios Centrales para establecer mecanismos de evaluación basada en indicadores.

### REGISTRO DE CASOS DEL PROGRAMA DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES

EQUIPO DE SALUD MENTAL				
ESM				Área Salud
Profesional de contacto				
Terapeutas	Psiquiatra			Teléfono
	Psicólogo			Teléfono
DATOS DEL USUARIO				
Nombre				
Fecha nacimiento		Edad	Estado civil	
Domicilio				
Localidad		C. Postal	Provincia	
Teléfonos				
Nº afiliación SES		N.I.F.		
DATOS SOCIOECONÓMICOS				
Estudios				Profesión
Incapacidad civil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> En trámite	
Tipo de incapacidad	<input type="checkbox"/> Tutela		Nombre tutor legal:	
	<input type="checkbox"/> Curatela		Teléfono:	

Tipo de convivencia	<input type="checkbox"/> Familia propia		Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Propia	
	<input type="checkbox"/> Familia origen			<input type="checkbox"/> Alquilada	
	<input type="checkbox"/> Solo			<input type="checkbox"/> Cedida	
	<input type="checkbox"/> Piso tutelado			<input type="checkbox"/> Familiar	
	<input type="checkbox"/> Residencia			<input type="checkbox"/> Ninguna	
	<input type="checkbox"/> Otros			<input type="checkbox"/> Otros	
Situación económica del usuario	<input type="checkbox"/> Trabajo propio		Invalidez Laboral	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Rentas mínimas			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> G. Invalidez
	<input type="checkbox"/> P. Contributiva				<input type="checkbox"/> Absoluta
	<input type="checkbox"/> P. No Contributiva		Invalidez Provisional	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Total
	<input type="checkbox"/> Hijo a cargo				Grado:
	<input type="checkbox"/> Otros				
Minusvalía	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> En trámite	Incidencias legales	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> SI    Grado:			<input type="checkbox"/> Juicios pendientes	
<b>DATOS FAMILIARES</b>					
Estructura familiar					
Antecedentes Psiquiátricos familiares <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
Valoración situación familiar SOPORTE FAMILIAR <input type="checkbox"/> ADECUADO <input type="checkbox"/> INADECUADO / INSUFICIENTE					
Familiar de referencia. Nombre:					
Teléfonos					
<b>DATOS CLÍNICOS</b>					
DIAGNÓSTICO ACTUAL DSM IV/ CIE 10 (señalar diagnóstico principal)					
EJE I					
EJE II					
EJE III					
EJE IV					
EJE V					

Fecha primer diagnóstico		Edad inicio enfermedad				
Medicación Actual						
Efectos adversos relevantes						
Enfermedades somáticas						
Otros tratamientos actuales						
Cumplimentación	<input type="checkbox"/> ADECUADA <input type="checkbox"/> INADECUADA					
Sintomatología actual	<input type="checkbox"/> NO PRODUCTIVA <input type="checkbox"/> PRODUCTIVA. Describir:					
Nº ingresos (2 años)		Fecha último ingreso				
Conductas problemáticas						
Episodios agresivos	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI Describir:				
Consumo de tóxicos	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI Describir:				
Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI Describir:				
Otras conductas problema	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI Describir:				
<b>ESCALAS DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>						
Escalas	INICIAL	12 m	24 m	36 m	48 m	ALTA
ICG (T)						
EEAG (T)						
DAS-OMS (T)						
HoNOS (Enf)						
<b>USO DE RECURSOS</b>						
<b>ESM</b>	ESM					
	Profesional de contacto					
	Psiquiatra					
	Psicóloga /o					
	Fechas visitas último año					

<b>UHB</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	UHB	
	Psiquiatra	
	Número Ingresos último año (con días de estancia)	
	Último ingreso	
	Días de ingreso en presente año / desde incorporación al programa	
<b>URGENCIAS/ OBSERVACIÓN</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Número de visitas / estancias en observación	
<b>CRPS</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	CRPS	Piso apoyo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tiempo estancia:
	Profesional de contacto	
	Primer contacto	
	Número de contactos últimos 3 meses	
<b>UME</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	UME	
	Pendiente incorporación <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
	Profesional de contacto	
	Fecha ingreso	Fecha alta
<b>URH</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	URH	
	Pendiente incorporación <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
	Profesional de contacto	
	Fecha ingreso	Fecha alta
<b>RECURSOS RESIDENCIALES</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	CRR <input type="checkbox"/>	Profesional contacto
	PS <input type="checkbox"/>	Profesional contacto:
	Pendiente incorporación <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<b>REHABILITACIÓN LABORAL</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo recurso	Fecha inicio: Fecha finalización:
	Profesional contacto	
	Pendiente incorporación <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	





# Gestión de casos



# Gestión de casos

---

La gestión de casos en un programa de TMG está plenamente justificada por la importancia capital de la adherencia y colaboración del paciente y familia en las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras. La adherencia será uno de los elementos clave para la obtención de resultados positivos en la aplicación del plan terapéutico individualizado. Para ello se han de tener en cuenta diversos aspectos como la conciencia de enfermedad, la información disponible, la complejidad de la red y la accesibilidad a sus recursos.

Facilitar el acceso y la continuidad de cuidados del usuario es una de las funciones clave de la gestión de casos. Implica la presencia de un profesional de contacto para el paciente y su familia y una referencia para toda la red de dispositivos. No obstante, la responsabilidad de la gestión recae sobre el conjunto del equipo y su capacidad de coordinación y colaboración.

La **gestión compartida del caso** procurará garantizar:

- ▶ Una adecuada planificación de la utilización de los recursos sanitarios y sociales de acuerdo con las necesidades del paciente
- ▶ Una visión longitudinal del problema de salud mental y sus consecuencias
- ▶ Una comprensión más integral del sujeto, la enfermedad y su contexto

## Objetivos de la Gestión de Casos

1. Establecer y mantener la alianza terapéutica.
2. Estimular la adherencia y la implicación en el Plan de Tratamiento.
3. Monitorizar el proceso terapéutico y rehabilitador del paciente.
4. Incrementar la comprensión de la enfermedad y sus consecuencias.
5. Reducir recaídas e ingresos hospitalarios.
6. Aliviar el estrés y mejora del funcionamiento familiar.
7. Mejorar la accesibilidad a los servicios
8. Coordinar los recursos implicados en el caso.

## Funciones de la Gestión de Casos

- ▶ Abrir y cumplimentar el registro a lo largo del tiempo.
- ▶ Potenciar la adherencia al programa, el establecimiento de la alianza terapéutica, la implicación del paciente y la familia y la cumplimentación del tratamiento. Supervisión de cumplimiento y contactos telefónicos de recuerdo de citas. Psicoeducación dirigida al paciente y familia.
- ▶ Informar sobre derechos, obligaciones, enfermedad, tratamientos, identificación de síntomas prodrómicos de recaídas y prestaciones del ESM y de la red de salud mental.
- ▶ Monitorizar el proceso de atención del paciente, coordinando actuaciones, y dejando constancia por escrito en el registro.
- ▶ Servir de contacto de referencia y coordinación de los profesionales implicados en el proceso de atención en distintos dispositivos, niveles y sectores.
- ▶ Velar por el respeto a los derechos del paciente.
- ▶ Colaborar en el proceso de integración del paciente en su entorno sociofamiliar y en la rehabilitación de sus habilidades relacionales, vocacionales y laborales.
- ▶ Contribuir al desarrollo de habilidades para el afrontamiento de la enfermedad y la discapacidad asociada.
- ▶ Facilitar los datos solicitados desde Gerencia y Servicios Centrales a través del coordinador del ESM.

## Procedimientos en la gestión compartida de casos

La gestión de casos recae sobre el conjunto del ESM, estableciéndose un reparto de funciones tal como se recoge en el siguiente esquema. No obstante es necesario recalcar que estas funciones no implican la creación de compartimentos estancos, sino que deben establecerse formas de cooperación entre los distintos miembros del equipo multiprofesional y con otros dispositivos. Solo así se podrá cumplimentar adecuadamente el registro y establecer un plan terapéutico individualizado.

## GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS

<b>DETECCIÓN</b> <b>Psiquiatra y psicólogo</b> Diagnóstico Aplicación de instrumentos de evaluación ICG, EEAG y DAS			<b>REGISTRO</b> <b>Trabajador Social / Enfermería</b> Apertura, cumplimentación y actualización del registro
<b>PLAN GENERAL DE INTERVENCIÓN</b>			
<b>Psiquiatra Psicólogo</b> Plan Terapéutico Individualizado	<b>Enfermería</b> Evaluación Evolución clínica HoNOS Cuidados de enfermería	<b>Trabajador Social</b> Evaluación Intervención social	
<b>COORDINACIÓN</b> <b>Trabajador Social / Enfermería</b> Profesional de contacto y Seguimiento			

### Plan individualizado de Atención

El **Plan Individualizado de Atención** recoge la evaluación global, los objetivos y las estrategias de intervención adecuadas para atender las necesidades integrales de cada paciente y es realizado por los terapeutas, con la colaboración del resto del equipo. Reflejado por escrito en el historial clínico del paciente y continuamente actualizable, recoge los siguientes **aspectos básicos**:

- ▶ La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo
- ▶ La programación de las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto
- ▶ El acuerdo entre el equipo de salud mental, los de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y el cuidador responsable acerca de esta programación
- ▶ El nombre del miembro del equipo que será responsable de su supervisión y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar

La evaluación debe incluir un diagnóstico según criterios DSM-IVTR o CIE-10, impresión clínica global, escalas de disfunción (EEAG y OMS/DAS) y evolución / calidad de vida (HoNOS), así como otros aspectos biopsicosociales relevantes a la hora de planificar intervenciones.

El PIA es un documento operativo incorporado en la historia clínica del paciente junto al registro del caso, que procura consensuar entre los profesionales, paciente y familia, aquellos abordajes que se consideren más relevantes en el proceso. Tendrá como objetivo minimizar las consecuencias de la enfermedad, potenciando en lo posible la rehabilitación del déficit y la integración del paciente, de acuerdo a las evidencias científicas disponibles, a las expectativas de los usuarios y a las condiciones reales del sujeto, su entorno y la red sociosanitaria. Sería recomendable el uso de Guías de Práctica Clínica de alto grado de calidad y consenso.

### **Objetivos individuales.**

1. Establecimiento de vínculo terapéutico y adherencia al programa
2. Mejoría clínica de los síntomas psicopatológicos
3. Rehabilitación e integración sociofamiliar, laboral, residencial.
4. Mejora de la discapacidad funcional

Los objetivos se definirán de forma realista, concreta y comprensible, a corto y medio plazo. Se contará desde el principio con la contribución e implicación de la familia. También será necesario implicar a los distintos niveles asistenciales, dispositivos y recursos intersectoriales.

El PIA se reevaluará periódicamente en función de las características de cada caso, al menos cada seis meses. La reevaluación tendrá en cuenta si se están alcanzando los objetivos marcados y la efectividad de las intervenciones.

Algunos elementos relevantes a considerar en el PIA serán:

- ▶ Presencia y severidad de los síntomas
- ▶ Grado general de funcionamiento
- ▶ Grado de autonomía
- ▶ Incremento de la red social
- ▶ Adquisición y generalización de habilidades
- ▶ Presencia de efectos adversos y su relevancia
- ▶ Percepción de la calidad de vida del paciente y la familia

El PIA desplegará el catálogo de intervenciones posibles, de acuerdo a la realidad del sujeto y su entorno, entendiendo que la combinación de estrategias obtiene mejores resultados que cualquiera de ellas por separado. En cada momento se decidirá los dispositivos que deben implicarse en el seguimiento del paciente, garantizando una adecuada coordinación.

Cada uno de los dispositivos implicados desarrolla sus planes específicos de intervención en coordinación con el ESM y de forma coherente con el PIA.

### Coordinación

La coordinación requiere la presencia de un **profesional de contacto**, referente para el resto de profesionales y recursos que intervengan en el proceso de asistencia. Este profesional de contacto unifica la información, coordina las actuaciones y supervisa el seguimiento.

La responsabilidad y capacidad de decisión de las actuaciones clínicas concretas depende del profesional que en cada dispositivo se haga cargo del paciente, teniendo en cuenta que todas las intervenciones quedan integradas en un Plan Individual de Atención, del que es responsable el equipo terapéutico del ESM. La protocolización de las intervenciones (terapéuticas, rehabilitadoras y de coordinación) redundará en una mejora en la calidad de la asistencia.

La **Comisión de Salud Mental de Área** puede revisar la marcha del programa en el Área de Salud, las necesidades estructurales, las dificultades prácticas que surjan en cada dispositivo, los mecanismos más adecuados de coordinación, puede establecer consensos organizativos o determinar necesidades formativas. A través de las **Subcomisiones de Gestión de Casos** pueden ser discutidos aquellos casos de especial complejidad y que rebasan la capacidad de resolución del ESM.

Funciones de las Comisiones de Salud Mental de Área:

- ▶ Evaluar, facilitar y promover la coordinación entre los dispositivos de salud mental, garantizando el acceso adecuado de los pacientes a los dispositivos y la continuidad de la asistencia en el marco del Área de Salud.
- ▶ Garantizar la atención multidisciplinar y coordinada de determinadas problemáticas que son objeto de atención por distintos sectores y servicios.
- ▶ Analizar el funcionamiento de los programas de atención, promoviendo cuantas medidas contribuyan a su mejora.

Composición de las Comisiones de Salud Mental de Área:



- a. El Coordinador de Salud Mental de Área o, en su defecto, el profesional de salud mental en quien delegue la Gerencia del Área.
- b. Un representante de cada uno de los dispositivos asistenciales, rehabilitadores y de apoyo social específicos de salud mental que se encuentren ubicados en el Área, con independencia de su ámbito territorial de actuación.
- c. Un miembro de la Dirección de Atención Sanitaria del Área.
- d. Un representante de los dispositivos de atención a las drogodependencias existentes en el Área.
- e. Un representante de los servicios sociales generales.

### **Elementos que pueden facilitar la coordinación:**

- ▶ Generar espacios y mecanismo de coordinación con los EAP, implicados en el seguimiento de casos (Programa de Coordinación con Atención Primaria, seguimiento de Cartera de Servicios por un responsable asignado en el EAP, etc.).
- ▶ Establecer procedimientos de cooperación intersectorial por medio de reuniones periódicas o comisiones bilaterales.
- ▶ Contar con espacios de coordinación y colaboración entre profesionales de distintos dispositivos, como pueden ser las subcomisiones de gestión de casos
- ▶ Establecer reuniones operativas entre los miembros del ESM
- ▶ Establecer mecanismos de contacto telefónico que permitan una gestión rápida y eficaz de situaciones urgentes.
- ▶ Priorizar los casos más complejos
- ▶ Utilizar los cauces normalizados de derivación e informes protocolizados
- ▶ Mantener actualizado el registro del paciente y el plan terapéutico
- ▶ Establecer ámbitos de coordinación con la red de atención a las drogodependencias tal como se refleja en el Protocolo de Atención Coordinación de la Patología Dual

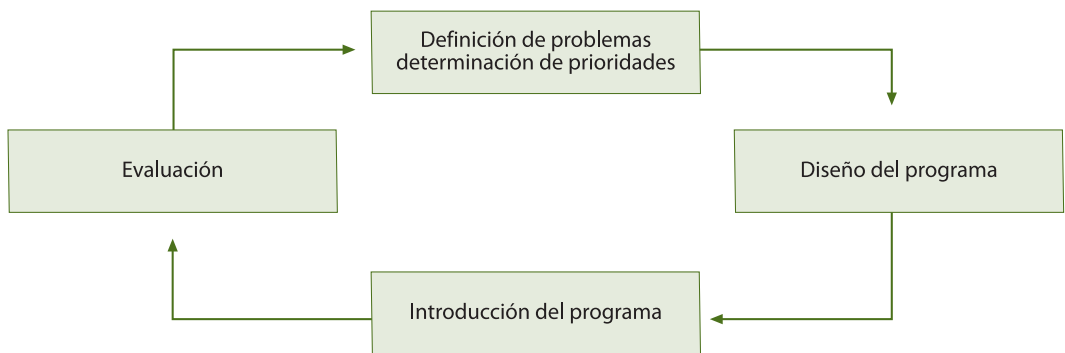
# Evaluación y calidad asistencial



# Evaluación y calidad asistencial

Es imprescindible contar con una herramienta de seguimiento del programa para detectar posibles disfunciones y oportunidades de mejora que redunden en la optimización del funcionamiento del conjunto de recursos implicados. Para ello, y desde una perspectiva de mejora continua de la calidad, se deben diseñar los **mecanismos de evaluación** del funcionamiento del programa basados en los objetivos descritos. Se establecerán, por lo tanto, una serie de **indicadores** y un **proceso de monitorización** que permita identificar áreas de mejora.

Desde el propio programa, se establecerán una serie de indicadores que evalúen tanto la estructura como el proceso y los propios resultados. Una herramienta fundamental de la evaluación del proceso de atención será el registro de trastornos mentales graves.



## Indicadores de evaluación

Los **indicadores** de evaluación pueden cambiar a lo largo del tiempo. Inicialmente serían más interesantes los que reflejen la implantación del programa y verifiquen la entrada de pacientes a través del registro de casos, y valoren los recursos que se ponen en juego en la implantación. Los objetivos e indicadores del programa pueden incluirse en los contratos de gestión como criterios de calidad asistencial.

De los indicadores señalados más abajo, se realizaría una selección de los que se consideren más adecuados a los objetivos iniciales.

### 1. Indicadores de implantación y desarrollo del programa

- ▶ Nº de casos registrados por ESM / Área / 100.000 hab.
- ▶ Media de intervenciones anuales por caso en ESM
- ▶ Calidad de la cumplimentación del registro: % de registros que incorporen un mínimo % de información.
- ▶ Nº pacientes con TMG que disponen de Plan Individualizado de Atención
- ▶ Nº pacientes con TMG que disponen de profesional de contacto asignado.

### 2. Indicadores de resultados

- ▶ Indicadores de **accesibilidad**
  - ▶ Relacionados con la demora en la atención: listas de espera en consultas sucesivas, demora de atención preferente desde los servicios de urgencias o desde que son dados de alta en las unidades de hospitalización (p.e. % de pacientes derivados desde las UHB atendidos en los siguientes 10 días en sus ESM de referencia).
  - ▶ Existencia del servicio "Seguimiento del TMG" en la cartera de servicios de atención primaria.
- ▶ Indicadores de **adherencia**
  - ▶ % casos que abandonan el programa tras 90 días sin atención (dejan de tener contacto con los recursos)
- ▶ Indicadores de **eficacia**
  - ▶ Días de ingreso por paciente al año
  - ▶ % casos que requieren atención especializada urgente
  - ▶ Evaluación de resultados de los procesos de rehabilitación e inserción medidos a través de escalas (HoNOS, EEAG, QoL)
  - ▶ Tasa de reingresos en UHB
  - ▶ Porcentaje de pacientes que permanecen más de 45 días ingresados en UHB
- ▶ Indicadores de **satisfacción** percibida
  - ▶ Grado de satisfacción expresada por pacientes

### 3. Otros

- ▶ % pacientes incluidos en el programa que presentan intentos de suicidio
- ▶ % internamientos involuntarios con autorización judicial

## Calidad asistencial en el Programa TMG

La eficiencia y efectividad en la gestión de los recursos cobra mucho más sentido cuando hablamos de la atención a personas con TMG, en muchos casos con gran dependencia y disfunción y con necesidades que requieren la intervención desde diferentes áreas, dispositivos y profesionales.

El Programa TMG debe desarrollarse desde la perspectiva de la calidad asistencial y la evaluación continua, para asegurar:

- ▶ Adecuación de sus servicios a las necesidades de la población que atiende
- ▶ Calidad en sus procesos de atención
- ▶ Establecimiento de criterios de organización, funcionamiento y coordinación de sus servicios
- ▶ Participación de profesionales y pacientes, auténticos protagonistas de todas las actuaciones desarrolladas en el ámbito de este programa.

Se establecen a continuación **líneas estratégicas de calidad** que procuran fomentar la excelencia en la asistencia gestión sanitarias, aplicables en el contexto del Programa TMG en consonancia con el **II Plan Integral de Salud Mental** de la CAE.

### 1. Consolidación de la práctica asistencial basada en la evidencia

- 1.1. Implantar el Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo en el ámbito de la Salud Mental.
- 1.2. Definir Estándares Específicos de Acreditación para los centros y servicios de Salud Mental en el contexto del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo.
- 1.3. Identificar, implantar y realizar el seguimiento de los procesos más prevalentes, graves y de mayor complejidad asistencial.
- 1.4. Desarrollar Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica
- 1.5. Implantar criterios de Uso Racional del Medicamento.
- 1.6. Implantar un Plan Integrado de Atención para pacientes con TMG
- 1.7. Promover uso de buenas prácticas y respeto a la dignidad de los pacientes regulando procedimientos para la contención mecánica y para el tratamiento o internamiento involuntario.

### 2. Calidad relacional en la atención a la salud mental

- 2.1. Proporcionar información a ciudadanos y profesionales sobre los servicios y prestaciones del sistema público de atención a la salud mental dirigida a su

adecuado uso. Proporcionar información a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, servicios y procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones. Conocer y considerar sus intereses y expectativas.

- 2.2. Adoptar medidas de mejora en base a la información obtenida a través de encuestas de satisfacción de los pacientes y familiares, grupos focales, análisis de sugerencias y reclamaciones u otros métodos debidamente validados y fundamentados.
- 2.3. Mejorar la habitabilidad de los dispositivos
- 2.4. Asegurar la participación del paciente en la toma de decisiones relativas a su tratamiento

### **3. Desarrollo de una organización y gestión eficientes**

- 3.1. Implantar la cartera de servicios sanitarios y relativos a la dependencia, incluyendo el seguimiento de PTMG desde atención primaria
- 3.2. Implantar herramientas para la gestión de riesgos sanitarios y seguridad de pacientes en las unidades de hospitalización
- 3.3. Diseño e implementación de un Cuaderno de Mando integral de salud mental en el marco del sistema de información sanitaria de la CAE. Requiere un Sistema de Información Sanitaria informatizado y unificado para todos los dispositivos de la red.
- 3.4. Uso de los contratos de gestión como herramienta para el cumplimiento de objetivos de calidad y adecuación de la asistencia de los grupos de atención preferente.

### **4. Coordinación interinstitucional y continuidad asistencial**

- 4.1. Protocolo de coordinación con la Administración de Justicia y Protocolos específicos para la atención a poblaciones con TMG en riesgo de exclusión social: transeúntes y sin hogar, inmigrantes,...
- 4.2. Coordinación con el Sistema Público de Empleo para el establecimiento de líneas de atención a la persona con TMG para su acceso a la formación y/o el empleo.
- 4.3. Coordinación con organismo público de la vivienda para acceso de población TMG a viviendas sociales y/o de bajo alquiler.
- 4.4. Consolidar las funciones de las Comisiones de Salud Mental y Coordinadores de Área

- 4.5. Crear un Consejo Regional de Salud Mental
- 4.6. Crear un marco de coordinación y colaboración permanentes entre la Administración Pública y las asociaciones de usuarios y familiares.

## **5. Gestión del conocimiento y adquisición y generación de nuevas evidencias**

- 5.1. Establecimiento de planes de Formación continuada de los diferentes perfiles profesionales de red SM. Formación específica en SM de equipos AP y SSB.
- 5.2. Mejorar el conocimiento de poblaciones TMG en riesgo de exclusión social.





# Anexos



# Anexos

---

## Informes de derivación

En el CD adjunto y en la versión pdf del documento

## Escalas

Impresión Clínica Global (ICG)

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Escala de Discapacidad de la OMS (WHO/DAS)

Escala de Calidad de Vida (HONOS)

## Prestaciones y actividades terapéuticas - rehabilitadoras

## ESCALAS

### ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (CLINICAL GLOBAL IMPRESSION, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica. ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 0. No evaluado         | 4. Moderadamente enfermo                           |
| 1. Normal, no enfermo  | 5. Marcadamente enfermo                            |
| 2. Dudosamente enfermo | 6. Gravemente enfermo                              |
| 3. Levemente enfermo   | 7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos |

Mejoría global CM-CI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 0. No evaluado         | 4. Sin cambios        |
| 1. Mucho mejor         | 5. Levemente peor     |
| 2. Moderadamente mejor | 6. Moderadamente peor |
| 3. Levemente mejor     | 7. Mucho peor         |

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuu de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o mentales.	
100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes del examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar): solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robo en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar, un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día. Sin trabajo, vivienda o amigos).
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o así mismo (p. ej., intento de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte frecuentemente violentos, excitación maniática) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

## ESCALA DE DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHO/DAS)

1.- Período cubierto por la valoración (marcar el cuadro apropiado)																			
Actual	<input type="checkbox"/>																		
Último mes	<input type="checkbox"/>																		
Último año	<input type="checkbox"/>																		
Otro período (especificar)	_____																		
2.- Áreas específicas de funcionamiento (marcar con un círculo la cifra apropiada):																			
A) Cuidado personal se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ninguna discapacidad</td> <td colspan="3">Discapacidad máxima</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Funcionamiento con ayuda</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima			Funcionamiento con ayuda					
	0	1	2	3	4	5													
Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima																
Funcionamiento con ayuda																			
B) Funcionamiento ocupacional Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ninguna discapacidad</td> <td colspan="3">Discapacidad máxima</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Funcionamiento con ayuda</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima			Funcionamiento con ayuda					
	0	1	2	3	4	5													
Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima																
Funcionamiento con ayuda																			
C) Funcionamiento familiar Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos y otros familiares. Al apuntar prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ninguna discapacidad</td> <td colspan="3">Discapacidad máxima</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Funcionamiento con ayuda</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima			Funcionamiento con ayuda					
	0	1	2	3	4	5													
Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima																
Funcionamiento con ayuda																			
D) Funcionamiento en el contexto social amplio Se refiere a las actividades que espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y otras actividades sociales.	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ninguna discapacidad</td> <td colspan="3">Discapacidad máxima</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Funcionamiento con ayuda</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima			Funcionamiento con ayuda					
	0	1	2	3	4	5													
Ninguna discapacidad			Discapacidad máxima																
Funcionamiento con ayuda																			
3.- Duración total de la discapacidad (marcar el recuadro apropiado)																			
Menos de un año	<input type="checkbox"/>																		
Un año o más	<input type="checkbox"/>																		
Desconocida	<input type="checkbox"/>																		
4.- Capacidades específicas																			
<p>Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas arriba mencionadas y sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y cuidado de l funcionamiento del individuo en la comunidad o en la familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad para tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.</p> <p>Marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																			

## ESCALA DE EVOLUCIÓN HoNOS

### *Resumen de las Instrucciones de Puntuación*

1. **Puntuar** cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 12
2. **No** incluir información ya puntuada en un ítem previo excepto en el ítem 10 que es una evaluación global
3. **Puntuar** el problema MÁS SEVERO ocurrido durante el periodo de tiempo evaluado
4. **Todas las escalas** siguen el formato:
  - 0 = sin problema
  - 1 = problema menor que no requiere intervención
  - 2 = problema leve pero claramente presente
  - 3 = problema de moderada gravedad
  - 4 = problema grave o muy grave

## GLOSARIO DE LA HOJA DE PUNTUACIÓN HoNOS

### 1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada

- ▶ Incluye tal comportamiento debido a cualquier causa (por ejemplo drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.)
  - ▶ No incluye la conducta bizarra, que se puntúa en la escala 6
0. Sin problema de este tipo durante el periodo evaluado
  1. Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud etc. que no requiere intervención
  2. Incluye actitudes agresivas; empujar o importunar a otras personas; amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación
  3. Agresividad física hacia otras personas o animales (insuficiente para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres
  4. Al menos un ataque físico serio a otras personas o animales; destrucción de propiedades (por ejemplo provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena

### 2. Autolesiones no accidentales

- ▶ No incluye las autolesiones accidentales (debidas, por ejemplo, a demencia o a incapacidad intelectual severa); los problemas cognitivos han de ser puntuados en la Escala 4 y el daño resultante en la Escala 5

- ▶ No incluye las enfermedades o lesiones producidas como consecuencia directa del consumo de alcohol o drogas, que se puntúan en la Escala 3; (por ejemplo la cirrosis hepática o las lesiones derivadas de conducir en estado ebrio se puntúan en la escala 5).
  0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
  1. Pensamientos pasajeros de acabar con todo pero riesgo pequeño durante el periodo evaluado; no autolesiones
  2. Riesgo leve durante el periodo evaluado; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo arañarse las muñecas)
  3. Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada durante el periodo evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo acumular medicación)
  4. Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el periodo evaluado

### 3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas

- ▶ No incluye la conducta agresiva/destructiva secundaria al consumo de alcohol o drogas, puntuado en la Escala 1
- ▶ No incluye a las enfermedades o discapacidades derivadas del consumo de alcohol o drogas, puntuadas en la Escala 5
  0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
  1. Consumo excesivo pero dentro de las normas sociales
  2. Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas pero sin dependencia seria
  3. Marcada apatencia o dependencia del alcohol o drogas con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación
  4. Incapacitado por los problemas de alcohol/drogas

### 4. Problemas Cognitivos

- ▶ Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociadas a cualquier trastorno: incapacidad intelectual, demencia, esquizofrenia, etc.
- ▶ No incluir trastornos temporales (por ejemplo resacas) secundarios al consumo de alcohol o drogas, puntuados en la Escala 3
  0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
  1. Problemas menores de memoria o comprensión (por ejemplo olvido ocasional de nombres)



2. Problemas leves pero claros (por ejemplo se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples
3. Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental
4. Desorientación severa (por ejemplo incapacidad para reconocer a familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor

### **5. Problemas por enfermedad física o discapacidad**

- ▶ Incluye enfermedades o discapacidades de cualquier causa que limiten o impidan el movimiento, o deterioren la capacidad visual o auditiva, o que de otra manera interfieran con la autonomía personal
- ▶ Incluye a los efectos secundarios de la medicación; los efectos del consumo de drogas/alcohol; las discapacidades físicas derivadas de accidentes o de autolesiones asociadas a problemas cognitivos, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, etc.
- ▶ No incluye los problemas mentales o conductuales puntuados en la Escala 4
  0. Ningún problema de salud física durante el periodo evaluado
  1. Problema menor de salud durante dicho periodo (por ejemplo resfriados, caídas de poca importancia, etc.)
  2. Problema de salud física que provoca limitación leve de la movilidad y actividad
  3. Grado moderado de limitación de la actividad debido a un problema de salud física
  4. Incapacidad severa o completa secundaria a un problema de salud física

### **6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones**

- ▶ Incluye alucinaciones e ideas delirantes independientemente del diagnóstico
- ▶ Incluye la conducta extraña o bizarra asociada a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes
- ▶ No incluye la conducta agresiva, destructiva o hiperactiva atribuible a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se puntúa en la Escala 1
  0. No hay evidencia de alucinaciones, ideas delirantes durante el periodo evaluado

1. Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes con el ambiente cultural del paciente
2. Ideas delirantes o alucinaciones (por ejemplo voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, es decir clínicamente presente pero de forma leve
3. Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones, que originan mucho malestar y/o se manifiestan en una conducta bizarra obvia, es decir problema de moderada severidad clínica
4. El estado mental y la conducta del paciente están seriamente y negativamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre el paciente

## 7. Problemas en relación con el humor depresivo

- ▶ No incluye la hiperactividad o la agitación, que se puntúa en la Escala 1
  - ▶ No incluye la ideación o tentativas de suicidio, que se puntúan en la Escala 2
  - ▶ No incluye la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, que se puntúan en la Escala 6
0. Ningún problema asociado con humor depresivo durante el periodo evaluado
  1. Tristeza; o cambios menores en el estado de ánimo
  2. Depresión y malestar leve pero claro (por ejemplo sentimientos de culpa; pérdida de la autoestima)
  3. Depresión con autoinculpación injustificada; preocupación acerca de sentimientos de culpa
  4. Depresión severa o muy severa, con ideas de culpa o autoacusación

## 8. Otros problemas mentales o conductuales

- ▶ Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems 6 y 7 como sigue. Especificar el tipo de problema consignando la letra apropiada: A fóbico; B ansiedad; C obsesivo-compulsivo; D sobrecarga mental y tensión; E disociativo; F somatoforme; G alimentación; H sueño; I sexual; J otros, especificar
0. Sin evidencia de cualquiera de estos problemas a lo largo del periodo evaluado
  1. Problemas menores solamente
  2. Problema clínicamente presente con intensidad leve (por ejemplo el paciente tiene un cierto grado de control)

3. Crisis o malestar severo de forma ocasional, con pérdida de control (por ejemplo se ve obligado a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino, etc.) es decir nivel de problema moderadamente severo
4. Problema grave que domina la mayoría de las actividades

## 9. Problemas con las relaciones

- ▶ Puntuar el problema más severo del paciente asociado a la carencia activa o pasiva de relaciones sociales, y/o a relaciones carentes de apoyo, destructivas o autolesivas
  0. Ningún problema significativo durante el periodo evaluado
  1. Problema menor sin entidad clínica
  2. Problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo: el paciente se queja de ello y/o tales problemas son evidentes para los demás
  3. Problema severo y persistente debido a carencia pasiva o activa de relaciones sociales y/o que las relaciones existentes aportan un escaso o nulo apoyo o consuelo
  4. Aislamiento social grave y penoso debido a incapacidad para comunicarse socialmente y/o a la pérdida de las relaciones sociales

## 10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana

- ▶ Puntuar el nivel medio de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (AVD): por ejemplo problemas con actividades básicas de cuidados personales como la alimentación, la limpieza personal, la vestimenta, el uso del lavabo; también habilidades complejas como la administración del dinero, la organización de donde vivir, la ocupación y el tiempo libre, la movilidad y el uso del transporte, las compras, el desarrollo personal, etc.
- ▶ Incluye: cualquier falta de motivación para manejarse o valerse por sí mismo, puesto que esto contribuye a un menor nivel de funcionamiento
- ▶ No incluye la falta de oportunidades para ejercer las habilidades y capacidades intactas, que se registra en las Escalas 11 y 12
  0. Sin problemas durante el periodo evaluado; buena capacidad de funcionamiento en todas las áreas
  1. Problemas menores solamente (por ejemplo desordenado, desorganizado)
  2. Cuidados personales adecuados pero fallo importante en la realización de una o más habilidades complejas (ver arriba)

3. Problemas severos en una o más áreas de los cuidados personales (alimentación, limpieza personal, vestimenta, uso del lavabo) así como discapacidad severa para ejecutar varias habilidades complejas
4. Discapacidad grave o incapacidad en todas o casi todas las áreas de cuidados personales y habilidades complejas

## 11. Problemas con las condiciones de vida

- ▶ Puntuar la severidad media de los problemas en relación con la calidad de las condiciones de vida y con la rutina doméstica cotidiana
- ▶ ¿Están cubiertas las necesidades básicas (calefacción, luz, higiene)? Si es así, ¿se dispone de ayuda para afrontar las discapacidades y de variedad de oportunidades para utilizar habilidades y desarrollar otras nuevas?
- ▶ No puntuar el nivel de discapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

**Nota:** puntuar el alojamiento habitual del paciente. Si la evaluación se lleva a cabo en una unidad de internamiento de corta estancia, puntuar su alojamiento habitual.

0. El alojamiento y las condiciones de vida son aceptables; útil para mantener cualquier discapacidad registrada en la Escala 10 en el más bajo nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo
1. El alojamiento es razonablemente aceptable aunque existen problemas menores o transitorios (por ejemplo la situación no es la ideal, no es la opción preferida, la comida no es de su agrado, etc.)
2. Problema significativo con uno o más aspectos del alojamiento y/o régimen (por ejemplo elección restringida; el personal o las personas que viven con el paciente tienen conocimientos insuficientes acerca de como limitar la discapacidad o de como ayudar a utilizar o a desarrollar habilidades nuevas o intactas)
3. Múltiples problemas preocupantes en relación con el alojamiento (por ejemplo carencia de algunas necesidades básicas); los recursos del entorno doméstico para mejorar la independencia del paciente son mínimos o inexistentes
4. El alojamiento es inaceptable (por ejemplo carece de las necesidades básicas, el paciente está en riesgo de desahucio o de quedarse en la calle, o las condiciones de vida son por lo demás intolerables), agravando los problemas del paciente

## 12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades

- ▶ Puntuar el nivel global de problemas en relación con la calidad del entorno cotidiano. ¿Existe ayuda disponible para afrontar las discapacidades, y oportunidades para mantener o mejorar capacidades ocupacionales y recreativas y actividades? Considerar factores tales como el estigma, falta de personal cualificado, acceso a recursos de apoyo (por ejemplo personal y equipamiento de centros de día, talleres, clubes sociales, etc.)

- ▶ No puntuar el nivel de incapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

**Nota:** Puntuar la situación habitual del paciente. Si el paciente está internado en una unidad de corta estancia, puntuar las actividades durante el periodo previo al ingreso.

0. El entorno cotidiano del paciente es aceptable: útil para mantener cualquier discapacidad puntuada en la Escala 10 en el menor nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo.
1. Problema menor o transitorio (por ejemplo retraso en cobrar el paro): recursos razonables disponibles pero no siempre en el momento deseado, etc.
2. Surtido limitado de actividades; carencia de tolerancia razonable (por ejemplo denegar injustificadamente la entrada en bibliotecas u otros lugares públicos, etc.); en desventaja por la falta de domicilio estable; apoyo insuficiente por parte de profesionales o cuidadores; ayuda durante el día disponible pero durante tiempo muy limitado
3. Deficiencia marcada de servicios cualificados disponibles que ayuden a minimizar el nivel de discapacidad existente; ausencia de oportunidades para utilizar habilidades intactas o para adquirir nuevas; atención no cualificada de difícil acceso
4. La falta de oportunidades para realizar actividades durante el día contribuye a empeorar los problemas del paciente

## HoNOS

### Hoja De Puntuación

<b>Nombre:</b>
<b>Fecha:</b>

1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
2. Autolesiones no accidentales	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
4. Problemas cognitivos	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
5. Problemas por enfermedad física o discapacidad	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
7. Problemas en relación con el humor depresivo	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
8. Otros problemas mentales o conductuales	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
<i><b>Especificar el tipo de trastorno:</b></i>	<i><b>A, B, C, D, E, F, G, H, I, J</b></i>	
9. Problemas con las relaciones	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
11. Problemas con las condiciones de vida	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades	0 1 2 3 4	<input type="checkbox"/>
<b>Puntuación Total:</b>	<b>0 - 48</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## ESTRUCTURA DE LA ESCALA HoNOS

Título de la sección y nombre del ítem	Rango de puntuación de cada ítem	Rango de puntuación de la sección
<b>A. Problemas Conductuales</b> 1. Agresividad 2. Autoagresiones 3. Uso de sustancias	0-4 0-4 0-4	0-12
<b>B. Deterioro</b> 4. Disfunción Cognitiva 5. Discapacidad física	0-4 0-4	0-8
<b>C. Problemas Clínicos</b> 6. Depresión 7. Alucinaciones e l Delirantes 8. Otros síntomas	0-4 0-4 0-4	0-12
<b>D. Problemas Sociales</b> 9. Relaciones sociales 10. Funcionamiento General 11. Problemas de Residencia 12. Problemas Ocupacionales	0-4 0-4 0-4 0-4	0-16
<b>Puntuación Total (1-12)</b>	<b>0-48</b>	

## PRESTACIONES Y ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS - REHABILITADORAS

### Prestaciones generales

#### Ámbito sanitario

1. Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental grave
2. Procedimientos de detección, evaluación e intervención precoces
3. Prescripción y realización de pruebas diagnósticas
4. Atención ambulatoria en los distintos niveles asistenciales
5. Hospitalización en función del perfil de necesidades
  - a. Hospitalización Breve
  - b. Media Estancia
  - c. Rehabilitación Hospitalaria
6. Atención sanitaria continuada en el medio comunitario
7. Intervención en crisis y atención a la demanda no programada
8. Intervenciones para la prevención de recaídas
9. Intervenciones comunitarias para la rehabilitación psicosocial

#### Ámbito de la dependencia

10. Intervenciones para la integración laboral
11. Programa residencial comunitario
12. Programas de apoyo sostenido, integración social y ocio
13. Atención domiciliaria
14. Tele – Atención
15. Prestaciones sociales generales



## Actividades terapéuticas y rehabilitadoras

### 1. Atención individual

- a. Detección y evaluación multidisciplinar del caso
- b. Asignación de terapeuta de referencia y profesional de contacto para la gestión del caso
- c. Plan Individual de Atención y seguimiento
- d. Intervenciones psicoterapéuticas
- e. Intervenciones psicofarmacológicas y otras terapias biológicas
- f. Psicoeducación y educación para la salud
- g. Atención a la urgencia y demanda no programada
- h. Acompañamiento de pacientes e intervenciones a domicilio
- i. Información y apoyo a la gestión de recursos y prestaciones sociales
- j. Entrenamiento en resolución de problemas, actividades de la vida diaria, habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y otras intervenciones de rehabilitación psicosocial.

### 2. Atención sociofamiliar

- a. Actividades educativas, de información, apoyo e intervención en crisis
- b. Terapia de familia
- c. Intervenciones de apoyo a la red social

### 3. Atención grupal

- a. Terapia de grupo
- b. Psicoeducación, rehabilitación cognitiva, afrontamiento de estrés y resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales,
- c. Psicomotricidad y técnicas de relajación

# Bibliografía

---

- Ai C, Norton EC. *Standard errors for the retransformation problem with heteroscedasticity*. J Health Econ. 2000 Sep; 19(5):697-718.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuaderno Técnico nº 6, 2002.
- Bagnall A, Lewis RA, Leitner ML. *Ziprasidone for schizophrenia and severe mental illness*. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4):CD001945. Review.
- Barr W. *Physical health of people with severe mental illness. Adequate staffing and shared commitment are needed*. BMJ. 2001 Jul 28; 323 (7306):231. No abstract available.
- Becker DR, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo GJ, Drake RE. *Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island*. Psychiatr Serv. 2001 Mar; 52(3):351-7.
- Bindman J, Johnson S, Szmukler G, Wright S, Kuipers E, Thornicroft G, Bebbington P, Leese M. *Continuity of care and clinical outcome: a prospective cohort study* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Jun;35(6):242-7.
- Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, Bell MD, Blyler CR. *Implementing supported employment as an evidence-based practice*. Psychiatr Serv. 2001 Mar; 52(3):313-22. Review.
- Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. *Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness?* J Consult Clin Psychol. 2001 Jun;69(3):489-501.
- Braslow JT. *History and evidence-based medicine: lessons from the history of somatic treatments from the 1900s to the 1950s*. Mental Health Serv Res. 1999 Dec;1(4):231-40.
- Brunette MF, Mercer CC, Carlson CL, Rosenberg SD, Lewis BF. *HIV-related services for persons with severe mental illness: policy and practice in New Hampshire community mental health*. J Behav Health Serv Res. 2000 Aug;27(3):347-53.
- Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W. *Case management and assertive community treatment in Europe*. Psychiatr Serv. 2001 May;52(5):631-6. Review.
- Catty J, Burns T, Comas A. *Day centres for severe mental illness*. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD001710. Review.
- Clark RE. *Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders*. Schizophr Bull. 2001;27(1):93-101.
- Collins PY, Geller PA, Miller S, Toro P, Susser ES. *Ourselves, our bodies, our realities: an HIV prevention intervention for women with severe mental illness*. J Urban Health. 2001 Mar;78(1):162-75.

- Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental. Programas básicos de intervención. Cuaderno Técnico nº 14, 2001.
- Cook JA, Pickett-Schenk SA, Grey D, Banghart M, Rosenheck RA, Randolph F. *Vocational outcomes among formerly homeless persons with severe mental illness in the access program*. Psychiatr Serv. 2001 Aug;52(8):1075-80.
- Coombes AG, Kirwan JF, Rostron CK. *Deep lamellar keratoplasty with lyophilised tissue in the management of keratoconus*. Br J Ophthalmol. 2001 Jul;85(7):788-91.
- Corrigan PW, McCracken SG, Holmes EP. *Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability*. Community Ment Health J. 2001 Apr;37(2):113-22.
- Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, Mathisen J, Gagnon C, Bergman M, Goldstein H, Kuvlak MA. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. Schizophr Bull. 2001;27(2):187-95.
- Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. *Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review*. BMJ. 2001 Jan 27;322(7280):204-8. Review.
- Crowther T, Marshall M, Bond G, Huxley P. *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness*. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD003080. Review.
- Dawe S, Seinen A, Kavanagh D. *An examination of the utility of the UDIT in people with schizophrenia*. J Stud Alcohol. 2000 Sep;61(5):744-50.
- Dixon L, Goldberg R, Lehman A, McNary S. *The impact of health status on work, symptoms, and functional outcomes in severe mental illness*. J Nerv Ment Dis. 2001 Jan;189(1):17-23.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L. *Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness*. Psychiatr Serv. 2001 Apr;52(4):469-76. Review.
- Drake RE, Goldman HH, Leff HS, Lehman AF, Dixon L, Mueser KT, Torrey WC. *Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings*. Psychiatr Serv. 2001 Feb;52(2):179-82.
- Fisher WH, Packer IK, Grisso T, McDermeit M, Brown JM. *From case management to court clinic: examining forensic system involvement of persons with severe mental illness*. Mental Health Serv Res. 2000 Mar;2(1):41-9.
- Fossey EM, Harvey CA. *A conceptual review of functioning: implications for the development of consumer outcome measures*. Aust N Z J Psychiatry. 2001 Feb;35(1):91-8. Review.
- Gandhi N, Tyrer P, Evans K, McGee A, Lamont A, Harrison-Read P. *A randomised controlled trial of community-oriented and hospital-oriented care for discharged psychiatric patients: influence of personality disorder on police contacts*. J Personal Disord. 2001 Feb;15(1):94-102.
- Grassi L, Biancosino B, Righi R, Fonotti L, Peron L. *Knowledge about HIV transmission and prevention among Italian patients with psychiatric disorders*. Psychiatr Serv. 2001 May;52(5):679-81.
- Hall LL, Purdy R. *Recovery and serious brain disorders: the central role of families in nurturing roots and wings*. Community Ment Health J. 2000 Aug;36(4):427-41.
- Hassiotis A, Ukoumunne OC, Byford S, Tyrer P, Harvey K, Piachaud J, Gilvarry K, Fraser J. *Intellectual functioning and outcome of patients with severe psychotic illness randomised to intensive case management. Report from the UK700 trial*. Br J Psychiatry. 2001 Feb;178:166-71.

- Hess RE, Clapper CR, Hoekstra K, Gibison FP Jr. *Empowerment effects of teaching leadership skills to adults with a severe mental illness and their families.* Psychiatr Rehabil J. 2001 Winter;24(3):257-65.
- Huxley P, Evans S, Burns T, Fahy T, Green J. *Quality of life uotcome in a randomised controlled trial of case management.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001 May; 36 (5):249-55.
- Huxley P, Reilly S, Gater R, Robinshaw E, Harrison J, Mohamad H, Butler T, Windle B. *Matching resources to care: the acceptability, validity and inter-rater reliability of a new instrument to assess severe mental illness (MARC-1).* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Jul;35(7):312-7.
- Johnson-Masotti AP, Pinkerton SD, Kelly JA, Stevenson LY. *Cost-effectiveness of an HIV risk reduction intervention for adults with severe mental illness.* AIDS Care. 2000 Jun;12(3):321-32.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Lamb HR, Bachrach LL. *Some perspectives on deinstitutionalization.* Psychiatr Serv. 2001 Aug;52(8):1039-45. Review.
- Lamb HR, Weinberger LE. *Therapeutic use of conservatorship in the treatment of gravely disabled psychiatric patients.* New Dir Ment Health Serv. 2001 Summer; (90):91-8.
- Lamb HR, Wheinberger LE. *Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review.* New Dir Ment Health Serv. 2001 Summer; (90): 29-49. Review.
- Lamberti JS, Weisman RL, Schwarzkopf SB, Price N, Ashton RM, Trompeter J. *The mentally ill in jails and prisons: towards an integrated model of prevention.* Psychiatr Q. 2001 Spring;72(1):63-77.
- Lewis CF. *Successfully treating aggression in mentally ill prison inmates.* Psychiatr Q. 2000 Winter;71(4):331-43.
- Ley AM Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N. *Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse.* Cochrane Detabase Syst Rev. 2000;(4):CD001088. Review.
- Macklin R. *International clinical trials with applicability to mentally impaired individuals: the conundrum of third world sites.* Schizophr Res. 2001 Aug 1;51(1):87-92.
- Markowitz FE. *Modeling proceses in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept.* J Health Soc Behav. 2001 Mar;42(1):64-79.
- Marley JA, Buila S. *Crimes against people with mental illness: types, perpetrators, an influencing factors.* Soc Work. 2001 Apr;46(2):115-24.
- Marshall TB, Solomon P. *Releasing information to families of persons with severe mental illness: a survey of members.* Psychiatr Serv. 2000 Aug;51(8):1006-11.
- McEvoy P. *Gatekeeping access to services at the primary/secondary care interface.* J Psychiatr Ment Health Nurs. 200 Jun; 7(3):241-7.
- McKinnon K, Rosner J. *Severe mental illness an HIV-AIDS.* New Dir Ment Health Ser. 200 Fall;(87):69-76.
- Mellman TA, Miller AL, Weissman EM, Crismon ML, Essock SM, Marder SR. *evidence-based pharmacologic treatment for people with severe mental illness: a focus on guidelines and algorithms.* Psychiatr Serv. 2001 May;52(5):619-25. Review.

- Morris DW, Warnock JK. *Effectiveness of a Mobile Outreach and Crisis Services unit in reducing psychiatric symptoms in a population of homeless persons with severe mental illness.* J Okla State Med Assoc. 2001 Aug; 94(8):343-6.
- Mueser KT, Essock SM, Drake RE, Wolfe RS, Frisman L. *Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis.* Schizophr Res. 2001 Mar 1;48(1):93-107.
- Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Ford JD, Fox L, Carty P. *Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness.* Psychol Assess. 2001 Mar;13(1):110-7.
- No authors listed. *Gold Achievement Award. A comprehensive treatment program helps persons with severe mental illness integrate into the community: MHA Village, Long Beach, California.* Psychiatr Serv. 2000 Nov;51(11):1436-8. No abstract available.
- Penn DL, Nowlin-Drummond A. *Politically correct labels and schizophrenia: a rose by any other name?.* Schizophr Bull. 2001;27(2):197-203.
- Phelan M, Sells J, Leese M. *The routine assessment of severity amongst people with mental illness.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001 Apr; 36 (4):200-6.
- Phelan M, Stradins L, Morrison S. *Physical health of people with severe mental illness.* BMJ. 2001 Feb 24;322(7284):443-4. No abstract available.
- Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA, Drake RE, McDonel Herr EC. *Moving assertive community treatment into standard practice.* Psychiatr Serv. 2001 Jun;52(6):771-9. Review.
- Pinkerton SD, Johnson-Masotti AP, Otto-Salaj LL, Stevenson LY, Hoffmann RG. *Cost-effectiveness of an HIV prevention intervention for mentally ill adults.* Ment Health Serv Res. 2001 Mar; 3(1):45-55.
- Primm AB, Gomez MB, Tzolova-Iontchev I, Prerry W, Vu HT, Crum RM. *Severely mentally ill patients with and without substance use disorders: characteristics associated with treatment attrition.* Community Ment Health J. 2000 Jun;36(3):235-46.
- Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davis D, Rush AJ, Witte B, Hendrickse W, Barnett V. *Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting.* Am J Psychiatry. 2000 Oct;157(10):1599-605.
- Rogers ES, Martin R, Anthony W, Massaro K, Danley K, Crean Tm Penk W. *Assessing readiness for change among persons with severe mental illness.* Community Ment Health J. 2001 Apr;37(2):97-112.
- Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, Constantine NT, Wolford GL, Salyers MP. *Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness.* Am J Public Health. 2001 Jan; 91(1):31-7.
- Rosenberg SD, Trumbetta SL, Mueser KT, Goodman LA, Osher FC, Vidaver RM, Metzger DS. *Determinants of risk behavior for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in people with severe mental illness.* Compr Psychiatry. 2001 Jul-Aug;42(4):263-71.
- Rosenheck R, Morrissey J, Lam K, Calloway M, Stolar M, Johnsen M, Randolph F, Blasinsky M, Goldman H. *Service delivery and community: social capital, service systems integration, and outcomes among homeless persons with severe mental illness.* Health Serv Res. 2001 Aug; 36(4):691-710.

- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness*. Br J Psychiatry. 200 Aug;177:149-55.
- Salyers MP, Bond GR. *An exploratory analysis of racial factors in staff burnout among assertive community treatment workers*. Community Ment Health J. 2001 Oct;37(5):393-404.
- Schaar I, Ojehagen A. *Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001 Feb;36(2):70-8.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. *Programa de atención a Personas con Trastorno Mental Severo*. Gobierno del Principado de Asturias.
- Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. *Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review*. Br J Psychiatry. 2001 Jun;178:497-502; discussion 503-5. Review.
- Smith LC. *Dual diagnosis. Effective recognition and management of severe mental illness and substance abuse*. JAAPA. 2001 Feb; 14(2):22-4, 27-30, 35-6 passim. No abstract available.
- Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK. *Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence*. Psychiatr Serv. 2001 Jun;52(6):805-11.
- Tauber R, Wallace CJ, Lecomte T. *Enlisting indigenous community supporters in skills training programs for persons with severe mental illness*. Psychiatr Serv. 2000 Nov;51(11):1428-32.
- Tsang H, Chiu IY. *Development and validation of the workshop behavior checklist: a scale for assessing work performance of people with severe mental illness*. Int J Soc Psychiatry. 2000 Summer;46(2):110-21.
- Tyrer P, Babidge N, Emmanuel J, Yarger N, Ranger M. *Instrumental psychosis: the Good Soldier Svejk syndrome*. J R Soc Med. 2001 Jan;94(1):22-5.
- Tyrer P, Manley C, Van Horn E, Leddy D, Ukoumunne Oc. *Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial*. Eur Psychiatry. 200 Jun; 15Suppl 1:7-10.
- Van de Hoef P, Colls I, Scheurer R, McGrath J, Whiteford H. *Physical Health of people with severe mental illness. General practitioners play a valuable part*. BMJ. 2001 Jul 28;323 (7306):231-2. No abstract available.
- Whaley AL. *cultural mistrust of white mental health clinicians among African Americans with severe mental illness*. Am J Orthopsychiatry. 2001 Apr;71(2):252-6.
- Wright S, Gournay K, Glorney E, Thornicroft G. *Dual diagnosis in the suburbs: prevalence, need, an in patient service use*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Jul;35(7):297-304.
- Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. *Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness*. Community Ment Health J. 2001 Oct;37(5):405-19.
- Yanos PT. *Proactive coping among persons diagnosed with severe mental illness: an exploratory study*. J Nerv Ment Dis. 2001 Feb;189(2):121-3. No abstract available.
- Young AS, Forquer SL, Tran A, Starzynsky M, Shatkin J. *Identifying clinical competencies that support rehabilitation and empowerment in individuals with severe mental illness*. J Behav Health Serv Res. 2000 Aug;27(3):321-33.



# Relación de participantes

---

## Grupo de Trabajo

**Ángela Arias Jiménez.** Psicóloga. Directora Técnica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mérida

**Ángel Luis Blanco González.** Psiquiatra. Unidad de Media Estancia del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia.

**Asunción Cabrera Herrera.** Psicólogo Clínico. Coordinadora Pisos Supervisados-Mérida. Responsable Técnica del Área de Rehabilitación de la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud.

**María Carrillo Orellana.** Psicóloga. Directora Técnica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zafra

**M<sup>a</sup> Paz Casado Rabasot.** Psicólogo Clínico. Directora Técnica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Plasencia

**Leopoldo Elvira Peña.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

**José M<sup>a</sup> Fernández Chavero.** Psicólogo. Director Técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz

**M<sup>a</sup> Isabel Fernández Ruiz.** Psicóloga. Directora Técnica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Don Benito.

**Isabel Galán Castaño.** Trabajadora Social del Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres.

**M<sup>a</sup> Victoria Gómez Tomé.** Psiquiatra. Unidad de Media Estancia del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia.

**Antonio González González.** Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Don Benito.



**Nora Lamy Fernández.** Psicóloga. Directora Técnica del Programa de Rehabilitación Laboral de Cáceres.

**José Antonio Muñoz Vinagre.** Enfermero. Unidad de Media Estancia del Hospital Psiquiátrico de Mérida.

**M<sup>a</sup> Rosa Ovejero Arranz.** Psicóloga. Directora Técnica del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres.

**Antonio Puerto Barrio.** Médico. Jefe de Sección de la Subdirección de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud.

**Coordinador del Grupo de Trabajo:**

**Alfonso García-Ordás Álvarez.** Psiquiatra. Servicio Extremeño de Salud.



# SALUDMENTAL

# SALUDMENTAL



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia