

Proceso Asistencial  
Integrado de

# Trastorno Mental Grave TMG



TRASTORNO  
MENTAL GRAVE



Proceso Asistencial  
Integrado de

**Trastorno  
Mental  
Grave (TMG)**





#### **Cláusula de género:**

“En caso de aparecer en el texto de este documento sustantivos de género gramatical masculino o femenino para referirse a colectivos, deberá entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que dicho uso comporte intención discriminatoria alguna. Esta opción lingüística tiene como única finalidad facilitar la lectura del documento y lograr una mayor economía en la expresión”.



## AUTORES

---

**Rosa María Merchán García.**

*Coordinadora del grupo de trabajo. Psiquiatra. ESM Don Benito. SES.*

**Angélica Domínguez Clemente.**

*Terapeuta Ocupacional. Psicóloga general sanitaria. Centro Sociosanitario de Mérida. SEPAD*

**María Isabel Domínguez Pérez.**

*Enfermera Especialista en Salud Mental. ESM Zafra. SES*

**Asunción Cabrera Herrera.**

*Psicóloga Clínica. Centro Sociosanitario de Mérida. SES/SEPAD.*

**María Paz Casado Rabasot.**

*Psicóloga Clínica. Coordinadora de la UHDAC. Centro Sociosanitario de Plasencia. SES/SEPAD*

**Maribel Fernández Ruiz.**

*Directora técnica- Psicóloga del CRPS de Don Benito (Proines- Salud Mental). SES*

**M<sup>a</sup> Luz Madrigal González.**

*Psicóloga. Jefa de Sección de Programas Asistenciales. SEPAD*

**Soraya Masa Moreno.**

*Terapeuta Ocupacional y Psicóloga. Jefa Unidad Programas Asistenciales. SEPAD.*

**Beatriz Martín Morgado.**

*Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES.*

**Carolina Mogollón Rodríguez.**

*Trabajadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz-Hermanas Hospitalarias. SES.*

**Juan José Molina Castillo.**

*Psiquiatra. Coordinador de la UHB de Psiquiatría. CHU. de Cáceres. SES*

**María del Pilar Pascual Montero.**

*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Progreso". Badajoz. SES*

**M<sup>a</sup> del Rocío Río Alonso.**

*Psicóloga Clínica ESM Trujillo. Tutora de Residentes Psicología Clínica Área Cáceres. SES*

**Antonio Rodríguez Gutiérrez.**

*Coordinador de Enfermería del Proyecto Jara Asistencial. Subdirección de Sistemas de la Información. SES.*

**Ignacio Torres Solís.**

*Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES.*





## ABREVIATURAS

---

**AP:** Atención Primaria.

**CIE-10:** 10ª revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades.

**CIF:** Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

**COMISIÓN TMG:** Comisión del Trastorno Mental Grave.

**CRPS:** Centro de Rehabilitación Psicosocial.

**CRR:** Centro Residencial de Rehabilitación.

**CSS:** Centros Sociosanitarios.

**EAP:** Equipo de Atención Primaria.

**ECA:** Equipo de Conductas Adictivas.

**ESM:** Equipo de Salud Mental.

**ESM-IJ:** Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

**HHSS:** Habilidades Sociales.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PA:** Pisos de Apoyo.

**PAI:** Proceso Asistencial Integrado.

**PAI-TMG:** Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave.

**PAP:** Plan de Acción Personalizado.

**PAS:** Programa de Apoyo Sostenido.

**PEP:** Primer Episodio Psicótico.

**PIL:** Programas de Integración Laboral.

**PIR:** Plan Individualizado de Rehabilitación.

**PIS:** Programas de Integración Social.

**PISMEx:** III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016 -2020.

**PS:** Pisos Supervisados.

**RF<sup>a</sup>:** Referencia.

**RSMEx:** Red de Salud Mental de Extremadura.

**SES:** Servicio Extremeño de Salud.

**SM:** Salud Mental.

**SSASB:** Servicios Sociales de Atención Social Básica

**SUH:** Servicios de Urgencias Hospitalarios.

**TCAE:** Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

**TEC:** Terapia Electroconvulsiva.

**TMG:** Trastorno Mental Grave.

**TO:** Terapeuta Ocupacional.

**UAH:** Unidad de Alcoholismo Hospitalaria.

**UHB:** Unidad de Hospitalización Breve.

**UHDAC:** Unidad de Hospitalización para personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Conducta.

**UME:** Unidad de Media Estancia.

**URH:** Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.

**UTCA:** Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Título de la obra: **Procesos Asistenciales Integrados del Servicio Extremeño de Salud**  
Autor: **Profesionales del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia**  
Editor: **Fundesalud**  
ISBN: **978-84-09-09233-8**  
Depósito Legal: **BA-000419-2019**

## Sumario

---

1. INTRODUCCIÓN. [PÁG.13]
2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO. [PÁG.18]
  - 2.1. OBJETIVO. [PÁG.18]
  - 2.2. DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO. [PÁG.18]
  - 2.3. LÍMITES DEL PROCESO. [PÁG.19]
3. DESTINATARIOS Y PROVEEDORES. [PÁG.22]
4. COMPONENTES DEL PROCESO: [PÁG.24]
  - 4.1. DESCRIPCIÓN GENERAL. [PÁG.24]
  - 4.2. FASES DEL PROCESO. [PÁG.24]
    - 4.2.1. DETECCIÓN. [PÁG.24]
    - 4.2.2. CONFIRMACIÓN TMG Y ENTRADA PAI. [PÁG.27]
    - 4.2.3. ELABORACIÓN PAP. [PÁG.33]
    - 4.2.4. INTERVENCIÓN. [PÁG.37]
      - 4.2.4.1. TRATAMIENTOS. [PÁG.37]
      - 4.2.4.2. SEGUIMIENTO PAP. [PÁG.37]
      - 4.2.4.3. RSMEX. [PÁG.42]
      - 4.2.4.4. CIRCUITO ASISTENCIAL. [PÁG.74]
  - 4.3. SUBPROCESOS. [PÁG.75]
  - 4.4. PROCESOS DE SOPORTE. [PÁG.89]
5. ANEXOS. [PÁG.95]
6. BIBLIOGRAFÍA GENERAL [PÁG.131]



## 1. INTRODUCCIÓN

El término Trastorno Mental Grave (TMG) alude a aquellas entidades psicopatológicas que, además de la gran repercusión clínica que pueden ocasionar, llevan asociadas discapacidades en el funcionamiento psicosocial y con ello deterioro en la calidad de vida, tanto de la persona con TMG como de sus familiares y personas allegadas.

La definición de TMG hace referencia al diagnóstico clínico, duración del trastorno y discapacidad que conlleva; comprendiendo el déficit funcional para el autocuidado, la autodeterminación y la relación con el entorno.

Con frecuencia, las categorías diagnósticas incluidas en el TMG presentan un patrón de relaciones gravemente alterado, comportamiento inadecuado al contexto y/o afectividad inapropiada grave, que implican una percepción distorsionada de la realidad.

Ofrecer una adecuada atención a la persona con TMG constituye uno de los desafíos en salud de mayor impacto por la discapacidad y dependencia que conlleva, la necesidad de dispositivos y programas sanitarios y sociales y la complejidad de dicha atención por parte de diferentes disciplinas y profesionales.

El Proceso Asistencial Integrado que ahora se presenta tiene como antecedente el Programa de Trastornos Mentales Graves del Servicio Extremeño de Salud, que constituyó la herramienta para coordinar las actuaciones sanitarias y de apoyo social prestadas a las personas con TMG en la Red de Salud Mental de Extremadura.

Dicho programa fue elaborado y aprobado en 2007, suponiendo un salto cualitativo y cuantitativo en la atención a la persona con TMG en Extremadura, consolidando la atención sanitaria y social bajo el Modelo Comunitario de atención a la Salud Mental en nuestra Comunidad Autónoma.

En el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 (PISME<sub>x</sub>) se puede consultar un breve análisis de la situación actual de Salud Mental de nuestra Comunidad Autónoma (pp. 33-45).

Es necesario destacar el importante incremento de la demanda relacionada con la atención a la Salud Mental, la mejor identificación de patologías en la actualidad, la mayor esperanza de vida y el envejecimiento progresivo de la población y la dispersión geográfica característica de Extremadura.

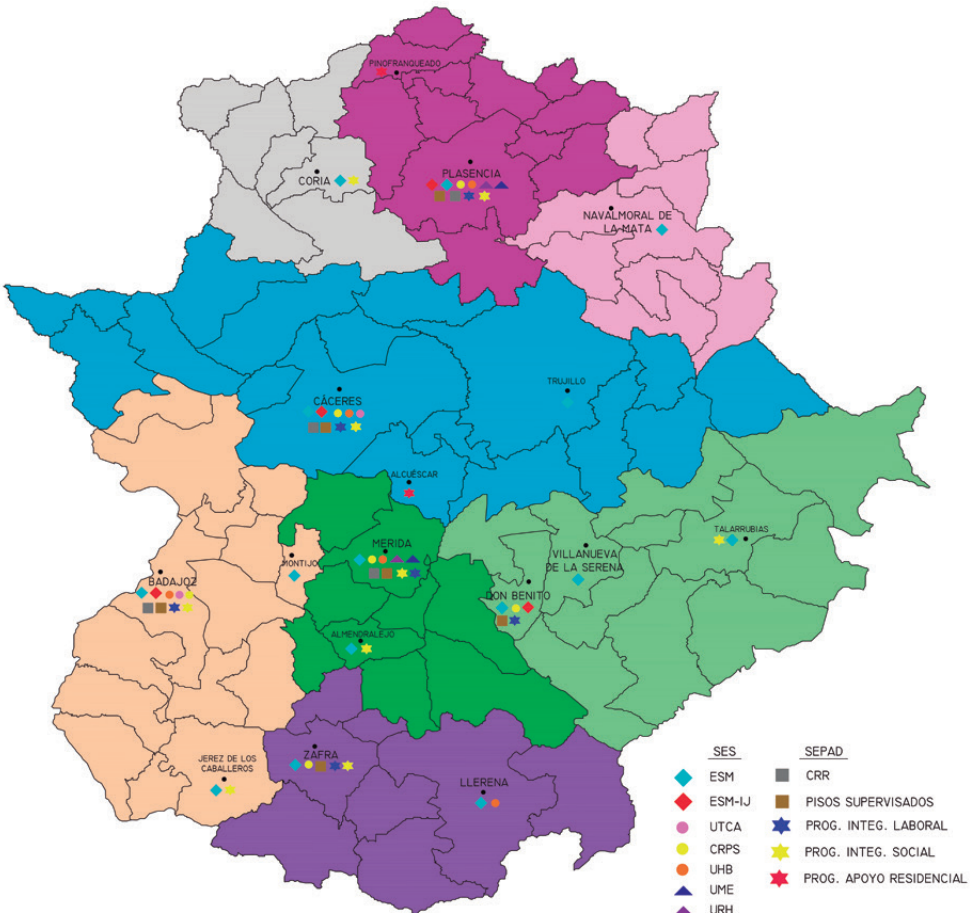
En este contexto, resulta esencial conseguir la continuidad en el proceso de atención a las personas con TMG mediante la coordinación entre los profesionales de distintos dispositivos y programas, e intentar disminuir la variabilidad de las actuaciones alcanzando un grado de homogeneidad razonable junto con la individualización de la asistencia.

En esta línea, el PISMEx apuesta por una gestión basada en procesos que permita mejorar la continuidad de cuidados de las personas con TMG.

La Red de Salud Mental de Extremadura (RSMEx), es una red transversal y compleja, constituida por diferentes dispositivos y programas del ámbito sanitario y social, para ofrecer una atención ajustada a las necesidades de cada persona y su familia con equidad, calidad, seguridad y disponibilidad.



## RED DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA



ÁREA DE SALUD 1 : BADAJOZ

ÁREA DE SALUD 5 : CÁCERES

ÁREA DE SALUD 2 : MÉRIDA

ÁREA DE SALUD 6 : CORIA

ÁREA DE SALUD 3 : DON BENITO -VILLANUEVA

ÁREA DE SALUD 7 : PLASENCIA

ÁREA DE SALUD 4 : LLERENA - ZAFRA

ÁREA DE SALUD 8 : NAVALMORAL

Con la elaboración y puesta en marcha de este Proceso Asistencial Integrado (PAI) pretendemos organizar la atención en todas las áreas de salud de nuestra Comunidad dando respuesta a las necesidades de atención desde un punto de vista interdisciplinar, integral y coordinado.

Para ello contamos con los profesionales de los dispositivos y programas de atención a la salud Mental y la referencia de los Modelos Comunitario y de Recuperación en Salud Mental.

Queremos garantizar el acompañamiento, toma de decisiones compartidas y participación de las personas con TMG; servir de guía y referencia para orientar las actuaciones en relación a estas personas y sus familias, y ayudar a combatir el estigma internalizado y asociado a la enfermedad mental.

La Recuperación de una persona con TMG no hace mención exclusivamente a la mejora de los síntomas, sino también al desarrollo de una vida que merezca la pena vivir, de la forma más satisfactoria posible, de acuerdo a sus elecciones e intereses y trascendiendo las dificultades.

El objetivo es que la persona desempeñe una ciudadanía activa, recuperando aspectos de su vida que pueden haber mermado a causa de su problema de salud mental y de otros condicionantes sociales relacionados con ella.

Potenciar el protagonismo y compromiso de la persona usuaria con su recuperación, apoyar, fortalecer, dar voz a la persona, favorecer su motivación, aumentar su capacidad de decisión, responsabilizar de los actos propios y acompañar en el manejo de la frustración cuando no se alcanzan logros son ingredientes del desempeño diario de los profesionales de la Red de Salud Mental de Extremadura.

Todo esto sin olvidar que la tarea de los profesionales de atención a la Salud Mental debe ser indudablemente terapéutica en cada una de sus disciplinas y responsabilidades, actualizada en los nuevos conocimientos científicos y basada en pruebas.

En este contexto, queremos destacar la Misión de la Red de Salud Mental de Extremadura recogida en el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016–2020:

***“Garantizar el derecho de la persona a recibir la mejor atención posible para lograr la recuperación de su Salud Mental”.***

Los Valores de dicha Red han guiado la elaboración de este PAI-TMG:

- Autonomía, autodeterminación, posicionando a la persona en el centro del sistema y de la actividad asistencial.
- Continuidad de cuidados a las personas con enfermedad mental, tanto transversal como longitudinal.

- Equidad y accesibilidad a las prestaciones sanitarias, sociales y sociosanitarias, para conseguir que la persona permanezca en la comunidad.
- Recuperación personal, como valor final a conseguir en nuestras actuaciones.
- Responsabilidad, de todos los participantes en la recuperación de la persona.
- Calidad y flexibilidad, trabajando en base a la mayor evidencia disponible.

El Proceso Asistencial Integrado para TMG se desarrolla en **4 Fases**:

- Detección/ Sospecha.
- Confirmación del TMG y entrada en el PAI.
- Elaboración del Plan de Acción Personalizado (PAP).
- Intervención /Revisión PAP.

El Plan-de Acción Personalizado es un documento operativo incorporado en la historia clínica de la persona usuaria, en el que se establecen las intervenciones y abordajes terapéuticos para la recuperación de la persona con TMG. Se realiza a propuesta del Equipo de Salud Mental (ESM), con el consenso entre profesionales, persona usuaria y sus personas de referencia.

Se sustenta sobre dos **Procesos de Soporte**:

- Derivación para el acceso a los dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura.
- Coordinación de los dispositivos y programas implicados para el cumplimiento del PAP.

La coordinación entre los diferentes dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura es fundamental para el desarrollo de este Proceso Asistencial Integrado. Para ello se utilizarán todos los medios ya disponibles y los que se irán implementando con el paso del tiempo: reuniones presenciales, contacto telefónico, videoconferencia, e-consulta, e-diálogo, etc...

En este PAI-TMG se establece la creación de la Comisión TMG como el órgano para poder llevar a cabo esta coordinación.

La Comisión TMG es el principal órgano para la coordinación entre todos los dispositivos y programas implicados en el desarrollo del PAI-TMG. Consistirá en reuniones presenciales que se convocarán desde el ESM con una frecuencia de 45-60 días en la que se revisará el PAP de las diferentes personas usuarias, evaluando la consecución de objetivos, estableciendo una comunicación fluida entre profesionales y facilitando el seguimiento de la persona con TMG.

A esta comisión asistirán los profesionales referentes del ESM, así como representantes de cada uno de los dispositivos y programas que atiendan a las personas usuarias con TMG y de cualquier otro dispositivo que participe en el desarrollo del PAP.



Se complementa con varios **Subprocesos y Anexos**.

**Subprocesos:**

- Atención y seguimiento de personas usuarias con medidas judiciales.
- Atención a la persona usuaria con un primer episodio psicótico (PEP).
- Atención a la persona con TMG desde Atención Primaria.
- Atención a la persona con TMG y conductas adictivas.
- Atención a la urgencia en TMG.
- Abordaje de la falta de adherencia al tratamiento de la persona con TMG.
- Atención y apoyo a las personas de referencia.
- Participación de las personas usuarias.

El PAI-TMG será un proceso asistencial integrado dinámico, sujeto a revisión y evaluación, para introducir las modificaciones que se consideren a lo largo de su implementación y puesta en marcha.

## 2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

### 2.1. Objetivos

Con este Proceso se pretende definir un modelo asistencial sanitario y social:

- Orientado hacia la recuperación.
- Adaptado a las necesidades de cada persona con trastorno mental grave.
- Basado en una atención integral y con una optimización de los dispositivos y programas disponibles.

Es un proceso que tiene como objetivo último mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y sus familias reduciendo el impacto negativo de la enfermedad.

En definitiva, busca dar cobertura a las necesidades de las personas con trastornos mentales graves y sus familias.

Para ello, se establecerán los criterios a seguir con el fin de realizar una adecuada identificación, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, de manera que se homogenice la forma de actuar en cada caso y en los diferentes dispositivos y programas sanitarios y sociales; logrando una individualización de las intervenciones a través del Plan de Acción Personalizado.

### 2.2. Definición funcional del proceso

Secuencia de actuaciones encaminadas a la atención de la persona con trastorno mental grave tal y como queda definido en la introducción de este documento, entre las que se incluyen:

- Detección, evaluación y diagnóstico del trastorno mental grave.
- Provisión de los tratamientos farmacológico, psicoterapéutico, rehabilitador y ocupacional necesarios, atendiendo a la toma de decisiones compartidas.
- Apoyo, acompañamiento y fortalecimiento de la persona con trastorno mental grave.
- Intervención en los factores contextuales y del entorno que puedan influir en la recuperación.
- Intervención en los condicionantes personales y familiares que puedan influir en la realización de actividades y participación social y que influyan en la recuperación.
- Aseguramiento de la continuidad de cuidados.
- Organización y planificación de la intervención en crisis.

- Provisión de dispositivos y programas hospitalarios y alojamientos residenciales comunitarios.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.
- Rehabilitación laboral y apoyo al empleo.
- Apoyo para la adecuación y la obtención de las necesidades económicas.
- Provisión de cuidados comunitarios y de apoyo para la vida.
- Protección y defensa de los derechos humanos y sociales.
- Apoyo a las familias y cuidadores y otras personas de referencia.

## 2.3. Límites del proceso

---

### Límite de entrada

Persona con Trastorno Mental Grave, es decir, aquella persona que cumple los criterios clínicos según diagnósticos CIE-10, pero que además presenta limitaciones en las actividades, restricciones en la participación y que necesita un abordaje complejo que incluya intervenciones farmacológicas, psicológicas, de cuidados, de rehabilitación e inclusión en el medio social, laboral y de apoyo a la familia.

Para la elaboración de este Proceso se ha definido el Trastorno Mental Grave según los siguientes criterios:

- **Criterios Clínicos según CIE-10:** (esta clasificación se encuentra disponible para la codificación en el Sistema de Información Sanitaria Jara).
  - » F20-F29: Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes.
  - » F31: Trastorno Bipolar.
  - » F33.2 y F33.3: Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual grave sin/con síntomas psicóticos.
  - » F42: Trastorno Obsesivo Compulsivo.
  - » F60 y F61: Trastornos específicos de la Personalidad y Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad, graves.
- **Criterios basados en el funcionamiento psicosocial según CIF (ANEXO 1):** se describirá el funcionamiento según los siguientes dominios de acuerdo a la clasificación internacional del funcionamiento y la Salud, CIF.
  - » D1: Aprendizaje y aplicación de conocimientos.
  - » D2: Áreas y demandas generales.

- » D3: Comunicación.
  - » D4: Movilidad.
  - » D5: Autocuidado.
  - » D6: Vida doméstica.
  - » D7: Interacciones y relaciones interpersonales.
  - » D8: Áreas principales de la vida.
  - » D9: Vida comunitaria, cívica y social.
- **Criterio temporal:** aunque en términos generales se establecerá que la duración del trastorno debe ser superior a 2 años, cuando se prevea que la persona usuaria va a requerir para su tratamiento una intervención compleja, no se tendrá en cuenta este criterio temporal.
  - Otras personas que NO teniendo como diagnóstico principal los descritos anteriormente podrán incluirse en el Proceso, previo consenso entre los profesionales, por considerarse que las manifestaciones de éste y el funcionamiento de la persona se asemejan a los de una persona con TMG y pueda beneficiarse de la atención al amparo de este proceso asistencial integrado.

En este caso la revisión continuada deberá ser de especial pertinencia y atención para valorar la idoneidad y viabilidad de continuar en este proceso de atención o el paso a otras metodologías de intervención.

Con estos criterios quedan definidas las diferentes categorías nosológicas que, con una duración prolongada y produciendo afectación en diferentes áreas del funcionamiento personal y social, precisan un abordaje complejo, que se concreta, no sólo en los diferentes tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles, sino en la necesidad de intervención en el entorno más cercano de la persona usuaria y en otros sectores que le conciernen como necesidades sociales básicas, formación, inserción laboral, disponibilidad de ocio, etc.

Todo ello con una adecuada atención y cooperación multidisciplinar que garantice la continuidad de cuidados y protegiendo jurídicamente los derechos de la persona.

Para ello una vez detectado un posible caso, se realizará una *valoración integral* en la que se tendrán en cuenta los aspectos clínicos basados en la realización de una historia clínica y exploración psicopatológica, valoración de la funcionalidad, calidad de vida y otras variables biopsicosociales relevantes para llevar a cabo la intervención. Esta valoración dará como resultados unas actuaciones que quedarán definidas y detalladas en este Proceso Asistencial Integrado mediante el Plan de Acción Personalizado.

## Límite de salida

- Cuando no se confirme la presencia de TMG.
- Negativa reiterada de la persona usuaria tras una intervención específica sobre la motivación y la conciencia de enfermedad.
- Causas administrativas: traslado de domicilio, traslado de atención sanitaria a otra Comunidad Autónoma, atención en redes privadas, etc.
- Mejoría clínica suficiente y funcionamiento psicosocial adecuado que se mantenga por un período mínimo de 2 años. Es decir, que la persona alcance la recuperación logrando una funcionalidad y desempeño autónomos que, aun pudiendo seguir siendo usuaria de alguno de los dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura, no precise de la intensidad de tratamiento, seguimiento y acompañamiento propio de las personas incluidas en este proceso.
- Fallecimiento.

La salida del PAI debe quedar reflejada tanto en la historia clínica como en el documento del PAP.

Si la salida se produce porque se ha alcanzado la recuperación tal y como se ha descrito anteriormente, aunque corresponde al ESM registrarla, ésta debe hacerse en coordinación y por acuerdo con todos los dispositivos y programas que participan en el desarrollo del PAP a través de la Comisión del TMG.

## Límites marginales

No entrarán en este Proceso los casos que tengan como diagnóstico principal:

- Discapacidad Intelectual moderada a severa.
- Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).
- Demencia.
- Trastornos mentales orgánicos salvo aquellos casos en los que a criterios del clínico haya posibilidad de rehabilitación y recuperación.
- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19).
- Trastorno de la Conducta Alimentaria (F50).

### 3. DESTINATARIOS Y PROVEEDORES

Este PAI pretende recoger las necesidades, expectativas y satisfacción de las personas usuarias y sus familias que participen del mismo y de los profesionales de la Red de Salud Mental de Extremadura.

Para ello se han tenido en cuenta los siguientes documentos e información:

- **Programa de Trastornos Mentales Graves.** Editado por el SES en el año 2007, supone la base de la construcción del presente PAI, estableciendo sus principios rectores y la sistemática de trabajo conjunto en equipo multidisciplinar.
- **Grupo de Trabajo para la elaboración del presente Procesos Asistencial Integrado del TMG.** Gracias a su composición multidisciplinar y su capacidad de análisis ha procurado en el diseño del PAI una perspectiva integradora desde la calidad y la seguridad.
- **Grupos de Trabajo para la elaboración del III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.** Con una metodología DAFO procedieron al análisis de la realidad asistencial extremeña, proponiendo diferentes acciones para su mejora.

#### 3.1. Proveedores:

---

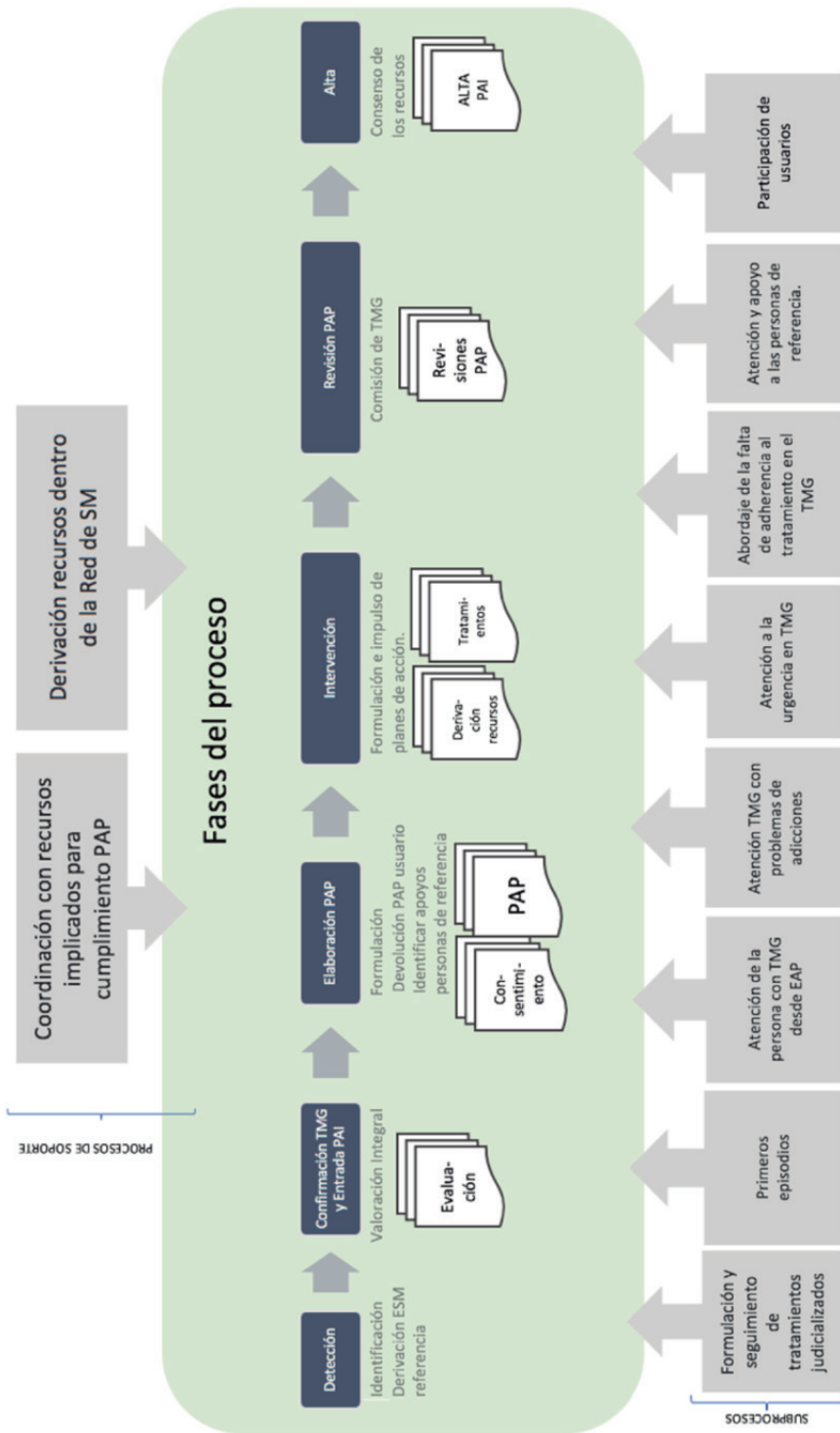
Cada uno de los dispositivos y recursos de la Red de Salud Mental de Extremadura (RSMEEx) así como los profesionales que forman parte de ellos. A lo largo del documento se describe la RSMEEx y la función de cada recurso y profesional en el desarrollo de este Proceso Asistencial.

#### 3.2. Destinatarios:

---

Personas con TMG tal como queda definido en este Proceso, así como sus familiares y/o personas de referencia.

**ESQUEMA FASES DEL PROCESO, PROCESOS DE SOPORTE Y SUBPROCESOS.**



## 4. COMPONENTES

### 4.1. Descripción general

Este proceso asistencial integrado propone la atención individualizada de las personas con Trastorno Mental Grave basándose en las características descritas y según los modelos de Recuperación y Comunitario de atención a la Salud Mental.

Comprende desde su detección hasta la salida del mismo según los criterios descritos en los límites de salida.

Se describirá la manera de realización de las diferentes fases que se han constituido como base de este Proceso Asistencial Integrado, y qué profesionales de los dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura desarrollarán las diferentes actividades propuestas.

Por otro lado, se describen los Subprocesos y Procesos de Soporte necesarios para responder a diferentes demandas que se pueden generar en la práctica asistencial diaria.

### 4.2. Fases del proceso

A continuación se describen las diferentes fases, encontrando en las siguientes páginas un cronograma resumen.

#### 4.2.1. DETECCIÓN (ficha de actividad 1)

La detección consiste en localizar e identificar a personas con sospecha de TMG para realizar su correcta identificación y derivación, y así poder confirmar el diagnóstico e iniciar las intervenciones.

La detección la podrán realizar distintos profesionales de diferentes dispositivos, programas y ámbitos:

- Atención Primaria.
- Equipo de Salud Mental.
- Atención Hospitalaria (servicios de urgencias, consultas especializadas).
- Otros dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura (incluyendo los Centros Sociosanitarios).
- Servicios Sociales de Atención Social Básica o Especializada.
- Sistema Educativo.
- Sistema Judicial.



Exige diferentes actuaciones para su identificación (algoritmo 1):

1. Derivación a Atención Primaria, si la sospecha se ha detectado en:

- » Servicios Sociales de Atención Social Básica o Especializada.
- » Consultas de Atención Hospitalaria.
- » Servicios de Urgencias Hospitalarias generales.

2. Derivación al Equipo de Salud Mental, si la sospecha se ha detectado en:

- » Atención Primaria.
- » Urgencias Hospitalarias de Psiquiatría.
- » Unidad de Hospitalización Breve (petición de cita preferente al ESM desde la UHB al alta).

La derivación al Equipo de Salud Mental (ESM) de una sospecha detectada de TMG se atenderá siempre con criterios de *derivación preferente* (15 días).

Es fundamental mantener una buena coordinación y comunicación entre todos los dispositivos y programas para evitar demoras asegurando la continuidad de cuidados, utilizando todos los medios disponibles y los que se implementarán más adelante (consulta telefónica, videoconferencia, e-consulta, e-diálogo, etc.)

En el Anexo 3 se describen aquellos criterios que pueden servir de orientación ante la sospecha de una persona con TMG.

## Ficha de actividad 1. DETECCIÓN.

| Qué    | Sospecha  |  |
|--------|---|--|
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Medicina de Familia / EAP.</li> <li>-Psiquiatra de Guardia /Urgencia hospitalaria.</li> <li>-Consultas de atención hospitalaria.</li> <li>-Servicios Sociales de Atención Social Básica y Especializada.</li> <li>-Sistema educativo.</li> <li>-Sistema judicial.</li> <li>-Otros dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura (incluyendo los Centros Sociosanitarios)</li> </ul> |  |
| Dónde  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Centros de Salud</li> <li>-Hospitales generales</li> <li>-Servicios Sociales</li> <li>-Centros educativos</li> </ul>  |  |
| Cuándo | Ante la sospecha de TMG   |  |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Consulta a demanda de la persona usuaria</li> <li>-Demanda ante los Servicios Sociales, centros educativos,...</li> <li>-Demanda de Servicios de urgencias hospitalarias generales y de psiquiatría.</li> <li>-Puntos de Atención Continuada.</li> </ul>  |  |
| Qué    | Derivación al ESM o EAP   |  |
| Quién  | Medicina de Familia / EAP   | Derivar a ESM                                  |
|        | Psiquiatra de Guardia/ Urgencias hospitalarias  | No ingreso en UHB/ derivar a EAP o ESM         |
|        | Psiquiatra de la UHB  | Ingreso en UHB /al alta derivar a ESM          |
|        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Consultas hospitalarias</li> <li>-Servicios Sociales</li> <li>-Sistema educativo</li> <li>-Sistema judicial</li> </ul>  | Derivar a EAP                                  |
|        | Otros dispositivos y programas de la RSMEx (incluyendo los Centros Sociosanitarios)   | Comunicación a COMISIÓN TMG                    |
| Cuándo | Realizada una valoración y/o intervención y se sospeche TMG.  |  |
| Dónde  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Medicina de Familia / EAP</li> <li>-Psiquiatra de Guardia/ Urgencias hospitalarias</li> <li>-Psiquiatra de la UHB</li> <li>-Consultas hospitalarias</li> </ul>  | Mediante realización de orden clínica en Jara. |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Servicios Sociales</li> <li>-Sistema educativo</li> <li>-Sistema judicial</li> </ul>  | Mediante Informe remitido a Atención Primaria  |

#### 4.2.2. CONFIRMACIÓN del TMG y ENTRADA en el PAI (ficha de actividad 2)

El ESM es el responsable de valorar la sospecha de TMG detectada y, en el caso de confirmarse, proceder a su identificación y entrada a este proceso asistencial integrado.

Realizar esta identificación requiere una evaluación clínica y funcional, para lo se establece el siguiente procedimiento:

##### A. VALORACIÓN INTEGRAL para IDENTIFICACIÓN y CONFIRMACIÓN DE TMG.

Los distintos miembros del ESM realizarán una PRIMERA ENTREVISTA que incluya la exploración clínica y funcional por:

##### 1. Psiquiatra / Psicología Clínica:

- a. Realización de la historia clínica: antecedentes somáticos y psiquiátricos, factores de riesgo (conductas adictivas, estresores vitales, etc.), anamnesis y exploración psicopatológica.
- b. Valoración somática.
- c. Diagnóstico Clínico (CIE 10).
- d. Evaluación funcional en su entorno habitual. (CIF)
- e. Evaluación de la familia y personas de referencia.
- f. Tiempo de evolución.

##### 2. Enfermería Especialista en Salud Mental:

- a. Realización de la historia de enfermería.
- b. Valoración de enfermería, utilizando escalas y herramientas estandarizadas, reseñando los siguientes aspectos:
  - El autocuidado relacionado con los patrones funcionales de M. Gordon.
  - La salud física.
  - El medio familiar.
  - La red de apoyo y referencia.
  - Los factores de protección .
  - Los factores de riesgo.
  - Otros.
- c. Identificación de las alteraciones de salud y cuidados en lo individual, familiar y grupal.

### 3. Trabajo Social:

- a. Historia social completa.
- b. Condiciones de vida, ocupación y actividades laborales y de ocio.
- c. Red de apoyo y participación social.
- d. Hábitos y habilidades para el desenvolvimiento social.

Se aplicarán instrumentos estandarizados para la evaluación clínica y funcional como las Escalas HoNOS (anexo 2) y DUKE, registrándolas debidamente en el sistema de información sanitaria.

Esta valoración integral se intentará llevar a cabo, en la medida de lo posible, el mismo día por parte de todos los profesionales.

Es preciso tener en cuenta la psicopatología de la persona en cada momento, ya que, en determinados casos se puede requerir una intervención en crisis, procediendo a su atención por parte del profesional de psiquiatría o psicología clínica y/o enfermería especialista en salud mental en consulta no programada, con independencia de la decisión posterior de su posible inclusión en el PAI.

El criterio clave es la atención interdisciplinar y el apoyo a la persona desde el inicio de su atención, bajo una perspectiva biopsicosocial. Ante la situación de que no sea posible una evaluación en profundidad, es imprescindible asegurar el contacto y la explicitación de las posibilidades de apoyo, así como una transmisión de la información entre todos los miembros del Equipo de Salud Mental.

#### **B. CONFIRMAR la presencia de una o más de las categorías diagnósticas (según CIE 10) contempladas en el TMG, tal como han sido definidas en este proceso asistencial integrado.**

Si, una vez realizada la *valoración integral* se cumplen los criterios establecidos en este documento:

- Se procederá a una reunión entre los diferentes profesionales donde se confirmará el diagnóstico y se dará entrada al Proceso Asistencial Integrado (PAI) en un período no superior a un mes desde la primera entrevista realizada.
- Los miembros del Equipo de Salud Mental acordarán quién será el *Profesional Referente de esa persona* (Psiquiatría, Psicología clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental, Trabajo Social) designado de acuerdo a la disponibilidad y necesidades objetivadas de dicha persona.
- Toda la información sanitaria y social generada deberá quedar recogida en la historia clínica informatizada usando los documentos apropiados para ello, siendo imprescindible la codificación del diagnóstico según la CIE-10.

Si al completar la valoración integral no se confirma el TMG, se atenderá a la persona según las necesidades de la demanda planteada o de la clínica que presente, tanto en el ESM como en Atención Primaria, siendo necesario recoger dicho extremo en la Historia Clínica Informatizada.

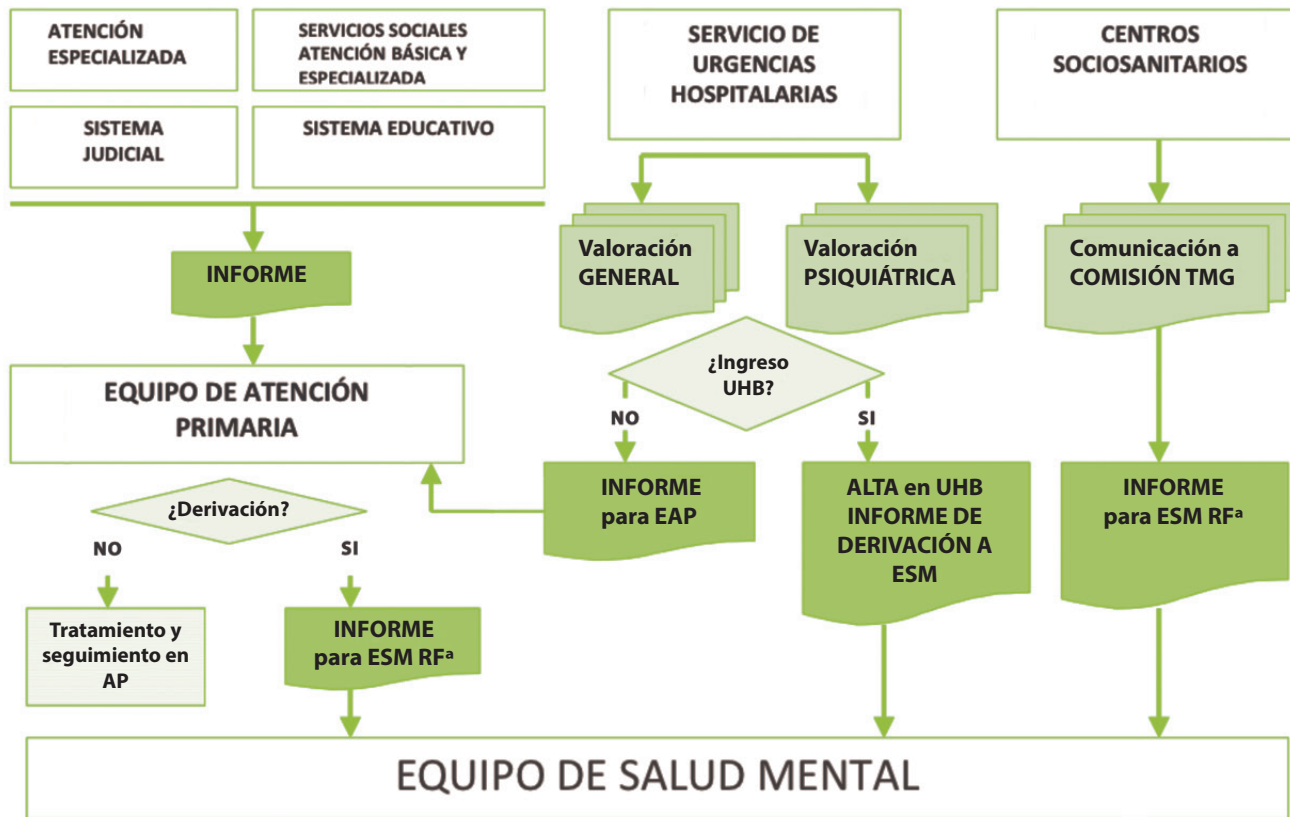
Cuando el primer contacto con los dispositivos y programas de atención a la Salud Mental tenga lugar en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB), los profesionales de este dispositivo realizarán las actividades para la Identificación y la Evaluación, tendentes a la elaboración del PAP, y aquellas intervenciones ya definidas, mientras dure la hospitalización, siempre en coordinación con el ESM al que transferirá la información pertinente, antes del alta de hospitalización.

Además pueden existir personas que accedan a la Red de Salud Mental de Extremadura desde otros dispositivos, programas o ámbitos como, por ejemplo, personas usuarias que ingresan en los Centros Sociosanitarios desde el sistema judicial directamente. En estos casos, una vez realizada la valoración inicial pertinente en el dispositivo en el que se encuentre la persona, se presentará en la **Comisión del TMG** que corresponda con el fin de asegurar la asignación de un ESM y profesional de referencia desde el que se procederá a la inclusión de la persona usuaria en el PAI.

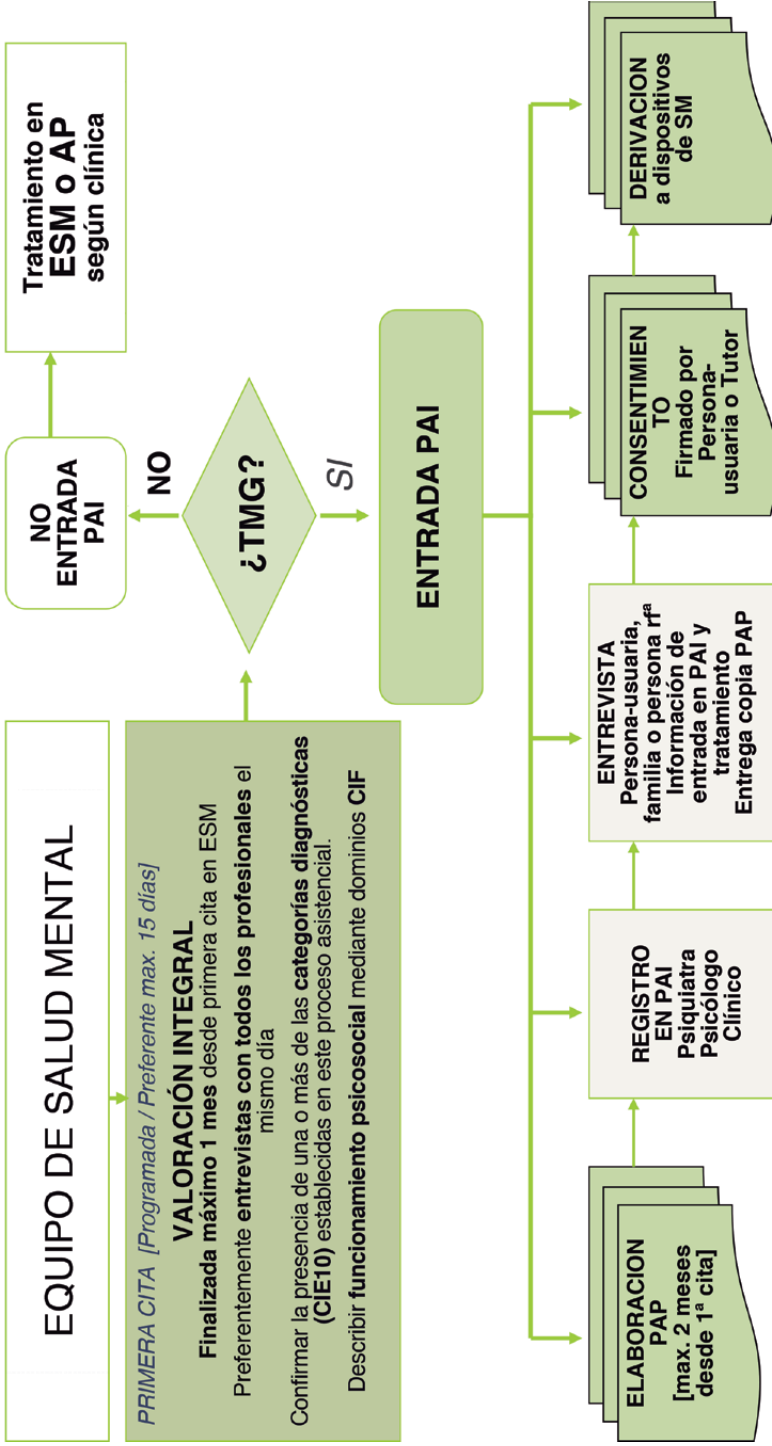
## Ficha de actividad 2. CONFIRMACIÓN de TMG y ENTRADA en el PAI.

|        |  |
|--------|--|
| Qué    | <b>Exploración clínica, funcional, familiar y social</b>   |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psiquiatra</li> <li>- Psicólogo/a Clínica</li> <li>- Enfermera/o Especialista en Salud Mental</li> <li>- Trabajador/a social</li> </ul>   |
| Dónde  | ESM  |
| Cuando | PRIMERA CITA (programada / preferente máx. 15 días)<br>Preferentemente entrevistas con todos los profesionales del ESM en el mismo día.  |
| Cómo   | Valoración integral:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación psicopatológica, siguiendo los criterios diagnósticos descritos.</li> <li>- Valoración de enfermería</li> <li>- Historia Social</li> </ul> Codificación de disfunción / discapacidad según CIF   |
| Qué    | <b>Confirmación de TMG</b>   |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psiquiatra</li> <li>- Psicólogo/a Clínica</li> <li>- Enfermera/o Especialista en Salud Mental</li> <li>- Trabajador/a social</li> </ul>   |
| Dónde  | ESM  |
| Cuando | En el plazo máx. 1 mes reunión de todos los profesionales implicados.  |
| Cómo   | Recogida de todas las evaluaciones y consenso entre los profesionales  |
| Qué    | <b>Entrada en el PAI</b>   |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psiquiatra</li> <li>- Psicólogo/a Clínica</li> <li>- Enfermera/o Especialista en Salud Mental</li> <li>- Trabajador/a social</li> </ul>   |
| Dónde  | ESM  |
| Cuando | Confirmada la presencia de una o más de las categorías diagnósticas establecidas en el PAI-TMG   |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ELABORACION PAP.</li> <li>- Entrevista con persona usuaria, familia o personas de referencia.</li> <li>- Consentimiento informado.</li> <li>- Registro en JARA en los documentos apropiados para ello (sólo Psiquiatra y Psicólogo/a Clínica).</li> <li>- Derivación a otros dispositivos y programas de Salud Mental según lo establecido en PAP.</li> </ul> |

SOSPECHA TMG / actuaciones



**CONFIRMACIÓN TMG Y ENTRADA EN PAI**





### 4.2.3. ELABORACIÓN DEL PAP (ficha de actividad 3)

Todas las personas usuarias con Trastorno Mental Grave confirmado tras la valoración integral, contarán con un programa individualizado de intervenciones que denominamos **PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP)** y que incluirá todas aquellas intervenciones a realizar, sanitarias y sociales.

En la elaboración del PAP (Anexo 4) participarán los profesionales del Equipo de Salud Mental que hayan intervenido en la evaluación sanitaria y social de la persona usuaria. De igual forma, asistirán otros profesionales de los dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura que se consideren tengan implicación en la atención a las necesidades de la persona.

En la elaboración del PAP deberá tenerse en cuenta las expectativas e intereses de las personas usuarias en cuanto a sus procesos de recuperación y proyectos de vida.

El PAP se concretará en un documento (Anexo 4) que deberá especificar para todas y cada una de las áreas evaluadas los datos más relevantes sobre necesidades detectadas, intervenciones previstas, profesionales responsables de cada intervención, dispositivos y programas implicados y mecanismos de seguimiento y revisión periódica. Dicho documento será debidamente recogido en los Sistemas de Información Sanitaria pertinentes.

Dicho documento será compartido y acordado entre los profesionales y la persona usuaria y debe ser elaborado en su versión inicial en un tiempo máximo de 2 meses desde la primera cita en el Equipo de Salud Mental.

Las funciones del *profesional referente* designado por el Equipo de Salud Mental serán:

- Registrar adecuadamente el PAP en el documento apropiado en la historia clínica informatizada.
- Coordinar y liderar la elaboración del PAP.
- Actuar de interlocutor con los distintos dispositivos y programas y/o profesionales.
- Supervisar que las intervenciones programadas se realizan conforme a lo previsto.
- Coordinar la evaluación periódica y en su caso reestructurar el PAP.
- Servir de referente de la Red de Salud Mental de Extremadura para la persona usuaria y su familia.
- Orientar al usuario y a sus familiares para una correcta utilización de la red de dispositivos y programas.
- Alertar sobre problemas por situaciones nuevas o sobrevenidas, dificultades de adherencia o acceso al tratamiento.

Se seguirán los cauces y vías establecidas para la derivación a los dispositivos y programas que correspondan según la formulación del PAP, en los que se deberá incorporar toda la documentación generada hasta el momento.

En los casos en que sea necesaria la intervención de otros dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura, la persona usuaria tendrá un profesional referente en cada uno de ellos, siendo sus funciones:

- Supervisar que se realizan las acciones necesarias para la consecución de los objetivos del PAP.
- Coordinarse con el responsable y profesionales implicados en el PAP del ESM para el seguimiento, evaluación continua del PAP y reformulación del mismo.

El PAP debe ajustarse a un proceso basado en la toma de decisiones compartidas con la persona usuaria, y en su caso, con las personas de referencia en el proceso teniendo en cuenta lo establecido en la Ley de Autonomía de la persona usuaria y demás normativa de referencia.

El PAP **se consensuará y firmará con la persona usuaria** y sus personas de referencia (familiares, cuidadores, o representantes legales) (ficha de actividad 3). Esta firma tendrá lugar en el Equipo de Salud Mental mediante entrevista programada con el *profesional referente* y aquellos miembros del ESM y/o dispositivos y programas que se estime oportuno.

En la firma del PAP deberá asegurarse el consenso y la colaboración de la persona usuaria y personas de referencia y estará determinada por:

- La valoración del responsable del caso. Se informará detalladamente con lenguaje sencillo y claro del diagnóstico, pronóstico, así como de las intervenciones tanto farmacológicas como psicosociales que se programarán.
- Si es necesaria la derivación a un dispositivo de la red, se explicarán los motivos para ella, así como los beneficios que se consideren alcanzar con dicha derivación, y se explicará el procedimiento para llevar a cabo la derivación.
- Se harán cuantas intervenciones sean necesarias con las personas de referencia, facilitando información y disminuyendo la angustia sobre la enfermedad.
- Consentimiento de la persona usuaria: Mediante el anexo 5 se obtendrá el consentimiento informado por escrito de la persona usuaria, o en su caso, del representante legal, de acuerdo a lo establecido a la norma vigente. Este consentimiento es fundamental para el intercambio de información entre los distintos dispositivos y programas de la red que intervendrán en el desarrollo del PAP.
- Se establecerá una firma por escrito con todas las personas usuarias con TMG. El objetivo de esta firma es fortalecer la alianza terapéutica e implicar al usuario

y/o personas de referencia en el desarrollo del PAP. Para ello, se entregará un resumen del PAP que será firmado por el profesional referente en el ESM y/o en los dispositivos y programas de la red que intervengan, y por la persona usuaria y/o personas de referencia del mismo (anexo 6).

La firma del PAP con usuario y/o personas de referencia tendrá lugar en un **periodo máximo de 15 días** a partir de la elaboración del documento por parte de los profesionales y antes de los dos meses tras la primera cita en el ESM.

Con el objetivo de obtener una adecuada coordinación con otros profesionales y asegurar una adecuada continuidad de cuidados, el PAP se presentará a Atención Primaria y a aquellos dispositivos y programas (ficha de actividad 3) que participen o que hayan realizado la derivación. Para ello se facilitará una copia del PAP de la persona usuaria, previo consentimiento por parte de éste, y se mantendrán reuniones presenciales o contacto telefónico u otros medios de los que se disponga (e-consulta, e-diálogo). Se hará especial hincapié en los objetivos generales de tratamiento e intervenciones de seguimiento en los que pudiera estar implicada Atención Primaria u otros dispositivos y programas. Este procedimiento se llevará a cabo **dentro de los 30 primeros días** tras la firma del PAP.

**La confianza de la persona en los profesionales de Salud Mental que la atienden y una adecuada relación terapéutica son cruciales para avanzar en el proceso de recuperación de la persona.**

**Sin embargo, como es de sentido común, exigen un esfuerzo y una intervención por parte de todos los profesionales cuyos plazos pueden exceder los recogidos en este PAI.**

**En ese caso, trabajar por la motivación al cambio de la persona y generar una adecuada relación justifican trascender los plazos.**

**Para ello debe recogerse adecuadamente en el Sistema de Información Sanitaria todas las actuaciones que con estos objetivos se vayan llevando a cabo, como fase previa necesaria a la entrada en el PAI para algunas personas con trastorno mental grave.**

### Ficha de actividad 3. ELABORACIÓN DEL PAP.

|        |  |
|--------|--|
| Qué    | <b>Elaboración del PAP</b>   |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psiquiatra</li> <li>- Psicólogo/a Clínica</li> <li>- Enfermera/o Especialista en Salud Mental</li> <li>- Trabajador/a social</li> </ul>   |
| Cuando | -2 meses desde la primera cita en ESM  |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reunión de los profesionales del ESM que hayan intervenido en la evaluación clínica y social de la persona usuaria.</li> <li>-Decidir cuál es el dispositivo al que es derivado la persona usuaria en primera instancia.</li> <li>-Documentación del PAP en JARA (Anexo 4) por Psiquiatra o Psicóloga/o Clínica.</li> <li>-Si se deriva a otro dispositivo, acordar el profesional referente en el mismo.</li> </ul> |
| Qué    | <b>FIRMA del PAP con la persona usuaria (y personas de referencia, si procede)</b>   |
| Quién  | Profesional referente en el ESM  |
| Cuando | Periodo máximo de 15 días a partir de la elaboración del PAP   |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista con la persona usuaria y personas de referencia.</li> <li>-Informar del diagnóstico, pronóstico e intervenciones terapéuticas, así como de la necesidad de derivación a otros dispositivos y programas de la RSMEEx.</li> <li>-Obtención del consentimiento informado de la persona usuaria (o del representante legal, si procede).</li> <li>-Entrega el PAP y firma del mismo.</li> </ul>              |
| Qué    | <b>Presentar el PAP a Atención Primaria y a los dispositivos y programas</b>   |
| Quién  | Profesional Referente en el ESM  |
| Cuando | Dentro de los 30 primeros días tras la elaboración del PAI   |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enviar el PAP a AP y a otros dispositivos y programas</li> <li>-Enviar el PAP a los dispositivos y programas implicados en el tratamiento</li> <li>-Reuniones presenciales o contacto telefónico</li> <li>- e-consulta, e-diálogo</li> <li>-Comisión del TMG</li> </ul>  |

#### 4.2.4. INTERVENCIÓN

A continuación se describen los tratamientos que se pueden llevar a cabo, el seguimiento del PAP, la Comisión TMG y los dispositivos y programas que dispone la Red de Salud Mental de Extremadura necesarios para ello, detallando cuál es su papel concreto en este Proceso Asistencial Integrado.

##### 4.2.4.1. TRATAMIENTOS

Los diferentes tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, de rehabilitación, de enfermería, sociales y ocupacionales se describen en el Anexo 7.

##### 4.2.4.2. SEGUIMIENTO DEL PAP

El PAP se revisará periódicamente (ficha de actividad 4) y servirá como guión operativo del conjunto de intervenciones necesarias para la atención continuada de la persona usuaria.

Esta revisión se realizará con una **frecuencia mínima de 1 año**, así como cuando se produzcan variaciones significativas en la situación que, a juicio del profesional referente, así lo aconsejen. También se podrá revisar a petición del profesional referente del dispositivo de la Red de Salud Mental de Extremadura donde la persona usuaria esté siendo atendida (UHB, UME, URH, CRPS, CRR, PS, etc.). Esta revisión será solicitada por el profesional de referencia de la persona usuaria en ese dispositivo concreto y la reunión para la revisión será convocada por el profesional de referencia de la persona usuaria en el ESM, en un plazo no superior a 30 días. En caso de necesidad el profesional Coordinador de Área de Salud Mental convocará dicha reunión de revisión del PAP.

La revisión incluirá la valoración del grado de consecución de cada uno de los objetivos propuestos, estableciendo en su caso correcciones y/o nuevas estrategias teniendo en cuenta logros, situaciones sobrevenidas, dificultades y modificaciones en factores de riesgo y protección.

En el caso de estar siendo atendido en un recurso de rehabilitación de la RSME, el profesional referente en el mismo, informará por escrito de la evolución de la persona usuaria y hará las propuestas de cambio que considere necesario. Estas propuestas quedarán reflejadas en el seguimiento del PAP, aun cuando no sean aceptadas en el momento.

Una vez revisado el PAP, solo en el caso en que la consecución de objetivos, a pesar de las intervenciones, no se consigan en el plazo establecido, el nuevo PAP que se plantee debe ser compartido y firmado por la persona usuaria y sus personas de referencia, si procede.

Finalmente, se informará de las modificaciones llevadas a cabo en el PAP a AP y a los profesionales referentes de aquellos dispositivos y programas implicados.

### > COMISIÓN TMG

Es recomendable establecer reuniones presenciales periódicas de coordinación entre los profesionales referentes en el ESM y los responsables referentes en los dispositivos y programas para evaluar la consecución de objetivos, estableciendo una comunicación fluida entre profesionales que facilite el seguimiento de la persona usuaria y repercuta en una adecuada atención de la misma.

Con este fin, cada Equipo de Salud Mental debe crear la **COMISIÓN TMG** (ficha de actividad 4). Dicha comisión será convocada por el Coordinador del ESM y tendrá lugar al menos con una frecuencia de 45-60 días. Para facilitar la asistencia de los diferentes profesionales, se establecerá, con la suficiente antelación, un calendario anual o una periodicidad de convocatoria (por ejemplo, convocarla el primer martes de cada dos meses). En dicha reunión se abordarán aquellos PAP o evolución de las personas usuarias que sean necesarios, previa propuesta por escrito de cualquiera de los profesionales del ESM o de los dispositivos que asistan a dicha comisión.

A esta comisión asistirán los profesionales referentes del ESM (aquellos que se consideren necesarios en relación con los casos a abordar), así como representantes de cada uno de los dispositivos y programas de rehabilitación y de los Centros Sociosanitarios (CSS) que atiendan a personas usuarias con TMG del ESM. Para evitar sobrecarga en los CSS, se recomienda nombrar un profesional referente para cada Área de Salud dependiente de la correspondiente UME y URH que será el que asista a dicha Comisión.

Asistirán, cuando se requiera por la complejidad del caso, representantes de los Equipos de Atención Primaria y/o de los Equipos de Conductas Adictivas de zona u otros dispositivos y programas implicados en la atención directa de la persona usuaria con participación en la intervención

Las funciones de la Comisión del TMG serán:

- Participar en la elaboración y revisión de los PAP que se propongan, previa propuesta por escrito de los casos a abordar.
- Intercambiar información sobre la evolución de las personas usuarias en los diferentes dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura.
- Alcanzar acuerdos para la derivación de personas usuarias a los diferentes dispositivos y programas de la RSMEx.

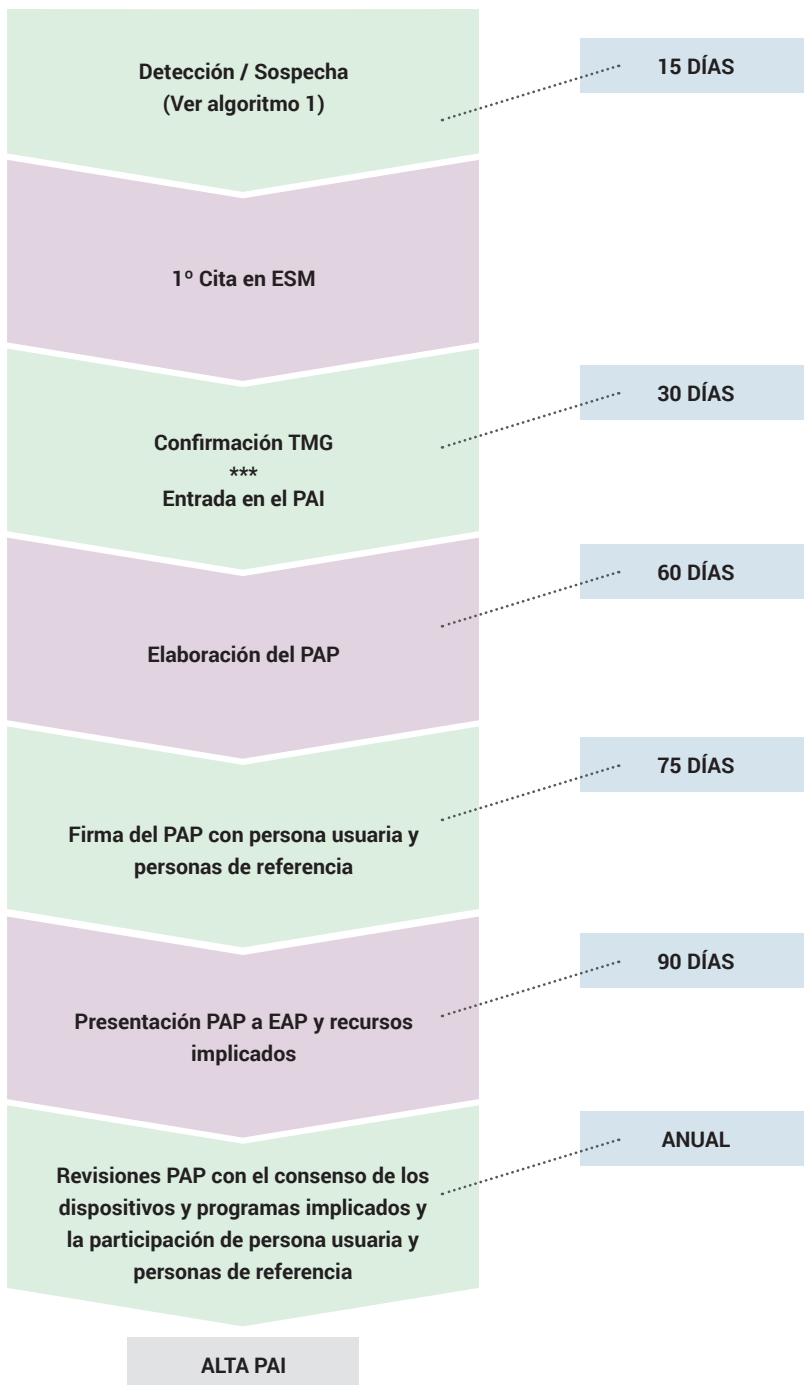
- En aquellas personas usuarias con TMG que el primer contacto con la Red de Salud Mental de Extremadura sea a través del ingreso en alguno de los dispositivos y programas o unidades de los Centros Sociosanitarios (por ejemplo, las derivaciones procedentes del sistema judicial) se informará en esta comisión para que el Equipo de Salud Mental inicie los trámites para incluir al usuario en este Proceso Asistencial Integrado.

#### Ficha de Actividad 4. Revisión del PAP y Comisión del TMG.

|        |   |
|--------|---|
| Qué    | <b>Revisión periódica del PAP</b>   |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional referente en el ESM</li> <li>- Profesionales referentes en otros dispositivos y programas de la RSMEEx.</li> </ul>   |
| Cuando | Un año o a petición del profesional referente en el ESM y/o del profesional referente en otros dispositivos y programas de la RSMEEx  |
| Dónde  | ESM   |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunión de los profesionales implicados en el proceso</li> <li>- Recoger las modificaciones del PAP en el JARA</li> <li>- Presentar el PAP al usuario y a su familia</li> <li>- Presentar el PAP a Atención Primaria y a los profesionales referente en los dispositivos y programas de la RSMEEx implicados</li> </ul>  |
| Qué    | <b>Comisión del TMG</b>   |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales del ESM</li> <li>- Profesionales de referencia de los dispositivos y programas de la RSMEEx</li> <li>- Representante de los CSS (el correspondiente según Área de Salud)</li> <li>- AP (cuando sea necesario)</li> <li>- ECA (cuando sea necesario)</li> </ul>   |
| Cuando | Cada 45-60 días   |
| Dónde  | ESM   |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar en la elaboración y revisión de los PAP</li> <li>- Intercambiar información sobre la evolución de las personas usuarias en los diferentes dispositivos y programas de la red</li> <li>- Alcanzar acuerdos para derivación de personas usuarias a los dispositivos y programas</li> <li>- En aquellas personas usuarias que el primer contacto con la Red de Salud Mental de Extremadura sea a través del ingreso en los Centros Sociosanitarios, se informará en esta comisión para que el ESM inicie los trámites para incluir al usuario en el Proceso Asistencial Integrado</li> </ul> |



## CRONOGRAMA



#### 4.2.4.3. RED DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA (RSMEx)

Los dispositivos y programas existentes en la Red de Salud Mental de Extremadura, sus funciones y estructuras de coordinación, están regulados por el 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*.

A la luz de los diferentes planes de Salud Mental que se han implantado en Extremadura, se ha ido desarrollando la red que presta atención a las personas usuarias con TMG, con el objetivo de crear los dispositivos y programas suficientes dirigidos a la prevención, promoción de la salud, asistencia sanitaria y sociosanitaria, rehabilitación y reinserción social y laboral, consolidando el modelo comunitario de atención y garantizando la efectividad clínica y la eficiencia de los servicios en el contexto asistencial y organizativo.

Sin embargo, este grupo de trabajo identifica como necesario y fundamental para el desarrollo correcto y completo de este PAI el que se cumplan, en el menor tiempo posible, las acciones incluidas en el Objetivo 1 del III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 (PISMEx), *“Actualizar la oferta de servicios sanitarios y sociales a las necesidades de la población en materia de atención a la Salud Mental en Extremadura”*.

Especial relevancia deberían tener las acciones encaminadas a la apertura en nuestra comunidad de los Hospitales de Día propuestos en dicho plan (Badajoz, Cáceres, Plasencia, Mérida), la apertura de los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario previstos (Badajoz, Cáceres), así como el *“Incremento y diversificación de la oferta de dispositivos y programas residenciales destinados a personas con trastorno mental grave y con diferentes niveles de supervisión”*, y el *“Incremento de la oferta de servicios destinados a la integración laboral”*. Valorando, según los avances y evidencias científicas, la creación de dispositivos y programas específicos en Salud Mental que han demostrado impactos positivos en el entorno de la comunidad.

Tampoco se debe dilatar en el tiempo, que se cumpla con lo propuesto en el Objetivo 3 del PISMEx 2016-2020, en lo referente a *“impulsar la transformación de los actuales Centros Sociosanitarios de Plasencia y Mérida”*.

## Objetivos de organización y coordinación de la RSMEEx (PISMEEx 2016-2020)

|  |   |
|--|---|
| <b>OBJETIVO 1:</b><br>Actualizar la oferta de servicios sanitarios y sociales a las necesidades de la población en materia de atención a la Salud Mental en Extremadura. | <b>Acción 1.1:</b> Creación de los dispositivos y programas necesarios para completar la RSMEEx.  |
|  | <b>Acción 1.2:</b> Adaptación de la dotación de dispositivos y programas humanos en los dispositivos y programas existentes a las necesidades asistenciales.  |
|  | <b>Acción 1.3:</b> Incremento y diversificación de la oferta de dispositivos y programas residenciales destinados a personas con trastorno mental grave y con diferentes niveles de supervisión.  |
|  | <b>Acción 1.4:</b> Adaptación de la oferta de dispositivos y programas sanitarios y sociales a las zonas con mayor dispersión poblacional.  |
|  | <b>Acción 1.5:</b> Creación de dispositivos y programas sanitarios y sociales destinados al mantenimiento de las personas con trastorno mental grave en su entorno comunitario.   |
|  | <b>Acción 1.6:</b> Incremento de la oferta de servicios destinados a la integración laboral.  |
| <b>OBJETIVO 3:</b><br>Impulsar la transformación de los actuales Centros Sociosanitarios de Plasencia y Mérida.  | <b>Acción 3.1:</b> Integración de los dispositivos y programas materiales y humanos de las unidades hospitalarias de los centros sociosanitarios (UME, URH, UHDAC, UAH) en el SES.  |
|  | <b>Acción 3.2:</b> Elaboración, aprobación e implementación de un plan estratégico de adaptación al modelo comunitario en Salud Mental para cada Centro Sociosanitario, que contemple infraestructuras, dispositivos y programas humanos y definición orgánica y funcional de los mismos. |

A continuación se describen los distintos dispositivos y programas que existen en la RSMEEx y que son necesarios para poder desarrollar este PAI

### > EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (ficha de Actividad 5)

Los Equipos de Atención Primaria (EAP) constituyen el primer nivel de acceso de la gran mayoría de las personas usuarias al sistema sanitario público y se caracterizan por prestar una atención integral a la salud.

En el PAI-TMG, los EAP asumirán las siguientes funciones:

- Identificación y detección de los cuadros compatibles con un TMG.
- Seguimiento del Proceso y apoyo a los ESM.
- Coordinación con el resto de dispositivos y programas asistenciales implicados en el Proceso.

## Ficha de actividad 5. Equipos de Atención Primaria.

|            |   |
|------------|---|
| <b>Qué</b> | <b>Detección precoz</b>   |
| Quién      | Medicina de Familia   |
| Cuando     | A demanda de la persona usuaria, de la familia, de los Servicios de Urgencia, del 112, de los Servicios de Atención Social Básica y Especializada, etc.   |
| Dónde      | -EAP<br>-Domicilio / Entorno de la persona usuaria  |
| Cómo       | -Valoración de la persona usuaria mediante entrevista y exploración<br>-Atención a la patología orgánica  |
| <b>Qué</b> | <b>Apoyo a los ESM</b>  |
| Quién      | -Medicina de Familia<br>-Enfermería de AP<br>-Trabajo Social de AP  |
| Cuando     | -A demanda<br>-Mediante consulta programada   |
| Dónde      | EAP   |
| Cómo       | -Contribuir a la adherencia terapéutica y a la continuidad de cuidados.<br>-Control de salud general<br>-Control de efectos secundarios de la medicación.<br>-Identificación precoz de síntomas de descompensación para derivación urgente o preferente.<br>-Vigilancia de posible comorbilidad con abusos de sustancias u otros trastornos<br>-Detección de consecuencias de la enfermedad en otros miembros del entorno familiar.<br>-Apoyo a las familias<br>-Actividades psicoeducativas<br>-Prevención de otras patologías |
| <b>Qué</b> | <b>Coordinación con los diferentes dispositivos y programas implicados en el proceso</b>  |
| Quién      | -Medicina de Familia<br>-Enfermería de AP<br>-Trabajo Social de AP  |
| Cuando     | -En cualquier momento en la que la situación así lo requiera<br>-Mediante reuniones de coordinación que se establezcan en el PAP  |
| Dónde      | -EAP<br>-ESM<br>-Cualquier otro dispositivo si así se requiere  |
| Cómo       | -Mediante reuniones presenciales<br>-Mediante contacto telefónico<br>-Asistencia a la Comisión del TMG en caso de que se estime oportuno por las particularidades del caso  |

## > EQUIPOS DE SALUD MENTAL (Ficha de actividad 6)

Constituyen el dispositivo básico en la atención específica a las personas usuarias con trastornos mentales graves y son los responsables de la articulación de todo este Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave.

En relación con el PAI-TMG sus objetivos específicos son:

- Detectar precozmente los casos de TMG y realizar actuaciones encaminadas a evitar la progresión de la severidad.
- Detectado y registrado el TMG, deben constituirse en responsables del caso, 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 del PAP.

### Ficha de actividad 6. Equipos del Salud Mental.

| Qué    | Confirmar TMG  |
|--------|--|
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o Especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | Cuando se derive un caso con sospecha de TMG   |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | - <i>Valoración Integral</i> : se dará una cita preferente tras derivación de AP y ese día será valorado por todos los profesionales del ESM implicados en el caso<br>-Designación del profesional referente |
| Qué    | Elaboración del PAP  |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o Especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | Cuando se confirme el TMG  |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | Reunión de todos los profesionales implicados en la valoración inicial   |

|        |  |
|--------|--|
| Qué    | <b>Documentar PAP</b>  |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica  |
| Cuando | Tras realizar el PAP   |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | Mediante registro en JARA  |
| Qué    | <b>Visitas de seguimiento que se programarán en función del PAP</b>  |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o Especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | En las sucesivas visitas de seguimiento que se establezcan para cada uno de los profesionales del ESM  |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | -Inicio y seguimiento del tratamiento farmacológico<br>-Apoyo al usuario y su familia<br>-Control de la salud física<br>-Psicoterapia individual y/o de grupo<br>-Apoyo, asesoramiento y acompañamiento al usuario y/o familiares<br>-Detección de posibles descompensaciones e intervención en crisis<br>-Apoyo a la inserción laboral<br>-Coordinación y continuidad de cuidados con el resto de dispositivos y programas tanto de la RSMEEx como fuera de ella.<br>-Intervención y cuidados de enfermería<br>-Acuerdo de objetivos con persona usuaria, y personas de referencia si procede.<br>-Abordaje de los objetivos sociales a través de intervenciones individuales y/o grupales. |
| Qué    | <b>Derivación al resto de dispositivos y programas de la RSMEEx</b>  |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o Especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | Según se establezca en el PAP  |
| Dónde  | ESM  |
| Cómo   | Mediante los diferentes medios de derivación que se describen en este proceso  |

| Qué    | Coordinación con los diferentes dispositivos y programas implicados en el proceso  |
|--------|--|
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o Especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | -Según se establezca en el PAP<br>-En cualquier momento en que la situación así lo requiera  |
| Dónde  | -ESM<br>-Otros dispositivos y programas de la red de SM<br>-Dispositivos y programas no pertenecientes a la RSMEEx pero de relevancia en el momento de la intervención.                          |
| Cómo   | -Mediante reuniones concretadas a tal fin.<br>-Contacto telefónico en caso de situaciones urgentes<br>-Comisión TMG<br>-Comisiones de Salud Mental de Area<br>-Subcomisiones de gestión de casos |

### > UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (Ficha de actividad 7)

Las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) son dispositivos y programas destinados al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de personas usuarias con psicopatología aguda con el objeto de conseguir una reducción de la sintomatología. Dirigido a personas usuarias con trastorno mental grave en fase aguda, en los que, por su situación clínica y/o del entorno, no es posible garantizar el tratamiento adecuado en dispositivos y programas ambulatorios y se benefician de una estancia breve orientada hacia la continuidad de cuidados en la comunidad.

En el PAI-TMG, las funciones de las UHB serán:

- Evaluación integral, tanto psicopatológica como orgánica, de la persona usuaria con TMG.
- Intervención terapéutica.
- Coordinación con el resto de dispositivos y programas asistenciales implicados en la atención a la persona con TMG.

## Ficha de actividad 7. Unidades de Hospitalización Breve.

| Qué    | Evaluación del estado psicopatológico  |
|--------|--|
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o Especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | En las primeras 24-72 horas de hospitalización   |
| Dónde  | UHB  |
| Cómo   | -Anamnesis con la persona usuaria y/o personas de referencia<br>-Exploración psicopatológica<br>-Valoración de enfermería<br>-Solicitud de pruebas complementarias –analíticas, despistaje de tóxicos en orina, neuroimagen, psicológicas- y despistaje de patología orgánica<br>-En el caso de ingreso involuntario, notificación al juzgado de guardia<br>-Realización de juicio diagnóstico, utilizando los criterios de la CIE 10<br>-Comunicación con el profesional referente en el ESM y con el profesional referente en el dispositivo donde se encuentre en tratamiento<br>-Interconsulta con otros servicios especializados  |
| Qué    | <b>Valoración integral para identificación y confirmación de TMG</b><br>(cuando el primer contacto con la Red de Salud Mental de Extremadura sea a través de un ingreso en la UHB)   |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | Durante la hospitalización   |
| Dónde  | UHB  |
| Cómo   | -Realización de la historia clínica: antecedentes somáticos y psiquiátricos, factores de riesgo (consumo de tóxicos, estresores vitales, etc.), anamnesis y exploración psicopatológica<br>-Valoración somática<br>-Diagnóstico Clínica (CIE 10)<br>-Evaluación funcional en su entorno habitual<br>-Evaluación de las personas de referencia de la persona usuaria<br>-Tiempo de evolución<br>-Valoración integral del paciente según los patrones funcionales de M. Gordon<br>-Capacidad del medio familiar, factores de riesgo en las relaciones interpersonales<br>-Recogida mínima de datos sociales<br>-Condiciones de vida, ocupación y actividades productivas<br>-Red de apoyo y participación social<br>-Hábitos y habilidades para el desenvolvimiento social |



|               |  |
|---------------|--|
| <b>Qué</b>    | <b>Intervención terapéutica</b>  |
| <b>Quién</b>  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o Clínica<br>-Enfermera/o especialista en Salud Mental<br>-Trabajador/a Social<br>-TCAE  |
| <b>Cuando</b> | Durante la hospitalización   |
| <b>Dónde</b>  | UHB  |
| <b>Cómo</b>   | -Planteamiento de objetivos realistas para el ingreso en UHB conjuntamente con la persona usuaria y personas de referencia, así como con el profesional referente del ESM, elaborando un plan de tratamiento y cuidados individualizado de acuerdo con lo establecido en su PAP<br>-Manejo psicofarmacológico y clínico<br>-TEC<br>-Entrevistas terapéuticas individuales y/o familiares<br>-Intervención en crisis<br>-Psicoterapia<br>-Aplicación de protocolos específicos<br>-Cuidados de enfermería de Salud Mental |
| <b>Qué</b>    | <b>Alta</b>  |
| <b>Quién</b>  | Psiquiatra<br>Psicóloga/o Clínica<br>Enfermería de Salud Mental<br>Trabajador/a Social   |
| <b>Cuando</b> | Al finalizar la hospitalización  |
| <b>Dónde</b>  | UHB  |
| <b>Cómo</b>   | -Elaboración del informe clínico de alta<br>-Entrevista pre-alta con las personas de referencia<br>-Comunicación con el profesional referente en el ESM y con el profesional referente en el dispositivo de la Red de Salud Mental de Extremadura en el que se encuentre en tratamiento y con su EAP de referencia<br>-Citación pre-alta en el ESM<br>-Asistir a las reuniones de la Comisión TMG<br>-Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería<br>-Informe Social  |

### > UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA (Ficha de actividad 8)

Las Unidades de Media Estancia son dispositivos y programas hospitalarios diseñados para dar atención a personas usuarias cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los ESM y en las UHB y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas.

La finalidad de estas unidades es:

- Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos y programas asistenciales.

- Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.
- Promover la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía de la persona usuaria.

Deberá proporcionar un entorno seguro y terapéutico, con suficiente estructura y previsibilidad, con intervenciones planificadas y criterios comunes de actuación compartidos por todos los miembros del equipo.

Para ello, cada UME provincial contará con:

- Una norma escrita y consensuada que se entregará a la persona usuaria en el proceso de acogida.
- Consentimiento terapéutico de ingreso y tratamiento.
- Programas específicos con enfoque en el diagnóstico para el tratamiento de resistencias psicopatológicas.
- Tratamiento de resistencias a psicofármacos. Establecer pautas adecuadas de tratamiento psicofarmacológico. Asociaciones de psicofármacos. Definir criterios de indicación de TEC.
- Actuaciones protocolizadas en: riesgo suicidio, conducta violenta, efectos secundarios de psicofármacos, contención mecánica, abandonos no programados, conducta sexual inapropiada y salud física.
- Intervenciones psicológicas específicas individuales y grupales dirigidas a remisión de síntomas, control y manejo de situaciones de estrés.

Dispondrá de una cartera mínima de prestaciones y programas rehabilitadores que serán parte fundamental del proceso de tratamiento:

- Autonomía en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y de manejo en la comunidad.
- Psicoeducación.
- Habilidades sociales.
- Autocontrol.
- Programa ocupacional
- Programa de ocio y tiempo libre, participación social
- Intervenciones individuales y familiares.

## Ficha de actividad 8. Unidad de Media Estancia.

|        |   |
|--------|---|
| Qué    | <b>Valoración de la derivación</b>  |
| Quién  | Comisión de valoración URH-UME. Equipo de origen envía petición de ingreso.   |
| Cuando | Se dará cita para la valoración en menos de una semana desde la recepción de la demanda. La cita de valoración se procurará que no exceda de los 15 días desde la recepción de la demanda.  |
| Dónde  | Centro Sociosanitario   |
| Cómo   | Los profesionales de la comisión estudiarán la petición y contactarán con la entidad derivante. Si la entidad derivante no lo ha proporcionado, procurarán solicitar y recabar toda la información previa (PAP ESM, pruebas diagnósticas, Informe UHB, informe de continuidad de cuidados de enfermería, informes sociales, dispositivos y programas previos, programas rehabilitadores previos).<br>Posteriormente entrevistarán a la persona usuaria y familia. Toda la información quedará recogida por escrito y organizada.<br>La persona usuaria debe asistir acompañada de una persona de referencia, si es posible. |
| Qué    | <b>Respuesta a recurso de origen y ESM</b>  |
| Quién  | Coordinador/a de UME  |
| Cuando | Mismo día o día siguiente a valoración  |
| Dónde  | Centro Sociosanitario   |
| Cómo   | -Modelo de resolución cumplimentado y motivado vía telemática admitiendo solicitud. Enseres mínimos y primeras recomendaciones para el ingreso.<br>-En caso de valorarse como rechazo se contactará nuevamente con entidad derivante para exponer los motivos del rechazo.  |
| Qué    | <b>Traslado información básica al resto profesionales. Establecimiento de las primeras indicaciones y día de ingreso.</b>   |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o<br>-Terapeuta Ocupacional<br>-Enfermera/o<br>-TCAE<br>-Trabajador/a Social  |
| Cuando | Reunión equipo previa   |
| Dónde  | UME   |
| Cómo   | -Antes de efectuar el ingreso, el profesional que vaya a ser referente del caso, cumplimentará ficha básica con datos personales y sanitarios importantes. Indicaciones terapéuticas importantes. Objetivo de ingreso.<br>-Pautas de actuación e interacción básica con persona usuaria.<br>-Traslado de toda esta información al resto profesionales.  |

|        |  |
|--------|--|
| Qué    | <b>Acogida de la persona usuaria. Información familia. Primeras indicaciones, normas funcionamiento. Primera entrevista familiar.</b>  |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o<br>-Enfermera/o<br>-Trabajador social<br>-TCAE   |
| Cuando | Si hay plaza en menos de una semana desde primera evaluación. Si no comunicar que pasa a lista espera.   |
| Dónde  | UME  |
| Cómo   | -Presentación del profesional referente del caso y resto de profesionales.<br>-Se entregará al usuario información básica de qué es UME. Normas de funcionamiento y convivencia básicas. Derechos y deberes. Horario de actividades terapéuticas. Acuerdo de ingreso.<br>-Todo ello firmado y con compromiso de cumplimiento.<br>-Cita de próxima entrevista a familiar o persona de referencia. |
| Qué    | <b>Apertura historia. Primeras pruebas médicas.</b>  |
| Quién  | Psiquiatra<br>Medicina de Familia<br>Enfermera/o   |
| Cuando | Día de ingreso   |
| Dónde  | UME  |
| Cómo   | Antecedentes somáticos y psiquiátricos, factores de riesgo, diagnóstico clínico... Electrocardiograma, analíticas, pauta dieta, pauta tabaco, otras.   |
| Qué    | <b>Evaluación Clínica funcional completa. Uso cuestionarios estandarizados. Complimentación CIF.</b>   |
| Quién  | Psicóloga/o<br>Psiquiatra<br>Enfermera /o<br>Terapeuta Ocupacional<br>Trabajadora/o Social<br>TCAE de referencia   |
| Cuando | En menos de 10 días desde el ingreso   |
| Dónde  | UME  |
| Cómo   | Cada profesional evalúa un área específica que el referente del caso recogerá de forma conjunta en documento único.  |
| Qué    | <b>Elaboración del PIR según el PAP de la persona usuaria</b>  |
| Quién  | Psicóloga/o o psiquiatra con la intervención del equipo (referente del caso)   |
| Cuando | Menos de una semana desde evaluación funcional   |

|        |  |
|--------|--|
| Dónde  | UME  |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar la consecución de objetivos del PIR.</li> <li>-Necesidad de modificaciones.</li> <li>-Información al resto profesionales y ESM de referencia.</li> <li>-Actualización del PIR por profesional referente.</li> <li>-Traslado de propuestas de adaptación del PAP a ESM</li> </ul>   |
| Qué    | <b>Preparación del alta de la UME</b>  |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicólogo/a o Psiquiatra referente del caso.</li> <li>-Enfermería referente.</li> <li>-Trabajador/a Social referente.</li> </ul>   |
| Cuando | Cada semana desde que se inicie la estabilización sintomatológica.   |
| Dónde  | UME  |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Coordinación y traslado de información a ESM de referencia.</li> <li>-Visitas programadas de la persona usuaria al domicilio.</li> <li>-Primeros contactos profesionales y de la persona usuaria con recurso de continuidad-CRPS, ESM, SSBB, URH, EAP, etc.</li> <li>-Solicitud de recurso residencial si no red de apoyo adecuada.</li> <li>-Información a familia.</li> </ul>          |
| Qué    | <b>Alta*</b>   |
| Quién  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Psiquiatra</li> <li>Psicólogo/a Clínico/a</li> <li>Enfermería</li> <li>Trabajador/a Social</li> </ul>   |
| Cuando | Aproximadamente 6 meses desde ingreso (variable según evolución clínica)   |
| Dónde  | UME  |
| Cómo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cita concertada en ESM.</li> <li>-Atención iniciada en CRPS u otro recurso.</li> <li>-Información a familia.</li> <li>-Elaboración y entrega de informe clínico funcional.</li> <li>-Diagnóstico CIE.</li> <li>-Aplicación de pruebas estandarizadas usadas en evaluación. Descripción funcional CIF.</li> <li>-Informe Social.</li> <li>-Informe de Continuidad de Cuidados.</li> </ul> |

\* En algunas ocasiones será necesario UN ALTA de UME sin externalización ni acceso a otros recursos de la Red de Salud Mental de Extremadura u otras redes.

En estos casos se seguirá el tratamiento en las unidades residenciales del Centro Sociosanitario. Se dará inicio a esta intervención con la propuesta de traslado en la comisión del TMG, donde se valorarán otras posibles intervenciones y se revisarán estos casos con la periodicidad que la comisión acuerde (mínimo cada 6 meses).

**Durante la estancia de la persona usuaria en las unidades residenciales del Centro Sociosanitario es necesario proseguir con las actividades de rehabilitación y asegurando la participación de dicha persona usuaria en todo su proceso de recuperación y atención, promocionando su empoderamiento.**

## > UNIDADES DE REHABILITACION HOSPITALARIA (Ficha de actividad 9)

Las Unidades de Rehabilitación Hospitalarias (URH) son definidas como dispositivos y programas hospitalarios destinados a personas usuarias con trastornos mentales graves en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada, que permita un abordaje terapéutico más a largo plazo, para tratar alteraciones psicopatológicas refractarias y proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan visto alteradas.

La finalidad de las URH es:

- Tratar resistencias psicopatológicas, reevaluar, iniciar o continuar acciones rehabilitadoras ya iniciadas en otros dispositivos y programas asistenciales.
- Fomentar la recuperación o adquisición de habilidades que mejoren la autonomía de la persona usuaria, reforzando sus competencias, a través del diseño de programas individualizados de rehabilitación, con el fin de conseguir la inserción en el medio social comunitario.
- Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización asegurando la continuidad de cuidados.

Cada URH provincial deberá proporcionar un entorno seguro y terapéutico, con suficiente estructura, previsibilidad y oportunidad de desarrollo de las personas usuarias, con intervenciones planificadas y criterios comunes de actuación, compartidos por todos los miembros del equipo, para ello, cada URH regional contará con:

- Una norma escrita y consensuada por escrito que se entregará al usuario en el proceso de acogida.
- Consentimiento terapéutico de ingreso y tratamiento.
- Intervenciones rehabilitadoras que son el eje central del tratamiento que recibe la persona usuaria, que se implementarán tras una evaluación exhaustiva de déficits y capacidades del sujeto y tras el diseño de un plan individualizado de rehabilitación.

### a) Existirán programas individuales o grupales para mejora de:

- Autonomía en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y de manejo en la comunidad.
- Psicoeducación.
- Habilidades sociales.
- Autocontrol.
- Programa ocupacional.
- Programa de ocio y tiempo libre, participación social.
- Intervenciones individuales y familiares.

### b) Programas de intervención con las familias:

- Orientación, asesoramiento, formación, información adecuada para el adecuado afrontamiento de la enfermedad.
- Soporte y apoyo a la familia.
- Intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas.

|        |   |
|--------|---|
| Qué    | <b>Valoración de la derivación</b>  |
| Quién  | Comisión de valoración URH-UME. Equipo de origen envía petición de ingreso.   |
| Cuando | Se dará cita para la valoración en menos de una semana desde la recepción de la demanda. La cita de valoración se procurará que no exceda de los 15 días desde la recepción de la demanda.  |
| Dónde  | Centro Sociosanitario   |
| Cómo   | Los profesionales de la comisión estudiarán la petición y contactarán con entidad derivante. Si la entidad derivante no lo ha proporcionado procurarán solicitar y recabar toda la información previa (PAP ESM, pruebas diagnósticas, Informe UHB, informe de continuidad de cuidados informes sociales, dispositivos y programas previos, programas rehabilitadores previos)<br>Posteriormente entrevistarán a la persona usuaria y familia. Toda la información quedará recogida por escrito y organizada.<br>La persona usuaria debe asistir acompañada de un familiar o persona de referencia, si es posible. |
| Qué    | <b>Respuesta a recurso de origen y ESM</b>  |
| Quién  | Coordinador/a de URH  |
| Cuando | Mismo día o día siguiente a valoración  |
| Dónde  | Centro Sociosanitario   |
| Cómo   | -Modelo de resolución cumplimentado y motivado vía telemática admitiendo solicitud. Enseres mínimos y primeras recomendaciones para el ingreso.<br>-En caso de valorarse como rechazo se contactará nuevamente con entidad derivante para exponer los motivos del rechazo.  |
| Qué    | <b>Traslado información básica inicial al resto profesionales. Establecimiento de las primeras indicaciones y día de ingreso</b>  |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Psicóloga/o<br>-Terapeuta Ocupacional<br>-Enfermera/o<br>-Trabajador/a Social<br>-TCAE  |
| Cuando | Reunión equipo  |
| Dónde  | URH   |
| Cómo   | -Antes de efectuar el ingreso cumplimentar ficha básica con datos personales y sanitarios importantes. Indicaciones terapéuticas importantes. Objetivo de ingreso.<br>-Pautas de actuación e interacción básica con usuario.<br>-Traslado de toda esta información al resto profesionales.  |

|        |   |
|--------|---|
| Qué    | <b>Acogida de la persona usuaria. Información familia. Primeras indicaciones, normas funcionamiento. Primera entrevista familiar.</b>   |
| Quién  | -Psiquiatra<br>-Enfermera/o<br>-Profesional referente del caso<br>-Psicóloga/o Clínica/o<br>-TCAE<br>-Trabajador Social   |
| Cuando | Si hay plaza en menos de una semana desde primera evaluación. Si no comunicar que pasa a lista espera.  |
| Dónde  | URH   |
| Cómo   | -Presentación del profesional referente del caso y resto de profesionales.<br>-Se entregará a la persona usuaria información básica de qué es la URH. Normas de funcionamiento y convivencia básicas. Derechos y deberes. Horario de actividades terapéuticas. Acuerdo de ingreso.<br>-Todo ello firmado y con compromiso de cumplimiento.<br>-Cita de próxima entrevista familiar.   |
| Qué    | <b>Apertura historia. Primeras pruebas médicas.</b>   |
| Quién  | Psiquiatra<br>Medicina de Familia<br>Enfermera/o  |
| Cuando | Día de ingreso  |
| Dónde  | URH   |
| Cómo   | Antecedentes somáticos y psiquiátricos, factores de riesgo, diagnóstico clínico...Electrocardiograma, analíticas, pauta dieta, pauta tabaco, otras.   |
| Qué    | <b>Evaluación Clínica funcional completa. Uso cuestionarios estandarizados. Complimentación CIF.</b>  |
| Quién  | Psicóloga/o<br>Psiquiatra<br>Enfermera /o<br>Terapeuta Ocupacional<br>Trabajadora/o Social<br>TCAE de referencia  |
| Cuando | En menos de 15 días desde el ingreso  |
| Dónde  | URH   |
| Cómo   | Cada profesional evalúa un área específica que tras reunión de equipo recogerá de forma conjunta en documento único el referente del caso.  |
| Qué    | <b>Elaboración del PIR según el PAP de la persona usuaria</b>   |
| Quién  | Referente del caso con la colaboración del equipo   |
| Cuando | Menos de una semana desde evaluación funcional  |
| Dónde  | URH   |
| Cómo   | -Se recogerán objetivos por áreas de intervención a medio plazo y las estrategias para conseguirlos. Objetivo de externalización último.<br>-Auxiliar definitivo de referencia.<br>-Frecuencia de citas individuales.<br>-Programas de rehabilitación específicos.<br>-Se entregará al usuario y/o familia los objetivos y estrategias para conseguirlos.<br>-Se le informará de la fecha de revisión de PIR.<br>-Informe de adaptación del PAP a ESM si es necesario |



|               |   |
|---------------|---|
| <b>Qué</b>    | <b>Traslado del PIR al resto profesionales</b>  |
| <b>Quién</b>  | Referente del caso con la colaboración del resto de equipo.   |
| <b>Cuando</b> | Dos días desde elaboración.   |
| <b>Dónde</b>  | URH   |
| <b>Cómo</b>   | Se habilitará un registro específico para tener el PIR de cada usuario y una hoja de seguimiento donde los TCAEs en los distintos turnos irán recogiendo si han ocurrido incidencias destacables.   |
| <b>Qué</b>    | <b>Adecuación de los tratamientos farmacológicos y/o nuevos tratamientos</b>  |
| <b>Quién</b>  | -Psiquiatra<br>-Médico de Familia   |
| <b>Cuando</b> | Según necesidad   |
| <b>Dónde</b>  | URH   |
| <b>Cómo</b>   | Pautas específicas según tratamientos.  |
| <b>Qué</b>    | <b>Intervenciones familiares/personas de referencia periódicas</b>  |
| <b>Quién</b>  | Profesional referente y profesional técnico según contenido de la misma   |
| <b>Cuando</b> | Al menos una vez al trimestre.  |
| <b>Dónde</b>  | URH   |
| <b>Cómo</b>   | Los objetivos a trabajar con la familia y personas de referencia vendrán determinados en el PIR y la regularidad de las intervenciones estará determinada también por él.   |
| <b>Qué</b>    | <b>Revisiones, evolución y PIR</b>  |
| <b>Quién</b>  | Equipo técnico  |
| <b>Cuando</b> | Mínimo cada dos meses.  |
| <b>Dónde</b>  | URH   |
| <b>Cómo</b>   | -Evaluar la consecución de objetivos del PIR.<br>-Necesidad de modificaciones.<br>-Información al resto profesionales y ESM de referencia.<br>-Actualización del PIR por profesional referente.<br>-Traslado de propuestas de adaptación del PAP a ESM  |
| <b>Qué</b>    | <b>Preparación del alta de la URH</b>   |
| <b>Quién</b>  | Referente del caso con acuerdo del equipo   |
| <b>Cuando</b> | De forma periódica cuando el estado clínico y funcional así lo aconseje.  |
| <b>Dónde</b>  | URH y recurso de continuidad  |
| <b>Cómo</b>   | -Coordinación y traslado de información a ESM de referencia.<br>-Visitas programadas de la persona usuaria al domicilio o recurso residencial de destino.<br>-Primeros contactos profesionales y de la persona usuaria con recurso de continuidad-CRPS, ESM, SSBB, EAP, etc.<br>-Solicitud de recurso residencial si no existe una red de apoyo adecuada.<br>-Información a familia o personas de referencia. |

| Qué    | Alta*   |
|--------|---|
| Quién  | -Psiquiatra/ psicóloga/o Clínica<br>-Enfermería<br>-Trabajador/a Social   |
| Cuando | Aproximadamente 24 meses desde el ingreso (variable según evolución clínica)  |
| Dónde  | URH   |
| Cómo   | -Cita concertada en ESM.<br>-Atención iniciada en CRPS u otro recurso.<br>-Información a familia o personas de referencia.<br>-Elaboración y entrega de informe clínico funcional.<br>-Diagnóstico CIE.<br>-Aplicación de pruebas estandarizadas usadas en evaluación. Descripción funcional CIF.<br>-Informe de continuidad de cuidados.<br>-Informe social. |

\*En algunas ocasiones será necesario UN ALTA de URH sin externalización ni acceso a otros recursos de la Red de Salud Mental de Extremadura u otras redes.

En esto casos se seguirá el tratamiento en las unidades residenciales del Centro Sociosanitario. Se dará inicio a esta intervención con la propuesta de traslado en la comisión del TMG, donde se valorarán otras posibles intervenciones y se revisarán estos casos con la periodicidad que la comisión acuerde (mínimo cada 6 meses).

**Durante la estancia de la persona usuaria en las unidades residenciales del Centro Sociosanitario es necesario proseguir con las actividades de rehabilitación y asegurando la participación de dicha persona usuaria en todo su proceso de recuperación y atención, promocionando su empoderamiento.**

### >CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) (ficha de actividad 10)

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son servicios de atención ambulatoria destinados a las personas con TMG que presentan deterioro en su funcionamiento psicosocial y son susceptibles de ser atendidos en el ámbito de la comunidad. Ofrecen programas de rehabilitación para el entrenamiento, 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 la persona usuaria desarrollar el mayor grado de autonomía posible y mejorar su calidad de vida. Favorecer el mantenimiento en su entorno de la persona con TMG, potenciando su integración familiar y social.
- Proporcionar espacios para el apoyo, conocimiento y entrenamiento de habilidades, orientación y asesoramiento a las personas de referencia en el proceso (familiares, profesionales diferentes de la Red de Salud Mental de Extremadura, etc.), de modo que puedan sentir una mayor eficacia y autonomía en el manejo de las consecuencias del TMG. Todo ello con un estilo promotor de la máxima autonomía posible en la persona.

Ofrecen también:

- Formación y asesoramiento de profesionales, entidades, asociaciones y personas voluntarias implicadas 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 otros dispositivos y programas de la RSMEEx y con la red de apoyo específica (laborales, residenciales y otros) para favorecer la atención integral, continuidad de cuidados y mejora de la calidad de vida de las personas usuarias y sus familiares.
- Coordinación con los servicios sociales generales, para la integración social y la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias y sus familiares, así como su acceso a prestaciones y dispositivos y programas de entornos comunitarios no específicos de salud mental.

El **acceso** de personas usuarias a los CRPS se realizará a través del aplicativo informático. La solicitud será a propuesta del propio Equipo de Salud Mental o de otros dispositivos y programas implicados en el proceso de atención que participen de la atención a la persona usuaria a través de la Comisión TMG. En todo caso, la solicitud deberá ser tramitada desde el ESM de referencia.

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 las personas usuarias que asisten al CRPS podrán hacer uso de él temporalmente para el desarrollo de los planes individualizados de rehabilitación. Los PA tendrán un doble papel como recurso apoyo para la accesibilidad y como recurso de entrenamiento terapéutico.

**Intervención.** De forma general, los CRPS organizan en diferentes fases sus procesos de atención e intervención con las personas usuarias: Acogida, Evaluación psicosocial, Elaboración del Plan Individual de Rehabilitación y revisión periódica del mismo, Intervención y Seguimiento.

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

- 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, rehabilitación cognitiva y conocimiento de dispositivos y programas y hábitos para el desenvolvimiento social.
- Asesoramiento y apoyo familiar.

- Integración y soporte en la comunidad.
- Apoyo y orientación vocacional y productiva.
- Apoyo residencial y vida independiente.

### Ficha de actividad 10. Centro de rehabilitación Psicosocial.

| Qué  | Quién  | Cuándo   | Cómo   |
|--|--|--|--|
| <b>Identificación de competencias/ metas vitales.</b>  | Profesionales formados en filosofía y metodología propia de rehabilitación y modelo de recuperación.     | A lo largo del proceso de rehabilitación psicosocial que apoya los procesos de recuperación. | Explicitación, apoyo para bajar a la realidad deseos y metas personales.   |
| <b>Entrenamiento de habilidades básicas para el desenvolvimiento cotidiano y social y participación comunitaria.</b> | Profesionales formados en filosofía y metodología propia de rehabilitación.                              | De manera progresiva y estructurada en los procesos de rehabilitación.                       | Escenarios naturales lo más próximos a la realidad de la persona.  |
| <b>Apoyar a la familia de referencia.</b>  | Profesionales formados en filosofía y metodología propia de rehabilitación y en el abordaje con familia. | A lo largo del proceso de rehabilitación psicosocial, siempre que la persona lo apruebe.     | Entrenamiento de habilidades de apoyo, habilidades de comunicación, manejo emocional y generalización de estrategias con la familia o personas de referencia.  |
| <b>Comprometer los dispositivos y programas del entorno más próximo a la persona.</b>                                | Técnicos con competencias en relación con el entorno y visibilización de centro.                         | A lo largo del proceso de rehabilitación psicosocial que apoya los procesos de recuperación. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la persona para conocer el funcionamiento de los dispositivos y programas.</li> <li>- Visibilización de la labor de los centros.</li> <li>- Orientar en el manejo de situaciones y coordinación de estrategias con otros dispositivos y programas de atención.</li> </ul> |

| Qué   | Quién  | Cuándo  | Cómo  |
|---|--|---|---|
| <b>Ofrecer información del proceso al Profesional Referente.</b>  | Coordinadora técnica y técnicos asistenciales. | Desde el momento de la derivación hasta el fin del proceso.         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicativo específico de comunicación ESM-CRPS.</li> <li>- Comunicación directa con los profesionales (Telf., mail y reunión presencial).</li> <li>- Espacios de coordinación estructurados.</li> <li>- Asistir a la Comisión TMG.</li> </ul>  |
| <b>Derivación a otros dispositivos y programas.</b>               | Técnicos asistenciales.                        | En las fases de intervención y cierre de proceso de rehabilitación. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consenso con la persona y firma de consentimiento informado.</li> <li>- Coordinación con los dispositivos y programas implicados y ESM.</li> <li>- Formalización de la derivación a dispositivos y programas de la red de SM: CIS y PIL.</li> <li>- Formalización de la derivación a dispositivos y programas específicos para discapacidad en general o normalizados.</li> <li>- Seguimiento con los profesionales referentes en los dispositivos y programas.</li> </ul> |
| <b>Evaluación de la atención.</b>                                 | Coordinadora Técnica y equipo asistencial.     | A lo largo de todo el proceso de atención.                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de proceso.</li> <li>- Evaluación de cada intervención estructurada (grupos, atenciones individuales,...).</li> <li>- Medida de la satisfacción tanto de personas usuarias como de familia.</li> </ul>   |
| <b>Seguimiento y mantenimiento de logros.</b>                     | Coordinadora Técnica y equipo asistencial.     | Final y post proceso.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citas de seguimiento.</li> <li>- Desvanecimiento progresiva de apoyos.</li> <li>- Ofrecer la fase de SEGUIMIENTO POST SALIDA ante los fines de proceso con CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.</li> </ul>   |
| <b>Valoración del perfil y adaptación de cartera de servicio.</b> | Coordinadora Técnica y equipo asistencial.     | A lo largo del año.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión del perfil anual.</li> <li>- Formulación de objetivos por área de intervención.</li> <li>- Plan de centro anual.</li> </ul>   |
| <b>Participación de personas usuarias en su propio proceso.</b>   | Coordinadora Técnica y equipo asistencial.     | Durante el proceso de atención.                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento del Plan Individualizado de Atención consensuado.</li> <li>- Puesta en marcha de acciones para la participación de la persona usuaria en la gestión de centros.</li> <li>- Apoyando la asunción de roles activos de participación social en el entorno.</li> </ul>   |

| Qué  | Quién                                      | Cuándo  | Cómo  |
|--|--|---|---|
| <b>Favorecer la protección y respeto de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias.</b> | Coordinadora Técnica y equipo asistencial. | A lo largo de todo el proceso cuando proceda. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoreciendo el reconocimiento de discapacidad, grado de dependencia, incapacidad laboral o tutela legal cuando proceda, consensuando con la persona y promoviendo la mayor implicación posible del individuo.</li> <li>- Apoyando para la cobertura de las necesidades básicas de la persona.</li> <li>- Promoviendo el uso de políticas de discriminación positiva para aquellas personas con mayor vulnerabilidad y/o como cursos de acción intermedios para caminar hacia la mayor integración posible.</li> </ul> |

\* De cara a fines, objetivos, metodología, etc., se emplaza a consultar el *Decreto 146/2005, de 7 de junio, por el que se regulan los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se establecen los requisitos exigidos para la autorización de los mismos*, así como el Cuaderno Técnico de CRPS y su documentación asociada.

### **Pisos de apoyo al CRPS (PA)**

Servicio comunitario ofertado por los CRPS para facilitar el acceso y la asistencia de sus personas usuarias a las actividades de rehabilitación y generalización al medio comunitario.

- Son dispositivos y programas de baja supervisión para personas con TMG.
- Programa que posibilita estancias temporales para personas usuarias 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 un contexto natural de aprendizajes adquiridos en el CRPS.
- La estancia está condicionada al Plan de Rehabilitación que se esté desarrollando en el CRPS.

### **> RECURSOS RESIDENCIALES COMUNITARIOS [RRC] (dispositivos y programas) (Fichas de actividad 11, 12 y 13)**

El abordaje de los problemas derivados de la enfermedad mental requiere la provisión de un sistema integral de atención para la prevención, tratamiento, rehabilitación e inserción de las personas afectadas, lo que exige disponer de una red de servicios sanitarios y sociales para la promoción de la autonomía, atención a la dependencia y compensar la ausencia de red social de apoyo.

Los Dispositivos y programas Residenciales Comunitarios [RRC] son una prestación de carácter social especializada para personas con TMG:

- Atienden sus necesidades básicas de alojamiento, en los casos de ausencia o inadecuación de la función familiar o carencia de vivienda.
- Tienen un fin rehabilitador y de recuperación para la adquisición de competencias, mejora de su autonomía y facilitación de la integración y participación social.
- Se trata de una red de variadas modalidades de atención residencial con más o menos supervisión, adaptadas a la autonomía/ dependencia de sus personas usuarias.
- Garantizan el cumplimiento del modelo de continuidad de cuidados.
- Participan del Proceso Asistencial-TMG.

### Ficha de actividad 11.

#### DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS RESIDENCIALES COMUNITARIOS [RRC].

|                        | CENTRO RESIDENCIAL DE REHABILITACIÓN (CRR)  | PISO SUPERVISADO (PS)  |
|------------------------|---|--|
| <b>Qué son los RRC</b> | <i>CRR: recurso residencial para personas-TMG que proporciona alojamiento y rehabilitación con apoyo 24 h.</i>  | <i>PS: recurso residencial para personas TMG que proporciona alojamiento y rehabilitación con supervisión variable (baja o moderada).</i>  |
| <b>Por qué</b>         | <p>La frecuente evolución hacia la cronicidad de las PTMG les hace subsidiarios de cuidados prolongados.</p> <p>Los CRR son el recurso específico para la provisión de estos cuidados en entornos normalizados.</p>   | <p>Las PTMG requieren con frecuencia entornos estructurados para el entrenamiento y adquisición de habilidades de autocuidado, autogestión y autodeterminación.</p> <p>PS: preparación para vida independiente.</p>  |
| <b>Para quién</b>      | <p>Perfil personas usuarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia moderada-alta.</li> <li>• Déficit psicosocial.</li> <li>• Estabilidad psicopatológica, aún con sintomatología residual.</li> <li>• Capacidad para adaptación al entorno comunitario.</li> <li>• No dispone de soporte familiar o vivienda adecuada a necesidades.</li> <li>• Requiere de apoyo permanente para la resolución de necesidades.</li> </ul> | <p>Perfil personas usuarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia baja.</li> <li>• Capacidad de aprendizaje y adquisición de competencias.</li> <li>• Estabilidad psicopatológica, aún con signos residuales que no interfieran en su funcionamiento general.</li> <li>• Capacidad para desenvolvimiento en comunidad.</li> <li>• Posibilidad de vida independiente total o con apoyos puntuales.</li> </ul> |

|                       | CENTRO RESIDENCIAL DE REHABILITACIÓN (CRR)   | PISO SUPERVISADO (PS)   |
|-----------------------|--|---|
| <b>Para qué</b>       | <p>Para <u>promoción de autonomía y atención a la dependencia de PTMG.</u></p> <p><u>Ofrecer a P-TMG alternativa residencial y rehabilitadora por:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de apoyo familiar.</li> <li>• Situación familiar inadecuada.</li> <li>• Dificultad permanecer en entorno.</li> <li>• P-TMG marginada, sin hogar.</li> </ul> <p><u>Evitar riesgo de institucionalización</u> en unidades hospitalarias.</p> <p>Potenciar <u>integración comunitaria.</u></p> <p>Mejorar su <u>calidad de vida.</u></p>   | <p>Ofrecer vivienda en entorno <u>normalizado</u>, con intervenciones específicas que faciliten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La promoción de la autonomía.</li> <li>• El desarrollo personal.</li> <li>• La vida independiente.</li> <li>• La reincorporación y participación social de la P-TMG.</li> </ul> <p>Mejorar su <u>calidad de vida.</u></p>   |
| <b>Dónde</b>          | <p>Integrados en entornos comunitario y normalizado.</p> <p>Actualmente en Mérida, Badajoz, Cáceres y Plasencia.</p>   | <p>Viviendas integradas en entornos comunitarios y normalizados.</p> <p>Actualmente en Don Benito, Mérida y Zafra.</p>  |
| <b>Cómo funcionan</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura regional.</li> <li>• Capacidad 30-40 plazas.</li> <li>• Acceso desde ESM, U. Hospitalarias.</li> <li>• Apoyo y supervisión 24h.</li> </ul> <p><u>Funcionamiento/ oferta servicios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alojamiento y manutención.</li> <li>• Tratamiento psicológico.</li> <li>• Tratamiento rehabilitador.</li> <li>• Actuaciones para integración social.</li> <li>• Atención a necesidades generales y sanitarias.</li> </ul> <p><u>Equipo especializado responsable de la organización, funcionamiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director Técnico (Psicólogo/a).</li> <li>• Psicólogo/a.</li> <li>• Terapeuta Ocupacional.</li> <li>• Monitor-educador.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura regional.</li> <li>• Capacidad aprox. 4 plazas/ vvda.</li> <li>• Acceso desde ESM, U. Hospitalarias.</li> <li>• Apoyo y supervisión variable según nivel autonomía de la persona usuaria.</li> </ul> <p><u>Funcionamiento/ oferta servicios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas usuarias orientadas a la autogestión, son responsables de la planificación y organización de la vivienda.</li> <li>• Fomento de independencia PTM.</li> <li>• Funcionan con ambiente de hogar.</li> <li>• Búsqueda alternativas al alta en PS.</li> </ul> <p><u>Equipo especializado responsable del funcionamiento y supervisión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo/a (coordinación equipo y atención psicoterapéutica personas usuarias)</li> <li>• Monitor-educador.</li> </ul> |



## Ficha de actividad 12.

### ACCESO a los RECURSOS RESIDENCIALES COMUNITARIOS [RRC].

| Qué   | Quién   | Cuándo  | Cómo   |
|---|---|---|--|
| <b>SOLICITUD DE PLAZA</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESM.</li> <li>• Unidades hospitalarias.</li> </ul> <p>Psiquiatría.<br/>Psicología Clínica.<br/>Enfermería de SM.<br/>Trabajo Social.</p> | <p>Detectada necesidad de recurso residencial para la PTMG.</p> <p>Se acuerda la idoneidad de CRR o PS) según necesidad y condiciones PTMG.</p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimentar Informe Derivación con la información clínica relevante para la convivencia en el recurso residencial comunitario.</li> <li>• Realizar Informe Social.</li> <li>• Remitir al SEPAD, Unidad de Programas asistenciales <i>-Comisión Recursos Residenciales-</i>.</li> </ul>             |
| <b>VALORACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LA SOLICITUD</b>        | <u>COMISIÓN DE VALORACIÓN PARA EL ACCESO A RECURSOS RESIDENCIALES SM.</u>   | <p>Recibida la Solicitud de Plaza Residencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro</li> <li>• Reunión mensual de la Comisión</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baremación del caso.</li> <li>• Resolución.</li> <li>• Comunicación a la entidad derivadora.</li> <li>• Registro en Lista de Espera.</li> </ul>   |
| <b>ACTUACIONES PREVIAS AL INGRESO EN RRC CRR /PS)</b> | Director Tco. RRC.  | Cuando exista plaza disponible.   | Comunica al SEPAD [UNIDAD DE PROGRAMAS ASISTENCIALES].   |
|   | UNIDAD DE PROGRAMAS ASISTENCIALES del SEPAD.  | Recibida la comunicación de disponibilidad de plaza en CRR o PS.  | <p>Gestión de Lista de Espera.</p> <p>Contacto con la entidad derivadora para comprobar estabilidad clínica.</p> <p>Comunicar la adjudicación de plaza.</p> <p>Enviar expediente al RRC.</p>   |
|   | Director Tco / RRC.<br>Psicólogo.   | Recibido el expediente.   | <p>Entrevista previa a ingreso para valoración.</p> <p>Comunicación al SEPAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de ingreso.</li> <li>• Contemplar periodo de adaptación.</li> <li>• Aplazamiento, motivo.</li> <li>• Perfil no adecuado (informe motivado).</li> <li>• Renuncia de la persona usuaria (firmada).</li> </ul> |

| Qué                      | Quién                   | Cuándo                  | Cómo  |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| INGRESO en RRC (CRR /PS) | Equipo asistencial RRC. | INGRESO MÁXIMO 15 DÍAS. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura de EXPEDIENTE DE INGRESO (HC, consentimiento usuario, documentación administrativa, etc.).</li> <li>• Información al equipo. Acuerdos de criterios de intervención.</li> <li>• Comunicar ingreso a EAP actual, ESM de origen y ESM actual.</li> </ul> |
|                          | Psicólogo y equipo RRC. |                         | <p>Evaluación inicial.</p> <p>Elaboración PAP específico del dispositivo RRC.</p>   |

### Ficha de actividad 13.

#### ACCESO a los RECURSOS RESIDENCIALES COMUNITARIOS [RRC].

| Qué  | Quién  | Cuándo   | Cómo   |
|--|--|--|--|
| PAP ESPECÍFICO DEL RRC: DESARROLLO, REVISIÓN Y MODIFICACIÓN.   | Psicología, Terapia Ocupacional, Monitoras/es. | Revisión anual <u>ordinaria</u> .<br><br>Revisión <u>extraordinaria</u> según circunstancias significativas en la evolución de la persona usuaria.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de evolución.</li> <li>• Evaluación funcional.</li> </ul>   |
| PREVENCIÓN, IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN EN CRISIS.   | Psicología, Terapia Ocupacional, Monitoras/es. | Detección de pródromos y signos de recaídas.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación signos Clínicas.</li> <li>• Solicitar atención en ESM.</li> <li>• Valoración en Urgencias.</li> </ul>   |
| PROMOVER LA ASISTENCIA A DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y/O INTEGRACIÓN SOC. | Psicología, Terapia Ocupacional                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizada evaluación.</li> <li>• Establecidos objetivos del PIR.</li> <li>• Previo acuerdo con la persona usuaria.</li> </ul>                             | <p>Derivación a CRPS, PRL,...</p> <p>A través de canales establecidos en el Programa TMG y PAI TMG.</p>  |
| COORDINACIÓN CON DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL.   | Psicología, Terapia Ocupacional                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al ingreso en RRC para informar del nuevo usuario.</li> <li>• Durante el tratamiento y seguimiento.</li> <li>• Al derivar a nuevo dispositivo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a COMISIÓN TMG.</li> <li>• Coordinación para continuidad de cuidados, según evolución de PTMG: <ul style="list-style-type: none"> <li>- con ESM.</li> <li>- con dispositivos y programas de rehabilitación.</li> </ul> </li> </ul> |

| Qué  | Quién  | Cuándo   | Cómo  |
|--|--|--|---|
| <b>PROMOVER EL USO DE SERVICIOS COMUNITARIOS</b>   | Psicología, Terapia Ocupacional, Monitoras/es. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizada evaluación.</li> <li>• Establecidos objetivos del PIR.</li> <li>• Acordados con usuario según sus intereses.</li> </ul>           | Acceso según canales establecidos (en educación, servicios de empleo, ocio,...).  |
| <b>PLANIFICACIÓN DEL ALTA Y/O BÚSQUEDA DE OTRO RECURSO RESIDENCIAL</b><br><i>(regreso a entorno de origen, vivienda alternativa,...)</i> | Psicología, Terapia Ocupacional.               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplido objetivos PIR.</li> <li>• En casos de involución y/o no adaptación al recurso.</li> <li>• Regreso al entorno de origen.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en la búsqueda de vivienda autónoma (en los casos de alta en PS).</li> <li>• Apoyo en la reintegración al medio familiar.</li> <li>• Derivación a recursos de menor exigencia y autonomía (ej. de PS a CRR por alta dependencia usuario).</li> </ul> |

### > PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN LABORAL (ficha de actividad 14)

Conjunto de actuaciones dirigidas a fomentar la integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Las actuaciones se dirigirán tanto la adquisición o recuperación de los conocimientos y habilidades necesarias para el acceso al empleo, como a la promoción de iniciativas de empleo, promoviendo la normalización, la autonomía e independencia de las personas usuarias. Para ello, fomentarán la utilización de servicios normalizados para la formación, promoción e incorporación laboral, e impulsarán acciones específicas dirigidas a las personas con trastorno mental grave.

Sus Objetivos son:

- Mejorar la calidad de vida de la persona usuaria contribuyendo a su plena rehabilitación a través de la integración laboral.
- Fomentar la adquisición y/o recuperación de conocimientos, habilidades y aptitudes básicas para facilitar el acceso y permanencia en el puesto de trabajo.
- Potenciar la integración laboral de las personas usuarias, mediante el desarrollo de acciones que promuevan la participación en el mercado de trabajo.
- Desarrollar en la comunidad acciones de sensibilización sobre la problemática laboral de las personas con trastorno mental grave y de modificación de los estigmas sociales de la misma.

El **acceso de personas usuarias a estos Programas** se producirá mediante derivación realizada por los profesionales de los servicios de salud mental. El informe de derivación que se utilice debe proporcionar los datos mínimos y suficientes que permitan al dispositivo determinar la idoneidad de un usuario para su acceso al mismo.

En cualquier caso, será requisito imprescindible, que la persona usuaria se encuentre en seguimiento en la Red de Salud Mental de Extremadura.

En cuanto al perfil de las personas usuarias de estos programas es el siguiente:

- Diagnóstico de trastorno mental grave.
- Presentar déficit en su integración social y laboral.
- Estar en edad laboral.
- No estar reconocido con incapacidad laboral absoluta.
- Mínimo nivel de autonomía personal que le permita la participación en el recurso.
- Presentar dificultades relacionadas con el ámbito laboral.

Estos programas intervienen en las áreas siguientes:

- Actividad Prelaboral- Ocupacional.
- Entrenamiento en Habilidades de Ajuste Laboral.
- Orientación y Apoyo a la Formación.
- Apoyo a la Orientación e Inserción Laboral.

### Ficha de Actividad 14. Programas de Integración Laboral

| Qué  | Quién   | Cuándo   | Dónde   | Cómo  |
|--|---|--|---|---|
| <b>Actuaciones de integración laboral.</b>       | Entidades privadas sin ánimo de lucro cuyo objeto social es la atención a personas con enfermedad mental. | Programas anuales.   | SEPAD.  | Mediante subvención anual de la administración regional.        |
| <b>Derivación al programa.</b>                   | ESM.<br>CRPS.<br>URH.<br>A propia iniciativa de las personas usuarias.                                    | Al detectar necesidades en esta área y el perfil es adecuado en cuanto a edad laboral y capacidad legal de trabajar. | Ubicación de los diferentes dispositivos y programas. | Mediante informe cumplimentado por el profesional de la RSMEEx. |
| <b>Acceso de la persona con TMG al programa.</b> | Técnico de integración laboral del programa.  | Una vez valorada la derivación y citada la persona.  | Ubicación del programa de cada entidad.               | Procedimiento de acogida.                                       |
| <b>Evaluación funcional-vocacional-laboral.</b>  | Técnico de integración laboral del programa.  | En los primeros días desde la incorporación al programa.   | Ubicación del programa de cada entidad.               | Utilización de protocolos y cuestionarios de evaluación.        |

| Qué  | Quién  | Cuándo  | Dónde                                   | Cómo   |
|--|--|---|---|--|
| <b>Establecimiento Plan Individualizado de Rehabilitación laboral PIR-L.</b> | Técnico de integración laboral del programa y Monitor ocupacional. | Una vez valorada la persona y establecidos los objetivos y áreas de intervención.           | Ubicación del programa de cada entidad. | Redacción documento PIR-L consensuado con la persona usuaria.  |
| <b>Desarrollo del PIR-L.</b>   | Técnico de integración laboral del programa y Monitor ocupacional. | A lo largo de la duración del programa.   | Ubicación del programa de cada entidad. | Mediante actuaciones diversas laborales y prelaborales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad prelaboral-ocupacional.</li> <li>• Actividades de ajuste laboral.</li> <li>• Actividades de ajuste formativo.</li> <li>• Apoyo a la inserción laboral.</li> </ul> |
| <b>Seguimiento del PIR-L.</b>  | Técnico de integración laboral del programa y Monitor ocupacional. | A medida que se van desarrollando actuaciones.  | Ubicación del programa de cada entidad. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de instrumentos y registros.</li> </ul>  |
| <b>Salida del programa.</b>  | Técnico de Integración laboral.                                    | Cuando se cumplen los objetivos del PIR-L, por acceso a otro recurso o por alta voluntaria. | Ubicación del programa de cada entidad. | Informe de Alta.   |

## > PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL (ficha de actividad 15)

Actuaciones dirigidas a facilitar y promover la participación de las personas con TMG en la comunidad, a través de actuaciones dirigidas al fomento de la utilización de los dispositivos y programas de la comunidad, ya sean de tipo educativo, social o de ocio.

Sus objetivos son:

- Facilitar a personas con trastorno mental grave los apoyos necesarios para su integración social y reducir las dificultades derivadas del entorno.
- Promover su autonomía personal y mantenimiento en la comunidad, fomentando su participación y recuperación y evitando la marginación y la exclusión.
- Mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y sus familias, contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales básicas e instrumentales.

El **acceso a los Programas** se realizará a través de otros dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura y a iniciativa de las propias personas usuarias.

En cuanto al perfil de las personas usuarias de estos programas es el siguiente:

- Personas con trastorno mental grave que altera o limita el desarrollo de sus capacidades de funcionamiento social.
- Personas que permanecen en su entorno sociofamiliar y que requieren de un espacio que facilite un mejor uso de su tiempo libre.
- Deben presentar una situación psicopatológica compensada y estar en seguimiento en la Red de Salud Mental de Extremadura.

Realizan intervenciones en las siguientes áreas:

- Información y estimulación a las personas usuarias en el uso de dispositivos y programas de la comunidad.
- Apoyo para compensar déficit derivados de la enfermedad y su proceso:
  - » fomentar interés / motivación por nuevas actividades.
  - » valorar beneficios de la vida activa (evitar acomodación en el rol de enfermo).
  - » identificar intereses personales y vocacionales.
  - » compensar experiencias previas negativas.
  - » compensar dificultades para la búsqueda, elección y mantenimiento de actividades lúdicas y/o formativas.

- Afrontamiento y reducción de dificultades derivadas del medio social como son el Estigma social y representación social negativa de las personas con trastornos mentales.
- Organización de diferentes actividades de carácter comunitario. .

### Ficha de Actividad 15. Programas de Integración Social

| Qué   | Quién   | Cuándo  | Dónde   | Cómo  |
|---|---|---|---|---|
| <b>Actuaciones dirigidas a facilitar y promover la integración en la comunidad.</b> | Entidades privadas sin ánimo de lucro cuyo objeto social es la atención a personas con enfermedad mental. | Programas anuales.  | SEPAD.  | Mediante subvención anual de la administración regional.  |
| <b>Derivación al programa (en su caso).</b>   | ESM<br>CRPS<br>Unidades H. de Rehabilitación<br>A iniciativa de las propias personas usuarias.            | Cuando la persona con TMG tenga limitado el desarrollo de sus capacidades de funcionamiento social. | Ubicación de los diferentes dispositivos y programas. | Mediante informe cumplimentado por el profesional de la RSMEx. Mediante solicitud directa del interesado  |
| <b>Acceso de la persona con TMG al programa.</b>                                    | Técnico de integración social del programa.   | Una vez valorada la derivación y citada la persona.   | Ubicación del programa de continuidad.                | Procedimiento de acogida.   |
| <b>Evaluación funcional de déficits e intereses en el área social y de ocio.</b>    | Técnico de integración social del programa.   | En los primeros días desde la incorporación al programa.  | Ubicación del programa de cada entidad.               | Utilización de protocolos y cuestionarios de evaluación.  |
| <b>Establecimiento Programa Individualizado de Intervención.</b>                    | Técnico de integración social del programa y Monitor.   | Una vez valorada la persona y establecidos los objetivos e intereses.                               | Ubicación del programa de cada entidad.               | Mediante entrevista con usuario y listado de intereses.   |
| <b>Desarrollo del programa.</b>   | Técnico de integración social del programa y Monitor.   | A lo largo de la duración del programa.   | Ubicación del programa de cada entidad.               | Mediante acciones que reduzcan las dificultades en el medio social y potencien la Participación en actividades diversas de tipo recreativo y formativo. |

| Qué                             | Quién   | Cuándo  | Dónde                                   | Cómo  |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| <b>Seguimiento del programa</b> | Técnico de integración social del programa y Monitor. | A medida que se van desarrollando actuaciones.  | Ubicación del programa de cada entidad. | Aplicación de registros y escalas de satisfacción y de funcionamiento. Indicadores de evaluación. |
| <b>Salida del programa</b>      | Técnico de Integración social.                        | Cuando se cumplen los objetivos del programa individualizado o por acceso a otro recurso o por alta voluntaria. | Ubicación del programa de cada entidad. | Informe de Alta.  |

### > PROGRAMA DE APOYO SOSTENIDO (PAS)

Está dirigido a personas con TMG que viven en su contexto de origen, con necesidades de apoyo social y seguimiento, que han participado de programa de rehabilitación en CRPS y una vez adquiridos los objetivos en este dispositivo requieren de apoyo y soporte para mantener las competencias y el nivel de autonomía adquirido.

Es un centro que cuenta con 30 plazas dependientes del CRPS, cuya función es la de ofrecer soporte y apoyo individual, favoreciendo el mantenimiento y la participación social en la comunidad y evitando la cronificación progresiva de personas con TMG. El acceso y derivación se realiza desde el CRPS de referencia.

Se lleva a cabo un tratamiento flexible e individualizado bajo la coordinación y supervisión del CRPS, para conseguir una adecuada coherencia, complementariedad y continuidad de cuidados promoviendo la vinculación, la esperanza, la confianza y experiencias óptimas.

#### Objetivos generales:

- Mantener el nivel de autonomía conseguido con los procesos de intervención y/o rehabilitación que hayan podido desarrollarse previamente.
- Continuar potenciando sus capacidades desde una intervención integral, cubriendo necesidades de distintas áreas (psicoeducación, habilidades sociales, integración comunitaria, estimulación cognitiva, psicomotricidad, actividades de la vida diaria, participación social, autocontrol y autoayuda).
- Prestar el apoyo necesario para que pueda mantenerse en su medio comunitario con la mayor calidad de vida.
- Ofrecer apoyo a las familias.

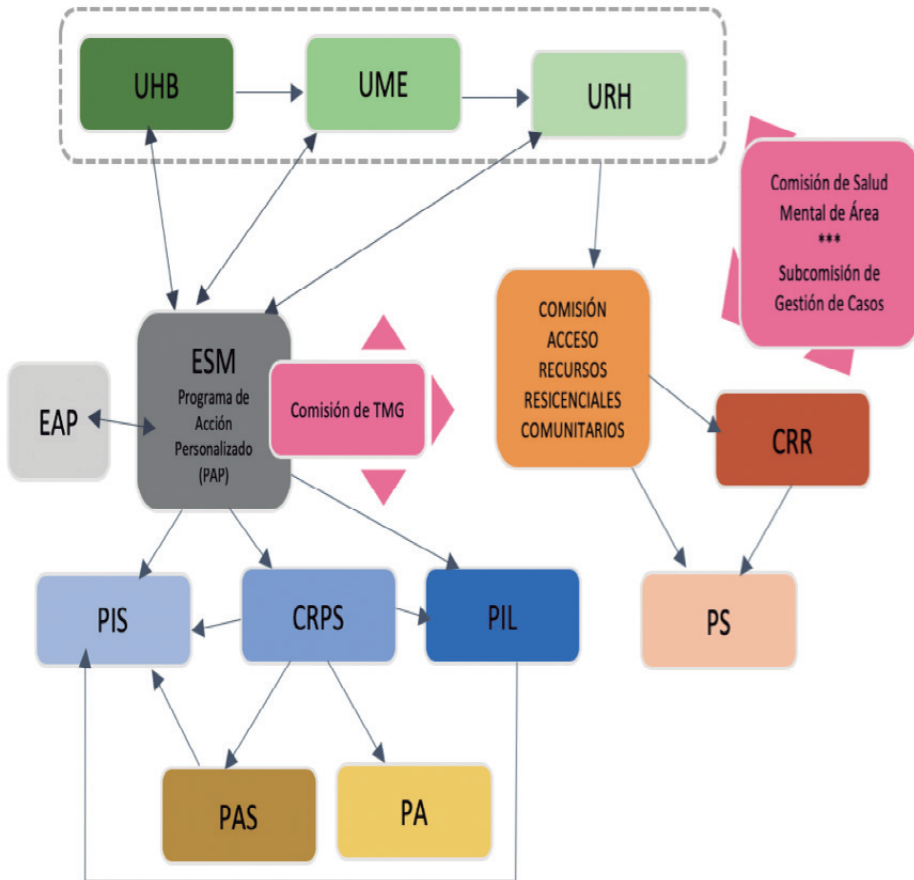




### Objetivos específicos:

- Mantener los hábitos básicos de autocuidados necesarios.
- Mantener habilidades de autonomía de la vida diaria que le permitan vivir donde reside o buscar los apoyos sociales necesarios para que pueda continuar haciéndolo.
- Mantener y/o desarrollar una cierta red social de apoyo.
- Mantener y/o desarrollar un cierto nivel de actividades de ocio para ocupar su tiempo libre de un modo agradable.
- Ofrecer apoyo periódico en el propio domicilio de forma que se asegure un nivel adecuado y digno para vivir en su casa.
- Apoyar en la toma de medicación pautada por su psiquiatra, de forma que se puedan prevenir nuevas crisis, así como servir de apoyo para asegurar la continuidad del sujeto a sus citas psiquiátricas.
- Ofrecer un apoyo efectivo para que mantengan unos hábitos saludables.

#### 4.2.4.4. CIRCUITO ASISTENCIAL.



### 4.3. SUBPROCESOS

| <b>SUBPROCESO 1.<br/>ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS USUARIAS CON MEDIDAS JUDICIALES</b>  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Actividades</b>   | <b>Profesionales</b>   | <b>Criterios de calidad</b>  |
| Recepción en Servicios Centrales de la petición de la Administración de Justicia para asignación de recurso para cumplir medida privativa o no de libertad.                              | Subdirección de Salud Mental y PPAA del SES.<br><br>Unidad de Programas Asistenciales del SEPAD.<br><br>Secretaría Técnica de Drogodependencias. | Registro.<br><br>Valoración de la petición e Informes.<br><br>Requerimiento de Informes completos a la Administración de Justicia y Servicios de Salud Mental y Drogodependencias.<br><br>Valoración e integración de la información obtenida.<br><br>Emisión de Informe a Justicia.   |
| Recepción de Indicación de Asignación de ESM de referencia o ESM en el que estuviese previamente en tratamiento en los casos de medidas no privativas de libertad.                       | RSMEEx.  | Contacto con ESM de referencia si tiene.<br><br>Asignarle ESM (por domicilio) si no hay historia.<br><br>Programación cita en ESM (si es posible).<br><br>Comisión TMG.<br><br>Comunicación a Justicia de cita.  |
| Recepción en el CSS de la petición de la Administración de Justicia para valoración de ingreso en CSS.   | CSS.   | Ingreso inmediato o acordar fecha.<br><br>Reevaluación y diagnóstico pluridimensional.<br><br>Asignación de Unidad.<br><br>Confirmación TMG.<br><br>Elaboración PIA.<br><br>Informes periódicos al juez.<br><br>Planificar en la preparación del alta la asistencia al ESM de referencia.<br><br>Permisos terapéuticos para citas en el ESM (elaboración PAP). |
| Recepción en el CSS de la petición de la Administración de Justicia para valoración de la idoneidad de ingreso en el CSS u otro recurso si la sentencia no especifica ingreso en el CSS. | CSS.   | Valoración de la petición de Justicia.<br><br>Emisión Informe para Justicia.   |

**SUBPROCESO 2:  
ATENCIÓN A LA PERSONA USUARIA CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO (PEP)**

El objetivo general de este subproceso será el mejorar la detección precoz y atención a las personas que sufren un PEP en la CC.AA. de Extremadura, garantizando a las personas usuarias con un PEP y a sus familias el tratamiento óptimo y específico para cada fase durante los primeros años de enfermedad.

Un PEP consiste en la presencia, por primera vez, de sintomatología psicótica definida como la existencia o sospecha clínica (por desorganización conductual, catatonía, etc.) de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

| Actividades                               | Profesionales   | Criterios de calidad  |
|---|---|---|
| Detección del PEP y derivación al ESM.    | Medicina de Familia<br>Psiquiatra de Guardia<br>Psiquiatra de la UHB. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sospecha de síntomas de riesgo de psicosis (ver anexo 3).</li> <li>• Derivación urgente al ESM mediante la realización de la orden clínica en Jara.</li> <li>• Contacto con el ESM, mediante consulta telefónica, videoconferencia, e-consulta, e-diálogo, etc. para transmitir la información.</li> </ul>   |
| Confirmación del TMG y entrada en el PAI. | ESM.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación en el plazo de 3-5 días por enfermería de salud mental y psiquiatría, garantizando una respuesta rápida, sin lista de espera. Esta primera intervención establecerá las bases para una adecuada relación terapéutica e incluirá las primeras intervenciones terapéuticas y garantizará un entorno seguro. Cuando se requiera una atención inmediata, puede realizarse en las urgencias de psiquiatría:</li> <li>• Evaluación integral por los profesionales del ESM en el plazo de un mes.</li> <li>• Exploración neurológica básica.</li> <li>• Se recomienda la realización sistemática de una exploración física antes de las pruebas complementarias que se consideren necesarias para la orientación diagnóstica del PEP, en la que se incluirá: medición de peso y talla; medición del perímetro abdominal; medición de frecuencia cardiaca y presión arterial; valoración de la movilidad; valoración del estado nutricional, dieta y nivel de actividad física.</li> <li>• Pruebas complementarias: analítica de sangre y orina (incluye función hepática, renal, férrica, vitamina B12, folato, hormonas tiroideas, serologías (lúes, VHB, VHC, VIH), test de embarazo (si aplica); ECG; TAC craneal (cabe la posibilidad de RM en función de hallazgos), tóxicos en sangre y orina.</li> <li>• Se recomienda reservar el EEG para personas usuarias con antecedentes personales o familiares de epilepsia, asociación de episodios aparentemente epilépticos o sospecha de etiología neurológica específica (por ejemplo, encefalitis).</li> <li>• Reunión de los profesionales para confirmación de PEP y designación del Profesional Referentes.</li> <li>• Inclusión en el PAI mediante registro en Jara.</li> </ul> |

| Actividades          | Profesionales   | Criterios de calidad   |
|----------------------|---|--|
| Elaboración del PAP. | ESM.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del PAP mediante reunión de los profesionales del equipo.</li> <li>• En caso de que sea necesario, agilizar la derivación a los dispositivos y programas que se considere necesario, favoreciendo la integración de la persona usuaria en la comunidad.</li> <li>• Documentar el PAP en el Jara.</li> <li>• Presentación del PAP al usuario y/o personas de referencias (período máximo de 15 días a partir de la elaboración del PAP).</li> <li>• Presentación del PAP a Atención Primaria y/o dispositivos y programas (dentro de los 30 primeros días tras la elaboración del PAI).</li> </ul>   |
| Intervención.        | ESM, CRPS y otros dispositivos considerados en el PAP | <p><b><u>FASE DE RECUPERACIÓN TEMPRANA:</u></b></p> <p>Abarca hasta los 18 meses desde el inicio del PEP. Es el periodo en el que se realizan las intervenciones psicológicas y psicosociales más complejas.</p> <p>Las principales intervenciones en esta fase son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la remisión de la sintomatología positiva, lograr una mejoría progresiva de la clínica negativa y la recuperación del funcionamiento previo.</li> <li>• Mantener el tratamiento psicofarmacológico y la psicoterapia cognitiva para los síntomas psicóticos positivos en los casos en que persistan.</li> <li>• Valorar la derivación a los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial para intervención precoz y sostenida.</li> <li>• Promocionar el manejo autónomo de la enfermedad y la adquisición del insight mediante la psicoeducación.</li> <li>• Prevenir la morbilidad secundaria o proporcionar tratamientos psicológicos específicos para las distintas comorbilidades que se pudiesen desarrollar. Las más frecuentes son depresión, ansiedad, fobia social, estrés postraumático, consumo de drogas e ideación suicida.</li> <li>• Cuidado de la salud física, promoción de hábitos de vida saludable y abandono de consumo de tóxicos: monitorización de parámetros metabólicos y seguimiento estrecho en los casos que lo precisen.</li> <li>• Conseguir la recuperación del funcionamiento previo de forma que la persona usuaria pueda retomar y desarrollar vínculos afectivos, relaciones sociales, trabajo o estudios mediante la intervención social.</li> <li>• Avanzar en el trabajo con las familias realizando psicoeducación y manteniendo sesiones conjuntas periódicas en las que se aborden problemas y consecución de objetivos, favoreciendo así la reorganización familiar. En los casos en que se detecten más dificultades puede estar indicada la psicoterapia familiar de orientación cognitiva.</li> <li>• Mantener la adherencia al tratamiento y asegurar una atención rápida en caso de recaída o situación de crisis.</li> </ul> |

| Actividades          | Profesionales | Criterios de calidad   |
|----------------------|---------------|--|
| Intervención.        |               | <p><b>FASE DE RECUPERACIÓN PROLONGADA:</b></p> <p>Periodo comprendido entre los 18 y 36 meses. En esta fase de estabilización, las intervenciones se ordenarán en función de la permanencia o no de sintomatología positiva y negativa y del grado de interferencia de la misma en el funcionamiento de la persona usuaria. Es básica la coordinación de dispositivos y programas y la gestión del seguimiento asistencial.</p> <p>Las principales intervenciones en esta fase, en el caso de que la persona usuaria se encuentre recuperado son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar retirada del tratamiento farmacológico tras uno o dos años. <ul style="list-style-type: none"> <li>» Prevenir las recaídas.</li> <li>» Mantener la adherencia al programa y asegurar una atención rápida en caso de recaída o situación de crisis.</li> <li>» Mantener los logros alcanzados.</li> <li>» Preparar la finalización del programa y la vinculación terapéutica posterior para asegurar la continuidad de cuidados tras el alta.</li> </ul> </li> <li>• Si, por el contrario, no se ha producido una recuperación completa, las intervenciones se centrarían en: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Mantener las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas y psicosociales que se precisen.</li> <li>» Continuar el trabajo con las familias para la reducción de la sobrecarga familiar.</li> <li>» Promover el aumento de la independencia e individualización desde el sistema familiar.</li> <li>» Ajustar expectativas.</li> <li>» Solicitar reconocimiento de discapacidad y dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial y sociosanitarios en los casos que lo requieran.</li> <li>» Preparar la finalización del programa y la vinculación terapéutica posterior para asegurar la continuidad de cuidados tras el alta.</li> </ul> </li> </ul> |
| Seguimiento del PAP. | ESM.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión SEMESTRAL del PAP por parte de los profesionales del ESM y/o dispositivos y programas implicados.</li> <li>• Recoger modificaciones del PAP en Jara.</li> <li>• Presentar el PAP al usuario y/o personas de referencia, así como a los dispositivos y programas implicados.</li> <li>• Comisión TMG.</li> </ul>  |

| Actividades  | Profesionales | Criterios de calidad  |
|--|---------------|---|
| Alta.  | ESM.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El período de intervención de inclusión en el programa de PEP será entre 3-5 años.</li> <li>• Se contemplan las siguientes posibilidades:</li> <li>• Personas usuarias que han alcanzado la remisión clínica y recuperación funcional, sin recaídas a lo largo del seguimiento: derivación a ESM o a atención primaria aportando las indicaciones necesarias.</li> <li>• Personas usuarias que no han alcanzado la remisión clínica y/o funcional o bien han sufrido recaídas a lo largo del seguimiento: mantenimiento en el ESM para seguimiento especializado y valorar el mantenimiento en los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial en los casos que sea necesario.</li> <li>• Realizar una última revisión del PAP que incluya una puesta en común con la persona usuaria y la familia sobre posibles problemas que puedan surgir en el futuro y estrategias de manejo. También es importante realizar conjuntamente una evaluación de los resultados del tratamiento y de las expectativas de futuro.</li> <li>• Derivación al dispositivo más adecuado a su situación clínica, en función de su estado y necesidades.</li> </ul>      |
| Estrategias para el tratamiento de personas usuarias de alto riesgo. | ESM.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar un seguimiento regular del estado mental de la persona usuaria y una opción de soporte.</li> <li>• Orientar, si se presentan, el tratamiento específico de síndromes como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, conflictos de estrés interpersonal, vocacional y familiar.</li> <li>• Considerar la psicoeducación y la terapia familiar cognitivo conductual.</li> <li>• Proporcionar información de manera flexible, cuidadosa y clara sobre los riesgos de los trastornos mentales y síndromes que puedan padecer.</li> <li>• Preservar el uso de la medicación antipsicótica para situaciones excepcionales como por ejemplo ante el deterioro del funcionamiento normal de la persona usuaria.</li> <li>• Evidenciar la efectividad de los tratamientos indicados y orientados específicamente a reducir el riesgo de transición a un estado de psicosis (por ejemplo, terapia familiar cognitivo conductual, medicación antipsicótica, estrategias con fármacos neuroprotectores).</li> <li>• Acumular datos sobre la experiencia empírica y la relación de riesgo/beneficio de las diferentes opciones terapéuticas.</li> </ul> |

| Actividades                 | Profesionales   | Criterios de calidad  |
|-----------------------------|---|---|
| Prevenición de la psicosis. | ESM, AP, Subdirección SM, sistema educativo, servicios de atención social básica. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar un seguimiento regular del estado mental de la persona usuaria y una opción de soporte.</li> <li>• Orientar, si se presentan, el tratamiento específico de síndromes como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, conflictos de estrés interpersonal, vocacional y familiar.</li> <li>• Considerar la psicoeducación y la terapia familiar cognitivo conductual.</li> <li>• Proporcionar información de manera flexible, cuidadosa y clara sobre los riesgos de los trastornos mentales y síndromes que puedan padecer.</li> <li>• Preservar el uso de la medicación antipsicótica para situaciones excepcionales como por ejemplo ante el deterioro del funcionamiento normal de la persona usuaria.</li> <li>• Evidenciar la efectividad de los tratamientos indicados y orientados específicamente a reducir el riesgo de transición a un estado de psicosis (por ejemplo, terapia familiar cognitivo conductual, medicación antipsicótica, estrategias con fármacos neuroprotectores).</li> <li>• Acumular datos sobre la experiencia empírica y la relación de riesgo/beneficio de las diferentes opciones terapéuticas.</li> </ul> |

\* Aun considerando de especial reseña el abordaje de Primeros Episodios Psicóticos, cabe enfatizar también en la atención a otros perfiles jóvenes con experiencias tempranas con sintomatología de los denominados trastornos mentales graves.

Siendo fundamental identificar necesidades que puedan ser abordadas en este PAI, es clave prestar especial atención a la identificación de áreas conservadas y fortalezas de la persona y su entorno, trabajando por el mantenimiento de estas y potenciando sus efectos, robando así espacio al malestar. Para ello será importante la construcción de espacios terapéuticos lo más ecológicos posible, evitando la devolución de ideas de deterioro o desesperanza, comprometiendo los recursos del medio del individuo, importante en todas las personas atendidas pero de especial cumplimiento en personas jóvenes.

Para todo lo anterior, se torna imprescindible las tareas orientadas al mantenimiento en circuitos socio-educativos y relacionales saludables, además del trabajo con el entorno de la persona compartiendo y construyendo estrategias generadoras de autonomía, con una base de información fidedigna y clarificadora, alejada de etiquetaje, estereotipos o estigmas.

Un ejemplo de la adaptación de intervenciones a este perfil es adecuar el horario de citas, adaptándolas a las otras responsabilidades de la persona en áreas productivas, como la educativa. Otra posible adaptación podría ser la construcción de espacios grupales específicos en función del perfil joven y sus necesidades.



| <b>SUBPROCESO 3: ATENCION A LA PERSONA CON TMG DESDE ATENCION PRIMARIA</b>   |                      |  |
|--|----------------------|--|
| Es objeto de este subproceso atender desde EAP las necesidades específicas de la persona con TMG y su entorno, así como a aquellos casos susceptibles de entrar en el PAI. |                      |  |
| <b>Actividades</b>   | <b>Profesionales</b> | <b>Criterios de calidad</b>  |
| DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN.  | Medicina de Familia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración clínica, siguiendo criterios CIE-10.</li> <li>• Exploración funcional que contemple valoración de la vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales, familiares y tiempo de evolución.</li> </ul>  |
|  | Enfermería.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de autocuidados y capacidad de cuidados del medio familiar.</li> </ul>   |
|  | Trabajador Social.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación social, económica y familiar.</li> <li>• Identificación de factores de riesgo.</li> </ul>  |
| INFORMACIÓN USUARIO Y FAMILIARES.  | Medicina de Familia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información básica al usuario y familia TMG.</li> <li>• Necesidad de evaluación por ESM para confirmación y tratamiento.</li> <li>• Información de la Red de Salud Mental de Extremadura.</li> </ul>  |
| DERIVACIÓN AL EQUIPO DE SALUD MENTAL.  | Medicina de Familia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación Preferente en un plazo no superior 15 días.</li> </ul>   |
| ATENCIÓN URGENTE.  | Medicina de Familia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de valoración urgente por gravedad de sintomatología, riesgos de auto- heteroagresión, y/o dificultades de manejo.</li> <li>• Solicitar asesoramiento de los Equipos de Salud Mental en horario de servicio normalizado. El asesoramiento por parte del ESM podrá ser ofrecido por cualquier profesional del ESM, preferentemente por aquel con la información más completa y actualizada sobre la persona que precisa asistencia.</li> <li>• Derivación para valoración urgente (voluntaria o no), a través del 112; teniendo en cuenta el vigente protocolo de Atención y Traslado a la Urgencia en Salud Mental de Extremadura.</li> </ul> |
| SEGUIMIENTO Participación en la Comisión TMG.  | Medicina de Familia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración clínica y detección de situaciones de desestabilización.</li> </ul>  |
|  | Enfermería.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Cuidados de Enfermería incluyendo la adherencia al tratamiento y seguimiento.</li> </ul>  |
|  | Trabajador Social.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de factores sociales de vulnerabilidad y protectores frente a la enfermedad mental.</li> </ul>   |

| <b>SUBPROCESO 4: ATENCIÓN A LA PERSONA CON TMG Y CONDUCTAS ADICTIVAS</b>  |   |  |
|---|---|--|
| <b>OBJETIVO:</b> garantizar una adecuada atención al usuario con TMG y que presente una o varias adicciones. Este proceso se basará en las intervenciones recogidas en el Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual en el Servicio Extremeño de Salud. |   |  |
| <b>Actividades</b>  | <b>Profesionales</b>  | <b>Criterios de calidad</b>  |
| Evaluación del grado de adicción de la persona usuaria con TMG.   | Equipo interdisciplinar ESM.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica detallada del consumo de sustancias.</li> <li>• Detección del caso y nivel complejidad. Establecer el grupo por nivel de complejidad al cual pertenece (A, B, C o D).</li> <li>• Derivación al dispositivo asistencial adecuado.</li> </ul>  |
| Derivación de la persona usuaria con TMG al ECA.  | Profesional referente del ESM.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación al ECA correspondiente mediante el formulario de interconsulta o derivación de pacientes con patología dual.</li> <li>• Cita preferente en el dispositivo que recibe la interconsulta (estableciéndose una demora de respuesta máxima de 15 días).</li> <li>• Evaluación del caso por parte de los profesionales del ECA en un plazo no superior a un mes desde la primera cita.</li> <li>• Elaboración del registro básico de datos de pacientes adscritos al programa de patología dual.</li> <li>• Establecer los profesionales de contacto y/o terapeuta de referencia en el ECA.</li> <li>• Participación en la elaboración y revisión periódica del PAP, aportando objetivos comunes y pactados con la persona usuaria.</li> <li>• Remisión desde el ESM del PAP de la persona usuaria con TMG.</li> </ul> |
| Coordinación con el ECA.  | Profesional referente en el ESM<br>Profesional referente en el ECA. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta escrita a la interconsulta con orientaciones clínicas.</li> <li>• Contacto telefónico para discusión del caso (consensuar horarios entre los dispositivos y programas asistenciales).</li> <li>• Participación en la elaboración y revisión periódica del PAP, aportando objetivos comunes y pactados con la persona usuaria.</li> <li>• Reuniones periódicas de coordinación (estableciéndose un número mínimo de reuniones de 1 cada trimestre) entre los profesionales referente del ESM y del ECA, así como de cualquier otro dispositivo que participe en el proceso terapéutico de la persona usuaria.</li> <li>• Sesiones clínicas comunes periódicas.</li> <li>• Participación en las Subcomisiones de Gestión de casos.</li> <li>• Comisión TMG.</li> </ul>  |
| Evaluación del paciente derivado desde el ECA por sospecha de TMG.  | Equipo interdisciplinar ESM.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración clínica y funcional mediante exploración psicopatología siguiendo los criterios diagnósticos descritos.</li> <li>• Exploración funcional por enfermería.</li> <li>• Exploración familiar y social.</li> <li>• Confirmación del TMG.</li> <li>• Entrada en el PAI mediante el registro en JARA por el Psiquiatra o Psicólogo/a Clínica.</li> <li>• Elaboración del PAP.</li> </ul>   |

| SUBPROCESO 5: ATENCIÓN A LA URGENCIA EN TMG   |  |  |
|---|--|--|
| OBJETIVO: garantizar una adecuada atención a las situaciones en crisis en la persona usuaria con TMG. |  |  |
| Actividades   | Profesionales  | Criterios de calidad   |
| Atención en crisis en Atención Primaria.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>EAP.</li> <li>Puntos de Atención Continuada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar el riesgo de descompensación psicopatológica (síntomas positivos y/o negativos con alteraciones conductuales, auto/heteroagresividad, riesgo autolítico, escasa conciencia de enfermedad, escaso apoyo familiar, etc.)</li> <li>Desplazamiento al domicilio de la persona usuaria, en caso de que fuera necesario, para evaluar el estado psicopatológico</li> <li>Intervención en crisis con los medios que se estimen necesarios.</li> <li>Podrán solicitar asesoramiento de los ESM en horario de servicio normalizado. Este asesoramiento nunca sustituirá la necesidad de la valoración inicial de cada caso. Fuera de este horario de funcionamiento del ESM, dicha misión de asesoramiento específico la desempeñarán los Psiquiatras de Guardia de los Hospitales Generales que correspondan por Área de Salud. La solicitud se canalizará a través del teléfono 112.</li> <li>Derivar de forma urgente (voluntariamente o no), según el vigente Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental, a los servicios de Urgencias de los Hospitales Generales.</li> <li>La derivación se canalizará a través del 112 según el Protocolo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Si dicho facultativo presume que vaya a existir una cierta dificultad en la valoración, aplicación de medidas terapéuticas o traslado de dicha persona, podrá prescribir que la misma pueda ser acompañada por personal del centro de salud correspondiente, con el fin de garantizar la posible administración urgente de los fármacos estrictamente necesarios.</li> <li>» Si en dicha actuación sanitaria se presume o se comprueba que la oposición de dicha persona a ser asistida o trasladada puede poner en peligro la integridad física de sí misma o de otras personas y la conservación de bienes materiales, podrá solicitar el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sin necesitar ningún paso previo a través de Juzgados, de manera directa o a través del 112, si dichos servicios no han sido requeridos previamente por parte de dicho Centro.</li> </ul> </li> <li>En caso de no precisar una valoración psiquiátrica urgente, derivar con carácter preferente al ESM de referencia</li> <li>Toda actuación requerirá, por parte de los profesionales, dejar constancia escrita en la historia clínica digitalizada.</li> </ul> |

| Actividades   | Profesionales | Criterios de calidad   |
|---|---------------|--|
| <p>Atención en crisis en el Equipo de Salud Mental.</p> | <p>ESM.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación integral de la persona: psicopatología, apoyos, etc.</li> <li>• Intervención en crisis con los medios que se estimen oportunos, sin olvidar la intervención psicoterapéutica.</li> <li>• Intervención psicoterapéutica en crisis. Podríamos dividirlo en dos tipos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Primeros auxilios psicológicos: proceso de intervención inmediato y de corta duración dirigido a cualquier persona impactada por un evento crítico, que consiste en brindar ayuda para restablecer la estabilidad emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento sanas y asertivas que posibiliten la búsqueda de soluciones a los problemas que se experimentan.</li> <li>» Intervención en crisis: proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis. Consistiría en un tratamiento intensivo dónde estableceríamos un contacto psicológico, se crearía un clima óptimo de comunicación desde un enfoque de escucha activa, desde una perspectiva de comprensión que facilite la libertad de expresión, la aceptación de la persona en crisis y de su situación en un clima de confianza, atendiendo a comunicación verbal y no verbal, orientando a clarificar su mensaje, buscando soluciones realistas desde la cercanía; focalizaríamos la demanda (centrando la conducta en una situación específica (cómo, qué, quién, cuándo); centraríamos el tema, colocando la responsabilidad de acción en la persona usuaria, la exploración girará en torno a obstáculos, dispositivos y programas y apoyos de la persona usuaria para afrontar la situación exploraríamos alternativas y posibles soluciones: cómo ha resuelto en situaciones semejantes, con qué apoyos cuenta, cómo ha resuelto sus problemas..., y estimularíamos la práctica de habilidades adquiridas (incrementando al máximo las oportunidades de cambio, resumiendo con un lenguaje sencillo las afirmaciones explícitas de la persona usuaria, reformulando, planificando estrategias y poniéndolas en práctica.)</li> </ul> </li> <li>• Si cualquiera de estas actuaciones requiere un traslado de la persona usuaria se canalizará a través del 112</li> <li>• Asesorar al EAP sobre aquellos aspectos que se demanden. Este asesoramiento nunca sustituirá la necesidad de la valoración inicial de cada caso por el Médico de Atención Primaria, ni tampoco la decisión última y petición al 112 del traslado para valoración urgente en el Hospital General.</li> <li>• En los casos no urgentes o asistencias programadas, en los que se considere necesario un ingreso y el mismo no revista ningún carácter urgente, será la estructura de referencia para solicitar la autorización de ingreso a la Autoridad Judicial, para lo que emitirá el oportuno informe médico donde queden reflejados tanto los aspectos médicos, como su criterio de ingreso. Dicha función podrá ser desempeñada igualmente por los Facultativos del Equipo de Atención Primaria, en caso necesario.</li> <li>• En caso de no precisar un ingreso hospitalario urgente, se facilitará una cita para revisión en el plazo que se considere necesario.</li> <li>• Toda actuación requerirá, por parte de los profesionales, dejar constancia escrita, en la historia clínica digitalizada.</li> </ul> |

| Actividades  | Profesionales  | Criterios de calidad   |
|--|--|--|
| <p>Atención en crisis en los servicios de Urgencias Generales.</p> | <p>Servicios de Urgencias de los Hospitales Generales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el riesgo de descompensación psicopatológica.</li> <li>• Intervención en crisis con contención psicológica y/o farmacológica.</li> <li>• Solicitud de pruebas complementarias –analíticas, despistaje de tóxicos en orina, neuroimagen, test u otro tipo de pruebas psicométricas- y despistaje de patología orgánica.</li> <li>• Al Psiquiatra de Guardia compete exclusivamente la decisión final del ingreso hospitalario de un usuario, sea voluntario o involuntario.</li> </ul> <p><b>En el caso de Hospitalización:</b> En el caso en que se decida el ingreso urgente involuntario de cualquier persona se comunicará, como ya es habitual y norma común, la notificación de ingreso a la Autoridad Judicial lo antes posible, y siempre dentro de las siguientes 24 horas del mismo, sobre la base del Artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.</p> <p>De la misma manera en tiempo y forma debe ser comunicado la transformación en internamiento involuntario de uno previamente consentido por la persona usuaria si las circunstancias psicopatológicas así lo indican tras la valoración de su profesional clínico responsable. El periodo de aplicación será el mismo, es decir lo antes posible, y siempre dentro de las siguientes 24 horas de la comunicación del cambio de la voluntariedad.</p> <p><b>En el caso de no Hospitalización:</b> Se entregará al usuario un informe de la valoración efectuada, con la indicación de acudir con éste al médico de familia. Se remitirá la misma valoración al ESM de referencia con el fin de asegurar, desde el punto de vista de la asistencia en salud mental, un adecuado seguimiento de la persona usuaria. Se comunicará dicha valoración a la estructura de responsabilidad social adecuada en casos específicos (menores, incapacidad judicial, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considerará como la estructura idónea de referencia para el Médico de Atención Primaria, donde podrá solicitar asesoramiento sobre aspectos de la contención farmacológica o decisión terapéutica, para los casos urgentes fuera del horario laboral habitual. Este asesoramiento nunca sustituirá la necesidad de la valoración inicial de cada caso para el Médico de Atención Primaria y el Psiquiatra del ESM.</li> <li>• Toda actuación requerirá, por parte de los profesionales, dejar constancia escrita, en la historia clínica digitalizada.</li> </ul> |

| Actividades  | Profesionales  | Criterios de calidad   |
|--|--|--|
| Atención en crisis en los dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura. | Dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el riesgo de descompensación psicopatológica.</li> <li>• Intervención en crisis con contención psicológica y/o farmacológica.</li> <li>• Intervención psicológica en crisis.</li> <li>• Siempre que lo estimen oportuno, podrán solicitar asesoramiento de los ESM en horario de trabajo habitual. Este asesoramiento nunca sustituirá la necesidad de la valoración inicial de cada caso. Fuera de este horario de funcionamiento del ESM, dicha misión de asesoramiento específico la desempeñarán los Médicos del Servicio Especializado hospitalario correspondiente. Tal solicitud se canalizará a través del teléfono 112, a quien se le indicarán los servicios de referencia en función del tramo horario.</li> <li>• Derivar de forma urgente y, si es preciso, involuntaria, según el Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental, a los servicios de Urgencias de los Hospitales Generales.</li> <li>• Toda actuación requerirá, por parte de los profesionales, dejar constancia escrita en la historia clínica informatizada.</li> </ul> |

#### SUBPROCESO 6 : ABORDAJE DE LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON TMG

Es objeto de este subproceso la especial atención para facilitar la vinculación y construcción de la necesidad de recibir apoyos en aquellas personas con resistencias a las intervenciones, sin menoscabar su derecho a la autonomía.

Para ello, y de manera previa, hemos de recoger adecuadamente las preferencias, valores y decisiones de la persona apostando de manera decidida por la toma de decisiones compartidas.

| Actividades  | Profesionales  | Criterios de calidad  |
|--|--|---|
| DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN.                                    | EAP, ESM y dispositivos y programas de la Red de Salud Mental de Extremadura implicados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro en Historia Clínica del cumplimiento del PAP correspondiente.</li> <li>• Supervisión del cumplimiento terapéutico a través de intervenciones de refuerzo conductual: llamadas telefónicas mensuales, atención mediante visitas domiciliarias...</li> <li>• Identificar y valorar barreras potenciales para lograr una correcta adherencia: relacionadas con la persona usuaria, con la medicación, con la familia y la comunidad y con el sistema.</li> </ul> |
| VALORACIÓN FAMILIAR, PERSONAS DE REFERENCIA Y ENTORNO CERCANO. | EAP, ESM y dispositivos y programas Red de Salud Mental de Extremadura implicados.       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el apoyo familiar, conocimiento de la enfermedad, cooperación con el tratamiento y atención a la evolución de la enfermedad.</li> <li>• Implicar en el proceso a la familia y a las personas de referencia para que tome un papel activo en el PAP.</li> <li>• Facilitar un número de teléfono o persona de referencia en caso de necesitar ayuda.</li> </ul>  |

| <b>SUBPROCESO 7: APOYO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE REFERENCIA</b>  |   |   |
|---|---|---|
| <p>Es objeto de este subproceso atender las necesidades específicas de las personas de referencia para la persona con TMG a lo largo del proceso.</p> <p>Es necesario tener en cuenta que muchas personas con trastorno mental grave viven solas, por lo que este apoyo y atención a las personas de referencia debe considerarse en sentido amplio incluyendo su entorno cercano de personas y contactos de ayuda.</p> |   |   |
| <b>Actividades</b>  | <b>Profesionales</b>  | <b>Criterios de calidad</b>   |
| Recoger la información relacionada con el contexto y entorno de la persona.   | Equipo Asistencial EAP, ESM y dispositivos y programas de la RSMEEx implicados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exponer el motivo de esta recogida.</li> <li>• Recoger, si procede, el consentimiento de la persona susceptible de ser usuaria con TMG de la participación de la persona referente.</li> <li>• Ponderar fines de la recogida de información y momento de las personas referentes y entorno.</li> </ul> |
| Favorecer la implicación, activa, participativa y comprometida en el proceso de atención.   | Equipo Asistencial EAP, ESM y dispositivos y programas de la RSMEEx implicados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicitar los beneficios de ello para el curso del proceso en la persona diagnosticada.</li> <li>• Respetar los tiempos de la persona.</li> </ul>   |
| Atender las necesidades propias de la familia y contexto de la persona diagnosticada.   | ESM y dispositivos y programas de la RSMEEx implicados.                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer y favorecer la participación en aquellas intervenciones que han evidenciado utilidad e impacto positivo en guías y documentación científica, orientadas al conocimiento de los procesos de salud, favorecer el autocuidado y acceso a dispositivos y programas específicos.</li> </ul>         |
| Promover la regulación de apoyos según el momento y curso clínico de la persona usuaria con TMG.  | ESM y dispositivos y programas de la RSMEEx implicados.                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar a la familia para reajustar los apoyos según la evolución, no perdiendo de vista otros roles personales de los miembros de la unidad de convivencia más allá de los del cuidado.</li> </ul>   |
| Generar estrategias promotoras de autonomía en la persona identificada con TMG.   | ESM y dispositivos y programas de la RSMEEx implicados.                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar a la familia y acompañar en el refuerzo y la puesta en marcha de estrategias facilitadoras y útiles en el contexto de la persona.</li> </ul>  |
| Orientar ante las dificultades sobrevenidas y momentos de elevado malestar.   | ESM y dispositivos y programas de la RSMEEx implicados.                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a la ventilación emocional y ajustar expectativas y posibilidades de actuación en el contexto familiar y su papel en los procesos terapéuticos en las situaciones de elevado malestar o sufrimiento.</li> </ul>   |

### SUBPROCESO 8: PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS

Es objeto de este subproceso el desarrollar espacios donde la persona usuaria exprese su opinión sobre la atención recibida en el proceso (satisfacción, quejas, sugerencias, etc.).

Asimismo, se facilitarán aquellas herramientas que favorezcan la toma de decisiones personales en relación con los principios de autonomía de la persona usuaria.

| Actividades  | Profesionales   | Criterios de calidad   |
|--|---|--|
| Recogida de satisfacción con los servicios recibidos.  | Referentes de proceso de los diferentes dispositivos y programas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tener un modelo de cuestionario de recogida de la satisfacción anónimo.</li> <li>Tener un procedimiento para la recogida de la satisfacción de personas usuarias de manera anónima.</li> <li>Análisis y ejecución de planes de mejora basados en las propuestas recogidas.</li> <li>Entrega del mencionado cuestionario al menos una vez a lo largo del proceso.</li> </ul>   |
| Establecimiento de acciones en la cartera de servicios para la recogida de propuestas, sugerencias, reclamaciones, etc.                                      | Los establecidos en cada dispositivo.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tener un procedimiento establecido para la recogida y análisis de sugerencias, propuestas y reclamaciones.</li> <li>Analizar las propuestas, sugerencias y reclamaciones en los órganos de decisión establecidos.</li> <li>Informar de manera clara y explícita de los servicios de Defensor de la persona usuaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y otro servicios de atención y apoyo a la persona usuaria dependientes del movimiento asociativo u otras entidades o instituciones.</li> </ul>   |
| Facilitar el entrenamiento y adquisición de roles activos en los dispositivos y programas de cara a generar competencias básicas de participación ciudadana. | Los establecidos en cada dispositivo.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer la asunción de roles activos y de participación en las actividades cotidianas de los dispositivos y programas.</li> <li>Desarrollar acciones en la cartera de servicios con fines específicos en este sentido.</li> <li>Promover el voluntariado en Salud Mental en los dispositivos y programas de Salud Mental.</li> </ul>  |
| Promover la muestra de preferencias asistenciales y voluntades en momentos de estabilidad clínica.   | Los establecidos en cada dispositivo.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta poder contar con información de expresión anticipada de voluntades en materia de Salud Mental en el SES en los dispositivos y programas de atención a la Salud Mental deberá atenderse con especial interés la toma de decisiones compartidas en todo el proceso asistencial de la persona.</li> <li>Espacios de formación en materia de ética y participación de personas usuarias en su propio proceso.</li> <li>Trabajar para lograr protocolizar la facilitación de expresión anticipada de voluntades en materia de Salud Mental de las personas usuarias, contando ineludiblemente con la anotación en HISTORIA CLÍNICA y los Sistemas de información Sanitarios informatizados establecidos y vigentes en estos momentos.</li> </ul> |



#### 4.4. PROCESOS DE SOPORTE

| PROCESO DE SOPORTE 1: DERIVACIÓN DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA  |   |   |
|--|---|---|
| <p>El objeto de este proceso de gestión, que apoya el proceso clave, es atender las variables que promuevan la efectividad en las derivaciones entre dispositivos y programas de atención incluidos dentro de la Red de Salud Mental de Extremadura, sea cual sea su entidad referente o de gestión.</p> |   |   |
| Actividades  | Profesionales   | Criterios de calidad  |
| <p>Estudiar la viabilidad de la derivación entre los profesionales implicados en ese momento de intervención.</p>  | <p>Equipo asistencial de la entidad derivadora.</p>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consensuar la derivación por parte del equipo asistencial.</li> <li>• Impulsar la derivación en un plazo máximo de tres meses desde la valoración de la necesidad por parte de uno de los miembros del equipo asistencial.</li> <li>• Dejar anotado en historia clínica/expediente la información u orientaciones terapéuticas a personas usuarias/personas de referencia de la posible utilización de dispositivos y programas distintos de la red.</li> <li>• Recoger en el PAP la información sobre la derivación.</li> <li>• Informar al resto del equipo asistencial de la pertinencia/necesidad de esa derivación en un plazo máximo de una semana en espacios de coordinación específicos o por escrito.</li> </ul> |
| <p>Comprometer la disponibilidad de la persona usuaria y/o su persona/s de apoyo en el proceso favoreciendo la visión del recurso de derivación de la manera más ajustada y terapéutica posible.</p>   | <p>Equipo asistencial de la entidad derivadora.</p>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar de manera comprensible los motivos y objetivos del dispositivo a derivar.</li> <li>• En caso de negativa inicial formular al menos tres estrategias para la motivación en el uso del dispositivo</li> <li>• Valorar, junto con el equipo asistencial de la posible entidad receptora un contacto con ellos, de la manera más eficiente y natural para la persona, cuando así lo permitiese usuario/persona de referencia.</li> </ul>  |
| <p>Contactar, lo más directamente posible y con la mayor celeridad, con el profesional/es referente de la entidad.</p>   | <p>Equipo asistencial de la entidad derivadora y receptora.</p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de derivación cumplimentados lo más exhaustivamente posible.</li> <li>• Complementando informes de derivación con contactos directos, aclaraciones y aportando el máximo de información posible, en cumplimiento de las normas vigentes y la ética profesional, con el fin de facilitar la valoración, asistencia y vinculación de la persona usuaria al dispositivo.</li> </ul>  |
| <p>Facilitar información de retorno por parte de la entidad receptora al recurso derivante.</p>  | <p>Equipo asistencial y/o técnico de la entidad receptora de la derivación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información a la entidad derivadora de aceptación o no de la derivación de manera motivada.</li> <li>• Retroalimentación de la evolución del proceso y la intervención según los motivos de derivación, preferiblemente por escrito al menos cada 6 meses, según los cauces establecidos.</li> <li>• Información con la máxima celeridad posible de abandonos, no cumplimentación de tratamientos o aspectos sobrevenidos del proceso.</li> </ul>  |

| Actividades  | Profesionales  | Criterios de calidad   |
|--|--|--|
| <p>Informar y consensuar, cuando proceda, el fin del proceso en la entidad receptora, ofreciendo información de evolución, abordaje, cumplimiento de objetivos, atención a los motivos de derivación, datos relevantes para la continuidad de cuidados y cuanta información facilite el impulso del PAP.</p> | <p>Equipo asistencial y/ o técnico de la entidad receptora de la derivación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar de manera consensuada la finalización del proceso de atención, realizándolo al menos con una de las personas miembro del equipo derivador.</li> <li>• Proceder a dar la información por escrito exponiendo, al menos, fecha, motivos, abordaje de los motivos de derivación y objetivos terapéuticos en el dispositivo.</li> </ul>                                |
| <p>Obtener la satisfacción, sensación de utilidad y pertinencia del momento de intervención por parte de usuario y su persona/s de referencia.</p>   | <p>Equipos asistenciales y/o técnico de la entidad receptora y derivadora.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración, al menos una vez al año, la satisfacción con el proceso de atención en los diferentes dispositivos y programas implicados en la atención al usuario.</li> <li>• Valoración de, al menos una vez al año, la satisfacción con el proceso de atención en los diferentes dispositivos y programas implicados con la persona de referencia, si procede.</li> </ul> |

En este Proceso de Soporte se aplican normativas, cuadernos técnicos, etc. en vigor. En caso de situaciones de especial complejidad, necesidad de celeridad, etc. se recomienda tener en cuenta el Proceso de Gestión denominado “Coordinación con dispositivos y programas implicados para cumplimiento PAP” de este PAI-TMG.

| <b>PROCESO DE SOPORTE 2: COORDINACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS IMPLICADOS EN EL PAI-TMG [1]</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <p>Dada la complejidad de la red de dispositivos y programas implicados en la atención a la persona con TMG, este proceso asistencial requiere de mecanismos de <b>colaboración y coordinación</b> entre los dispositivos y programas, con el objetivo de promover la continuidad de cuidados y la eficiencia en la prestación de los servicios.</p> |  |  |
| <b>Actividad FASES DEL PROCESO</b>   | <b>PROFESIONALES</b>   | <b>Criterios de calidad / actuaciones para la COORDINACIÓN y CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b>   |
| <b>DETECCIÓN Sospecha TMG.</b>   | <p>Equipo de Atención Primaria.</p> <p>Urgencias Hospitalarias de Psiquiatría.</p> <p>Unidad Hospitalización Breve.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación a <b>EQUIPO DE SALUD MENTAL (ESM)</b>.</li> <li>• Mediante orden clínica y contacto telefónico para información exhaustiva del caso.</li> </ul>  |
|  | <p>Consultas Atención Especializada.</p> <p>Servicio de urgencias hospitalarias generales.</p> <p>Servicios Sociales de Atención Social Básica o Especializada.</p> <p>Sistema educativo.</p> <p>Sistema judicial.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación a <b>EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)</b>.</li> </ul>   |
|  | <p>Centros Sociosanitarios.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación a la Comisión TMG.</li> <li>• Información al ESM de referencia para la inclusión de la persona usuaria en el PAI.</li> </ul>   |
| <b>CONFIRMACIÓN del TMG y entrada en PAI.</b>  | Equipo de Salud Mental.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primera cita/ atención preferente (15 días) para Valoración integral, confirmación TMG y entrada en PAI (1 mes desde 1ª cita en ESM).</b></li> </ul>   |
| <b>NO confirmación TMG.</b>  | Equipo de Salud Mental.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención coordinada EAP - ESM (según necesidades de la persona).</li> </ul>   |
| <b>ELABORACIÓN DEL PAP.</b>  | Equipo de Salud Mental.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del PAP en 2 meses desde 1ª cita.</li> <li>• Designación del <b>Profesional Referente</b> en ESM.</li> <li>• <b>Registro en PAI</b> por Psiquiatra / Psicólogo C.</li> <li>• Decisión sobre <b>derivación a otros dispositivos y programas.</b></li> <li>• <b>Informar y consensuar con usuario y personas de referencia.</b></li> <li>• En <b>15 días</b> desde elaboración PAP (antes de 2 meses desde 1ª cita).</li> <li>• Entrega a <b>EAP, otros dispositivos y programas.</b></li> <li>• <b>Máximo 1 mes</b> tras elaboración.</li> </ul> |
| <b>Seguimiento del PAP.</b>  | ESM. COMISION –TMG.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión anual del PAP y/o cuando surjan variaciones significativas en la evolución.</li> <li>• Convocada por ESM cada 45-60 días</li> <li>• Objetivo: Seguimiento del PAP.</li> </ul>  |

| FASES DEL PROCESO   | PROFESIONALES  | Criterios de calidad / actuaciones para la COORDINACIÓN y CONTINUIDAD DE CUIDADOS   |
|---|--|---|
| <b>INTERVENCIÓN.</b>  | EAP.<br>ESM.<br>Cualquier dispositivo implicado.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación establecida en PAP:               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reuniones presenciales.</li> <li>» Contacto telefónico.</li> <li>» E-consultas.</li> <li>» E-diálogo.</li> <li>» Videoconferencias.</li> </ul> </li> <li>• Asistencia a la Comisión TMG.</li> <li>• Derivación al resto de dispositivos y programas según se establezca en el PAP.</li> </ul>  |
| <b>COORDINACIÓN PARA GESTIÓN DE DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE SM DEL AREA DE SALUD.</b> | COMISIÓN de SM del ÁREA de SALUD<br>Coordinador de SM / Área S.<br>Responsables dispositivos y programas SM /Área S.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria preferentemente semestral, con carácter ordinario.</li> <li>• Presidida por Coordinador de Área de Salud</li> <li>• Revisión funcionamiento del PAI-TMG en el Área de Salud.</li> <li>• Identificación de necesidades /dificultades generales en la gestión de dispositivos y programas.</li> <li>• Consensos organizativos.</li> <li>• Reajustes de procedimientos y coordinación.</li> </ul>  |
| <b>COORDINACIÓN PARA GESTIÓN DE CASOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y/O URGENTES.</b>           | SUBCOMISIÓN de CASOS.<br>Profesionales referentes de los dispositivos y programas que atienden o se solicite su implicación en la atención a la persona con TMG. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria extraordinaria para casos de gran complejidad que generan situación de riesgo y/o exceden la capacidad de atención y resolución en los dispositivos y programas responsables del tratamiento.</li> <li>• Convocatoria presencial o preferentemente mediante videoconferencia (en dispositivos y programas con esta tecnología).</li> <li>• Asistencia de los dispositivos y programas implicados.</li> <li>• Adoptar acuerdos vinculantes.</li> </ul> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>COMISIONES ESPECÍFICAS PARA EL ACCESO A DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS.</b>   | <b>COMISIONES UME / URH en CENTROS SOCIOSANITARIOS.</b><br><br>Profesionales de UME y URH.<br><br>Psiquiatra,<br>Psicólogo, Terapeuta Ocupacional<br>Enfermería, Trabajo Social. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enviar Informe de derivación a UME /URH del Centro Sociosanitario correspondiente.</li> <li>• Convocatoria semanal para valorar perfil de ingreso en UME/ URH.</li> <li>• Traslado de la persona usuaria si se precisa (para su valoración por Comisión UME / URH).</li> <li>• Discusión del caso con la entidad derivadora mediante procedimientos de nuevas tecnología para promover la toma de una decisión compartida.</li> <li>• Resolución motivada y por escrito a la entidad derivadora máximo en 48h desde la valoración de la persona usuaria TMG.</li> </ul> |
|  | <b>COMISIÓN PARA ACCESO A DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS RESIDENCIALES COMUNITARIOS (CRR/PS).</b><br><br>Profesionales SES y SEPAD miembros de la Comisión.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria mensual con carácter ordinario.</li> <li>• Convocatoria extraordinaria para demandas urgentes.</li> <li>• Resolución de la solicitud y registro en Lista Espera.</li> <li>• Comunicación de Resolución motivada y por escrito a la entidad derivadora.</li> </ul>  |
| <b>FASES DEL PROCESO.</b>  | <b>PROFESIONALES.</b>  | <b>Criterios de calidad / actuaciones para la COORDINACIÓN y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.</b>  |
| <b>Coordinación con OTRAS REDES de SERVICIO.</b>                           | <b>Dispositivos y programas para el tratamiento de conductas adictivas.</b><br><br><b>Centros Penitenciarios.</b><br><br><b>Residencias de Mayores.</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en COMISIÓN TMG si intervienen en PAP.</li> <li>• Coordinación <i>ordinaria no presencial</i> para análisis de evolución PTMG y acuerdo de criterios comunes de intervención, a través de llamada telf. Programada (día/hora prefijados con frecuencia mensual).</li> <li>• Coordinación <i>extraordinaria presencial</i> para gestión de casos complejos a través de su participación en Subcomisión de Casos presencial o videoconferencia.</li> </ul>  |
| <b>Cambio del área de salud.</b>   | <b>ESM de origen.</b><br><b>ESM receptor.</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador del ESM de origen comunicará el traslado al Coordinador del ESM receptor.</li> </ul>  |
| <b>Solicitud de tratamiento en servicios especializados de otras CCAA.</b> | <b>Entidad que solicita.</b>   | <b>Se seguirá el procedimiento establecido.</b>  |



## 5. ANEXOS

### ANEXO 1

#### **INFORMACIÓN SOBRE LA CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud)**

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud.

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintas personas usuarias, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

## GUIA PARA EL USO DE LA LISTA DE COTEJO DE LA CIF EN ESTE PAI

Se presentan dos versiones adaptadas de la CIF, una más breve para ESM y otra más amplia para dispositivos y programas rehabilitadores. En este PAI sólo se utilizará la parte referente a componentes de actividades y participación y a los factores contextuales.

El objetivo es quedar reflejada una descripción pormenorizada y rápida del estado general de funcionamiento de la persona en los distintos momentos de la enfermedad.

1. Se presentan dos listados de las categorías mayores de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud. La Lista de la CIF es una herramienta práctica para obtener y registrar la información sobre el funcionamiento y la discapacidad de una persona.
2. LA CIF es para uso del Clínica o del trabajador de la salud
3. Para llenar la lista se puede emplear toda la información disponible de expedientes, entrevistado, otros informantes y observación directa.
4. Pueden hacerse comentarios en relación a cualquier información que pueda servir como un calificador adicional o que se crea que es significativo en el caso que se está evaluando.
5. La sección 2 (Factores Ambientales) tiene códigos negativos (barreras) y positivos (facilitadores).
6. Algunas listas no se han seleccionado de la CIF y no son exhaustivas, puede añadirse una nueva casilla al final de cada apartado para describir otras y ampliar la información cuanto se desee.

## GRADUACIÓN DE LA DIFICULTAD

0. NO HAY PROBLEMA: NINGUNO INSIGNIFICANTE- 0-4%.
1. PROBLEMA LIGERO: POCO ESCASO- 5-24%.
2. PROBLEMA MODERADO: MEDIO REGULAR- 25-49%.
3. PROBLEMA GRAVE: MUCHO, EXTREMO- 50-95%.
4. PROBLEMA COMPLETO: TOTAL- 96-100%.
8. SIN ESPECIFICAR.
9. NO APLICABLE.



**RESUMEN DE LAS CATEGORÍAS DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF) DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA REGISTRAR INFORMACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO Y LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA. PROPUESTA DE USO EN ESM**

| VALORACIÓN DE ACTIVIDADES Y PARTICIPACION SOCIAL |  | GRADUACIÓN |   |   |   |   |   |   |  |  | DESCRIPCIÓN |
|--|--|------------|---|---|---|---|---|---|--|--|-------------|
|  |  | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  |  |             |
| D1<br>(d110-d199)                                | <b>DOMINIO</b><br><b>APRENDIZAJE Y APLICACION DE CONOCIMIENTOS:</b> mirar, escuchar, copiar, repetir, aprender, pensar, leer, escribir, calcular, resolver problemas, tomar decisiones   |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D2<br>(d210-d299)                                | <b>TAREAS Y DEMANDAS GENERALES:</b> Llevar a cabo una única tarea, llevar a cabo múltiples tareas, rutinas diarias, manejo el estrés   |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D3<br>(d310-d399)                                | <b>COMUNICACIÓN:</b> recepción de mensajes hablados, de mensajes no verbales, de mensajes escritos, otros símbolos, hablar, producir mensajes no verbales, producir mensajes en otros símbolos, producir mensajes escritos, conversar, discutir, utiliza dispositivos y programas para la comunicación |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D4<br>(d410-d499)                                | <b>MOVILIDAD:</b> cambiar mantener la posición del cuerpo, cambiarías posturas corporales, mantener posición, llevar, mover y usar objetos, uso fino de la mano, uso de brazo y mano. Andar y desplazarse por entorno, desplazarse usando medios de transporte, conducir                               |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D5<br>(d510-d599)                                | <b>AUTOCUIDADO:</b> lavarse, cuidado de las partes del cuerpo, higiene personal en la excreción, vestirse, comer, beber, cuidado de la propia salud,   |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D6<br>(d617-d699)                                | <b>VIDA DOMESTICA:</b> adquisición de un lugar para vivir, adquirir bienes y servicios, preparar comidas, realizar los quehaceres de la casa, cuidado de objetos, ayudar a los demás   |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D7<br>(d710-d799)                                | <b>INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES:</b><br>Interacciones interpersonales básicas y complejas, relaciones con extraños, relaciones formales e informales, relaciones familiares, relaciones íntimas  |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D8<br>(d810-d839)                                | <b>AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA:</b> Educación reglada y no reglada, preparación para el trabajo, conseguir mantener y finalizar un trabajo , transacciones económicas básicas, transacciones complejas, autosuficiencia económica   |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |
| D9<br>(d910-d999)                                | <b>VIDA COMUNITARIA, CIVICA Y SOCIAL:</b> vida comunitaria, tiempo libre y ocio, espiritualidad, vida política y ciudadana.  |            |   |   |   |   |   |   |  |  |             |

| Descripción  | Calificador de Ambiente ( barreras y facilitadores) |                |               |               |                  |                  |                  |                    |                 |                  |
|--|---|----------------|---------------|---------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|-----------------|------------------|
|  | No hay barrera                                      | Barrera ligera | Barrera moder | Barrera grave | Barrera completa | No hay Facilidad | Facilidad ligero | Facilidad moderado | Facilidad grave | Facilidad comple |
| <b>FACTORES AMBIENTALES</b>  |   |                |               |               |                  |                  |                  |                    |                 |                  |
| <b>e1. Productos y tecnología e:</b> productos para uso personal en vida diaria, productos para comunicación, productos para el transporte...  | 0   | 1              | 2             | 3             | 4                | 0                | 1                | 2                  | 3               | 4                |
| <b>e3. Apoyo y relaciones :</b> Familiares cercanos, amigos, vecinos, colegas, otros miembros de la comunidad, personas con autoridad, cuidadores, profesionales de la salud                     | 0   | 1              | 2             | 3             | 4                | 0                | 1                | 2                  | 3               | 4                |
| <b>e4. Actitudes:</b> Actitudes individuales de miembros de la familia cercana , actitud amigos, actitud cuidadores, actitud profesionales, actitudes sociales, ideologías sociales, cultura ... | 0   | 1              | 2             | 3             | 4                | 0                | 1                | 2                  | 3               | 4                |
| <b>Otro factor ambiental</b>   | 0   | 1              | 2             | 3             | 4                | 0                | 1                | 2                  | 3               | 4                |

## LISTA DE COTEJO DE LA CIF PARA DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS REHABILITADORES - UME, URH, DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS RESIDENCIALES, CRPS, PRL...

### PARTE 1: LIMITACIONES DE LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES DE LA PARTICIPACIÓN

| ACTIVIDAD Y PARTICIPACION                                    | No difi | Dific ligera | Dific modera | Dificul grave | Dificul compl | Sin especel | No aplicab | DESCRIPCION |
|--|---------|--------------|--------------|---------------|---------------|-------------|------------|-------------|
| <b>d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento</b>          |         |              |              |               |               |             |            |             |
| d110 Mirar   | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d115 Escuchar  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d130 Copiar  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d135 Repetir   | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d140 Aprender a leer   | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d145 Aprender a escribir                                     | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d150 Aprender a calcular                                     | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D155 Adquisición de habilidades                              | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D160 Centrar la atención                                     | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D163 Pensar  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D166 Leer  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D170 Escribir  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D172 Calcular  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d175 Resolver problemas                                      | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D177 Tomar decisiones  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| <b>d2 Tareas y demandas generales</b>                        |         |              |              |               |               |             |            |             |
| d210 Llevar a cabo una única tarea                           | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d220 Llevar a cabo múltiples tareas                          | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D230 Llevar a cabo rutinas diarias                           | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D240 Manejo del estrés y otras demandas.                     | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| <b>d3 Comunicación</b>                                       |         |              |              |               |               |             |            |             |
| d310 Recepción de mensajes hablados                          | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d315 Recepción de mensajes no verbales                       | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D320 Recepción de mensajes en signos                         | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D325 Recepción de mensajes escritos                          | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d330 Hablar  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d335 Producción de mensajes no verbales                      | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D340 Producción de mensajes en lenguaje de signos            | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D 345 Mensajes escritos                                      | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d350 Conversación  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D355 Discusión   | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D360 Utilización de dispositivos y programas de comunicación | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| <b>d4. Movilidad</b>   |         |              |              |               |               |             |            |             |
| D410 cambiar posturas corporales básicas                     | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D415 Mantener la posición del cuerpo                         | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D420 transferir el propio cuerpo                             | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d430 Levantar y llevar objetos                               | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d440 Uso fino de la mano                                     | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D435 Mover objetos con la extremidades inferiores.           | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D445 Uso de la mano y brazo                                  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d450 Andar   | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D455 Desplazarse por el entorno                              | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| D480 desplazarse por distintos lugares                       | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento       | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d470 Utilización de medios de transporte                     | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |
| d475 Conducción  | 0       | 1            | 2            | 3             | 4             | 5           | 6          |             |

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>d5a. Autocuidado</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| d510 Lavarse (bañarse, ducharse, lavarse las manos)             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d520 Cuidado de partes del cuerpo (lavarse los dientes)         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d540 Vestirse   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d550 Comer  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d560 Beber  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d570 Cuidado de la propia salud                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>d6 Vida doméstica</b>  |   |   |   |   |   |   |   |
| D610 Adquisición de un lugar para vivir                         |   |   |   |   |   |   |   |
| d620 Adquisición de bienes y servicios (comprar)                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d630 Preparar comidas   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d640 Realizar los quehaceres de la casa                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D650 cuidado de los objetos del hogar                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d660 Ayudar a los demás   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>d7. Interacciones y relaciones Interpersonales</b>           |   |   |   |   |   |   |   |
| D730 Interacciones interpersonales básicas                      |   |   |   |   |   |   |   |
| d720 Interacciones interpersonales complejas                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d730 Relacionarse con extraños                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d740 Relaciones formales  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d750 Relaciones sociales informales                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d760 Relaciones familiares                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d770 Relaciones íntimas   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>d8. Areas principales de la vida</b>                         |   |   |   |   |   |   |   |
| d810 Educación no reglada                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d820 Educación escolar  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D825 Formación profesional                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d830 Educación superior   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D840 Aprendizaje/ preparación para el trabajo                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D845 Conseguir, mantener, finalizar un trabajo                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d850 Trabajo remunerado   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D855 Trabajo no remunerado                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d860 Transacciones económicas básicas                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D865 Transacciones económicas complejas                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d870 Autosuficiencia económica                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>d9. Vida comunitaria, social y cívica</b>                    |   |   |   |   |   |   |   |
| d910 Vida comunitaria   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d920 Tiempo libre y ocio  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d930 Religión y espiritualidad                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d940 Derechos humanos   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d950 Vida política y ciudadanía                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## PARTE 2: FACTORES AMBIENTALES

| FACTORES AMBIENTALES  | Barrera        |                |                  |               |                  | Facilitador     |                  |                    |                 | DESCRIPCION |
|---|----------------|----------------|------------------|---------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|-------------|
|   | No hay barrera | Barrera ligera | Barrera moderada | Barrera grave | Barrera completa | No hay Facilita | Facilitad ligero | Facilitad moderado | Facilitad grave |             |
| <b>e1. Productos y tecnología</b>   |                |                |                  |               |                  |                 |                  |                    |                 |             |
| e110 Productos o sustancias para consumo personal   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos. | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e125 Productos y tecnología para la comunicación  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e130 Productos y tecnología para la educación   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e135 Productos y tecnología para el empleo  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| <b>e2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana</b>                     |                |                |                  |               |                  |                 |                  |                    |                 |             |
| e225 Clima  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e240 Luz  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e250 Sonido   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| <b>e3. Apoyo y relaciones</b>   |                |                |                  |               |                  |                 |                  |                    |                 |             |
| e310 Familiares cercanos  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e315 Otros familiares   |                |                |                  |               |                  |                 |                  |                    |                 |             |
| e320 Amigos   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad                                 | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e330 Personas con cargos de autoridad   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e340 Cuidadores y personal de ayuda   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e355 Profesionales de la salud  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| E345 Extraños   |                |                |                  |               |                  |                 |                  |                    |                 |             |
| E350 Animales domésticos  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e360 Otros profesionales  |                |                |                  |               |                  |                 |                  |                    |                 |             |
| <b>e4. Actitudes</b>  |                |                |                  |               |                  |                 |                  |                    |                 |             |
| e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| E415 Actitudes de otros familiares  | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| e420 Actitudes individuales de amigos   | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |
| E425 actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos...                               | 0              | 1              | 2                | 3             | 4                | 0               | 1                | 2                  | 3               | 4           |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| e430 actitudes individuales de cargos de autoridad                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e445 Actitudes individuales de extraños                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e455 Actitudes individuales de profesionales "relacionados con la salud" | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e460 Actitudes sociales  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e465 Normas, costumbres e ideologías sociales                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| <b>e5. Servicios, sistemas y políticas</b>                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e535 Servicios, sistemas y políticas de comunicación                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e540 Servicios, sistemas y políticas de transporte                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e550 Servicios, sistemas y políticas legales                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| e590 Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Otro factor ambiental  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |

## ANEXO 2

---

### 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 ej. 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 apetencia 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 domestica 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.

A continuación se especifica la hoja de puntuación:

### HONOS, HOJA DE PUNTUACIÓN

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

### 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 |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| A. Problemas Conductuales               |                                  |                                   |
| 1. Agresividad                          | 0-4                              | 0-12                              |
| 2. Autoagresiones                       | 0-4                              |                                   |
| 3. Uso de sustancias                    | 0-4                              |                                   |
| B. Deterioro                            |                                  |                                   |
| 4. Disfunción cognitiva                 | 0-4                              | 0-8                               |
| 5. Discapacidad física                  | 0-4                              |                                   |
| C. Problemas Clínicas                   |                                  |                                   |
| 6. Depresión                            | 0-4                              | 0-12                              |
| 7. Alucinaciones e I. delirantes        | 0-4                              |                                   |
| 8. Otros síntomas                       | 0-4                              |                                   |
| D. Problemas sociales                   |                                  |                                   |
| 9. Relaciones sociales                  | 0-4                              | 0-16                              |
| 10. Funcionamiento General              | 0-4                              |                                   |
| 11. Problemas de Residencia             | 0-4                              |                                   |
| 12. Problemas Ocupacionales             | 0-4                              |                                   |
| Puntuación Total (1-12)                 | 0-48                             |                                   |

## ANEXO 3

---

### CRITERIOS ORIENTATIVOS DE SOSPECHA DE TMG

Se considerará que la persona usuaria manifiesta sospecha de Trastorno Mental Grave si presenta alguna de las siguientes características:

#### 1. Sospecha diagnóstica, diagnóstico establecido y situación clínica:

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

2. Problemas de funcionamiento como consecuencia del cuadro Clínica en al menos 2 de las siguientes áreas: aprendizaje y aplicación de conocimientos, áreas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones interpersonales, áreas principales de la vida, vida comunitaria, cívica y social.

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

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

**Ante la sospecha de riesgo de descompensación psicopatológica aguda (síntomas positivos y/o negativos con alteraciones conductuales, auto/heteroagresividad, riesgo autolítico, escasa conciencia de enfermedad, escaso apoyo familiar, etc.) se recomienda la derivación urgente, según el Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental, a los servicios de Urgencias de los Hospitales Generales para valoración psiquiátrica especializada.**

## GUÍA PRÁCTICA PARA MEDICINA DE FAMILIA PARA LA DETECCIÓN DE LA PSICOSIS

Esta guía pretende ser una orientación para el reconocimiento de alteraciones psicológicas y/o conductuales que pueden alertarnos y/o hacernos sospechar el inicio de una posible psicosis. Para ello necesitamos conocer los factores de riesgo de la psicosis y los síntomas que pueden constituir su comienzo.

### A. FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO PSICÓTICO:

- Edad: adolescencia y primeros años de la vida adulta.
- En los rasgos de la persona usuaria:
  - Antecedentes familiares.
  - Personalidad vulnerable (esquizoide, esquizotípica).
  - Problemas de adaptación previos.
  - Retraso en las etapas del desarrollo.
  - Antecedente de lesión craneoencefálica.
  - Bajo nivel intelectual.
  - Antecedentes de complicaciones obstétricas.
- En la situación de la persona usuaria:
  - Acontecimientos vitales.
  - Estrés psicosocial evidente.
  - Abuso de sustancias (cannabis).
  - Cambios subjetivos y funcionales.

### B. SIGNOS Y SÍNTOMAS PRODRÓMICOS / INCIPIENTES:

- Cambios en el funcionamiento psicosocial: deterioro en el trabajo o en los estudios, aislamiento social, pérdida de energía o motivación.
- Cambios conductuales: trastornos del sueño, alteraciones del apetito.
- Cambios emocionales: depresión, ansiedad, tensión, irritabilidad, ira, cambios afectivos, percepción de cambios en el entorno, sensación de aceleración o enlentecimiento en el pensamiento.
- Cambios cognitivos: problemas de concentración o memoria, desconfianza, aparición de creencias inusuales.

**Si una persona presenta algunos de estos signos o síntomas, si además es un adolescente, y si están presentes algunos de los factores de riesgo, contactar con psiquiatra del ESM o de Urgencias para iniciar la gestión del caso.**



## ANEXO 4

---

### Programa de Acción Personalizado (PAP) (datos que se deben recoger)

- Datos de Filiación de la Persona Usuaría:
  - » Apellidos
  - » Nombre
  - » NIF
  - » CIP
  - » Dirección
  - » Teléfono
  
- Datos Familiares
  - » Familiar Referencia.
  - » Nombre.
  - » Teléfono.
  - » Domicilio.
  - » Parentesco.
  
- En caso de incapacidad civil o curatela: Tutor legal o curador.
  
- ESM Referente.
  - » Profesional referente.
  - » Otros datos de interés.
  
- Valoración Integral.
  - » Clínica.
  - » Socio-familiar.
  - » Funcional (CIF).
  
- OBJETIVOS (priorizados)
  - » Nombrar Objetivos.
  - » Estrategias terapéuticas.
  - » Continuidad de Cuidados.
  - » Dispositivos Responsables (para la consecución de objetivos).
  - » Fecha de evaluación.
  
- Aspectos a considerar respecto a la evolución

## ANEXO 5

---

### **AUTORIZACIÓN PARA LA INCLUSIÓN EN EL PAI DE TMG Y PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE LA RSMEx**

Yo, (nombre)..... persona usuaria,  
representante legal (subrayar lo que proceda) del ESM de.....

Autorizo a la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura a mi inclusión en el PAI de TMG y a coordinarse y llevar a cabo las actuaciones recogidas en mi Plan de Acción Personalizado (PAP).

Igualmente, otorgo mi consentimiento al intercambio de información entre los distintos ámbitos (sanitarios y sociales intervinientes en mi tratamiento), con objeto de proporcionar una actuación de manera conjunta e integral y una atención de calidad a las distintas necesidades valoradas y manteniendo la confidencialidad, según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal.

Fecha: .....

Fdo.: .....

Persona usuaria.....

Representante legal.....

Profesional de Referencia.....

## ANEXO 6

---

### ACUERDO TERAPÉUTICO (Resumen PAP)

En el Equipo de Salud Mental (ESM) de.....,  
el día..... de..... de.....

#### Reunidos:

Por un lado Don/Doña.....en calidad de  
Profesional de Referencia del PAP indicado.

Y por otro lado Don/Doña.....persona usuaria,  
representante legal (subrayar lo que proceda) del ESM de.....  
.....

#### MANIFIESTAN:

- Que Don/Doña.....ha sido informado/a de su inclusión en el Proceso Asistencial Integral de Trastorno Mental Grave.
- Que por este motivo, Don/Doña.....ha sido informado/a del Plan de Acción Personalizado (PAP) que se ha elaborado para él o ella, con las siguientes propuestas de intervención:

- Que la persona usuaria da su conformidad para que su familia sea informada:  
SI  NO



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

1. Los presentes se comprometen a mantener la más estricta confidencialidad con relación a todo aquello que sea tratado y acordado durante las entrevistas.
2. El Profesional de referencia se compromete a reunirse periódicamente con los profesionales que intervengan en el proceso para valorar conjuntamente la evolución.
3. La persona usuaria se compromete a colaborar activamente en el PAP que se han descrito anteriormente.
4. El PAP se revisará periódicamente, que incluirá la valoración de los objetivos propuestos y estableciendo, si procede, nuevas estrategias y revisando de nuevo sus contenidos.

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

Persona usuaria.....  
Representante legal.....  
Profesional de referencia.....

## ANEXO 7

---

### TRATAMIENTOS

#### a) FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico debe ser iniciado como una parte necesaria, pero no suficiente, dentro del amplio conjunto de intervenciones que se llevarán a cabo para atender las necesidades de las personas con TMG.

En ocasiones la práctica de la psicofarmacología puede resultar complicada por diversas razones como la elevada comorbilidad de los trastornos mentales con otras patologías o los efectos secundarios que son causas frecuentes del abandono del tratamiento.

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico es indispensable establecer el diagnóstico, o al menos se deberán formular diferentes hipótesis para poder esbozar un diagnóstico diferencial.

Es cierto que el descarte de causas orgánicas no compete de entrada al profesional de la psiquiatría, pero debe tenerse en cuenta que en ocasiones la sintomatología puede estar provocada por un problema orgánico que se deberá estudiar o derivar para su estudio en caso necesario.

Por otro lado, hay que tener presente otros tratamientos concomitantes que realiza la persona, ya que las interacciones farmacológicas pueden aumentar la posible toxicidad del fármaco prescrito o disminuir la eficacia del mismo.

Antes de abordar un tratamiento farmacológico debe considerarse:

- Acompañamiento, empoderamiento y refuerzo de la Autonomía de la persona usuaria y del proceso de toma de decisiones compartidas. Se potenciará al máximo que adopte una actitud responsable y proactiva frente a su sintomatología.
- Es fundamental establecer una buena alianza terapéutica y que el Psiquiatra se esfuerce en generarla, así se establecerán los objetivos del tratamiento y las medidas necesarias conjuntamente. Esto ayudará a favorecer una buena **adherencia terapéutica**.
- Hay que facilitar una información completa y adaptada a las personas usuarias y a sus personas de referencia en cuanto a síntomas a los que va dirigido el tratamiento, posibles efectos secundarios, beneficios de iniciar el tratamiento, tiempo estimado del mismo, etc.
- La prescripción debe realizarse basándose en la mejor evidencia científica disponible teniendo en cuenta las guías clínicas existentes.

- Cuando haya que elegir entre varios fármacos igualmente eficaces, lo conveniente será utilizar aquél que se adapte mejor a las características particulares de cada paciente minimizando los efectos secundarios.
- En general es preferible utilizar la monoterapia siempre que sea posible. Además se intentará establecer un régimen terapéutico sencillo para así facilitar la adherencia terapéutica.
- Una vez elegido el fármaco se deberá administrar la dosis adecuada durante el tiempo necesario, ajustando cuidadosamente la dosis correcta del mismo, teniendo en cuenta la gravedad de la clínica, la edad, el peso y la presencia de otros factores que puedan alterar la farmacocinética del fármaco, para conseguir el efecto terapéutico deseado con los mínimos efectos secundarios posibles (dosis mínima eficaz).
- Hay que conocer adecuadamente los efectos secundarios de los psicofármacos y las posibles interacciones con otros medicamentos. Así en las sucesivas visitas de seguimiento se preguntará específicamente por ello y si es necesario se realizará una exploración física o prueba complementaria que nos ayude a poder valorarlos.

## b) TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) se define como la estimulación repetitiva, por inducción eléctrica, de las neuronas del sistema nervioso central provocando convulsiones generalizadas para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, en especial los trastornos afectivos o síntomas psicóticos o catatónicos, resistentes al tratamiento farmacológico.

Las indicaciones diagnósticas y clínicas de la TEC son las siguientes:

- Trastornos psicóticos con las siguientes características clínicas:
  - » Síntomas catatónicos, grave agitación o desorganización grave.
  - » Clínica afectiva predominante y resistente, tanto de los cuadros esquizoafectivos o en las depresiones secundarias o postpsicóticas.
  - » Efectos indeseables graves de los antipsicóticos: síndrome neuroléptico maligno.
- Trastorno bipolares con las siguientes características clínicas:
  - » En los episodios depresivos que tengan características similares a las descritas.
  - » En episodios maníacos con síntomas psicóticos resistentes o si está contraindicada la medicación antipsicótica o las sales de litio.
  - » En los estados mixtos que sean resistentes a tratamiento farmacológico.
  - » En cicladores rápidos resistentes a tratamiento farmacológico.

- En el trastorno depresivo mayor grave:
  - » Personas usuarias con síntomas psicóticos, estupor catatónico o riesgo grave de suicidio.
  - » Personas usuarias que se niegan a comer con problemas nutricionales graves.
  - » Personas usuarias que requieran una respuesta especialmente rápida a los antidepresivos por gran excitación y conducta suicida activa.
  - » En situaciones donde puedan estar contraindicados los fármacos antidepresivos: embarazo, enfermedad médica o intolerancia a antidepresivos.
  - » Elección de primera línea en personas usuarias que ya han respondido satisfactoriamente a TEC.
  - » Para aquellas personas que prefieran la TEC, siempre que esté indicada.
  - » Cuando el trastorno no responda a los fármacos antidepresivos tras el fracaso de los protocolos de resistencia.
  - » En personas de edad avanzada cuando se prevean inconvenientes graves con fármacos antidepresivos.
  - » Cuando el trastorno depresivo se presente con patrón melancólico.

No existe ninguna contraindicación absoluta para la TEC. Existen varios procesos clínicos que pueden aumentar el riesgo de complicaciones y que constituyen las contraindicaciones relativas: antecedente reciente de infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias cardíacas; cualquier enfermedad que incremente la presión intracraneal; antecedente reciente de infarto cerebral, especialmente de infarto cerebral hemorrágico; aneurisma o malformación vascular; clasificación del estado físico en los niveles 4 o 5 de la ASA (American Society of Anesthesiology); enfermedad pulmonar grave; hipertiroidismo; feocromocitoma.

La derivación para que un usuario reciba TEC, deberá hacerla el Psiquiatra responsable del caso, con el informe clínico donde justifique la aplicación. Además habrá informado ya al usuario y familiares de esta posibilidad terapéutica.

La propuesta será debatida en el seno de la Comisión de Área de TEC. La misión de la Comisión es garantizar que las exigencias éticas se cumplen en el caso y que la indicación es pertinente.

La Comisión de Área de TEC estará integrada por: el Coordinador de Área o persona en quien delegue (este será el Coordinador de la Comisión); el Psiquiatra que hace la indicación; el Psiquiatra responsable de la aplicación de la TEC en la UHB; la Supervisora de Enfermería o, en su caso, la Enfermera responsable del programa TEC; un Anestesiólogo referente del programa TEC. Una vez aprobada la propuesta por la Comisión se procederá a aplicar el correspondiente protocolo preparatorio para la TEC.

La posibilidad de aplicación de la Terapia Electroconvulsiva será equitativa, buscando su disponibilidad en todas las Unidades de Hospitalización Breve de la Comunidad Autónoma.

### c) PSICOTERAPEÚTICO

Las intervenciones realizadas para el desarrollo del PAP serán el resultado de un proceso de identificación de los puntos fuertes y débiles de la persona usuaria, se trabajará de forma consensuada y compartida con él, las personas de referencia, así como con el resto del ESM (o de otros dispositivos y programas si se considerara necesario), atendiendo a sus necesidades y autonomía.

Dichas intervenciones podrán ser entre otras: Intervenciones individuales o en grupo (psicoterapia Individual y/o psicoterapia de grupo), Intervenciones familiares, Intervención comunitaria o de otro tipo, a criterio del clínico y del propio ESM:

- Intervenciones individuales destinadas a la evaluación psicopatológica, pudiendo ser necesario utilizar instrumentos estandarizados de uso clínico, psicométrico si procede. Se trata de una vez establecido un diagnóstico preliminar, motivar al usuario de forma activa en su propio PAP, favoreciendo su adhesión al mismo.
- Intervenciones Individuales y/o de Grupo destinadas a:
  - » Al tratamiento de sus problemas de Salud Mental, de acuerdo a criterios de pruebas y evidencias científicas disponibles.
  - » Al afrontamiento de su enfermedad, el tratamiento de sus síntomas, entre las que podríamos proponer: conciencia de enfermedad, apoyo, asesoramiento y acompañamiento al usuario y familiares, adherencia al tratamiento farmacológico, psicoeducación, etc.
  - » Intervenciones relacionadas con la prevención de recaídas o reducción de síntomas, entre las cuales estarían: identificación de pródromos para la detección de posibles descompensaciones, desarrollo de habilidades de autocontrol, habilidades de afrontamiento y de Habilidades sociales (HHSS), Psicoeducación, Rehabilitación vocacional, formación y orientación al empleo.
  - » Relacionadas con la mejora de su funcionamiento psicosocial y apoyo a la integración social, entre las que proponemos: entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, en HHSS, técnicas de apoyo social y terapia familiar.
  - » Relacionadas con el desarrollo de la autonomía personal: técnicas de exposición graduadas, psicoeducación, HHSS, técnicas de formación y orientación al empleo, apoyo a la inserción laboral, técnicas de resolución de conflictos.



- Intervenciones familiares: apoyo, asesoramiento e intervención psicosocial con familias:
  - » Apoyo y asesoramiento específico con cada familia y/o personas de referencia.
  - » Programas de terapia grupal estructurados de psicoeducación e intervención psicosocial.
  - » Psicoeducación.
  - » Formación en habilidades de comunicación y manejo de la convivencia.
  - » Entrenamiento en estrategias prácticas de resolución de problemas.
  - » Promoción y apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones.
  
- Intervenciones comunitarias: estrategias múltiples y variadas con el objetivo final de la rehabilitación, que combinen tanto el entrenamiento y desarrollo de las habilidades que cada persona usuaria con trastorno mental grave requiere para funcionar de un modo efectivo en la comunidad, como otro tipo de intervenciones en el medio social de apoyo y que mantengan el nivel de funcionamiento psicosocial de dicha persona en las mejores condiciones posibles, entre los que destacan:
  - » Coordinación con dispositivos y programas sociocomunitarios.
  - » Promoción al desarrollo de redes sociales de apoyo.
  - » Desarrollo y coordinación de servicios y programas de apoyo con otros dispositivos y programas:
    - Atención y Tratamiento
    - Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social
    - Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción laboral
    - Atención residencial comunitaria
    - Programas de seguimiento (apoyo, coordinación y seguimiento comunitario individualizado).

#### **d) TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Es el tratamiento que recoge estrategias de intervención psicosocial que complementan las intervenciones clásicas, orientado a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la inclusión comunitaria de las personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave.

El objeto principal de la Rehabilitación Psicosocial es apoyar a la persona a desarrollar las habilidades intelectuales, sociales, ocupacionales y emocionales que precisen para

vivir, relacionarse y desempeñar roles activos y productivos en la comunidad, desde su contexto familiar al medio normalizado, con el menor apoyo profesional posible.

La Rehabilitación Psicosocial se caracteriza por una intensidad notable de la intervención, un abordaje integral de la problemática de la persona y el trabajo interdisciplinar, arrojando eficacia a la intervención variables como la cumplimentación regular por parte de la persona, la implicación de las personas de su entorno en el tratamiento, la estabilización clínica y el control y deshabitación de posibles consumos de tóxicos (no siendo este la causa principal del malestar de la persona).

Se diferencian así las diferentes fases en el proceso de Rehabilitación Psicosocial:

- **EVALUACIÓN / ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** identificación exhaustiva de dificultades, desempeño, competencias y demandas de la persona y su entorno. Además de la valoración de la funcionalidad del entorno y la identificación de competencias en la personas/personas de apoyo en el tratamiento.
- **FORMULACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR):** Con la definición de objetivos, metodología, secuenciación y devolución para la persona. Estos deben recoger las demandas de la entidad derivadora, las necesidades identificadas de la persona y las variables observadas por el equipo terapéutico.
- **INTERVENCIÓN:** a través de un trabajo estructurado, regular y con una adaptación continuada de la intensidad según el momento de la persona y su entorno, bajo el prisma de la medida de eficacia, devolución de logros y generalización al contexto de la persona.
- **CIERRE Y SEGUIMIENTO:** Según el planteamiento de la intervención como herramienta para el alcance de objetivos es clave la devolución de logros, la identificación de limitaciones y la formulación de estrategias compensatorias que generen autoconfianza y autonomía de los dispositivos y programas de atención. Así, es clave contemplar una fase de retirada progresiva de la actuación profesional, con visión individualizada a las necesidades de la persona, colocando siempre el foco a lo comunitario y promoviendo el compromiso de los dispositivos y programas del entorno.

Para la prescripción, orientación y elección del tratamiento de Rehabilitación Psicosocial se recomienda:

- Identificar claramente el objetivo para el que se valora el tratamiento de rehabilitación como herramienta. La Rehabilitación Psicosocial y el uso de los dispositivos y programas es un medio y nunca un fin en sí mismo.
- Valorar los diferentes dispositivos y programas de la RSMEEx donde se lleva a cabo la Rehabilitación Psicosocial, estableciendo un itinerario de uso lo más ajustado y útil para la persona.

- Atender a las circunstancias específicas de la persona y su familia y su momento vital, valorando el momento más ajustado para poder atender a las demandas que supone un Tratamiento de Rehabilitación.
- Es clave valorar la Rehabilitación Psicosocial como un entrenamiento y recuperación de habilidades y competencias, para los que se precisa un mínimo de estabilización de la sintomatología, desestimándose el mismo en momentos de sintomatología aguda.
- Dado el carácter individualizado de los tratamientos de rehabilitación será importante el establecimiento de un contacto previo entre los referentes profesionales en la entidad derivadora y el dispositivo de rehabilitación, para atender a las particularidades de cada persona.

### e) INTERVENCIÓN SOCIAL

La intervención social desde su perspectiva más clínica atiende al proceso relacional, con fin terapéutico, donde el Trabajador Social y la persona comparten aspectos intelectuales y emocionales, cuyo fin es el acompañamiento para el afrontamiento de situaciones, problemas y dificultades relacionadas con variables sociales, del entorno de la persona y comunitarias.

Serán objetivos de la intervención desde el Trabajo Social:

- Atender la situación social presentada, a través del estudio y tratamiento de los factores socio-familiares que condicionan la salud individual y familiar.
- Identificar la variables psicosociales y los condicionantes socio-económicos y culturales que interactúan en el proceso de salud de la persona y su contexto.
- Orientar hacia los dispositivos y programas específicos de las redes de atención y el medio comunitario, su uso, así como la motivación para ello y la mediación con el entorno.
- Promover una actitud participativa, responsable y comprometida en la persona para el cuidado de su salud, así como el apoyo en la toma de decisiones en la solución de dificultades, favoreciendo la autonomía y adaptación al medio particular de cada persona.
- Formular procesos de inclusión ajustados a las características y necesidades de la persona.
- Valorar y organizar de procesos de acción de voluntariado social.

### > Actividades

- Colaboración con el resto de los profesionales en la detección y evaluación, analizando los factores sociales que inciden en el proceso de salud formulando los aspectos del PAP que como profesional del Trabajo Social le competen.
- Atención de la problemática psicosocial de la persona o familia incluida en el programa mediante un tratamiento social continuado y estructurado.
- Desarrollo del papel de profesional de contacto y de coordinación en la gestión compartida de casos. Asumiendo roles de seguimiento y apoyo en aquellos procesos designados oficialmente así como en aquellos donde la relación se establezca de forma natural.
- Cumplimentación de los registros que se establezcan.
- Revisión y reformulación de objetivos, junto con el resto del equipo y dispositivos y programas implicados, de los resultados obtenidos a nivel general y en la atención individual-familiar.
- Valoración y organización de procesos de acción de voluntariado social.

### > Metodología

1. La atención social programada se desarrolla con la aplicación del proceso metodológico de trabajo social, adaptándolo a lo establecido en este PAI.
2. La metodología en la fase de intervención podrá ser tanto en formato individual como grupal, basada en criterios de eficacia y evidencia científico y técnica.

### > Recomendaciones

Ante aquellas circunstancias donde en algunas de las partes del proceso de constitución y seguimiento del PAP la persona con TMG, por criterios clínicos no se encuentre en situación de afrontar objetivos relacionados con el área social, será responsabilidad de todo el equipo asistencial la formulación de objetivos relacionados con la atención integral donde se incluya la perspectiva social, cuando las circunstancias de la persona lo permitan. Atendiendo al propio criterio diagnóstico de TMG la disfuncionalidad social se encuentra en la esencia del mismo, por tanto, no será posible un PAP donde esta atención no sea contemplada.

En aquellos procesos donde se comprometan diferentes dispositivos y programas, se coordinará la intervención entre los diferentes profesionales del ámbito social de cara a la formulación de estrategias de atención coordinadas, sostenibles y útiles para la persona.

## f) CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Constituye la provisión de cuidados a la persona usuaria y comunidad bien por demanda directa o programada. Se presenta como un proceso, donde se recoge y se ofrece información y se aportan cuidados. El eje central de su actividad es la persona usuaria, quien recibe los servicios necesarios según sus necesidades: biológicas, psicológicas y sociales.

Desde la perspectiva enfermera, dichos cuidados al estar fundamentados en la mejor evidencia científica están basados en las taxonomías NANDA/NIC/NOC.

Las funciones se pueden clasificar en:

- De acompañamiento: función de presencia, comprensión, apoyo emocional, escucha, etc.
- Educativa: Información, formación, docencia práctica y teórica, educación para la salud.
- De promoción: Fomento de los autocuidados, socialización, desarrollo de actividades.
- De apoyo: Trabajo en el contexto sociofamiliar relacional, ayuda y soporte al cuidador informal.
- De gestión y seguimiento: De cuidados, coordinación, dispositivos y programas, gestión de casos; protocolo y procedimientos de Enfermería en tratamientos farmacológicos; valoración de efectos secundarios a fármacos; control de síntomas.

### **Objetivo general:**

- Proveer cuidados integrales, individualizados y especializados a las personas usuarias incluidas en el PAI de TMG.

### **Objetivos específicos:**

- Establecer una adecuada relación terapéutica entre la persona usuaria y enfermería de Salud Mental.
- Elaborar y llevar a cabo el Plan de Cuidados de Enfermería de la persona usuaria incluida en el PAI del TMG. Incluido en el PAP.
- Aplicar técnicas básicas y especializadas de enfermería de salud mental
- Promover la autonomía y la corresponsabilidad en la toma de decisiones.
- Efectuar seguimiento y evolución de la persona usuaria.
- Establecer programas psicoeducativos, individuales, grupales o familiares en relación con el proceso de recuperación de la persona usuaria

- Diseñar conjuntamente con la persona usuaria y la familia estrategias individualizadas de medidas encaminadas a garantizar la seguridad del paciente.
- Asegurar la continuidad de cuidados tras el alta o derivación a otro dispositivo.

### > Intervenciones de Enfermería en la consulta

- Participación en la elaboración del PAP aportando el plan de cuidados de la persona usuaria incluida en el PAI del TMG.
- Acogida de la persona usuaria y su familia o personas de referencia.
- Valoración funcional de la persona usuaria (Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon).
- Valoración de autocuidados (hábitos alimenticios, higiene, eliminación, etc.)
- Valoración y diagnóstico de las necesidades de autocuidado terapéutico de la persona usuaria (relacionados con el manejo de su patología).
- Observación, interpretación y registro de las alteraciones de la conducta en el plano de la percepción, pensamiento, y demás funciones psíquicas básicas.
- Detección de pródromos.
- Valoración de signos vitales y otras medidas antropométricas relacionadas con la salud física
- Elaboración e implementación del Plan de Cuidados.
- Aplicación de procedimientos técnicos básicos y especializados: administración de fármacos y control de efectos secundarios, recogida de muestras para diagnóstico, monitorización de niveles plasmáticos de fármacos, control de constantes y/o medidas antropométricas, realización de pruebas complementarias, vigilancia de signos y síntomas de las patologías y sus complicaciones, aplicación de protocolos y guías establecidas seguimiento de personas usuarias con tratamiento depot, seguimiento protocolizado de personas usuarias en tratamiento con clozapina, evaluación de la conciencia de la enfermedad, evaluación de la adherencia terapéutica y control de la medicación, educación para la salud y modificación de parámetros no saludables, etc.
- Intervención individual, grupal y/o familiar en personas usuarias en tratamiento con antipsicóticos atípicos de larga duración (adherencia y cumplimiento terapéutico, manejo de síntomas), en actividades de la vida diaria, en el manejo de medicación, en el autocuidado, en el afrontamiento de dificultades en determinadas situaciones vitales: técnicas de resolución de problemas, técnicas de relajación, ...
- Manejo de las situaciones de crisis que se presenten.
- Análisis y gestión de las situaciones de riesgo de la persona usuaria y su entorno: identificación inequívoca del paciente, uso seguro del medicamento, prevención de suicidio, abandono no programado, etc...

- Valoración e intervención de apoyo a la persona con el rol de cuidador principal de la persona usuaria incluida en el PAI del TMG.
- Elaboración del Informe de continuidad de cuidados de enfermería.
- Coordinación con los diferentes dispositivos y programas de la Red Asistencial de Salud Mental.
- Coordinación con otros dispositivos y programas asistenciales, sociosanitarios, sociales, Atención Primaria y Especializada.

### > Atención Domiciliaria

El modelo de atención domiciliaria pretende ser un proceso de atención continuada, integral y multidisciplinario que solvete la necesidad asistencial temporal o permanente cuando la persona presente una incapacidad física y/o funcional o presente algún factor psicosocial que dificulte su accesibilidad para desplazarse al dispositivo de atención a la Salud Mental.

#### Intervenciones de Enfermería en la Atención Domiciliaria

- Valoración funcional de la persona usuaria en su entorno (Patrones Funcionales de Salud)
- Valoración de autocuidados (hábitos alimenticios, higiene, eliminación, etc.)
- Valoración de signos vitales
- Valoración de la actitud de la persona usuaria y /familia ante el proceso salud/enfermedad
- Recogida de síntomas positivos y negativos. Detectar pródomos.
- Valorar ocupaciones (actividades) y empleo del tiempo libre
- Valorar el nivel de socialización
- Valorar el uso que hace la persona usuaria y familia de los dispositivos y programas/servicios sanitarios y sociales
- Elaboración de los planes de cuidados según NANDA/NIC/NOC
- Contemplar la necesidad permanente de la educación para la salud
- Administrar tratamientos farmacológicos
- Coordinación con los diferentes dispositivos y programas socio-sanitarios de la Red Asistencial.

### > Intervención Comunitaria:

- Se pretende acercar los servicios a la comunidad adaptándolos a las necesidades de la persona y evitando el distanciamiento familiar y comunitario.
- Trata de establecer un contacto mucho más frecuente tanto con la persona, como con su familia, responsabilizándose de la medicación, de la salud física y sobre todo de la continuidad de cuidados.
- Los programas de intervención comunitaria pretenden la coordinación con otros servicios asistenciales para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros tipos de servicios que ofrecen atención médica, alojamiento, rehabilitación, defensa de los derechos, actividades de ocio y recreo.
- Se procura la estabilización de la crisis proporcionando servicios de apoyo de continuidad ilimitada a través de alianzas terapéuticas donde la enfermera es responsable de proveer “cuidados terapéuticos básicos” y también organizar referencias de otros terapeutas.
- Facilitar el acceso al abanico de servicios que requiere la persona.

### g) INTERVENCIÓN OCUPACIONAL

Es recomendable que cada usuario cuente con un programa ocupacional individual de atención, con objetivos rehabilitadores, incluido en el PAP y coordinado con el Equipo de Salud Mental.

La importancia de la estructuración del tiempo a través de la oferta de actividades ha sido identificada en muchos estudios y en guías clínicas como elemento crítico de la recuperación. En este sentido es importante destacar que la OMS ya reconoció en el año 1953 que la creación de una atmósfera terapéutica es en sí misma uno de los más importantes tipos de tratamiento.

Se identificaron las siguientes características de estos ambientes: preservar la individualidad, tener confianza en las personas atendidas, fomentar las buenas conductas, potenciar la responsabilidad e iniciativa de las personas usuarias y proporcionar una actividad adecuada durante el día. La planificación horaria del funcionamiento de las unidades y una oferta ocupacional adecuada ofrecen un orden externo que hace que la persona usuaria se sienta mejor ayudando a su recuperación.

El Terapeuta Ocupacional (TO) es el profesional sanitario especialmente formado para evaluar y tratar la disfunción a nivel ocupacional.

Ejerce su labor en sesiones individuales y/o en programas grupales con dos orientaciones principales en Trastorno Mental Grave:



- **Realizar entrenamientos específicos y recuperación de hábitos** en áreas principales de la vida: autonomía en la vida diaria básica y avanzada, tiempo libre, participación social y trabajo.

Si es posible siempre en comunidad, pero también interviniendo en aquellos dispositivos y programas donde la persona usuaria está hospitalizado o residiendo para conseguir el máximo de recuperación funcional posible.

- **Utilizar la actividad como herramienta terapéutica** tanto para la evaluación de la persona usuaria como para la recuperación de aquellas capacidades esenciales para un funcionamiento cotidiano adecuado. En cada sesión de actividad el terapeuta interviene en la motivación, el afrontamiento de retos, la constancia, el cumplimiento de normas básicas, la tolerancia a la frustración, la mejora cognitiva básica, las capacidades ejecutivas y de autoorganización, las habilidades de relación, etc. Las actividades, son también un medio de escape de las angustias, las preocupaciones y el estrés que frecuentemente experimentan estas personas.

Las personas usuarias destacan la importancia de que la oferta de actividades tengan sentido para ellos y que se ajusten a sus necesidades: Para ello en la selección de las actividades y ocupaciones se tiene en cuenta los deseos y prioridades del sujeto, manteniendo un adecuado equilibrio entre los intereses y expectativas de la persona usuaria y el nivel de cambio que puede afrontar, sin exceder sus posibilidades y aceptando las limitaciones ante la posibilidad de riesgo para la persona usuaria. Para ello, es importante la identificación cuidadosa de las destrezas requeridas por una actividad y la capacidad y comprensión de la misma por parte de la persona para facilitar un cambio en positivo en el nivel funcional, garantizando experiencias de éxito y logro.

También en este mismo sentido, en los distintos dispositivos y programas, es importante fomentar la continuidad asistencial en las intervenciones ocupacionales, procurando que las actividades, ocupaciones y programas ofertados estén en relación con las disponibles en el resto de la Red de Salud Mental de Extremadura, para así fomentar la continuidad de la atención también en esta área.

Por último, en muchos casos el TO interviene directamente en los entornos para facilitar el óptimo desenvolvimiento ocupacional de la persona, adaptándolo para que la persona pueda realizar con éxito sus ocupaciones en tanto que va consiguiendo los objetivos rehabilitadores que le acercan a la recuperación

## INDICADORES DEL PAI DEL TMG

| CODIGO | DENOMINACIÓN   | CALCULO  | DIMENSION   | FUENTES   | RESPONSABLES         | OBSERVACIONES                                  |
|--------|--|--|---|---|----------------------|--|
| TMG1   | Pacientes incluidos PAI en ESM                                     | Nº pacientes incluidos en el PAI   | Carga de trabajo de seguimiento para los ESM.   | JARA Asistencial: Documento de inclusión en PAI (status incluido) | SI                   | Prevalencia de la condición de Persona con TMG |
| TMG2   | Pacientes nuevos incluidos PAI en ESM                              | Nº de pacientes nuevos incluidos en PAI en año natural   | Carga de trabajo de seguimiento para los ESM  | JARA Asistencial: Documento de inclusión en PAI (status incluido) | SI                   | Incidencia de la condición de Persona con TMG  |
| TMG3   | Tiempo medio en PAI  | 5 días en el PAI de todos los pacientes incluidos en el PAI/Nº de pacientes incluidos del PAI  | Carga de trabajo ESM  | JARA Asistencial: Documentos de inclusión y salida en PAI         | SI                   |  |
| TMG4   | Comisiones TMG   | Nº de Comisiones TMG realizadas sobre pacientes incluidos en PAI   | Coordinación y decisiones compartidas entre niveles asistenciales   | Registro específico ESM   | Coordinación del ESM |  |
| TMG5   | Atención no programada   | 5 de atenciones no programadas para los pacientes incluidos en el PAI (consultas no programadas en el ESM + visitas a SUH)   | Efectividad de la atención planificada. Indicador indirecto tiempo sin exacerbaciones   | JARA asistencial  | SI                   |  |
| TMG6   | Derivaciones a CRPS  | Nº de pacientes incluidos en PAI derivados a CRPS/Nº pacientes incluidos en el PAI   | Efectividad de la atención planificada. Carga de trabajo para la RSMEx  | JARA asistencial  | SI                   |  |
| TMG7   | Derivaciones a CRR   | Nº de pacientes incluidos en PAI derivados a CRR/Nº pacientes incluidos en el PAI  | Efectividad de la atención planificada. Carga de trabajo para la RSMEx  | JARA asistencial  | SI                   |  |
| TMG8   | Derivaciones a CSS   | Nº de pacientes incluidos en PAI derivados a CSS/Nº pacientes incluidos en el PAI  | Medida de la efectividad de mantener a los pacientes en un entorno comunitario para su atención. Carga de trabajo para la RSMEx.    | JARA asistencial  | SI                   |  |
| TMG9   | Total hospitalizaciones de pacientes incluidos en el PAI en el año | Nº total de altas hospitalarias de pacientes incluidos en PAI en el año  | Efectividad de la atención planificada. Indicador indirecto tiempo sin exacerbaciones   | CMBD (ALCOR)  | SI                   |  |
| TMG10  | Hospitalizaciones urgentes   | Nº de ingresos urgentes hospitalarios de pacientes incluidos en PAI /nº pacientes incluidos en PAI   | Efectividad de la atención planificada. Indicador indirecto tiempo sin exacerbaciones   | CMBD (ALCOR)  | SI                   |  |
| TMG11  | Reingresos   | Nº de ingresos urgentes en un periodo menor o igual a 30 días de uno previo en pacientes incluidos en el PAI/Nº de altas hospitalarias de pacientes incluidos en el PAI  | Indicador de calidad del alta y de efectividad de la atención planificada precoz tras alta  | CMBD (ALCOR)  | SI                   |  |
| TMG12  | Estancia media   | Sumatorio de días diferencia fecha de alta y de ingreso hospitalario, de pacientes incluidos en PAI, por cualquier causa (excluido exitus) / Nº de altas hospitalarias, de pacientes incluidos en PAI, por cualquier causa (exc. Exitus) | Indicador de efectividad de la atención planificada, coordinación entre niveles y calidad trabajo integrado durante hospitalización | CMBD (ALCOR)  | SI                   |  |

## 6. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Asiel Rodríguez, A. y cols. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio Madrileño de Salud; 2014.
- Ayuso Mateos, J.L., Nieto-Moreno, M, Sánchez Moreno, J, Vázquez- Barquero, L. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. Medicina Clínica, 2006; 126 (12): 461-465.
- Bernardo, M. y cols. Consenso español sobre la Terapia Electroconvulsiva (TEC). Sociedad Española de Psiquiatría; 1999.
- Calderón López, P. y cols. Protocolo de Atención y Traslado a la Urgencia en Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud, Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud; 2005.
- Caminero Luna, P.; Castelo Sardina, C.; y cols. Manual de procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación Estratégica. Servicio Madrileño de Salud; 2012.
- Cantero, A. I. D., & Rodríguez, C. M. Intervención junto con la familia en el centro de rehabilitación psicosocial de Badajoz. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2010; 201: 301-316.
- Casado Rabasot, MP, y cols. Encuentro de Personas usuarias y Gestores de Salud Mental. Afrontando retos, buscando soluciones. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud; 2010.
- Decreto 146/2005, de 7 de junio, por el que se regulan los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se establecen los requisitos exigidos para la autorización de los mismos. Disponible en: <http://doe.gobex.es/pdfs/doe/2005/680o/05040168.pdf>.
- Decreto 204/2017, de 21 de noviembre, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales para la prestación de Servicios y desarrollo de proyectos dirigidos a personas con discapacidad o trastornos mentales graves. Disponible en: <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2017/2270o/17040217.pdf>.
- Decreto 227/2005 de 27 de septiembre de 2005 por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Disponible en: <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2005/1150o/05040251.pdf>.

- 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. Disponible en:  
<http://doe.gobex.es/pdfs/doe/2006/610o/06040100.pdf> .
- Del Río Noriega, F, y cols. Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2006.
- Delfa, A. I., Chamorro, L. & Mogollón, C. Grupo de trabajo junto con personas usuarias: incorporación directa de personas usuarias en la gestión de centros. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2012; 210: 415-428.
- Elvira Peña, L, y cols. Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual en el Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud, Servicio Extremeño de Salud; 2007.
- Elvira Peña, L.; Cabrera Herrera, A. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud; 2007.
- Elvira Peña, L.; Cabrera Herrera, A. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud; 2008.
- Elvira Peña, L.; Cabrera Herrera, A. Programa de Trastornos Mentales Graves. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud; 2007.
- Florit-Robles, A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de psicología, 2006; 24 (1-3): 223-244.
- Fortes Álvarez JL, Landa Contreras E, Alvites Ahumada MP, Pulido la Torre, MD, Benito Ruiz A. Terapia electroconvulsiva. ¿cuándo y cómo se aplica? Fml. 2013; 17(31): 6p.
- Grupo de trabajo del CIBERSAM para la elaboración de una guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Centro de Investigación Biomédica en Red – CIBER; 2014.
- Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Detección e intervención temprana en las psicosis. Servicio Andaluz de Salud. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia. Disponible en:  
[http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC\\_453\\_TMG\\_Intervencionespsicosociales\\_Aragon.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_453_TMG_Intervencionespsicosociales_Aragon.pdf).

- Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Disponible en:  
[http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC\\_453\\_TMG\\_Intervencionespsicosociales\\_Aragon.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_453_TMG_Intervencionespsicosociales_Aragon.pdf).
- Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf).
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Disponible en:  
<http://www.aen.es/docs/GPC-TB-2012.pdf>.
- Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_482\\_Trastorno\\_Limite\\_Personalidad.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf).
- Guía para la elaboración de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia; 2011.
- Luchetta, JF. Rehabilitación en salud mental. Aportes de la CIF. Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesionales Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo encuentro de Investigadores en Psicología Del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires; 2014.
- Martín Morgado, B. y cols. III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Servicio Extremeño de Salud; 2017.
- Martín Padilla E, y cols. La adherencia familiar en el trastorno mental grave. Aten Primaria 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.010>.
- Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Disponible en:  
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/crehabpsico21016.pdf>.
- Mogollón, C. & Delfa, A. I. Percepción de la impredecibilidad emocional de los trastornos mentales graves en la población general de la ciudad de Badajoz. FEARP, Revista Rehabilitación Psicosocial, diciembre 2014.
- Oltra Ponzoda, A. y cols. Atención a Primeros Episodios Psicóticos. Generalitat Valenciana; 2016.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud; 2001.
- Plan de Atención Integral a las Personas con Trastorno Mental Grave 2018-2022. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas; 2011.

- Pozo Navarro, P. Terapia electroconvulsiva. En: Barcia, D. Tratado de Psiquiatría. Ed. Arán Ediciones; 2000. p 717-722.
- Robles García, R., & Medina Dávalos, R., & Páez Agraz, F., & Becerra Rodríguez, B. Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 2010, 33 (1): 67-75.
- Rodríguez, A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Pirámide; 1997. p 274.
- Rueda, LM.; Aguilar, M. Terapia Electroconvulsiva: una revisión. *Rev Hond Post Psiq*, 2013; 7 (1): 5-20.
- Toll Privat, A.; Ginart Muleros, D. y Pailhez Vindual, G. Principios del tratamiento con psicofármacos. Manual del Residente de Psiquiatría. 3ª edición. 2017.



