



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

Comunidad de Madrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y salud Mental
Carretera de Meco sn
28805 Alcalá de Henares (Madrid)

Memoria

del

Área de Gestión Clínica

de

Psiquiatría y Salud Mental

2012

Borrador Marzo 2013

ÍNDICE

ÍNDICE	2
INTRODUCCIÓN	11
ACTIVIDAD ASISTENCIAL	11
1. Unidad de Hospitalización (UHB y Programa de Apoyo en Domicilio).....	12
2. Urgencias.....	16
3. Interconsulta y Programa de enlace.....	16
4. Centros de Salud Mental	19
5. Programa Especialista Consultor.....	23
6. Hospital de Día Módulo de Adultos.....	26
7. Hospital de día Módulo de Adolescentes (incluido en el Módulo de adultos).....	26
8. Servicios Sociales.....	27
9. Red de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012	29
10. Tasas poblacionales, Servicio de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias.....	31
11. Pacientes por prestación y centro de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias.....	32
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	34
1. Objetivos estratégicos de Gestión	34
3. Objetivos Asistenciales	38
4. Objetivos Docentes	47
5. Objetivos Investigadores	56
ACCIONES NUEVAS	59
PROPUESTA DE OBJETIVOS PARA 2013	61
1. OBJETIVOS DE GESTIÓN.....	61
2. OBJETIVOS ASISTENCIALES	62
3. OBJETIVOS DOCENTES	65
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	68
ANEXO 1: Propuesta de cuadros de mando para el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental..	70
ANEXO 2: Programa de Especialista Consultor con Presencia Física	74
INTRODUCCIÓN.....	77
DEFINICIÓN	77
PROPÓSITO	77
OBJETIVOS.....	77
RECURSOS MATERIALES	77
RECURSOS HUMANOS	78
ACTIVIDADES	78
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	78
PSIQUIATRA	80
PSICÓLOGA	82
ADMINISTRATIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA	84
COORDINADOR DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL	84
ADMINISTRATIVOS DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL.....	84
RESULTADOS ESPERABLES Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	89
FLUJOGRAMA	91
ANEXO 1	93
CUESTONARIO PARA MÉDICOS DE AP SOBRE SALUD MENTAL	94
ANEXO 3: Programa de Prevención del Riesgo Suicida	96
INTRODUCCIÓN:	99
EPIDEMIOLOGÍA:	99
FACTORES DE RIESGO:	100
Factores de riesgo individuales.....	101
Factores de riesgo familiares y contextuales:	103
Factores sociofamiliares y ambientales:	104
Otros factores de riesgo:	104
POBLACIONES ESPECIALES:	105

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUPA:.....	107
EL TRIAJE DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA.....	108
EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUPA:.....	109
CRITERIOS DE INGRESO EN PSIQUIATRÍA:.....	113
INSTRUCCIONES PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA DESDE LA URGENCIA:.....	115
¿Cómo capturar la actividad?.....	116
ANEXO 1: RESUMEN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN LA URGENCIA.....	118
ANEXO 2: FLUJOGRAMA DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	122
ANEXO 4: Programa de Intervención Precoz en Psicosis.....	124
1. Introducción	127
2. Justificación	127
3. Situación actual/Situación deseable (Tabla 5 y Tabla 6)	130
Análisis DAFO (Tabla 7)	132
5. Objetivos (Tabla 8)	133
6. Ámbito de aplicación	133
7. Recursos humanos (Tabla 9)	133
8. Recursos materiales	135
9. Actividades	135
10. Resultados esperables (tabla 21)	143
11. Evaluación	144
12. Docencia	153
13. Investigación	153
ANEXO 5: programa de apoyo en domicilio y atención al alta precoz en Salud Mental.....	159
JUSTIFICACIÓN.....	162
DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	164
Recursos humanos del programa:.....	164
Recursos materiales del programa:.....	164
Coordinación del programa:.....	164
Población diana:.....	164
Derivación al programa:.....	164
Disponibilidad del personal; horario del programa; urgencias de pacientes en el programa fuera de horario.....	165
Actividades del programa:.....	165
Flujograma.....	167
Registro de la actividad:.....	168
Anexo 0. Propuesta ingreso.....	169
Anexo 1. Stock de medicación.....	170
Anexo 2. Información a familiares y pacientes.....	172
Anexo 3. Consentimiento informado de ingreso domiciliario.....	173
Anexo 4. DOCUMENTO DE AYUDA A LA TOMA DE TRATAMIENTO.....	174
Anexo 5 Solicitud de traslado en situación de urgencia.....	175
Anexo 6. Encuesta de satisfacción.....	176
ANEXO 6: Programa de Atención Intensiva y Hospitalización Parcial de Adolescentes.....	179
JUSTIFICACIÓN.....	180
1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	180

2. PROPUESTA DE AMPLIACIÓN Y TRANSFORMACION DE LAS PRESTACIONES DEL HOSPITAL DE DÍA PSQUIATRICO PARA ADOLESCENTES Y PROGRAMAS Y ACTIVIDADES VINCULADAS	184
ANEXO I EXTRACTO DEL DOSSIER EDITADO POR LA OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL SOBRE HOSPITAL DE DIA CET PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	185
ANEXO II ACTIVIDADES DEL REGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL DEL HOSPITAL DE DIA CET DE ALCALA DE HENARES.....	187
ANEXO 7: Intervenciones no estándar, y de psicoterapia de grupo y familia.....	188
1. Psicoterapias de grupo.....	189
a. Comunes para la red.....	189
b. Desde el subequipo de Puerta de Madrid	189
c. Por el programa de atención continuada de los PIR	191
2. Terapias familiares	191
3. Mejoras programa de continuidad de cuidados	194
a. PROGRAMA “PASTILLERO” EN CONSULTA DE ENFERMERÍA. C S M PUERTA DE MADRID	194
ANEXO 8: Proceso de trastorno Mental Grave.....	195
1.- INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN.....	199
3.- DESTINATARIOS DEL PROCESO.....	200
4.- LÍMITES DEL PROCESO	201
5.- PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO.....	202
6.- INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO	203
7.- ACTIVIDADES DEL PROCESO	205
8.- MAPA DEL PROCESO	226
9.- ANEXOS	227
ANEXO 9.1: ÁRBOLES DE DECISIÓN para el uso racional de los dispositivos del proceso asistencial del trastorno mental grave	228
ANEXO 9.2: Fichas de los recursos	229
ANEXO 9.3: Escalas de evaluación.....	246
- OBSTÁCULOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO.....	247
- CRONOGRAMA PROCESO: DISEÑO, CONSENSO Y PUESTA EN MARCHA.....	248
ANEXO 9: Proceso de Trastornos de la Personalidad	249
INTRODUCCIÓN.....	252
CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS, PSICOFARMACOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES EN EL TRATAMIENTO DEL TLP.....	255
DEFINICIÓN FUNCIONAL	258
LIMITE DE ENTRADA:	258
LIMITE MARGINAL	258
LIMITE DE SALIDA:	259
DESTINATARIOS DEL PROCESO.....	259
OBJETIVOS DEL PROCESO	260
ACTIVIDADES DEL PROCESO:	260
RECURSOS del PROCESO.....	263
CENTRO DE SALUD MENTAL	263
CAID DE ALCALA DE HENARES	268
HOSPITAL DE DÍA ADULTOS	271
HOSPITAL DE DÍA PSQUIÁTRICO PARA ADOLESCENTES	275
DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS: UHB Y URGENCIA/OBSERVACIÓN DEL HUPA Y PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ	279
ACTIVIDADES DEL PROGRAMA:	283
EASC ALCALÁ DE HENARES	283
CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (Río Tajuña).....	285
PISOS SUPERVISADOS.....	287

UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS	290
UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.....	291
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LOS RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL DESDE EL CSM (Pendiente)	292
MAPA DEL PROCESO: (Pendiente)	292
INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO	292
ANEXO 10: Proceso de Trastornos del Comportamiento Alimentario	294
INDICE	296
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	297
Visión de los Procesos:.....	297
Razón de ser del Proceso TCA:.....	297
2. MISIÓN DEL PROCESO	299
Objetivos generales:	299
Objetivos específicos:.....	299
Estrategias	299
3. DEFINICIÓN FUNCIONAL	300
Objetivos generales	300
Objetivos específicos.....	300
4. DESTINATARIOS	301
5. LIMITES	301
LÍMITE INICIAL.....	301
LÍMITES DE SALIDA	301
LIMITES MARGINALES	301
6. PUERTAS DEL PROCESO.....	302
Puerta de entrada en el proceso	302
Puerta de salida del proceso	302
7. INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO.....	302
Asistenciales.....	302
Coordinación.....	302
Competencia del Personal	302
Comunicación con Paciente/familia	303
8. ACTIVIDADES DEL PROCESO	306
I.- DETECCIÓN:.....	306
II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PIT	306
III.- TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	306
I. DETECCIÓN:.....	307
1.-Detección del paciente con potencial TCA.	307
2.- Inclusión en el proceso y asignación de profesional responsable en Salud Mental y Endocrinología.....	308
3. Confirmación del diagnóstico: entrevista específica y pruebas complementarias..	309
4. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas e inicio de la coordinación.....	312
5. Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).....	312
6. Presentación del PIT al paciente y a la familia.	313
7.- Actividades asistenciales. Aplicación del PIT.....	313
8.- Tratamiento nutricional.....	314
8.- TRATAMIENTO NUTRICIONAL	314
Profesional responsable	314
Endocrino del servicio de Nutrición responsable del paciente	314
Participantes en la actividad.....	314
Endocrino o MIR del dispositivo asistencial correspondiente.....	314

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	314
1.- El tratamiento Nutricional consiste en el seguimiento terapéutico de normas y objetivos nutricionales y a la prevención de las secuelas y tiene como objetivos:	314
• La renutrición del paciente	314
• Minimización de riesgo físico.....	314
• Cambios en los hábitos alimentarios distorsionados.....	314
• Prevención o tratamiento de las secuelas de la desnutrición	314
2.- Intervenciones:.....	314
1.- Aporte nutricional adecuado, con suplementos nutricionales si se precisan para cubrir los requerimientos.....	314
2.- - La educación nutricional del paciente y la familia	314
3.- - Tratamiento electrolítico y farmacológico.....	314
3.- Características y condiciones del tratamiento nutricional.....	314
• La renutrición es el elemento central del tratamiento de los TCA. Es primordial y prioritario ya que ninguna intervención farmacológica o psicoterapéutica puede ser eficaz si no existen condiciones nutricionales suficientes.....	314
• Se basará en documentos consensuados entre Nutrición y SM (anexo información nutricional).....	314
• Se debe realizar en un contexto de seguridad y confianza y mediante pactos consensuados con el paciente para la reincorporación gradual de alimentos evitados.	314
• Debe ser gradual para evitar riesgos físicos (Síndrome de realimentación) y el abandono precoz del tratamiento.	314
• La renutrición debe estar sustentado siempre por una intervención psicoterapéutica por lo que es imprescindible mantener un seguimiento regular en salud mental a la vez que en nutrición.	314
• Se debe de realizar contando con la participación de la familia que actuará como apoyo y que recibirá a su vez educación nutricional.....	315
• Puede que algunas intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas estén contraindicadas o sean impracticables si existe desnutrición importante.	315
• Siempre en coordinación con SM. Informar de los cambios, necesidades, riesgos o sugerencias de cambios de encuadre.....	315
• Cada revisión debe quedar registrada en la historia electrónica de forma que se facilite la coordinación	315
• Se recomienda un seguimiento periódico quincenal al inicio e ir espaciándolo tras la estabilización, aunque nunca más de 6 meses.	315
Registro de a actividad	315
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.....	315
9.- Actividades en salud mental	315
10.- Tratamiento psiquiátrico.....	315

11.- Tratamiento psicoterapéutico.....	317
Trastorno por atracón	326
12.- Cuidados de enfermería.....	327
12.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	327
Profesional responsable.....	327
DUE de los dispositivos de Salud mental tutor del programa de seguimiento	327
Participantes en la actividad.....	327
DUE y EIR de los dispositivos de Salud mental responsable del caso.....	327
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad.....	327
El profesional de enfermería se encargará de las siguientes tareas:.....	327
1. Psicoeducación nutricional al paciente y la familia (en encuadre individual y grupal) (anexo camino de la recuperación	327
2. Seguimiento del peso y constantes vitales a indicación del Profesional de nutrición	327
3. Asesoramiento en pautas de alimentación en coordinación con el profesional de nutrición. (anexo documento de educación nutricional)	327
4. Entrenamiento en técnicas de relajación.....	327
5.- Monitorizar el cumplimiento terapéutico y favorecer la adherencia	327
(Anexo fichas de actividad)) (anexo programa de curso de psicoeducación).....	327
Registro de a actividad.....	327
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.....	327
13.- Cuidados de enfermería.....	327
13.- TRABAJO SOCIAL.....	327
Profesional responsable.....	327
Trabajados social del CSM.....	327
Participantes en la actividad.....	327
Trabajador social del CSM	327
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad.....	327
La intervención social tiene los siguientes elementos:	327
1. Búsqueda de recursos sociales necesarios para una mejor adaptación social, laboral y ocupacional.....	327
2. Configuración de grupos de autoayuda y apoyo: información y puesta en contacto con estos grupos.....	327
3. Participación en la planificación terapéutica.....	327
4. Registro en la historia clínica de las intervenciones realizadas.....	327
Registro de a actividad.....	327
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.....	327
14.- Derivación a otros recursos asistenciales.....	328
14.- DERIVACIÓN A OTROS RECURSOS ASISTENCIALES.....	328

Profesional responsable	328
Facultativo responsable y gestor de caso	328
Participantes en la actividad	328
Equipo multidisciplinar de Salud Mental	328
Equipo multidisciplinar del servicio de Nutrición del HUPA	328
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	328
Derivación a otro nivel asistencial	328
1. Derivación a otro nivel asistencial (HD/Hospitalización) según criterios (Anexo criterios de derivación recursos)	328
Hospitalización en Unidad específica para TCA	328
Se determinará el ingreso de un paciente cuando sus condiciones físicas y ambientales supongan grave riesgo vital o impidan el tratamiento ambulatorio y se mantendrá hasta que se restablezcan las condiciones (físicas o ambientales) que lo hagan posible	328
Se realizará en las camas asignadas al servicio de endocrinología del HUPA y a cargo del personal de enfermería especialmente entrenado para ello, siempre que ello sea posible. En situaciones de desbordamiento de estos recursos (por disponibilidad o por las características clínicas de los pacientes) se derivará a la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Ramón y Cajal o a la Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría (UHB)	328
Se llevará a cabo en las condiciones establecidas para cada caso en el contrato de hospitalización y en el contrato preliminar de ingreso (aplicable en las fases iniciales del ingreso) (anexo contratos)	328
Hospitalización en UHB	328
La UHB es un recurso de ingreso para casos excepcionales en el proceso TCA. Puede ser necesario cuando el paciente presenta alteraciones psicopatológicas graves en las que no se puede asegurar la contención en las camas específicas de TCA o si hay una clara indicación de ingreso por desnutrición pero el paciente no está motivado y hay indicación de ingreso involuntario o riesgo de fuga	328
El ingreso en a UHB por falta de plaza en las camas específicas debe ser excepcional	328
Hospital de día	328
El Hospital de Día es un recurso de reconocida utilidad en el tratamiento de los pacientes con TP que presentan TCA	328
El objetivo principal de tratamiento en HD en estos casos es el de abordar los síntomas derivados con una comorbilidad con un trastorno de personalidad, si bien es imprescindible trabajar aspectos directamente relacionados con el peso y la alimentación. Objetivos de tratamiento en HD son:	328
▪ Facilitar el alta hospitalaria y la transición al tratamiento ambulatorio.	328
▪ Proporcionar tratamiento psicoterapeutico intensivo del trastorno de personalidad.	328
▪ Proporcionar soporte intensivo durante la realimentación	328
▪ Tratamiento intensivo de los síntomas propios del TCA	328

El informe de derivación recogerá los aspectos más significativos para la continuidad de cuidados, las razones y los objetivos del ingreso.	328
En caso de que el paciente rechace el ingreso, solicitar autorización judicial para un internamiento por riesgo vital.	328
Registro de a actividad	328
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.....	328
FASES DEL INGRESO.....	331
FASES DEL INGRESO.....	338
15.- Salida del proceso. Alta	344
15.- ALTA DEL PROCESO	344
ANEXO 11: Memoria Docente.....	345
1. PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE DOCENCIA MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL DE ALCALÁ DE HENARES	348
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE LA UDM-SM	349
Misión	349
Visión.....	349
Valores	349
3. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL	349
Reuniones y actas de la Comisión de Docencia Multiprofesional y Subcomisión de Docencia de la UDM-SM	350
Análisis de la Capacidad Docente	351
LISTADO GENERAL DE RESIDENTES INTERNOS MIRES y PIRES 2012	352
Nº de residentes externos	352
Nº de Residentes de Neurología: 1 residente por año	353
LISTADO TUTORES MIRES PIRES Y EIRES	353
CONCLUSIÓN ANÁLISIS de la CAPACIDAD DOCENTE	355
4. LA FORMACIÓN EN SALUD MENTAL.....	356
a) La Formación en las organizaciones sanitarias.	356
b) La Formación en Salud Mental.	356
c) Plan de Formación en la Unidad de Docencia Multiprofesional del Hospital Príncipe de Asturias de la Comunidad de Madrid.	356
5. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA UDM-SM.....	358
6. PLAZAS OFERTADAS	358
7. PLANES DE LAS ESPECIALIDADES.....	358
8. FORMACIÓN CLÍNICA. ITINERARIOS ASISTENCIALES.....	359
Itinerario tipo del residente de Psiquiatría.....	359
Itinerario tipo del residente de Psicología Clínica.....	360
Itinerario tipo del residente de Psicología Clínica.....	360
Itinerario tipo del residente de Enfermería Especialista en Salud Mental.....	360
Cronograma de rotaciones asistenciales en planes individualizados.....	360
Cronograma individualizado Psiquiatría	361
Cronograma individualizado PIR	363
Cronograma individualizado EIR	365
9. LA FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIA DEL RESIDENTE.....	365
10. CURSOS, JORNADAS ORGANIZADAS POR EL SERVICIO	366
11. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DOCENTES.....	366
12. SESIONES CLÍNICAS DE ÁREA DEL AÑO 2011-2012	371
13. MES DE INMERSIÓN TEÓRICA DE LOS EIR DURANTE EL MES DE JUNIO 2011	372
14. ACTIVIDADES CIENTÍFICO INVESTIGADORAS AÑO 2011-2012.....	374
PROYECTOS EN CURSO	374
ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA DEL AÑO 2011:	375
COMUNICACIONES A CONGRESOS	376
DEA OBTENIDOS:	384
TESIS LEÍDAS:	384

TESIS EN CURSO:	384
Nº DE PROYECTOS EN CURSO:	385
15. CURSOS REALIZADOS POR LOS TUTORES DE LA UDM.....	389
ANEXO 12: Memoria de Investigación.....	391
PUBLICACIONES	392
Artículos	392
Libros	394
Capítulos	395
TESIS DOCTORALES LEIDAS	398
PARTICIPACIONES EN CONGRESOS	399
PARTICIPACIÓN EN CURSOS COMO DOCENTE	403

INTRODUCCIÓN

El Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (En adelante AGCPSM) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (En adelante HUPA) se constituyó el 11 de diciembre de 2011. El año 2012 es, por tanto el primero transcurrido desde tal constitución.

El acuerdo por el que se constituye el AGCPSM define como líneas estratégicas de la misma:

- Desarrollar una gestión clínica y del conocimiento transparente y participativa.
- Facilitar al paciente accesibilidad a los recursos de Salud Mental, incorporando la libre elección de médico y centro.
- Acceder a los mismos sistemas y gestión de la información que el resto de la Atención Especializada: Historia clínica electrónica. Cuadro de Mandos. Infraestructura informática.
- Potenciar la formación continuada de los profesionales, el trabajo interdisciplinar y el objetivo de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados.
- Trabajar mediante procedimientos, procesos y protocolos: Interconsultas, Atención Primaria, Atención a las drogodependencias, TMG y Continuidad de Cuidados, Servicios Sociales.
- Potenciar la asistencia en Salud Mental de niños y adolescentes, así como en otras poblaciones de riesgo identificado, mediante programas y estructuras asistenciales específicas.

El Acuerdo remite a sus anexos para definir los objetivos para el año 2012 del AGCPSM que organiza en 4 bloques:

- 1.- Objetivos estratégicos de Gestión (ANEXO VI)
- 2.- Objetivos Asistenciales (ANEXO VI)
- 3.- Objetivos Docentes (ANEXO VII)
- 4.- Objetivos Investigadores (ANEXO VIII)

La presente memoria revisará el cumplimiento de estos objetivos. Pero, además, deberá dar cuenta de dos series de fenómenos que han acaecido desde la fecha de la firma del acuerdo

1. En junio de 2012 la atención a la salud mental del antiguo Distrito de Torrejón de Ardoz ha dejado de ser dispensada desde el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Y el Centro de Salud Mental (CSM) de Torrejón que de éste dependía) y ha pasado a ser atendida desde el nuevo Hospital de Torrejón (que se ha dotado de un Centro de Salud Mental en todo dependiente del mismo). Parte del personal que prestaba sus servicios en ese CSM ha asumido nuevas funciones en la atención a la salud mental de la población de Alcalá de Henares.
2. En relación primero con la constitución del AGCPSM y, luego, con la reincorporación al HUPA de recursos anteriormente cedidos al CSM de Torrejón, durante este año 2012 en el ámbito de responsabilidad del Hospital Universitario Príncipe de Asturias se han desarrollado una serie de acciones nuevas en el campo de la atención a la salud mental.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La actividad asistencial del AGCPSM del HUPA está registrada desde hace muchos años en el HP-HIS como el resto de la actividad asistencial del Hospital.

Este registro se ha podido realizar, sobre todo en la actividad de consultas (sean del CSM; o del Hospital) haciendo recaer sobre los facultativos (Que, a diferencia de los de

otras especialidades trabajan sin apoyo para ello de personal administrativo o de enfermería) la responsabilidad de cumplimentar los registros informáticos.

Uno de los objetivos de la constitución del AGCPSM era conseguir que esta información registrada pudiera ser recuperada y utilizada a efectos clínicos, de evaluación y de gestión, cosa que dejó de ser posible desde que pasamos a tener que utilizar el HP-HIS en lugar del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos en el momento trasladar el CSM de Alcalá al CIDT Francisco Díaz.

La actual estructura del HP-HIS no permite una recuperación automática de la información útil para estos menesteres. Después de un año de trabajo conjunto entre la responsable de los sistemas de información del AGCPSM y las de el HUPA ha sido posible rescatar información fiable del año 2012 que ofrecemos a continuación. La superación de las limitaciones encontradas se proponen como objetivos para el año 2013.

1. Unidad de Hospitalización (UHB y Programa de Apoyo en Domicilio)



Pacientes por Diagnóstico Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	TOTAL PACIENTES	TOTAL ALTAS EN PSQ	ESTANCIAS TOTALES	ESTANCIAS MEDIAS	ESTANCIAS POR CADA 10.000 HABITANTES	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	INDICE DE ROTACIÓN
aa Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.0	11	13	298	22,92	12,35	4,54%	0,72
ab Trastornos Esquizofrénicos 295.00-295.95	40	55	1523	27,64	65,13	23,18%	3,06
ac Otros Trastornos Psicóticos 296.00-296.99/297.0-297.9/298.0	61	66	1505	22,80	62,38	22,91%	3,63
ad Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.80	43	49	1321	26,96	54,75	20,11%	2,72
ae Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311	40	43	1156	26,88	47,91	17,60%	2,39
af Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	12	12	347	20,58	10,34	3,76%	0,67
ag Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304	131	156	3590	22,44	145,97	52,27%	8,67
ah Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	14	16	390	24,78	16,16	5,94%	0,84
ai Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-30019	2	2	51	25,50	2,11	0,78%	0,11
aj Trastornos Obsesivos Compulsivos 309.3	6	6	131	21,83	5,43	1,99%	0,33
ak Otros trastornos Neuróticos 309.5-309.9	5	5	278	55,60	11,52	4,23%	0,28
al Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	40	56	1372	24,50	56,87	20,88%	3,11
am Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	0	0					0,00
an Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0	2	2	29	14,50	1,20	0,44%	0,11
ao Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.50-307.59	12	16	352	22,00	14,59	5,36%	0,89
ap Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX. 309.81	27	32	539	16,84	22,34	8,20%	1,78
ar Trastornos Orgánicos no Psíquicos 310.0-310.9	0	0					0,00
as Trastorno por Estrés Posttraumático Prolongado 309.81	6	7	170	24,29	7,05	2,49%	0,39
at Retraso Mental 317.3/318.0-318.2	8	9	141	15,67	5,84	2,15%	0,50

martes, 05 de marzo de 2013

Página 1 de 3

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	TOTAL PACIENTES	TOTAL ALTAS EN PSQ	ESTANCIAS TOTALES	ESTANCIAS MEDIAS	ESTANCIAS POR CADA 10.000 HABITANTES	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	INDICE DE ROTACIÓN
E aa Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sól	0	0					0,00
E ab Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso	0	0					0,00
E ac Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y	0	0					0,00
E ac Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahogamiento, estran	0	0					0,00
E af Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogam	0	0					0,00
E ag Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, esco	0	0					0,00
E ah Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante	0	0					0,00
E ai Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar	0	0					0,00
E aj Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medi	1	1	11	11,00	0,46	0,17%	0,06
N aa Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	0	0					0,00
N ab Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	10	12	197	16,42	8,17	3,00%	0,67
N ac Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	0	0					0,00
N ae Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	0	0					0,00
N af Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	0	0					0,00
N ag Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades	0	0					0,00
V aa Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.	15	17	407	23,94	16,87	6,19%	0,94
V ab Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.6/V	4	4	84	21,00	3,48	1,28%	0,22
V ac Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.9	1	1	18	18,00	0,75	0,27%	0,06
V ad Ideas de suicidio V62.84	10	10	157	15,70	6,51	2,39%	0,56
V ae Inaccessibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0					0,00
V af Persona que va a servicio de salud para procedimientos que	0	0					0,00

martes, 05 de marzo de 2013

Página 2 de 3

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	TOTAL PACIENTES	TOTAL ALTAS EN PSQ	ESTANCIAS TOTALES	ESTANCIAS MEDIAS	ESTANCIAS POR CADA 10.000 HABITANTES	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	INDICE DE ROTACIÓN
V ag Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	0	0					0,00
V ah Convalecencia	0	0					0,00
V ai Examen de vigilancia anterior	0	0					0,00
V aj Consultas con fines administrativos	0	0					0,00
V ak Examen médico general	0	0					0,00
V al Observación y evaluación por sospecha de afección	0	0					0,00
Total Diagnósticos:	208	251	6055	24,12	250,97	92,16%	13,94

martes, 05 de marzo de 2013

Página 3 de 3

Pacientes por Diagnóstico, Programa de Apoyo al Alta precoz del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.9	1	1	15
Trastornos Esquizofrénicos 296.00-296.95	2	2	22
Otros Trastornos Psicóticos 296.90-296.99/297.0-297.9/298.0-298.9	3	3	57
Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.89	0	0	0
Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311.	1	1	7
Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	0	0	0
Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304.93/305.00-305.93	0	0	0
Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	0	0	0
Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-300.19	0	0	0
Trastornos Obsesivos Compulsivos 300.3	0	0	0
Otros trastornos Neuróticos 300.5-300.9	0	0	0
Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	0	0	0
Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	0	0	0
Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0/307.6-307.9/307.20-307.49	0	0	0
Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.50-307.59	0	0	0
Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX.309.81	1	1	13
Trastornos Orgánicos no Psicóticos 310.0-310.9	0	0	0
Trastorno por Stress Posttraumático Prolongado 309.81	1	2	14
Retraso Mental 317/319/318.0-318.2	0	0	0
NIÑEZ			
Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	0	0	0
Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	0	0	0
Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	0	0	0
Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	0	0	0
Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	0	0	0
Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades Orgánicas 316.	0	0	0

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
CÓDIGOS V			
Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.0-V60.4/V60.6-V60.9	0	0	0
Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.6/V61.8	0	0	0
Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.	0	0	0
Ideas de suicidio V62.84	0	0	0
Inaccesibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0	0
Persona que va a servicio de salud para procedimientos que no se hacen	0	0	0
Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	0	0	0
Convalecencia	0	0	0
Examen de vigilancia anterior	0	0	0
Consultas con fines administrativos	0	0	0
Examen médico general	0	0	0
Observación y evaluación por sospecha de afección	0	0	0
CÓDIGOS E			
Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas E950	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso doméstico E951	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y vapores E952	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahorcamiento, estrangulación y asfixia E953	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogamiento) E954	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, escopetas de aire y explosivos E955	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante y punzante E956	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto	0	0	0
Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medios no especificados	0	0	0
Total con Dx:	1	2	116
Total sin Dx:	16	18	251
Total:	17	20	367

2. Urgencias



MES	URGENCIAS
1	126
2	114
3	130
4	119
5	117
6	145
7	119
8	119
9	115
10	86
11	109
12	102
TOTAL:	1.397

jueves, 28 de febrero de 2013

Página 1 de 1

3. Interconsulta y Programa de enlace

INTERCONSULTAS PSIQUIATRÍA - 2012

SERVICIO PETICIONARIO	TOTAL
CAR	13
CGD	52
COT	6
DIG	23
END	4
ESI	32
GIN	17
HCL	9
MIR	100
NEF	2
NML	33
NRL	24
PED	10
UCI	6
URO	8
Total general	339

Interconsultas [Registradas](#) en la Aplicación de interconsultas - Año 2012

AQUÍ NO ESTAN DESCARGADOS LAS CONTESTACIONES PARA LA MISMA INTERCONSULTA

Los datos obtenidos informan sobre las interconsultas registradas independientemente de:

- si las interconsultas han sido o no realizadas.
- si las interconsultas están repetidas.

Pacientes por Diagnóstico, Programa de enlace del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.9	0	1	6
Trastornos Esquizofrénicos 296.00-296.95	1	2	14
Otros Trastornos Psicóticos 296.90-296.99/297.0-297.9/298.0-298.9	0	13	26
Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.89	0	10	16
Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311.	7	31	113
Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	1	4	8
Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304.93/305.00-305.93	1	2	3
Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	1	34	177
Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-300.19	2	2	9
Trastornos Obsesivos Compulsivos 300.3	1	6	17
Otros trastornos Neuróticos 300.5-300.9	0	2	10
Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	3	27	128
Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	0	0	0
Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0/307.6-307.9/307.20-307.49	2	7	18
Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.50-307.59	4	26	146
Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX.309.81	75	183	472
Trastornos Orgánicos no Psicóticos 310.0-310.9	0	0	0
Trastorno por Stress Posttraumático Prolongado 309.81	1	6	44
Retraso Mental 317/319/318.0-318.2	0	1	2
NIÑEZ			
Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	0	1	2
Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	0	2	2
Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	0	0	0
Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	0	0	0
Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	0	0	0
Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades Orgánicas 316.	0	0	0

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
CÓDIGOS V			
Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.0-V60.4/V60.6-V60.9	0	0	0
Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.6/V61.8	6	11	13
Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.	5	7	9
Ideas de suicidio V62.84	3	3	3
Inaccesibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0	0
Persona que va a servicio de salud para procedimientos que no se hacen	0	0	0
Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	0	0	0
Convalecencia	0	0	0
Examen de vigilancia anterior	0	0	0
Consultas con fines administrativos	0	0	0
Examen médico general	3	3	3
Observación y evaluación por sospecha de afección	3	6	7
CÓDIGOS E			
Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas E950	4	4	4
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso doméstico E951	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y vapores E952	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahorcamiento, estrangulación y asfixia E953	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogamiento) E954	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, escopetas de aire y explosivos E955	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante y punzante E956	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto	0	0	0
Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medios no especificados	0	0	0
Total con Dx:	190	305	1.483
Total sin Dx:	62	199	322
Total:	252	504	1.805

4. Centros de Salud Mental

Pacientes por Diagnóstico, Centro de Salud Mental Francisco Díaz 2012

Incluye Subequipo 1 y Subequipo 2

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.9	18	66	122
Trastornos Esquizofrénicos 295.00-295.95	12	425	1.736
Otros Trastornos Psicóticos 296.90-296.99/297.0-297.9/298.0-298.9	24	280	871
Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.89	19	326	1.248
Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311.	110	892	2.320
Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	17	85	219
Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304.93/305.00-305.93	10	93	161
Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	137	640	1.660
Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-300.19	2	28	85
Trastornos Obsesivos Compulsivos 300.3	14	156	548
Otros trastornos Neuróticos 300.5-300.9	17	82	155
Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	54	548	1.705
Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	7	13	21
Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0/307.6-307.9/307.20-307.49	27	94	281
Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.60-307.59	19	104	386
Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX-309.81	422	1.382	3.455
Trastornos Orgánicos no Psicóticos 310.0-310.9	1	16	27
Trastorno por Stress Posttraumático Prolongado 309.81	5	25	68
Retraso Mental 317/319/318.0-318.2	24	123	346
NIÑEZ			
Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	8	60	179
Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	101	350	927
Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	90	303	844
Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	88	410	1.581
Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	36	113	272
Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades Orgánicas 316.	4	5	9

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
CÓDIGOS V			
Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.0-V60.4/V60.6-V60.9	7	19	21
Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.6/V61.8	62	143	388
Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.8	16	39	96
Ideas de suicidio V62.84	0	1	2
Inaccesibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0	0
Persona que va a servicio de salud para procedimientos que no se hacen	1	1	1
Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	8	12	12
Convalecencia	0	0	0
Examen de vigilancia anterior	0	0	0
Consultas con fines administrativos	1	2	0
Examen médico general	4	10	10
Observación y evaluación por sospecha de afección	52	66	78
CÓDIGOS E			
Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas E950	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso doméstico E951	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y vapores E952	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahorcamiento, estrangulación y asfixia E953	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogamiento) E954	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, escopetas de aire y explosivos E955	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante y punzante E956	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto	0	0	0
Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medios no especificados	0	0	0
Total con Dx:	1.422	2.810	19.390
Total sin Dx:	199	2.657	10.773
Total:	1.621	5.467	30.163

Pacientes por Diagnóstico, Centro de Salud Mental Puerta de Madrid 2012

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.9	5	26	45
Trastornos Esquizofrénicos 295.00-295.95	8	106	688
Otros Trastornos Psicóticos 296.90-296.99/297.0-297.9/298.0-298.9	9	79	266
Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.89	3	62	170
Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311.	33	308	1.089
Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	18	63	187
Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304.93/305.00-305.93	10	54	102
Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	20	86	231
Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-300.19	0	6	22
Trastornos Obsesivos Compulsivos 300.3	13	74	393
Otros trastornos Neuróticos 300.5-300.9	0	18	50
Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	18	189	1.277
Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	0	3	3
Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0/307.6-307.9/307.20-307.49	12	34	66
Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.50-307.59	5	46	212
Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX.309.81	240	687	1.547
Trastornos Orgánicos no Psicóticos 310.0-310.9	5	27	60
Trastorno por Stress Posttraumático Prolongado 309.81	0	5	10
Retraso Mental 317/319/318.0-318.2	3	37	114
NIÑEZ			
Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	0	7	27
Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	12	24	40
Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	19	79	226
Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	7	22	63
Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	9	21	38
Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades Orgánicas 316.	0	0	0

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
CÓDIGOS V			
Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.0-V60.4/V60.6-V60.9	2	2	2
Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.6/V61.8	40	98	135
Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.9	3	5	6
Ideas de suicidio V62.84	1	1	1
Inaccesibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0	0
Persona que va a servicio de salud para procedimientos que no se hacen	0	0	0
Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	9	11	11
Convalecencia	0	0	0
Examen de vigilancia anterior	0	0	0
Consultas con fines administrativos	0	0	0
Examen médico general	2	3	3
Observación y evaluación por sospecha de afección	0	8	12
CÓDIGOS E			
Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas E950	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso doméstico E951	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y vapores E952	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahorcamiento, estrangulación y asfixia E953	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogamiento) E954	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, escopetas de aire y explosivos E955	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante y punzante E956	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto	0	0	0
Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medios no especificados	0	0	0
Total con Dx:	641	1.160	7.692
Total sin Dx:	92	782	2.966
Total:	733	1.942	10.658

5. Programa Especialista Consultor

Pacientes por Diagnóstico Especialista Consultor (Miguel Cervantes, María de Guzman, Juan de Austria, Reyes Magos y Luis Vives) 2012

Agendas creadas a partir
del 01/07/2012

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.9	1	1	1
Trastornos Esquizofrénicos 295.00-295.95	3	3	3
Otros Trastornos Psicóticos 296.90-296.99/297.0-297.9/298.0-298.9	7	7	7
Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.89	1	1	1
Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311.	11	11	11
Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	2	2	2
Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304.93/305.00-305.93	2	2	2
Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	6	6	6
Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-300.19	0	0	0
Trastornos Obsesivos Compulsivos 300.3	2	2	2
Otros trastornos Neuróticos 300.5-300.9	1	1	1
Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	5	5	5
Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	0	0	0
Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0/307.6-307.9/307.20-307.49	3	3	3
Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.50-307.59	0	0	0
Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX.309.81	43	43	43
Trastornos Orgánicos no Psicóticos 310.0-310.9	0	0	0
Trastorno por Stress Posttraumático Prolongado 309.81	0	0	0
Retraso Mental 317/319/318.0-318.2	4	4	4
NIÑEZ			
Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	0	0	0
Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	2	2	2
Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	0	0	0
Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	0	0	0
Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	0	0	0
Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades Orgánicas 316.	0	0	0

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
CÓDIGOS V			
Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.0-V60.4/V60.6-V60.9	0	0	0
Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.8/V61.8	0	0	0
Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.	1	1	1
Ideas de suicidio V62.84	0	0	0
Inaccesibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0	0
Persona que va a servicio de salud para procedimientos que no se hacen	0	0	0
Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	2	2	2
Convalecencia	0	0	0
Examen de vigilancia anterior	0	0	0
Consultas con fines administrativos	0	0	0
Examen médico general	0	0	0
Observación y evaluación por sospecha de afección	1	1	1
CÓDIGOS E			
Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas E950	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso doméstico E951	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y vapores E952	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahorcamiento, estrangulación y asfixia E953	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogamiento) E954	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, escopetas de aire y explosivos E955	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante y punzante E956	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto	0	0	0
Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medios no especificados	0	0	0
Total con Dx:	119	119	121
Total sin Dx:	187	188	190
Total:	306	307	311

6. Hospital de Día Módulo de Adultos

HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO - 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Acumulado
Nº de Puestos	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
Nº de Pacientes	38	32	37	39	40	41	34	30	36	41	46	44	458
Nº de Sesiones	322	336	354	323	400	388	330	272	351	397	392	352	4217

7. Hospital de día Módulo de Adolescentes (incluido en el Módulo de adultos)

8. Servicios Sociales

Pacientes por Diagnóstico, Servicios Sociales del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES ATENDIDOS	PACIENTES CON ALTAS	TOTAL CONSULTAS
Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.9	1	0	1
Trastornos Esquizofrénicos 295.00-295.95	61	34	78
Otros Trastornos Psicóticos 296.90-296.99/297.0-297.9/298.0-298.9	14	3	17
Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.89	6	2	6
Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311.	4	1	4
Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	2	1	2
Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304.93/305.00-305.93	2	1	4
Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	1	2	0
Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-300.19	0	0	0
Trastornos Obsesivos Compulsivos 300.3	1	0	1
Otros trastornos Neuróticos 300.5-300.9	1	2	1
Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	20	10	24
Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	0	0	0
Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0/307.6-307.9/307.20-307.49	1	1	2
Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.50-307.59	0	0	0
Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX.309.81	2	1	2
Trastornos Orgánicos no Psicóticos 310.0-310.9	2	0	2
Trastorno por Stress Posttraumático Prolongado 309.81	0	0	0
Retraso Mental 317/319/318.0-318.2	2	1	3
NIÑEZ			
Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	3	2	5
Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	0	0	0
Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	0	0	0
Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	0	0	0
Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	0	0	0
Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades Orgánicas 316.	0	0	0

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES ATENDIDOS	PACIENTES CON ALTAS	TOTAL CONSULTAS
CÓDIGOS V			
Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.0-V60.4/V60.6-V60.9	0	0	0
Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.6/V61.8	1	1	1
Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.9	1	1	1
Ideas de suicidio V62.84	0	0	0
Inaccesibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0	0
Persona que va a servicio de salud para procedimientos que no se hacen	0	0	0
Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	0	0	0
Convalecencia	0	0	0
Examen de vigilancia anterior	0	0	0
Consultas con fines administrativos	0	0	0
Examen médico general	0	0	0
Observación y evaluación por sospecha de afección	0	0	0
CÓDIGOS E			
Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas E950	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso doméstico E951	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y vapores E952	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahorcamiento, estrangulación y asfixia E953	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogamiento) E954	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, escopetas de aire y explosivos E955	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante y punzante E956	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto	0	0	0
Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medios no especificados	0	0	0
Total con Dx:	100	50	133
Total sin Dx:	16	11	17
Total:	116	61	150

9. Red de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

Pacientes por Diagnóstico, Red de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
Psicosis Orgánicas 290.0-290.9/293.0-294.9	24	96	190
Trastornos Esquizofrénicos 295.00-295.95	23	541	2.547
Otros Trastornos Psicóticos 296.90-296.99/297.0-297.9/298.0-298.9	40	369	1.245
Trastornos Bipolares 296.00-296.16/296.40-296.89	23	386	1.442
Trastornos depresivos no Bipolar 296.20-296.36/300.4/311.	159	1.198	3.544
Trastornos con el Alcohol 291.0-291.9/303.00-303.93	37	146	418
Trastornos relacionados con Drogas 292.0-292.9/304.00-304.93/305.00-305.93	19	150	153
Ansiedad 300.00-300.09/300.20-300.29	164	735	2.075
Trastornos Conversivos y Ficticios 300.10-300.19	4	34	116
Trastornos Obsesivos Compulsivos 300.3	30	224	963
Otros trastornos Neuróticos 300.5-300.9	18	102	216
Trastornos de Personalidad 301.0-301.9	79	736	3.295
Disfunciones Sexuales 302.0-302.9	7	16	24
Disfunciones fisiológicas de origen mental 306.0-306.9/307.0/307.6-307.9/307.20-307.49	44	139	370
Trastornos de la Conducta Alimentaria 307.1/307.50-307.59	28	160	747
Trastornos Reactivos 308.0-308.9/309.0-309.9 EX.309.81	777	2.221	5.534
Trastornos Orgánicos no Psicóticos 310.0-310.9	6	42	89
Trastorno por Stress Posttraumático Prolongado 309.81	6	38	136
Retraso Mental 317/319/318.0-318.2	31	157	469
NÍNEZ			
Psicosis Peculiares de la Niñez 299.00-299.91	8	67	213
Trastornos de la Conducta 312.00-312.9	114	369	971
Perturbaciones Emocionales 313.0-313.9	109	373	1.070
Síndrome Hiperquinésico 314.0-314.9	95	414	1.644
Retraso del Desarrollo 315.0-315.9	45	132	310
Otros Factores Psíquicos Asociados a otras Enfermedades Orgánicas 316.	4	5	9

DIAGNÓSTICOS CIE 9 CM	PACIENTES NUEVOS	PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL CONSULTAS
CÓDIGOS V			
Circunstancias de la vida, grupo familiar y económico V60.0-V60.4/V60.6-V60.9	9	21	23
Otras Circunstancias referentes a la familia V61.0-V61.8/V61.8	108	250	537
Otras circunstancias psicosociales V62.0-V62.	25	53	113
Ideas de suicidio V62.84	4	5	6
Inaccesibilidad a otras instalaciones de at. Médica	0	0	0
Persona que va a servicio de salud para procedimientos que no se hacen	1	1	1
Otras personas que van a consulta sin tener enfermedad	19	25	25
Convalecencia	0	0	0
Examen de vigilancia anterior	0	0	0
Consultas con fines administrativos	1	2	2
Examen médico general	9	16	16
Observación y evaluación por sospecha de afección	56	81	98
CÓDIGOS E			
Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas E950	4	4	4
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por gases de uso doméstico E951	0	0	0
Suicidio y envenenamiento autoinflingido por otros gases y vapores E952	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por ahorcamiento, estrangulación y asfixia E953	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por submersión (ahogamiento) E954	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por armas de fuego, escopetas de aire y explosivos E955	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por instrumento cortante y punzante E956	0	0	0
Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto	0	0	0
Suicidio y lesión autoinflingida por otros medios y por medios no especificados	0	0	0
Total con Dx:	2.448	4.023	29.232
Total sin Dx:	553	3.547	15.361
Total:	3.001	7.570	44.593

10. Tasas poblacionales, Servicio de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias



Tasas Poblacionales Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

Total población correspondiente al Hospital Unviersitario Príncipe de Asturias 241.267

HOSPITALIZACIÓN

Total estancias: 6.055

Total ingresos: 251

POR CADA 1.000 HABITANTES

Total estancias: 25,10

Total ingresos: 1,04

CONSULTAS

Total pacientes nuevos: 3.001

Total pacientes atendidos: 7.570

Total consultas: 44.593

POR CADA 1.000 HABITANTES

INCIDENCIA : 12,44

PREVALENCIA : 31,38

FRECUENTACIÓN CONSULTAS : 185

11. Pacientes por prestación y centro de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Total Pacientes y Consultas por prestación y por Centro Hospital Universitario Príncipe de Asturias 2012

Código	Prestación	ESPECIALISTA CONSULTOR		OSM FRANCISCO GÍJAZ		PROGRAMA DE ENLACE HUPA		P. DE APOYO AL ALTA PRECOZ HUPA		CSM PUERTA DE MADRID		SERVICIOS SOCIALES		TOTAL SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
		Total Pacientes	Total consulta	Total Paciente	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta
2.1130	PREVENCIÓN R.S.			5	5	52	54			3	3			60	62
2.14	VALORACIÓN-EVALUACIÓN PSIQUIATRÍA INFANTIL			283	291	2	3			42	42			323	336
2.15	VALORACIÓN-EVALUACIÓN PSIQUIATRÍA ADULTOS	285	288	685	703	7	7			509	517			1.471	1.515
2.16	VALORACIÓN-EVALUACIÓN PSICOLOGÍA ADULTOS	22	22	314	317					109	110			444	449
2.17	VALORACIÓN-EVALUACIÓN PSICOLOGÍA INFANTIL			357	360					75	75			431	435
2.19	VALORACIÓN-EVALUACIÓN					192	210							192	210
2.22	MANEJO CLÍNICO DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS	1	1	3.119	11.417	24	24			1.104	4.566			4.951	16.018
3.100	CONTINUUM DE CUIDADOS			439	2.292					140	942			546	3.234
3.101	EVALUACIÓN DOMICILIARIA							17	43	1	1			18	44

Código	Prestación	ESPECIALISTA CONSULTOR		CSM FRANCISCO DIAZ		PROGRAMA DE ENLACE HUPA		P. DE APOYO AL ALTA PRECOZ HUPA		CSM PUERTA DE MADRID		SERVICIOS SOCIALES		TOTAL SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
		Total Pacientes	Total consulta	Total Paciente	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta
3.102	VISITA DOMICILIARIA			6	17					8	9			14	22
3.103	PROGRAMAS PROTOCOLIZADOS			21	34					3	3			24	37
3.104	OTROS ENFERMERIA			412	1.205			6	7	61	93			474	1.305
3.200	CONSULTA TRABAJO SOCIAL			237	326					74	106			316	477
3.201	CONTINUIDAD DE CUIDADOS			263	884					75	174			314	1.383
3.202	VISITA DOMICILIARIA			55	83					11	14			78	134
3.203	INTERVENCION FAMILIAR			55	83			11	33	18	25			85	149
3.204	OTROS TRABAJO SOCIAL									45	60			302	935
9.A06	EXTRACCION SANGRE			238	641			2	3	30	139			271	783
9.B07	EDUCACION PARA LA SALUD							14	68					14	68

martes, 05 de marzo de 2013

Página 2 de 3

Código	Prestación	ESPECIALISTA CONSULTOR		CSM FRANCISCO DIAZ		PROGRAMA DE ENLACE HUPA		P. DE APOYO AL ALTA PRECOZ HUPA		CSM PUERTA DE MADRID		SERVICIOS SOCIALES		TOTAL SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
		Total Pacientes	Total consulta	Total Paciente	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta	Total Pacientes	Total consulta
9.B03	CONSULTA TELEFONICA							13	64					13	64
ABHD	ALTA POR ABANDONO DE CENTROS - PSIQUIATRIA-											6	6		
FHD	FIN INGRESO EN CENTROS -PSIQUIATRIA-											55	56		
IHD	INICIO INGRESO EN CENTROS -PSIQUIATRIA-											78	88		
PSMAN E	MANEJO CLINICO DE TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS													32	144
PSOTRO	OTROS			1.848	3.735	10	11			315	468			2.142	4.214
PSPSFA	PSICOTERAPIA DE FAMILIA														
PSPSGR	PSICOTERAPIA DE GRUPO			195	1.899	81	314			118	1.377			379	4.124
PSPSN	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL			1.502	4.909	284	1.120	9	30	444	1.677			2.170	7.736

martes, 05 de marzo de 2013

Página 3 de 3

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

1. Objetivos estratégicos de Gestión

La siguiente tabla presenta el grado de cumplimiento de los objetivos planteados para 2012 en el ANEXO VI del acuerdo por el que se constituye la AGPSM

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE GESTIÓN					
OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
1. Poner a disposición de cada uno de los profesionales del AGCPSM un sistema de acceso a la información clínica necesaria para el desempeño de su función	1.1 Historia clínica electrónica; Sistema de registro y acceso a la información clínica para cada profesional en cada dispositivo	1.1.1 % de pacientes nuevos con historia clínica electrónica 1.1.2 % de pacientes con primera consulta anterior a 1 de enero 2012 y atendidos en el año con historia clínica electrónica	- Responsable dispositivo - Informática - Jefe servicio	1.1.1. CUMPLIDO el 100% 1.1.2. PENDIENTE HACER UN MUESTREO DE PACIENTES ANTIGUOS CON ANOTACIONES	1.1.2. Objetivo para 2013 la homogenización y mejora del formato de historia y uso del HP Doctor.
	1.2 Acceso histórico de papel: a) Definir una sistemática de acceso a la información histórica en papel b) Definir una política de escaneado de la información histórica en papel	1.2.1 % de pacientes con primera consulta anterior a 2012 y consulta en el año con historia clínica electrónica 1.2.2 % de pacientes que han tenido que ser atendidos sin historia	Dirección Médica y Dirección de Gestión HUPA	1.2. a) CUMPLIDO: Sistemática de acceso al papel definida. b) -PENDIENTE: Política de escaneado	1-2-b) Objetivo para 2013 Acuerdo con HUPA sobre escaneado de papel (ACORDAR CON HUPA)
	1.3 Acceso a las prestaciones de HORUS	1.3.1 % de profesionales con acceso a HORUS	Jefe de servicio	1.3.1 CUMPLIDO el 100%	
	1.4 Listados de pacientes con factores de riesgo que los harían susceptibles de intervenciones especiales; Definir los listados requeridos y los destinatarios de los mismos	1.4.1 % de los listados requeridos que han sido generados 1.4.2 % de los listados generados que han llegado a sus destinatarios	Definir listados: comisión asistencia; c dirección Generar listados: Descargas (Catuca); listados (Inma)	1.4.1 Los listados están definidos 100%. Están generados 50%. 1.4.2 Los listados no llegarán sus destinatarios hasta 2013 (No se han reunido las condiciones para su generación h- al 50% - asta febrero de 2013)	1.4. Objetivo para 2013 Incorporar el compromiso por parte del HUPA de proporcionar la información sobre consultas externas, interconsulta, hospitalización completa, hospitalización parcial y urgencias mensualmente y con formato utilizable (ACORDAR CON HUPA)
2. Integrar el registro de la actividad asistencial del AGCPSM en el sistema general de registro del HUPA y la CM	2.1 Registro de la actividad: Registrar la actividad de todos los profesionales en el sistema general	2.1.1 % de profesionales con acceso al registro de actividad asistencial 2.1.2 % de la actividad asistencial de los profesionales con registro sistemático		2.1 Objetivo CUMPLIDO	
	2.2 Codificación de la actividad: Revisar la codificación de las actividades de los profesionales de salud mental en: Hospital, CSM, H de D, Centros de Salud donde se realiza la actividad de Especialista Consultor con Presencia Física			2.2 Objetivo CUMPLIDO	2.2. Objetivo para 2013: Validar las definiciones en base a su uso
	2.3 Actividad separada por procedimientos en sucesivas: Definir los procedimientos; Registrar la actividad generada por la	2.3.1 Existencia de un manual con definición y modo de registro de la actividad generada por los procedimientos 2.3.2 Explotación de esta información en los		2.3.1. CUMPLIDO 2.3.2 CUMPLIDO 50% 2.3.3 CUMPLIDO 100 (2.3 OBJETIVO para 2013: mejorar las descargas del HP- HIS para permitir desarrollar los cuadros de mando

	aplicación de los procedimientos en el HP-HIS como tal; incluir la actividad generada por la aplicación de los procedimientos en los cuadros de mando y explotaciones estándar	cuadros de mando 2.3.3 Numero de actos asistenciales correspondientes a un procedimiento / número de actos asistenciales total x 100 (Para cada procedimiento) 2.3.4 Número de pacientes en los que se aplica el procedimiento / número de pacientes atendidos x 100 (Para cada procedimiento)		2.3.4 PENDIENTE	acordados(ACORDAR CON HUPA)
	2.4 Procesos: Estudiar con los servicios de informática y calidad las posibilidades de registro del trabajo por procesos en el sistema actual o en uno complementario	2.4.1 Desarrollo de un sistema de información de la actividad desarrollada en cada proceso	C Dirección	No ha sido posible el desarrollo de la herramienta informática que permita el registro diferenciado por procesos	
3. Definir sistema de explotación de la información sobre la actividad asistencial	3.1 a) Definir cuadros de mando estándar y explotación estándar b) Formar al personal responsable de realizar esta tarea c) Crear un sistema de descarga de la información necesaria - Desde el sistema de Atención Especializada - Desde el sistema de Atención Primaria d) Asegurar la descarga periódica - Desde el sistema de Atención Especializada - Desde el sistema de Atención Primaria e) Crear un sistema de explotación automática f) Crear un sistema de comunicación de la información de rutina g) Editar un manual de explotación básica	3.1.1 Acciones formativas realizadas 3.1.2 % de cuadros que han estado disponibles en los plazos establecidos en el manual		3.1. a) CUMPLIDO: 3.1. b) CUMPLIDO 3.1. c) 1. se ha generado una sistemática que hace innecesario requerir datos de Primaria 3.1. c) 2 Sistema de descarga: beta 3.1. d) Descarga periódica: beta (Innecesaria la de Primaria)	3.1. Disponibles las descargas periódicas para 2013 (ACORDAR CON HUPA)
	3.2 Establecer un sistema para explotaciones adicionales	3.2.1 Acciones formativas realizadas 3.2.2 % de cuadros que han estado disponibles en los plazos establecidos en el manual		3.2 Se han hecho las explotaciones que han pedido los grupos de los procesos Definidos indicadores;	Disponibles las descargas 2012
	3.3 Establecer un sistema de devolución y acceso de la información asistencial general e individualizada para todos los profesionales	3.3.1 % de informes previsto recibidos por cada profesional			Disponibles las descargas 2012

4. Definir por dispositivos y para la red, un sistema de indicadores útiles para evaluación de procesos y de resultados	4.1 a) Definir indicadores de proceso b) Incluir la información necesaria para obtenerlos en la explotación de rutina c) Incluir los indicadores en los cuadros de mando	4.1.1 Inclusión de la información en la explotación de rutina 4.1.2 Indicadores incluidos en los cuadros de mando		PENDIENTE INFORMÁTICA	Acordar con HUPA explotación de información proceso y resultado
	4.2 a) Definir indicadores de resultado b) Incluir la información necesaria para obtenerlos en la explotación de rutina c) Incluir los indicadores en los cuadros de mando	4.2.1 Inclusión de la información en la explotación de rutina 4.2.2 Indicadores incluidos en los cuadros de mando		PENDIENTE INFORMÁTICA	
5. Establecer un sistema de asignación de responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos que permita la distribución de los incentivos	5.1 Realizar un organigrama funcional con asignación de responsabilidades por categorías profesionales	5.1.1 Publicación del organigrama	C Dirección; comisión de asistencia	5. No realizado; propuesta de criterios de reparto de incentivos desde cada subequipo y enviar a la C asistencia	5 Incluir en objetivos 2013 propuesta sobre reparto de incentivos ASEGURARSE DE QUE VAN A EXISTIR INCENTIVOS
6. Establecer sistema de acceso a las prestaciones del sistema de información del AGCPSM que sean pertinentes y que permita la ley, desde los servicios de Familia y Recursos Sociales y del Plan Regional de Drogas que están integrados en la Red de Servicios de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias	6.1 Realizar las consultas jurídicas necesarias 6.2 Facilitar el acceso a la información necesaria a los profesionales que participan en los procesos integrados de atención 6.3 Establecer un modo seguro de transmisión de la información	Acceso a las prestaciones necesarias desde cada uno de los dispositivos de la red	AFL	6.1 Aprobado dirección médica 6.2 realizado protocolo de acceso y perfiles de acceso 6.3 pendiente realización por informática	6 Incluir en objetivos de 2013 ASEGURAR VIABILIDAD JURIDICO-ADMINISTRATIVA
7. Mantenimiento de los sistemas de gestión de calidad en las unidades acreditadas mediante la norma ISO 9000-2008 .	7.1 Auditoría interna o externa (según corresponda). 7.2 Envío antes del mes de mayo y presentación a los miembros del Consejo de Financiadores	Memoria enviada antes de mayo con inclusión de la información referente a los objetivos del AGCPSM	UHB; HD	7.1 Pasada auditoría interna; La auditoría externa no corresponde este año al servicio.	Proponer para 2013 extender la acreditación a toda la AGCPSM aunque siga siendo por dispositivos y no como red
8. Incorporación de toda la información a la Memoria Anual de la Red de servicios de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias y presentación en el Consejo de Financiadores antes de Mayo del año siguiente	8.1 Inclusión de la información definida en la Memoria de la Red.	Memoria enviada a los miembros del Consejo de financiadores antes de Mayo'2013	C Asistencia; C dirección	Consejo de financiadores con memorias y rendición de cuentas 7 de marzo de 2013 Presentada versión beta de memoria de AGCPSM PENDIENTE MEMORIA DE LA RED PARA MAYO	

3 Objetivos Asistenciales

OBJETIVOS ASISTENCIALES					
OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
9. Extensión del Programa de Especialista Consultor con Presencia Física hasta 5 Centros de salud.	9.1 Acordar con Atención Primaria, definir e implantar un programa de “Especialista Consultor con Presencia Física” para cada uno de 5 Centros de Salud	9.1.1 Documentación escrita del programa de Especialista Consultor con Presencia Física 9.1.2 Número de Centros de Salud en los que se ha implantado el Programa de Especialista Consultor con Presencia Física	CSM	9.1.1 Objetivo CUMPLIDO. 9.1.2 Extensión del programa: objetivo cumplido	Para 2013, extensión del programa a dos centros más.
	9.2 Ofertar el manejo a través de ese programa de todos los pacientes susceptibles de interconsulta o derivación a salud mental en el centro de salud.	9.1.3 Número de pacientes atendidos en dicho programa / número de pacientes nuevos atendidos en el CSM			
10. Funcionamiento asistencial mediante “ gestión por proceso ” en tres problemas de relevancia clínica en Salud Mental Comunitaria. TMG	10.1 Definir e implantar la “gestión por proceso” en pacientes diagnosticados de trastorno mental grave. 10.2 Incluir en el proceso todos los pacientes detectados en el área y diagnosticados de trastorno mental grave.	10.1.1 Existencia de un documento escrito con la descripción del proceso Tratamiento de los pacientes con trastorno mental grave. 10.2.1 Pacientes diagnosticados de trastorno mental grave incluidos en el proceso/pacientes detectados en el área y diagnosticados de trastorno mental grave x 100. 10.2.2 Pacientes nuevos diagnosticados de trastorno mental grave incluidos en el proceso/pacientes nuevos diagnosticados de trastorno mental grave x 100.	- Grupo de trabajo TMG	10.1 Elaborado el documento. Pendiente presentación a profesionales 10.2. indicadores numéricos: pendiente de la explotación de datos y de la herramienta que permita registrar la inclusión en procesos	Objetivos 2013: incluir 1) presentación a profesionales, 2) puesta en marcha del sistema de información. 3) pilotaje
11. Funcionamiento asistencial mediante “ gestión por proceso ” en tres problemas de relevancia clínica en Salud Mental Comunitaria. T Personalidad	11.1. Definir e implantar la “gestión por proceso” en pacientes diagnosticados de TP 11.2 Incluir en el proceso todos los pacientes detectados en el área y diagnosticados de trastorno mental grave.	11.1.1 Existencia de un documento escrito con la descripción del proceso Tratamiento de los pacientes con TP 11.2.1 Pacientes diagnosticados de TP incluidos en el proceso/pacientes detectados en el área y diagnosticados de TP x 100. 11.2.2 Pacientes nuevos diagnosticados de TP incluidos en el proceso/pacientes nuevos diagnosticados de TP x 100.	- Grupo de trabajo TP	11.1 Elaborado el documento. Pendiente presentación a profesionales 11.2 indicadores numéricos: pendiente de la explotación de datos y de la herramienta que permita registrar la inclusión en procesos	Objetivos 2013: incluir 1) presentación a profesionales, 2) puesta en marcha del sistema de información. 3) pilotaje
12. Funcionamiento asistencial mediante “ gestión por proceso ” en tres problemas de relevancia clínica en Salud Mental Comunitaria. TCA	12.1 Definir e implantar la “gestión por proceso” en pacientes diagnosticados de TCA. 12.2 Incluir en el proceso todos los pacientes detectados en el área y diagnosticados de TCA.	12.1.1 Existencia de un documento escrito con la descripción del proceso Tratamiento de los pacientes con TCA 12.2.1 Pacientes diagnosticados de TCA incluidos en el proceso/pacientes detectados en el área y diagnosticados de TCA x 100. 12.2.2 Pacientes nuevos diagnosticados de TCA incluidos en el proceso/pacientes nuevos diagnosticados de TCA x 100.	- Grupo de trabajo TCA	12.1 1 Elaborado el documento. Pendiente presentación a profesionales 11.2 indicadores numéricos: pendiente de la explotación de datos y de la herramienta que permita registrar la inclusión en procesos	Objetivos 2013: incluir 1) presentación a profesionales, 2) puesta en marcha del sistema de información. 3) pilotaje

<p>13. Documentar los procedimientos y/o protocolos de colaboración con cada uno de los dispositivos de la red integrada de atención a la salud y los trastornos mentales</p>	<p>13.1 Definir e implantar la documentación necesaria para la utilización de cada dispositivo de la red que debe estar a disposición de los profesionales y la que debe constar en la historia de cada paciente</p> <p>13.2 Completar la documentación correspondiente a los pacientes que utilizan cada uno de los dispositivos de rehabilitación y hacerla disponible desde todos los usuarios del sistema de información clínica autorizados</p> <p>13.3 Documentar y archivar las actividades de coordinación</p>	<p>-Existencia de repositorio de documentos a cumplimentar para la relación entre dispositivos y la derivación de pacientes a cada dispositivo en formato electrónico</p> <p>-Pacientes con la documentación completa accesible en la red / pacientes que usan cada dispositivo x 100</p> <p>-Pacientes incorporados a cada dispositivo en el año con documentación completa en la red/ pacientes incorporados a cada dispositivo en el año</p> <p>-Existencia de repositorio con documentación de las actividades de coordinación entre dispositivos</p>	<p>- responsable de cada dispositivo</p>	<p>Documentación disponible en carpeta compartida</p>	
<p>14. Documentar y evaluar los procedimientos y/o protocolos de Enlace por cada uno de los Servicios médico-quirúrgicos hospitalarios que actualmente realizan mayor demanda de colaboración Intrahospitalaria.</p>	<p>14.1 Elaboración conjunta con el Servicio solicitante del procedimiento y/o protocolo de actuación correspondiente. En el que se identificará: responsable, objetivos, adecuación de recursos, periodo de intervención, indicadores, evaluación y valoración de continuidad.</p> <p>14.2 Monitorizar la actividad desarrollada mediante agenda electrónica y/o mediante un informe-memoria de actividad de las acciones desarrolladas que elaborará el responsable del programa.</p>	<p>-Existencia de un Procedimiento y/o Protocolo de derivación desde cada uno de los Servicio médico-quirúrgicos al AGCPSM, escrito.</p> <p>-Existencia de una memoria de actividades correspondiente a dicho procedimiento o protocolo.</p> <p>-Existencia de un protocolo de actuación con el servicio de Reumatología para el abordaje psiquiátrico y psicológico de pacientes diagnosticados de Fibromialgia</p> <p>-Existencia de un protocolo de actuación conjunto con los servicios de Endocrinología y Cirugía para el peritaje y abordaje psiquiátrico y psicológico de pacientes diagnosticados de Obesidad mórbida candidatos a Cirugía Bariátrica</p> <p>-Existencia de un protocolo de actuación con el servicio de Oncología para el abordaje psiquiátrico y psicológico intrahospitalario y ambulatorio de pacientes en tratamiento oncológico.</p> <p>-Existencia de un protocolo de actuación con el servicio de Ginecología para el abordaje psiquiátrico y psicológico de pacientes</p>	<p>María Dieguez</p>	<p>Procedimiento de derivación desde cada servicio: hecho (IC electrónica)</p> <p>Resto de protocolos: hecho</p>	

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
		<p>diagnosticadas de Cáncer de mama.</p> <p>-Existencia de un protocolo de actuación específico para proporcionar apoyo psicológico y/o tratamiento psiquiátrico al personal del Hospital.</p>			
<p>15. Implantar estrategias de uso racional del medicamento en los fármacos de mayor impacto por el volumen de uso, por problemas de seguridad, o por limitación de evidencia sobre su eficacia.</p>	<p>15.1 Seleccionar Guías institucionales e internacionales disponibles sobre recomendaciones y utilización referidas a psicofármacos en atención hospitalaria y en atención comunitaria.</p> <p>15.2 Disponibilidad en la WEB del Servicio de la información y recomendaciones de uso racional del medicamento aportadas por el AGCPSM o por informes técnicos externos al AGCPSM.</p> <p>15.3 Solicitar y analizar el consumo de psicofármacos prescritos habitualmente por los profesionales del AGCPSM considerando sus características específicas de actividad y situación.</p> <p>15.4 Realización sesiones informativas anuales sobre la utilización y recomendaciones de uso de psicofármacos.</p> <p>15.5 Proporcionar a los profesionales su perfil de prescripción farmacológica y su relación con la media del grupo (en el caso de tener acceso a esos datos).</p>	<p>-Número de sesiones informativas realizadas.</p> <p>-Realización de dos entregas anuales a los profesionales de los datos correspondientes a su perfil prescriptor.</p>	<p>Grupo de trabajo de uso racional de medicamento C dirección</p>	<p>Información necesaria recibida en febrero de 2012..</p>	<p>OBJETIVOS 2012:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PREPARACIÓN DE ESTRATEGIA DE PRESENTACIÓN A PROFESIONALES DE PRESCRIPCIÓN POR FACULTATIVO (acuerdo con farmacia) 2. Elaboración de guía de buena práctica ad hoc
<p>16. Mantener y ampliar certificación ISO 9001/2008 en HUPA y Hospital de Día</p>	<p>16.1 Mantener y ampliar la existencia de un sistema de gestión de calidad que garantice:</p> <p>-Acciones centradas en la satisfacción del paciente.</p> <p>-Evaluación permanente de los procesos</p>	<p>obtención de la renovación de la certificación ISO 9001/2008 en Hospitalización, IC, urgencia y HD adultos y adolescentes</p>		<p>Auditoria interna: pasada. CDT Fco Díaz: en proceso</p>	<p>Para objetivos 2013: avanzar hacia la acreditación de cada dispositivo de la AGCPSM (Posponer la des trabajo en red)</p>

	que se llevan a cabo en cada dispositivo. -Acciones de mejora continua para mejorar la satisfacción de los pacientes y los procesos.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA					
OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
17. Lista de espera para Valoración Previa por Especialista (VPE) no superior a 30 días.	17.1 Revisión continuada en días laborales de esas peticiones mediante el programa SCAE. 17.2 Tras la aceptación de dicha indicación como adecuada, citar los casos aceptados en los 30 días siguientes a la solicitud de cita.	Porcentaje de VPE aceptadas que quedan citadas en el periodo de 30 días.	Responsable CSM	CUMPLIDO 10 %	
18. Mantener la lista de espera en los estándares marcados para la zona asignada al AGCPSM.	18.1 Gestión de las agendas de primeras consultas en los CSM que garantice la disponibilidad para pacientes nuevos con una demora no superior a 40 días.	Porcentaje de pacientes que quedan citados en el periodo de 40 días.	Responsable CSM	No se cumple	Para objetivos 2013: Extender programa ECPF
19. Incrementar el uso de procedimientos que implican la combinación de tratamientos farmacológicos e intervenciones psicosociales	19.1 Registrar las sesiones correspondientes a los procedimientos como tales y no como sucesivas 19.2 Poner en marcha un sistema de explotación de la información que permita recuperar y explotar la información sobre procedimientos 19.3 Incentivar la realización de procedimientos que implican la combinación de tratamientos farmacológicos e intervenciones psicosociales	Número de sesiones correspondientes a procedimientos que implican la combinación de tratamientos farmacológicos e intervenciones psicosociales / número total de intervenciones	19.1 de las actividades, los profesionales 19.2 de la posibilidad de ese registro y explotación del mismo. Pendiente de sacar listado x agendas de grupo	Se han abierto agendas de grupos y de familias. Para enero, línea base	Para objetivos 2013: Monitorizar desarrollo
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE HOSPITALIZACIÓN					
OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
20. Mantener un funcionamiento asistencial centrado en el fomento del ambiente terapéutico	20.1 Mantener los espacios de Coordinación internos del equipo de la UHB 20.2 Protocolizar la coordinación entre la UHB y los CSM. 20.3 Fomento de la participación de las	20.1.1 Registro de sesiones clínicas UHB 20.2.1 Existencia de documento de instrucción de coordinación entre UHB y CSM. 20.3.1 Registro de las actividades formales (entrevistas familiares) e informales (durante las visitas) realizadas con los familiares	Responsable uhb; responsable uhb; profesional que realiza el grupo; enfermería	20.1.1 Objetivo cumplido 20.2.1 documento coordinación CSM-UHB. hecho	Para objetivos 2013: mantener objetivo

	<p>familias</p> <p>20.4 Desarrollar “Grupos guiados por profesionales de apoyo a familiares” y sesiones informativas y/o psicoeducativas a familiares durante el ingreso del paciente.</p> <p>20.5 Utilizar las salidas terapéuticas con los pacientes y las actividades de ocio y tiempo libre durante el ingreso hospitalario como elemento del medio terapéutico.</p>	<p>20.4.1 Registro documental de actividades realizadas en “Grupos guiados por profesionales de apoyo a familiares”.</p> <p>20.5.1 Registro de las salidas terapéuticas.</p>		<p>20.3.1 Objetivo cumplido</p> <p>20.4.1 Registro sistemático de la actividad</p> <p>20.5.1 Objetivo cumplido.</p>	
<p>21. Estimular la utilización de ingresos programados con objetivos claramente delimitados en el momento del ingreso</p>	<p>21.1 Desarrollar documento guía para la realización y registro de ingresos programados (Con indicación previa y sugerencia de objetivos por su facultativo de referencia en la red).</p>	<p>21.1.1 Existencia de instrucción documental con gestión de ingresos programados (Con indicación previa y sugerencia de objetivos por su facultativo de referencia en la red)</p> <p>21.1.2 Presencia en el Cuadro de Mandos del indicador de ingresos programados.</p>	Responsable UHB	<p>21.1.1 Gestión de ingresos programados: incluido en la guía de ingreso</p> <p>Pendiente la presencia del indicador en el cuadro de mandos</p>	Para objetivos 2013:: mejorar cuadros de mando
<p>22. Potenciar la continuidad asistencial de los pacientes entre el Hospital y los Centros de Salud Mental</p>	<p>22.1 Desarrollar un “<i>protocolo de acogida por enfermería al ingreso</i>” del paciente en la UHB.</p> <p>22.2 Desarrollar un “<i>protocolo de coordinación de enfermería</i>” entre la UHB y los CSM para colaborar en la elaboración del <i>plan de continuidad de cuidados</i> de los pacientes.</p> <p>22.3 Desarrollar un “<i>protocolo de enfermería de ayuda al tratamiento en casa</i>” para orientar al paciente y/o cuidadores en los permisos de fin de semana</p> <p>22.4 Incluir en las historias Clínicas “<i>Informe de de enfermería al alta</i>”.</p> <p>22.5 Hacer accesibles los planes de continuidad de cuidados comunitarios a la enfermería del hospital y los informes de enfermería del hospital desde el CSM</p>	<p>-Existencia de instrucción documental sobre Continuidad Asistencial tras alta hospitalaria.</p> <p>22.1.1 Porcentaje de aplicación del “<i>protocolo de acogida por enfermería al ingreso</i>” en las primeras 24 horas.</p> <p>22.2.1 Porcentaje de pacientes con constancia de aplicación “<i>protocolo de coordinación de enfermería</i>” en los registros de enfermería de la UHB y los CSM</p> <p>22.3.1 Porcentaje de pacientes que han estado de permiso de fin de semana a los que se ha aplicado el “<i>protocolo de enfermería de ayuda al tratamiento en casa</i>”.</p> <p>22.4.1 Porcentaje de pacientes dados de alta con “<i>Informe de de enfermería al alta</i>”</p> <p>-Porcentaje de “<i>informes de enfermería al alta</i>” de las intervenciones de enfermería a desarrollar y de los diagnósticos de enfermería activos para su seguimiento en CSM</p> <p>22.5 Acceso a los planes de continuidad de cuidados comunitarios desde el control de enfermería del hospital y de los informes de enfermería del hospital desde las consultas de los CSM</p> <p>22.6.1 Porcentaje de informes de alta con cita en el CSM</p>	<p>- Supervisora</p> <p>- informática (informes de programa de continuidad de cuidados y alta de enfermería colgados de enfermería y permisos de enfermería)</p> <p>- Registro en el cuadro de mandos: responsable</p>	<p>Registro documental disponible de:</p> <ul style="list-style-type: none"> . protocolo de acogida al ingreso . protocolo de enfermería de ayuda al tratamiento en casa . informe de enfermería de alta 	Para objetivos 2013:: monitorizar

	<p>22.6 Incluir en el informe de alta hospitalaria de la siguiente cita con facultativo o coordinador de cuidados del CSM en un plazo inferior a 15 días.</p> <p>22.7 Control de reingresos por urgencias sin programación desde CSM.</p>	<p>22.7.1 Presencia en el cuadro de mandos del índice de reingresos.</p>			
<p>23. Mejorar la evaluación y atención orgánica de pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización Breve del HUPA.</p>	<p>23.1 Acordar con el Servicio de Medicina Interna la sistemática de atención a pacientes ingresados en el HUPA por motivo relacionado con trastorno mental.</p>	<p>Protocolo de atención orgánica a pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización breve del HUPA.</p>	<p>Facultativos UHB-MI</p>	<p>23. Objetivo cumplido</p>	<p>Para objetivos 2013:Mantener objetivo</p>
<p>24. Mantenimiento de la certificación ISO.</p>	<p>24.1 Reunión semestral con la dirección para valoración del grado de cumplimiento de objetivos, áreas de mejora detectadas y acciones de mejora. Detección de los posibles puntos de mejora interna y de sus soluciones.</p>	<p>-Cumplimentación del libro de incidencias. -Análisis de la Encuesta de satisfacción de los usuarios. -Análisis de las sugerencias quejas y reclamaciones de los usuarios. -Porcentaje de cumplimiento del proceso de identificación de pacientes según protocolo del hospital. -Acta de la reunión con la dirección. -Registro de acciones de mejora. -Mantenimiento de la documentación actualizada</p>	<p>Responsable UHB/supervisora</p>	<p>24. Objetivo cumplido. Realizadas las acciones correspondientes hasta la fecha y registradas</p>	<p>Para objetivos 2013:Mantener objetivo</p>
Objetivos específicos de HOSPITAL DE DIA DE ADOLESCENTES					
OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
<p>25.Mantener un funcionamiento en el Hospital de Día centrado en el modelo de Entorno terapéutico y en el desarrollo de Programas Específicos de Terapia Ocupacional, Enfermería psiquiátrica, Psicoterapia individual, grupal y familiar y de Consultoría con centros de Enseñanza</p>	<p>Mantener la coordinación permanente con el equipo de docentes (aula hospitalaria) del CET Mantener la Reunión de Equipo vespertina como lugar primordial para el seguimiento del desarrollo de las actividades y la evolución de los pacientes. Cumplimentar diariamente el registro de actividades y asistencia de pacientes.</p>	<p>Existencia de documentos en los que se explican los objetivos generales y tipo tareas o actividades de cada uno de los programas Estado actualizado del Registro de Actividades y asistencia de pacientes Distribución de frecuencias de la realización de actividades en cada categoría.</p>	<p>Responsable HD adolescentes</p>	<p>Se ha presentado y aprobado en la Comisión de Asistencia un Plan de Remodelación y Extensión</p>	<p>Para objetivos 2013:Monitorizar nuevo plan</p>
<p>26.Ofertar y mantener programas de atención ambulatoria intensiva que no requieran hospitalización parcial</p>	<p>26.1 Diferenciar pacientes en Atención Intensiva y hospitalización parcial 26.2 Asignar a los pacientes tras la valoración o en distintos momentos del proceso de tratamiento a alguno de los programas con las correspondientes</p>	<p>26.1.1 Número de pacientes en cada modalidad 26.2.1 Distribución de frecuencias de las actividades por categoría en cada modalidad</p>	<p>Responsable HD adolescentes</p>	<p>Reestructurada actividad HD adolescentes</p>	

	actividades a realizar.				
27.Mantenimiento de la certificación ISO	27.1 Reunión semestral con la dirección para la valoración del grado de cumplimiento de objetivos, áreas de mejora detectadas y acciones de mejora. 27.2 Detección de los posibles puntos de mejora interna y de sus soluciones.	-Cumplimentar los registros de revisión trimestral en todos los pacientes -Fijar plazos con claridad para la evaluación del progreso del paciente y determinar las herramientas a utilizar	Responsable HD adolescentes	-reunión con la dirección.: realizada -auditoria interna realizada	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS HD ADULTOS					
OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
28.Mantener un funcionamiento asistencial del Hospital de Día centrado en la terapia basada en la mentalización y el ambiente terapéutico	-mantener espacios de coordinación internos del equipo del HD -mantener terapias e intervenciones individuales -mantener terapias y actividades grupales -fomentar la participación de las familias, ofreciendo disponibilidad, entrevistas y terapias. -Utilizar los espacios entre actividades como elementos del medio terapéutico.	Registro por parte de los diferentes profesionales de las terapias y actividades realizadas con los pacientes en formato individual, grupal o familiar.	Responsable HD adultos	Al día	
29.Mantener las condiciones que hacen posible el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria como primer o segundo diagnóstico	-mantener entrevistas de enfermería para asesorar y guiar respecto a alimentación, controlar peso y condiciones somáticas generales -mantener coordinación con el servicio de endocrinología que sigue, conjuntamente al de psiquiatría, a estos pacientes. -Mantener comedor en HD, con dietas adecuadas a las necesidades de estos pacientes	-registro de entrevistas de enfermería -registro por parte de enfermería de peso y cambios en condiciones somáticas -presencia de la enfermera o alguna persona del equipo terapéutico durante las comidas, para asegurar el cumplimiento de las dietas. -registro y acciones de mejora si hay desviaciones en el contenido de los menús.	Responsable HD adultos	Al día	
30.Potenciar la continuidad de tratamiento entre el HD y otros recursos de la red de atención a pacientes con trastorno mental grave	30.1 Con el CSM: -asegurar que sea el facultativo responsable del paciente en el CSM quien haga la derivación al HD -asegurar que se mantengan entrevistas entre el paciente y el facultativo responsable del caso en el CSM durante su estancia en el HD -asegurar que el paciente llegue al HD con un informe de derivación completo (de facultativo y equipo de seguimiento) -mantener reuniones de coordinación con facultativo derivante (y otras personas	30.1.1 registro de las reuniones con coordinadores de CSM, detallando de qué pacientes se ha tratado 30.1.2 registro de las reuniones con facultativos de CSM, detallando de qué pacientes se ha tratado 30.1.3 porcentajes de pacientes dados de alta con informe de enfermería al alta. 30.1.4 porcentaje de pacientes con cita en CSM al alta -registrar como incidencias el no cumplimiento de las condiciones de coordinación: derivaciones desde recursos distintos del CSM, no coordinación con facultativos responsables del tratamiento en CSM o UHB en los momentos fijados, no	Responsable HD adultos	Al día	

	<p>implicadas en el tratamiento si se juzga necesario) antes de que el paciente inicie el tratamiento en el HD.</p> <ul style="list-style-type: none"> -mantener reuniones de coordinación mensuales con profesionales asignados para ello desde el CSM -desarrollar protocolo de coordinación de enfermería entre el HD y el CSM -incluir en las historias clínicas el informe de alta de enfermería. -cita con el facultativo del CSM al alta del HD en un tiempo no superior a 15 días. 	<p>coordinación con equipo de CSM, no entrevistas entre pacientes y su facultativo del CSM)</p> <p>30.2.1 documentar coordinaciones telefónicas con facultativos de UHB (en historia clínica)</p>			
<p>31.Mantenimiento de certificado ISO</p>	<p>31.1 Reunión semestral con la dirección para valoración del grado de cumplimiento de objetivos, áreas de mejora detectadas y acciones de mejora</p> <p>31.2 Detección de los posibles puntos de mejora interna y sus soluciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cumplimentación del libro de incidencias. -Análisis de la Encuesta de satisfacción de los usuarios. -Análisis de las sugerencias quejas y reclamaciones de los usuarios. -Porcentaje de cumplimiento del proceso de identificación de pacientes según protocolo del hospital. -Acta de la reunión con la dirección. -Registro de acciones de mejora. -Mantenimiento de la documentación actualizada 	<p>Responsable HD adultos</p>	<p>Al día</p>	

4 Objetivos Docentes



Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

EVALUACIÓN DE LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS DOCENTES PROPUESTOS DICIEMBRE 2012

ACTIVIDADES	LOGRO de OBJETIVOS: INDICADORES PREVISTOS	OBJETIVOS PENDIENTES
<p>A) <u>Identificar y proporcionar al un programa de formación continuada ajustado a las necesidades del servicio.</u></p> <p>1. Atender las necesidades percibidas de formación continuada</p> <p>1.1. Desarrollo y aplicación de encuesta para establecer las demandas formativas, también se solicitará información en cuanto a interés y capacidad para participar en actividades docentes.</p> <p>1.2. Compromiso por parte de la comisión de docencia del AGCPSM para realizar al menos dos cursos de formación continuada que recojan los resultados de la encuesta al año.</p> <p>2. Formación en la cultura de gestión clínica y desarrollo del conocimiento</p>	<p>1. Aplicación y análisis de la encuesta de detección de necesidades formativas en la Comisión de Formación</p> <p>2. Realización de cursos de formación continuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Celebración de la I Jornada sobre violencia de Género del HUPA, abierto a todos los profesionales del AGCPSM. Celebrada los días 4 y 5 de Octubre, 17 h. Acreditadas por la AEN y la Agencia Lain Entralgo con 2. 6 Créditos - Curso sobre el tratamiento del Trauma Crónico de 4 horas lectivas, incluido en el programa de las Jornadas <p>3. Acreditación por la Agencia Lain Entralgo de las Sesiones Clínicas HUPA: "Abordaje de casos clínicos complejos" del HUPA, con 3.70 créditos</p> <p>4. Realización de un seminario formativo sobre gestión aplicada a nuestro AGCPSM dirigido al personal de la red asistencial perteneciente</p>	<p>A)1.2 No se ha logrado que la Agencia Lain Entralgo financie ninguno de los dos cursos de F.C pendientes ya desde el año 2011 sobre Trastornos de Personalidad y Mentalización ni el de Supervisión de Terapia Familiar</p>

<p>2.1. Diseño y oferta de un curso-taller sobre aspectos de gestión de calidad y clínica abierto a todos los profesionales del AGCPSM</p> <p>2.2. Diseño de un plan formativo de gestión aplicada a nuestro entorno asistencial dirigido a los responsables de las unidades asistenciales.</p> <p>3. Uso de la actividad docente para la difusión de protocolos clínicos y organizativos de nuestro AGCPSM</p> <p>3.1. Desarrollo de al menos un seminario anual sobre estos temas</p>	<p>al HUPA: - "Trabajo por procesos. El Modelo de Castilla La Mancha. 22 de Marzo 2012. 1 crédito de FC de AEN; 10 horas lectivas</p>	<p>A) 3.1. Pendiente la realización de seminarios de difusión de programas y protocolos clínicos y organizativos de nuestro AGCPSM</p>
<p>ACTIVIDADES</p>	<p>LOGRO de OBJETIVOS: INDICADORES PREVISTOS</p>	<p>OBJETIVOS PENDIENTES</p>
<p><u>B) Organizar la actividad del AGCPSM en materia de formación profesional y universitaria</u></p> <p>1. Estudios de Medicina</p> <p>1.1. Sistematizar la participación de los facultativos del servicio en la docencia teórica de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica</p> <p>1.2. Sistematizar las prácticas de las asignaturas de Psiquiatría y Clínica</p>	<p>1. Estudios de Medicina</p> <p>1.1. Existe un calendario con asignación de temas a los facultativos del AGCPSM para la docencia teórica de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica. Disponible para los alumnos desde el comienzo de curso</p> <p>1.2. Número de facultativos del AGCPSM reconocidos como profesores</p>	

<p>Psiquiátrica en el hospital y los centros de salud mental</p> <p>1.3. Facilitar el acceso a los programas de doctorado de los residentes de Psiquiátrica y Psicología Clínica y de otros alumnos de postgrado que puedan incorporarse a la actividad investigadora del AGCPSM</p> <p>2. Estudios de Enfermería</p> <p>2.1. Sistematizar la participación de los enfermeros del AGCPSM en la docencia teórica de la Escuela de Enfermería de la UAH</p> <p>2.2. Sistematizar las prácticas de los alumnos de la Escuela de Enfermería de la UAH</p> <p>2.3. Facilitar el acceso a los programas de</p>	<p>honoríficos de la UAH: 31</p> <p>1.3. Se dispone de las presentaciones en PPT de los temas de la docencia teórica de Psiquiátrica, Clínica Psiquiátrica y Psicología Médica</p> <p>1.4. Se dispone de una reglamentación escrita de las prácticas de las asignaturas de Psiquiátrica y Clínica Psiquiátrica en el hospital y los centros de salud mental.</p> <p>1.5. Se dispone de un calendario con asignación de los alumnos a los dispositivos asistenciales y con un horario. Se pacto con los representantes de los alumnos</p> <p>1.6. Porcentaje de residentes matriculados en los estudios de doctorado (8/32)</p> <p>1.7. Número de alumnos de doctorado con directores de tesis o tutores del AGCPSM : 7 PIREs , 1 MIR</p> <p>2. Estudios de Enfermería</p> <p>2.1. Existe un calendario de turnos en el AGCPSM con asignación de temas docentes a los enfermeros del AGCPSM para la docencia teórica de la Escuela de Enfermería de la UAH</p> <p>2.2. Existe la reglamentación escrita de las prácticas de los alumnos de la Escuela de Enfermería de la UAH</p> <p>2.3. Número de enfermeros</p>	
--	---	--

<p>doctorado de los enfermeros del AGCPSM, los residentes de Enfermería en Salud Mental y de otros alumnos de postgrado que puedan incorporarse a la actividad investigadora del AGCPSM</p> <p>3. Estudios de Técnicos en Cuidados Enfermeros Auxiliares (TCAE)</p> <p>3.1. Sistematizar las prácticas de Formación en Centros de Trabajo (FCT) de los alumnos de Formación Profesional de Grado 1 en Estudios de Técnicos en Cuidados Enfermeros Auxiliares del Instituto Antonio Machado y Colegio Calasanz, de Alcalá de Henares y el Instituto Ferrán Cluá de San Fernando de Henares</p> <p>4. Títulos propios</p> <p>4.1. Mantener la colaboración con los títulos propios de la UAH u otras universidades que lo soliciten</p>	<p>del AGCPSM con reconocimiento como "tutor de prácticas" por la Escuela de Enfermería de la UAH : 3</p> <p>2.4. Número de enfermeros de plantilla o residentes de enfermería del AGCPSM matriculados en los estudios de doctorado: 1 enfermero</p> <p>2.5. Número de alumnos de doctorado de enfermería con directores de tesis o tutores del AGCPSM: 1</p> <p>3. Estudios de Técnicos en Cuidados Enfermeros Auxiliares (TCAE)</p> <p>3.1. Existe una reglamentación escrita de las prácticas de los alumnos de FCT de TCAE</p> <p>3.2. Número de profesionales del AGCPSM que han recibido certificación de haber participado en las prácticas de FCT: 3</p> <p>4. Títulos propios</p> <p>4.1. Número de facultativos del AGCPSM que participan en títulos propios de la Universidad de Alcalá :)</p> <p>4.2. Número de alumnos de títulos propios en prácticas en el AGCPSM: 1</p>	
--	--	--

ACTIVIDADES	LOGRO de OBJETIVOS: INDICADORES	OBJETIVOS PENDIENTES
<p>C) Organizar la actividad de la Unidad de Docencia Multiprofesional para la formación de especialistas en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería Especialista en Salud Mental</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar las acciones formativas de la Unidad de Docencia Multiprofesional de salud Mental en la actividad docente del HUPA y garantizar su adecuación a las necesidades de formación de especialistas en salud mental, mediante la participación en la Comisión Local de Docencia (CLD) 2. Garantizar el cumplimiento con los recursos del AGCPSM y la Red de Servicios de Salud Mental correspondientes al HUPA, de los programas formativos de las tres especialidades a través de la acción de la Subcomisión de Docencia Multiprofesional <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Elaborar itinerarios formativos tipo para cada especialidad 2.2. Elaborar los planes individuales de formación de cada residente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consta la participación en la CLD de miembros de la UDMP en las actas de la Comisión Local de Docencia (CLD) 2. Consta el trabajo de adaptación en las actas de la Subcomisión de Docencia Multiprofesional 3. Existen itinerarios formativos tipo actualizados para cada especialidad. Consta en la memoria anual de la Unidad Docente Multiprofesional y Informes individuales de evaluación anual de Residentes: EIRES MIRES, PIRES, presentados en CLD del HUPA. 4. En colaboración con el tutor, el residente de cada especialidad elabora su plan individual de formación. Número de planes individuales elaborados /número de residentes de cada especialidad x 100 EIRES: 100% PIRES: 100% MIRES: 100% 5. Número de rotaciones externas solicitadas, tramitadas y concedidas: - 5 rotaciones externas de PIRES: solicitadas, tramitadas, concedidas y realizadas - 5 rotaciones externas de MIRES: solicitadas, tramitadas, concedidas y realizadas. 	<p>C) 2. No se ha elaborado un documento actualizado con la normativa de supervisión disponible para residentes y supervisores. Aunque se ha adoptado un documento formato para registro y certificación de las supervisiones y las directrices del grupo de trabajo de la CNE de psiquiatría</p>

<p>2.3. Proponer y tramitar rotaciones externas cuando sea preciso</p> <p>2.4. Elaborar y desarrollar el plan anual de actividades docentes</p> <p>2.5. Garantizar las reuniones de tutoría docente de acuerdo con la normativa de la CLD</p> <p>2.6. Garantizar la supervisión con la normativa de la CLD</p> <p>2.7. Garantizar y documentar las actividades de evaluación exigidas por la CLD</p> <p>2.8. Elaborar la memoria anual de la Unidad Docente Multiprofesional</p> <p>3. Favorecer la formación de los tutores y supervisores</p>	<p>6. Consta el plan anual de actividades docentes en la memoria anual de la Unidad Docente Multiprofesional</p> <p>7. El plan anual de actividades docentes se ha desarrollado según el calendario previsto hasta el comienzo de las huelga. Por la huelga se retrasaron tres actividades docentes de R1 y quedan pendientes de realizar: 5</p> <p>8. Número de tutorías docentes realizadas en el año: Se cumple el mínimo 3 tutorías docentes anuales exigidas por la CLD</p> <p>9. Porcentaje de cumplimentación de la documentación exigida para la evaluación de los residentes de cada especialidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informes individuales de evaluación anual de Residentes: EIRes, MIRes, PIRes, presentados en CLD del HUPA. El 50% son informes de Evaluación por competencias. <p>10. Publicación de la memoria anual de la Unidad Docente Multiprofesional</p> <p>11. Elaboración de un Protocolo de Acogida para Residentes: EIRes, MIRes, PIRes,</p>	<p>C).3 Ningún tutor en este año ha cursado formación específica de tutores en la Agencia Lain Entralgo</p>
<p>D) Potenciar la difusión continua y debate sobre las actividades docentes de nuestro AGCPMSM</p> <p>1. Utilización de Internet como vía de comunicación.</p>	<p>1. Utilización de la red de colaboración en Internet a través de la wiki gestionada por los residentes de la</p>	<p>D) 1.2. En vía de elaboración la información de la actividad docente en la</p>

	Unidad Docente Multiprofesional de nuestro AGCPSM.	página web del AGCPSM.
CALIDAD:		
ACTIVIDADES	LOGRO de OBJETIVOS: INDICADORES	OBJETIVOS PENDIENTES
<p>A) <u>Mantenimiento de un alto nivel de innovación, calidad en la gestión de la Unidad docente Multiprofesional de nuestro AGCPSM</u></p> <p>Acciones a desarrollar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar medidas de control de la calidad docente de nuestro AGCPSM. 2. Monitorización de las supervisiones de tutoría de los residentes de la Unidad docente Multiprofesional de nuestro AGCPSM 3. Actualización de vías formativas y protocolos docentes. 4. Actualización de guías individualizadas de rotación de los residentes de la Unidad docente Multiprofesional de nuestro AGCPSM 5. Desarrollo y fomento del aprendizaje interdisciplinar. 6. Desarrollo de métodos de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El porcentaje de cumplimiento de las medidas del plan de calidad docente de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Príncipe Asturias es 2. El grado de satisfacción docente de los residentes de nuestra Unidad Docente Multiprofesional, expresado en la encuesta realizada por de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Príncipe Asturias es 3. Valoración del grado de satisfacción docente de los Residentes de nuestra Unidad Docente Multiprofesional, mediante reuniones individuales realizadas por el Presidente de dicha Comisión de Docencia Multiprofesional 4. Los informes anuales de tutoría de residentes se cumplieron en las fechas previstas en el 100% a través de los tutores, de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Príncipe Asturias y de la Comisión de docencia de nuestra AGCPSM. 5. Al inicio de cada año residencia se ha 	

<p>evaluación uniformes para todos los residentes de nuestra Unidad Docente Multiprofesional.</p> <p>7. Desarrollo de oferta formativa abierta a residentes de otros Centros.</p> <p>8. Control de calidad según especificaciones de la Unión de Médicos Especialistas de la UEMS.</p>	<p>entregado la guía de rotación individualizada de cada residente, MIR, PIR, EIR.</p> <p>6. Al inicio de la Residencia se ha entregado el protocolo de Acogida.</p> <p>7. En el plan de docencia anual se ha establecido un programa de actividades docentes conjuntas MIR PIR, EIRE</p> <p>8. Puesta en marcha de comité específico dentro de la Comisión de Docencia de nuestra Unidad Docente Multiprofesional para establecer criterios de evaluación uniformes para MIRes PIRes y EIRes , ajustados a los criterios de evaluación de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Príncipe Asturias.</p> <p>9. Diseño del plan de formación específica en Psicoterapia</p> <p>10. Cumplimiento de sugerencias de mejora docente propuestas en la auditoría realizada en este año en nuestra Unidad Docente Multiprofesional por la Sección de Psiquiatría de la Unión de Médicos Especialistas (UEMS).</p>	
--	--	--

5 Objetivos Investigadores

6 Objetivos Estratégicos de Investigación 2012

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	SITUACIÓN	OBSERVACIONES
Mantener la actual participación de los profesionales sanitarios del AGCPSM en los proyectos de investigación del Servicio.	Mantener reuniones periódicas de presentación, discusión y oferta participativa de los proyectos existentes y de los planteados o previstos a corto plazo (Comisión de Investigación)	Mantener al menos 4 reuniones al año de la Comisión de Investigación	- Jefe servicio - Representante UAH	SÍ	
	Organizar y ofrecer una actividad formativa para otros hospitales en la que se divulguen las principales líneas de investigación del Servicio.	Mantener al menos 1 actividad formativa para otros hospitales en la que se divulguen las principales líneas de investigación del Servicio.	- Jefe servicio - Representante UAH	SÍ	Actividad formativa en el Hospital Universitario del Niño Jesús (Junio 2012) y La Paz (Octubre 2012)
		Numero de profesionales que constituyen el grupo de investigación del Servicio (PARG) / Número de profesionales posibles.	- Jefe de servicio	SÍ (15%)	
		Mantener al menos un Proyecto de investigación anual, público y competitivo en activo.	- Jefe servicio - Representante UAH	NO.	Se explica en parte por el contexto económico, en el que el acceso a las becas se ha restringido significativamente.

		Mantener al menos un Ensayo Clínico farmacológico en activo.	- Jefe servicio	SÍ	El Dr. Sopelana (CSM Alcalá) lleva a cabo un ECA Aripiprazol depot vs Paliperidona depot en esquizofrenia.
		Mantener al menos dos publicaciones anuales en revistas con factor de impacto.	- Jefe servicio - Representante UAH	SÍ	Se han publicado <ul style="list-style-type: none"> • 21 artículos, 9 de ellos incluidos en el JCR • 5 libros completos • 30 capítulos en libros científicos • 2 tesis leídas
		Mantener una participación activa en congresos científicos de la especialidad (al menos 5 ponencias/comunicaciones al año)	- Jefe servicio - Representante UAH	SÍ	Se han presentado 83 contribuciones

ACCIONES NUEVAS

1. Sistemas de información y gestión

- a. Generación de un sistema de descargas que nos permite **recuperar la información asistencial** almacenada en HP-HIS
- b. Definición de unos **cuadros de mando** (Anexo 1) que incluye por dispositivos y procesos
 - i. Indicadores
 - ii. Listados

2. Programas asistenciales

- a. Puesta en marcha del **Centro de Puerta de Madrid** para el subequipo 3 del CSM de Alcalá
- b. Consolidación y versión definitiva consensuada con atención primaria del **Programa de Especialista Consultor con Presencia Física** (Anexo 2)
- c. Puesta en marcha del programa de **Prevención del Riesgo Suicida** (Junio de 2012) (Anexo 3)
- d. Elaboración del material, establecimiento de alianzas e inicio de actividades piloto del programa de **intervención precoz en psicosis** (Junio 2012) (Anexo 4)
- e. Puesta en marcha del programa de **apoyo al alta precoz** (Octubre de 2012) (Anexo 5)
- f. Redefinición de las actividades de (diciembre de 2012) (Anexo 6)
- g. Puesta en marcha de **actividades no estándar** vinculadas a **atención primaria** (Anexo 7)
 - i. **Grupos para adolescentes y padres**
 1. programa **preventivo** de salud mental infantojuvenil en atención primaria (octubre 2012)
 2. **grupos para padres de niños** con problemas emocionales y de comportamiento en colaboración y desde atención primaria (octubre 2012)
 3. **grupos para padres de adolescentes** con problemas emocionales y de comportamiento en colaboración y desde atención primaria (octubre 2012)
 - ii. Grupos de **regulación emocional**
- h. Puesta en marcha de nuevos **programas de enlace** con otros servicios del Hospital (Que se suman a los previos de

patología psicosomática, oncología, cirugía bariátrica y obesidad mórbida, diabetes adultos e infantil; apoyo y tratamiento a personal de la casa)

- i. Dermatología
- ii. Nefrología
- iii. Pediatría

Nuevas actividades dentro de los programas de enlace

1. Grupos de apoyo para pacientes de cáncer de mama
2. Grupos de apoyo para pacientes colostomizados
3. Grupos de pacientes con diagnóstico de Fibromialgia

i. Presencia en **comisiones del hospital**

- i. Tumores
- ii. Violencia

j. Incremento de las **prestaciones psicoterapéuticas** en horarios de mañana y tarde (Anexo 7)

3. Definición de **procesos**

- a. Trastorno Mental Grave (Anexo 8)
- b. Trastornos de la Personalidad (Anexo 9)
- c. Trastornos del Comportamiento Alimentario (Anexo 10)

4. **Docencia**

- a. Se ha completado la dotación de 4 residentes de Psiquiatría, 4 de Psicología Clínica y 6 de enfermería por año. Ello nos convierte en la unidad docente con más residentes del país. (Ver memoria docente Anexo 11)

5. **Investigación** y difusión

- a. Hay en marcha – proyectos, -- financiados
- b. Se han publicado – artículos científicos y se han presentado – ponencias, -- comunicaciones y – posters (Ver memoria investigación Anexo 12)

PROPUESTA DE OBJETIVOS PARA 2013

1. OBJETIVOS DE GESTIÓN

- a. Poner a disposición de cada uno de los profesionales del AGCPSM un sistema de **acceso a la información clínica** necesaria para el desempeño de su función.
 - i. Objetivo 1a1: homogenización y mejora del formato de historia y uso del HP Doctor.
 - ii. Objetivo 1a2: Acuerdo con HUPA sobre escaneado de papel (ACORDAR CON HUPA).
 - iii. Objetivo 1a3: Incorporar el compromiso por parte del HUPA de proporcionar la información sobre consultas externas, interconsulta, hospitalización completa, hospitalización parcial y urgencias mensualmente y con formato utilizable (ACORDAR CON HUPA).

- b. Integrar el **registro** de la actividad asistencial del AGCPSM en el sistema general de registro del HUPA y la CM. Codificación de la actividad.
 - i. Objetivo 1b1: validar las definiciones en base a su uso.
 - ii. Objetivo 1b2: mejorar las descargas del HP-HIS para permitir desarrollar los cuadros de mando acordados (ACORDAR CON HUPA).

- c. Definir sistema de explotación de la información sobre la actividad asistencial.
 - i. Objetivo 1c1: disponer de descargas periódicas (ACORDAR CON HUPA)

- d. Definir por dispositivos y para la red, un sistema de indicadores útiles para evaluación de procesos y de resultados.
 - i. Objetivo 1d1: Acordar con HUPA explotación de información proceso y resultado

- e. Establecer un sistema de asignación de responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos que permita la distribución de los incentivos.
 - i. Objetivo 1e1: propuesta sobre reparto de incentivos (asegurarse de que van a existir incentivos)

- f. Establecer sistema de acceso a las prestaciones del sistema de información del AGCPSM que sean pertinentes y que permita la ley, desde los servicios de Familia y Recursos Sociales y del Plan Regional de Drogas que están integrados en la Red de Servicios de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
 - i. Objetivo 1f1: asegurar viabilidad juridico-administrativa.

- g. Mantenimiento de los sistemas de gestión de calidad en las unidades acreditadas mediante la norma ISO 9000-2008.
 - i. Objetivo 1g1: extender la acreditación a toda la AGCPSM aunque siga siendo por dispositivos y no como red.

2. OBJETIVOS ASISTENCIALES

- h. Extensión del Programa de Especialista Consultor con Presencia Física hasta 5 Centros de salud.
 - i. Objetivo 2a1: extensión del programa de especialista consultor a dos centros más.

- i. Funcionamiento asistencial mediante “gestión por proceso” en tres problemas de relevancia clínica en Salud Mental Comunitaria. TMG
 - i. Objetivo 2b1: presentación a profesionales del documento “Proceso de atención a personas afectadas de trastorno mental grave”
 - ii. Objetivo 2b2: Puesta en marcha del sistema de información.
 - iii. Objetivo 2b3: pilotaje del proceso.

- j. Funcionamiento asistencial mediante “gestión por proceso” en tres problemas de relevancia clínica en Salud Mental Comunitaria. Trastorno de personalidad
 - i. Objetivo 2c1: presentación a profesionales del documento “Proceso de atención a personas afectadas de trastorno de personalidad”
 - ii. Objetivo 2c2: Puesta en marcha del sistema de información.
 - iii. Objetivo 2c3: pilotaje del proceso.

- k. Funcionamiento asistencial mediante “gestión por proceso” en tres problemas de relevancia clínica en Salud Mental Comunitaria. TCA
 - i. Objetivo 2d1: presentación a profesionales del documento “Proceso de atención a personas afectadas de trastorno de la conducta alimentaría”
 - ii. Objetivo 2d2: Puesta en marcha del sistema de información.
 - iii. Objetivo 2d3: pilotaje del proceso.

- l. Mantener y ampliar certificación ISO 9001/2008 en HUPA y Hospital de Día
 - i. Objetivo 2e1: avanzar hacia la acreditación de cada dispositivo de la AGCPSM (posponer la de trabajo en red)

Objetivos específicos de Atención Ambulatoria

- m. Mantener la lista de espera en los estándares marcados para la zona asignada al AGCPSM.
 - i. Objetivo 2f1: : Extender programa ECPF

- n. Incrementar el uso de procedimientos que implican la combinación de tratamientos farmacológicos e **intervenciones psicosociales.**
 - i. Objetivo 2g1: Monitorizar el desarrollo de estas intervenciones.

Objetivos específicos de Hospitalización

- o. Mantener un funcionamiento asistencial centrado en el fomento del ambiente terapéutico
 - i. Objetivo 2h1: Mantener el funcionamiento de ambiente terapéutico:
 - 1. 2h1a: registro de sesiones clínicas
 - 2. 2h1b: registro de actividades formales e informales con familiares
 - ii. Estimular la utilización de ingresos programados con objetivos claramente delimitados en el momento del ingreso
 - 1. Objetivo 2h2: mejorar el cuadro de mando (para que separe ingresos urgentes de programados)
 - iii. Potenciar la continuidad asistencial de los pacientes entre el Hospital y los Centros de Salud Mental
 - 1. Objetivo 2h3: Monitorizar el registro documental (informe de alta de enfermería en HpDoctor y programa de continuidad de cuidados)
 - iv. Mejorar la evaluación y atención orgánica de pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización Breve del HUPA
 - 1. Objetivo 2h4: mantener el actual programa de atención a personas ingresadas en la UHB por parte de MI.
 - v. Mantenimiento de la certificación ISO
 - 1. Objetivo 2h5: mantener la certificación de calidad.

Objetivos específicos de Hospitalización parcial de adolescentes

- p. Asunción de nuevas responsabilidades en el HD adolescentes
 - i. Objetivo 2i1: Monitorizar el nuevo plan

3. OBJETIVOS DOCENTES

ACTIVIDAD

A) Identificar y proporcionar al un programa de **formación continuada** ajustado a las necesidades del servicio.

Acciones a desarrollar:

1. Atender las **necesidades percibidas** de formación continuada
 - 1.1. Desarrollo y aplicación de **encuesta** para establecer las demandas formativas, también se solicitará información en cuanto a interés y capacidad para participar en actividades docentes.
 - 1.2. Compromiso por parte de la comisión de docencia del AGCPSM para realizar al menos **dos cursos** de formación continuada que recojan los resultados de la encuesta al año.
2. **Formación en la cultura** de gestión clínica, trabajo por procesos y desarrollo del conocimiento
 - 2.1. Desarrollar al menos tres actividades destinadas a preparar a **todos los profesionales** del AGCPSM para iniciar el trabajo en el marco de los tres procesos que ya han sido acordados
 - 2.2. Diseño de un plan formativo de gestión aplicada a nuestro entorno asistencial dirigido a los **responsables de las unidades** asistenciales.
3. Uso de la actividad docente para la **difusión de protocolos clínicos y organizativos** de nuestro AGCPSM
 - 3.1. Desarrollo de al menos un **seminario** anual sobre estos temas

Indicador de monitorización:

1. Aplicación y análisis de la encuesta en la Comisión de Formación
2. Informe de los dos cursos al cerrar el año
3. Realización de dos actividades formativas sobre trabajo por procesos abiertas a **todos** los profesionales del AGCPSM
4. Realización de un seminario formativo sobre gestión aplicada a nuestro AGCPSM dirigidos a los **responsables de unidades** asistenciales.
5. Informe sobre los seminarios de difusión de **procesos, programas y protocolos**.

B) Organizar la actividad del AGCPSM en materia de formación profesional y **universitaria**

Acción a desarrollar:

1. Estudios de **Medicina**
 - 1.1. Sistematizar la participación de los facultativos del servicio en la **docencia teórica** de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica
 - 1.2. Sistematizar las **prácticas** de las asignaturas de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica en el hospital y los centros de salud mental
 - 1.3. Facilitar el acceso a los programas de **doctorado** de los residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica y de otros alumnos de postgrado que puedan incorporarse a la actividad investigadora del AGCPSM
2. Estudios de **Enfermería**
 - 2.1. Sistematizar la participación de los enfermeros del AGCPSM en la **docencia teórica** de la Escuela de Enfermería de la UAH
 - 2.2. Sistematizar las **prácticas** de los alumnos de la Escuela de Enfermería de la UAH
 - 2.3. Facilitar el acceso a los programas de **doctorado** de los enfermeros del AGCPSM, los residentes de Enfermería en Salud Mental y de otros alumnos de postgrado que puedan incorporarse a la actividad investigadora del AGCPSM

3. Estudios de Técnicos en Cuidados Enfermeros Auxiliares (**TCAE**)
 - 3.1. Sistematizar las **prácticas** de Formación en Centros de Trabajo (FCT) de los alumnos de Formación Profesional de Grado 1 en Estudios de Técnicos en Cuidados Enfermeros Auxiliares del Instituto Antonio Machado y Colegio Calasanz, de Alcalá de Henares y el Instituto Ferrán Cluá de San Fernando de Henares

4. **Títulos propios**

- 4.1. Mantener la colaboración con **los títulos propios** de la UAH u otras universidades que lo soliciten

Indicador la monitorización:

5. Estudios de **Medicina**

- 5.1. Existencia de un calendario con asignación de temas a los facultativos del AGCPSM para la **docencia teórica** de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica disponible para los alumnos a comienzo de curso
- 5.2. Número de facultativos del AGCPSM reconocidos como **profesores honoríficos** de la UAH
- 5.3. Disponibilidad de las **presentaciones en PPT** de los temas de la docencia teórica de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica
- 5.4. Existencia de una reglamentación escrita de las **prácticas** de las asignaturas de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica en el hospital y los centros de salud mental y de un calendario con asignación de alumnos a horarios y dispositivos pactado con los representantes de los alumnos
- 5.5. Porcentaje de residentes matriculados en los estudios de **doctorado**
- 5.6. Número de alumnos de doctorado con **directores de tesis o tutores** del AGCPSM

6. Estudios de **Enfermería**

- 6.1. Existencia de un calendario compatible con la asignación de turnos en el AGCPSM con asignación de temas a los enfermeros del AGCPSM en la **docencia teórica** de la Escuela de Enfermería de la UAH
- 6.2. Existencia de una reglamentación escrita de las **prácticas** de los alumnos de la Escuela de Enfermería de la UAH
- 6.3. Número de enfermeros del AGCPSM con reconocimiento como **"tutor de prácticas"** por la Escuela de Enfermería de la UAH
- 6.4. Número de enfermeros de plantilla o residentes de enfermería del AGCPSM matriculados en los estudios de **doctorado**
- 6.5. Número de alumnos de doctorado de enfermería con **directores de tesis o tutores** del AGCPSM

7. Estudios de Técnicos en Cuidados Enfermeros Auxiliares (**TCAE**)

- 7.1. Existencia de una reglamentación escrita de las **prácticas** de los alumnos de FCT de TCAE
- 7.2. Número de profesionales del AGCPSM que han recibido certificación de haber participado en las prácticas de FCT

8. **Títulos propios**

- 8.1. Número de facultativos del AGCPSM que participan en **títulos propios** de la Universidad de Alcalá
- 8.2. Número de alumnos de **títulos propios** en prácticas en el AGCPSM

C) Organizar la actividad de la Unidad de Docencia Multiprofesional para la **formación de especialistas** en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería Especialista en Salud Mental

Acciones a desarrollar:

1. Integrar las acciones formativas de la Unidad de Docencia Multiprofesional de salud Mental en la actividad docente del HUPA y garantizar su adecuación a las necesidades de

formación de especialistas en salud mental, mediante la participación en la **Comisión Local de Docencia (CLD)**

2. Garantizar el cumplimiento con los recursos del AGCPSM y la Red de Servicios de Salud Mental correspondientes al HUPA, de los programas formativos de las tres especialidades a través de la acción de la **Subcomisión de Docencia Multiprofesional**
 - 2.1. Elaborar **itinerarios formativos tipo** para cada especialidad
 - 2.2. Elaborar los **planes individuales** de formación de cada residente
 - 2.3. Proponer y tramitar **rotaciones externas** cuando sea preciso
 - 2.4. Elaborar y desarrollar el **plan anual de actividades docentes**
 - 2.5. Garantizar las reuniones de **tutoría docente de acuerdo** con la normativa de la CLD
 - 2.6. Garantizar la **supervisión** con la normativa de la CLD
 - 2.7. Garantizar y documentar las actividades de **evaluación** exigidas por la CLD
 - 2.8. Elaborar la **memoria anual** de la Unidad Docente Multiprofesional
3. Favorecer la **formación de los tutores** y supervisores

Indicadores de monitorización

1. Constancia de la participación en la CLD de miembros de la UDMP en las actas de la **Comisión Local de Docencia (CLD)**
2. Constancia del trabajo de adaptación en las actas de la **Subcomisión de Docencia Multiprofesional**
3. Existencia de **itinerarios formativos tipo** actualizados para cada especialidad
4. Número de **planes individuales** de formación elaborados /número de residentes de cada especialidad x 100
5. Número de rotaciones **rotaciones externas** solicitadas, tramitadas y concedidas
6. Existencia del plan anual de actividades docentes
7. Grado de cumplimiento del plan anual de actividades docentes (número de actividades realizadas / número de actividades programadas x 100)
8. Número de **tutorías docentes** realizadas en el año / número de tutoría docentes exigidas por la CLD x 100
9. Existencia de un documento actualizado con la normativa de **supervisión** disponible para residentes y supervisores
10. Porcentaje de cumplimentación de la documentación exigida para la **evaluación** de los residentes de cada especialidad
11. Publicación de la **memoria anual** de la Unidad Docente Multiprofesional
12. Número de cursos de **formación de los tutores** y supervisores realizados por los tutores y supervisores de la UCGPSM / número de tutores del ACGPSM

D) Potenciar la **difusión** continua y debate sobre las actividades docentes de nuestro AGCPSM

Acción a desarrollar:

1. Utilización de **Internet** como vía de comunicación.

Indicador la monitorización:

2. Información sobre la actividad docente pasada y pendiente en la **página web** del ACGPSM.
3. Utilización de la red de colaboración en Internet a través de la **wiki** gestionada por los residentes de la Unidad Docente Multiprofesional de nuestro ACGPSM.

CALIDAD:

A) Mantenimiento de un alto nivel de innovación , calidad en la gestión de la Unidad docente Multiprofesional de nuestro AGCPSM

Acción a desarrollar:

1. Implantar nuevas medidas de control de la calidad docente de nuestro AGCPSM.

2. Registro y monitorización de las supervisiones de tutoría de los residentes_de la Unidad docente Multiprofesional de nuestro AGCPSM
3. Actualización de vías formativas y protocolos docentes.
4. Actualización de guías individualizadas de rotación de los residentes de la Unidad docente Multiprofesional de nuestro AGCPSM
5. Desarrollo y fomento del aprendizaje interdisciplinar.
6. Desarrollo de métodos de evaluación uniformes para todos los residentes de nuestra Unidad Docente Multiprofesional.
7. Desarrollo de oferta formativa abierta a residentes de otros Centros.
8. Control de calidad según especificaciones de la Unión de Médicos Especialistas de la UEMS.

4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD

1.- Mantener la actual participación de los profesionales sanitarios del AGCPSM en los proyectos de investigación del Servicio.

- Acción a desarrollar.
 - Mantener reuniones periódicas de presentación, discusión y oferta participativa de los proyectos existentes y de los planteados o previstos a corto plazo (Comisión de Investigación)
 - Organizar y ofrecer una actividad formativa para otros hospitales en la que se divulguen las principales líneas de investigación del Servicio.
- Indicador de monitorización.
 - Mantener al menos 4 reuniones al año de la Comisión de Investigación.
 - Mantener al menos 1 actividad formativa para otros hospitales en la que se divulguen las principales líneas de investigación del Servicio.
 - Numero de profesionales que constituyen el grupo de investigación del Servicio (PARG) / Número de profesionales posibles.
 - Mantener al menos un Proyecto de investigación anual, público y competitivo en activo.
 - Mantener al menos un Ensayo Clínico farmacológico en activo.
 - Mantener al menos dos publicaciones anuales en revistas con factor de impacto.

- Mantener una participación activa en congresos científicos de la especialidad (al menos 5 ponencias/comunicaciones al año)

2.- Publicaciones de “informes técnicos” relacionados con nuestra práctica

- Acción a desarrollar.
 - Organizar y mantener un grupo anual para detección de aspectos profesionales de interés y su análisis según las evidencias bibliográficas existentes en el ámbito científico.
- Indicador de monitorización.
 - Realización de al menos una revisión anual sobre aspectos novedosos y actualización del conocimiento en la especialidad.

CALIDAD

1.- Facilitar la formación y emergencia de jóvenes investigadores.

- Acción a desarrollar.
 - Organizar y ofrecer un taller formativo dirigido a jóvenes profesionales y predoctorales sobre metodología y utilización de recursos de investigación.
 - Integrar en el horario de docencia de la Formación Especializada una actividad periódica mensual de lectura crítica y análisis metodológico de trabajos científicos que capacite a una adecuada “puesta al día” en los temas de investigación.
 - Involucrar a la totalidad de los residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en los proyectos de investigación del Servicio.
- Indicador de monitorización.
 - Realización de un taller formativo de investigación dirigido a profesionales en formación y a predoctorales.
 - Actividad docente mensual de lectura crítica y análisis metodológico de trabajos científicos para los residentes del Servicio
 - Participación tutelada en al menos 1 proyecto de investigación del Servicio de los residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería.

ANEXO 1: Propuesta de cuadros de mando para el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

CUADRO DE MANDO

DATOS BRUTOS

CSM de Alcalá (Francisco Díaz, Puerta de Madrid)

- Pacientes nuevos
 - Por diagnóstico
 - Por procedencia (Centro de Salud)
 - Por profesional
- Pacientes atendidos
 - Por último diagnóstico (**borrador, solo con el primer Dx.**)
 - Por diagnóstico más frecuente (**en proceso**)
 - Con diagnóstico alguna vez
 - Por profesional
- Consultas (Totales y por profesional)
 - Evaluación-Valoración
 - Manejo Clínico de tratamiento farmacológico
 - Psicoterapia individual
 - Psicoterapia de familia
 - Psicoterapia de grupo
 - Prevención R.S
 - Otros
- Altas o fin de episodio (**hay un problema con el alta y las derivaciones, que tienen que solucionar desde la Dirección General de SM de Madrid**)
 - Por diagnóstico
 - Por profesional

Unidad de hospitalización Breve y programa de apoyo al alta precoz.

- Ingresos
 - Primeros ingresos
 - Por diagnóstico
 - total
 - Reingresos (**Pendiente**)
 - Por diagnóstico
 - total
 - Voluntarios (**pendiente de definir y ver si es posible la descarga de estos datos desde el HP-HIS**)
 - Involuntarios
 - Penales
- Pacientes al alta
 - Por diagnóstico
 - totales
- Estancias totales
 - Por diagnóstico
 - totales

Urgencias

- Número de urgencias
 - Por diagnóstico (**Pendiente**)
 - Con demanda principal a salud mental
 - Interconsulta en urgencias a pacientes con demanda primaria a otros servicios
 - Por profesional (**Pendiente**)
- Pacientes nuevos
 - Por diagnóstico (**Pendiente**)
 - Por profesional (**Pendiente**)
- Pacientes atendidos
 - Por último diagnóstico (**Pendiente**)
 - Por diagnóstico más frecuente (**Pendiente**)
 - Con diagnóstico alguna vez (**Pendiente**)
 - Por profesional (**Pendiente**)

Interconsulta (de momento no es posible por el tipo de descarga)

Disponemos solo de la explotación del servicio de estadísticas del HUPA

- Interconsulta hospitalaria
 - Pacientes nuevos
 - Por diagnóstico
 - totales
 - Pacientes atendidos
 - Por último diagnóstico
 - Por diagnóstico más frecuente
 - Con diagnóstico alguna vez
 - Por Zona básica
 - Por profesional
 - Altas

Programa de enlace

- Programas de enlace y otras consultas
 - Pacientes nuevos
 - Por diagnóstico
 - totales
 - Pacientes atendidos
 - Por último diagnóstico (borrador, solo con el primer Dx.)
 - Por diagnóstico más frecuente(en proceso)
 - Con diagnóstico alguna vez
 - Por profesional
- Consultas (Totales y por profesional)
 - Evaluación-Valoración
 - Manejo Clínico de tratamiento farmacológico
 - Psicoterapia individual
 - Psicoterapia de familia
 - Psicoterapia de grupo
 - Prevención R.S
 - Otros
- Altas o fin de episodio (hay un problema con el alta y las derivaciones, que tienen que solucionar desde la Dirección General de SM de Madrid)
 - Por diagnóstico
 - Por profesional

Hospital de Día de Adultos (de momento no es posible por el tipo de descarga)

Hospital de Día de Adolescentes (de momento no es posible por el tipo de descarga)

Aunque se está trabajando, para cambiar el registro de la actividad y tener acceso a esta para poder hacer una explotación de los datos.

Centros de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá (CRPS Alcalá y CRPS Espartales Sur)

Centros de Día de Alcalá (C. Día Alcalá y C. Día Espartales Sur)

Minirresidencias de Alcalá (Minirresidencia Alcalá y Minirresidencia Espartales Sur)

- Ingresos
 - Primeros ingresos
 - Por diagnóstico
 - totales
 - Por facultativo de referencia en CSM (Pendiente)
 - Reingresos (pendiente de definir y ver si es posible la descarga de estos datos desde el HP-HIS)
 - Por diagnóstico
- Pacientes atendidos
 - Por diagnóstico
 - totales
- Total Asistencias
 - Por diagnóstico
 - totales
- Altas
 - Por diagnóstico
 - totales

INDICADORES

CSM de Alcalá (Francisco Díaz, Puerta de Madrid)

- Incidencia administrativa: (pacientes nuevos)/(población) en el último año **(Pendiente)**
 - Por diagnóstico
 - Por profesional
- Prevalencia administrativa: (pacientes)/(población) en el último año **(Pendiente)**
 - Por diagnóstico
 - Por profesional
- Frecuentación: (consultas)/(población) en el último año **(Pendiente)**
 - Por diagnóstico
 - Por profesional
- Número de consultas año
 - Por profesional
 - Por diagnóstico

Unidad de hospitalización

- Estancias Medias
 - Por diagnóstico
 - totales
- Estancias por habitantes
 - Por diagnóstico
 - totales
- Porcentaje de ocupación
 - Por diagnóstico
 - totales
- Índice de rotación
 - Por diagnóstico
 - totales
- Índice de ingresos/reingresos **(Pendiente)**
 - Por diagnóstico
- Índice de Ingresos/urgencias **(Pendiente)**
 - Por diagnóstico
 - Por profesional en la urgencia

Indicadores de red **(Pendiente)**

- Días entre alta hospitalaria y siguiente consulta en centro de salud mental
 - Total
 - Por Centro de Salud Mental
- Días entre alta de hospital de día y siguiente consulta en centro de salud mental
 - Total
 - Por Centro de Salud Mental
- Pacientes atendidos en dos o más dispositivos
 - Por diagnóstico
- Pacientes atendidos en tres o más dispositivos
 - Por diagnóstico
- Pacientes atendidos en cuatro o más dispositivos
 - Por diagnóstico
- Pacientes atendidos en cinco o más dispositivos
 - Por diagnóstico

LISTADOS

(Número de historia)

- **Pacientes sin diagnóstico por profesional**
- **Pacientes por prestación y por profesional**
- **Pacientes a los que se ha puesto por primera vez un diagnóstico que empieza por 29x.x por profesional**
- **Pacientes a los que se ha puesto por primera vez un diagnóstico que empieza por 29x.x por centro de salud**
- **Pacientes dados de alta en la unidad de hospitalización que no han sido atendidos en 30 días en el CSM **(Pendiente)****
- **Pacientes dados de alta en el hospital de día que no han sido atendidos en 30 días en el CSM **(Pendiente)****

ANEXO 2: Programa de Especialista Consultor con Presencia Física



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

Comunidad de Madrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y salud Mental
Carretera de Meco sn
28805 Alcalá de Henares (Madrid)

PROGRAMA
de
ESPECIALISTA CONSULTOR
en
Atención Primaria
con
PRESENCIA FÍSICA

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	77
DEFINICIÓN.....	77
PROPÓSITO.....	77
OBJETIVOS.....	77
RECURSOS MATERIALES.....	77
RECURSOS HUMANOS.....	78
ACTIVIDADES.....	78
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	78
PSIQUIATRA.....	80
PSICÓLOGA.....	82
ADMINISTRATIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	84
COORDINADOR DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL.....	84
ADMINISTRATIVOS DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL.....	84
RESULTADOS ESPERABLES Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	89
Mayor número de pacientes con problemas psicológicos tratados por los propios MAP.....	90
Mejora de aspectos de coordinación. Conocimiento personal de los equipos, accesibilidad al especialista y al MAP. Mayor intercomunicación: telefónica, por correo electrónico y presencial. Mayor satisfacción con este modo de coordinación por parte de ambos equipos.....	90
Solicitudes de consulta telefónica y en correo contestadas antes de 1 semana.....	90
Número de reuniones y presencia por firmas en las mismas.....	90
Número de talleres de formación y presencia en las mismas. Evaluación de estos talleres.....	90
Satisfacción de los pacientes y profesionales de AP en la encuesta anual.....	90
FLUJOGRAMA.....	91
ANEXO 1.....	93
CUESTONARIO PARA MÉDICOS DE AP SOBRE SALUD MENTAL.....	94

INTRODUCCIÓN

El presente programa empezó a desarrollarse de forma piloto en agosto de 2006 en el Centro de salud María de Guzmán al que empezaron a desplazarse para atender a los pacientes que a juicio de los médicos de atención primaria podían necesitar atención especializada un psiquiatra y una psicóloga. En 2009 el programa se extendió a dos nuevos centros de salud (Luis Vives y Miguel de Cervantes) y posteriormente a otros dos más (Reyes Magos y Juan de Austria). En este momento, al 65% de la población se le oferta este tipo de atención. El objetivo es cubrir hasta un 80%. El desarrollo del programa y algunos datos sobre la evaluación de las primeras fases de la implantación han sido publicados (REF).

DEFINICIÓN

Se trata de un programa de colaboración entre los profesionales de atención primaria y los de atención especializada a la salud mental por el que estos segundos se desplazan al centro de salud para evaluar a los pacientes en los que los primeros detectan posibles necesidades de atención especializada y determinar conjuntamente el mejor modo de colaboración entre los dos niveles para satisfacer estas necesidades, garantizar la continuidad asistencial y mejorar la capacidad del sistema.

PROPÓSITO

Mejorar las derivaciones y coordinación entre AP y SM que redunde en un beneficio mutuo y por tanto también para los pacientes.

OBJETIVOS

1. Acordar y desarrollar intervenciones eficaces para mejorar la capacidad de los profesionales de atención primaria de
 - 1.1. Evaluar a pacientes con problemas de Salud Mental
 - 1.2. Derivar a pacientes a los Servicios de Salud Mental
 - 1.2.1. Indicación de derivación de pacientes nuevos
 - 1.2.2. Derivación a pacientes que así lo precisen de forma
 - 1.2.2.1. Ordinaria
 - 1.2.2.2. Preferente
 - 1.2.2.3. Urgente
 - 1.3. manejar a pacientes atendidos en AP con problemas psicológicos
2. Mejorar la accesibilidad de los pacientes a SM
 - 2.1. Disminuir las ausencias de los pacientes a la primera cita.
 - 2.2. Disminuir la espera debida a saturación por derivaciones no necesarias
3. Mejorar la coordinación entre AP y SM
4. Mejorar la formación
 - 4.1. de los MAP en SM y
 - 4.2. de los profesionales de SM en AP
5. Mejorar la comunicación entre AP y SM sobre
 - 5.1. los pacientes que están siendo tratados en SM así como
 - 5.2. los pacientes que han sido dados de alta en SM.

RECURSOS MATERIALES

El Programa de Especialista Consultor con Presencia Física (ECPF) necesita:

- Un despacho completo para cada profesional que acude (psiquiatra y psicólogo) a tiempo completo (8 horas) con la frecuencia que corresponda en función de la población (por ejemplo. Un día a la semana o cada dos semanas).
- El despacho debe tener ordenador con el sistema informático que se aplica en AP (AP-Madrid).
- El equipo deberá tener acceso completo al programa AP-Madrid con las correspondientes contraseñas, agenda de pacientes a nombre de los profesionales del equipo, correo interno y externo e impresora.
- Material administrativo para el trabajo: hojas con membrete para informes, hojas de asistencia a consulta, sello del centro...
- Sala de reunión, formación y/o grupos disponibles a la hora de la reunión conjunta del equipo de salud mental y los turnos de mañana y tarde de AP.

RECURSOS HUMANOS

Dada la actual dotación de personal del CSM de Alcalá los ratios de personal son

- Por parte de **Atención Especializada**
 - 1 psiquiatra de adultos por cada **XXXX** habitantes asignados al equipo de atención primaria.
 - 1 Psicólogo de adultos por cada **XXX** habitantes asignados al equipo de atención primaria.
 - El número MIRes y PIRes que correspondan para la rotación, así como MIR-Familia (Requerirán dotación adicional de recursos materiales)
- Por parte de **Atención Primaria**, todos los
 - Administrativos,
 - Auxiliares,
 - Enfermería,
 - Trabajadores Sociales y
 - Médicos de AP
 - MIRes de Familia que estén rotando por el dispositivo de Atención Primaria

ACTIVIDADES

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. **Evaluación** de un posible paciente con problemas de SM y **derivación** a Salud mental si así lo considera el MAP y el ECPF
 - 1.1. **Diagnóstico y evaluación** del posible problema de salud mental que motiva la consulta o que se ha detectado en una consulta por otro motivo.
 - 1.1.1. **Determinar si es necesaria alguna intervención** desde el sistema sanitario. Si no: hacer indicación de no tratamiento
 - 1.1.2. **Determinar posibilidades de intervención en AP:** Puede consultar en todo momento con el equipo de SM (vía telefónica, correo electrónico o personal el día en el que acude el equipo de SM)

- 1.1.2.1. Manejo clínico de **intervenciones farmacológicas** en AP
- 1.1.2.2. **Intervenciones psicosociales** en AP
- 1.1.2.3. **Intervenciones combinadas** en AP
- 1.1.3. **Derivación a salud mental** caso de que el diagnóstico del problema o la intervención requerida superen las posibilidades de la atención primaria o que la intervención realizada en primaria no resuelva el problema.
 - 1.1.3.1. Determinación del **carácter de la derivación.**
 - 1.1.3.1.1. **Ordinario**
 - 1.1.3.1.2. **Preferente**
 - 1.1.3.1.3. **Urgente**
 - **Inmediata (al HUPA)**
 - **En Próxima semana**
 - 1.1.3.2. **Elección por el paciente**
 - 1.1.3.2.1. Multicita y **libre elección** por procedimiento ordinario. El MAP debe informar al paciente de su derecho a elegir libremente al profesional de SM. En el caso que elija a un profesional fuera del equipo de ECPF facilitararlo a través de una derivación habitual a la multicita (como en otras especialidades. A través de SCAE: Sistema de Citación de Atención Especializada) y derivarlo de forma **ordinaria o preferente**. En este caso, el ECPF podrá seguir asesorando o supervisando lo que requiera el MAP que esté sucediendo con el paciente, sobre todo, si el paciente ha elegido a un profesional del propio distrito de Alcalá.
 - 1.1.3.2.2. Derivación a **programa de ECPF. Derivación ORDINARIA**. De preferir al equipo integrado y de ser una derivación normal, la cita también se realiza a través del SCAE eligiendo al psiquiatra o la psicóloga del equipo. Esta opción debe ser la aconsejada por parte del MAP. Desde el SCAE se enviarán los listados de los pacientes citados para que las administrativas del EAP rellenen la agenda de los profesionales del ECPF y los pacientes, por tanto, aparezcan en el tapiz clínico del AP-Madrid. En dicho tapiz clínico, dentro del episodio por el que se deriva al paciente debe aparecer:
 - El motivo de la derivación,
 - Descripción del episodio
 - Resumen de la historia
 - Tratamientos intentados,

El MAP puede derivar a:

- 1.1.3.2.2.1. Consulta de Psicólogo Clínico del ECPF. En general, si el paciente lo que requiere en función de su patología es fundamentalmente una intervención psicológica.
- 1.1.3.2.2.2. Consulta del Psiquiatra del ECPF. Si requiere una intervención que además de psicológica tiene que ser

farmacológica o para diagnosticar o manejar problemas médicos concomitantes tiene que mandarlo a la agenda de psiquiatría.

1.1.3.2.3. Derivación a **programa de ECPF**. En caso de **derivación preferente o urgente** al ECPF

- **Preferente:** Tiene que consensuarlo el MAP con el psiquiatra del ECPF, bien telefónicamente, por correo electrónico o en las reuniones pertinentes presenciales con el equipo de SM. En caso que el psiquiatra aceptara la preferencia, el paciente debe ser derivado con esta distinción al SCAE. Estos pacientes llegan al Jefe de Distrito de SM de Alcalá y los incorpora a los huecos de la agenda disponibles. Estos pacientes también aparecen en el listado que llega semanalmente a las administrativas del EAP.
- **Urgencia demorable como máximo una semana** (pueden ser menos días, según el momento de la evaluación del MAP). Tiene que consensuarse con el psiquiatra de la misma forma que en los casos preferentes. De aceptar la urgencia, se procederá de la misma manera que con los preferentes, mandando a través de SCAE y especificando la preferencia urgente para que el Jefe de distrito fuerce la agenda (puede consultar en todo momento el caso con el ECPF).
- En caso de **urgencia grave** (no puede esperar a la semana siguiente al ECPF) derivación a la urgencia del Hospital.

1.2. Consultar las **dudas en cualquier paso del proceso** con el ECPF a través del teléfono, correo electrónico o presencial los días de evaluación.

2. Solicitar **entrevistas conjuntas** para pacientes con dudas o complicados de manejo. Se citarán estos pacientes con previo aviso al profesional del equipo a partir de las 12 15 h del día de evaluación o excepcionalmente para el equipo de tarde a partir de las 14h.
3. Acudir a las **reuniones semanales** de 14 a 15 horas del día de evaluación para discutir los pacientes derivados , atendidos, que ha dado de alta el equipo, o próximas derivaciones o entrevistas con pacientes difíciles.
4. Acudir a las **reuniones mensuales** con el ECPF al completo incluyendo a los profesionales que no acuden todas las semanas) para además de hablar de los pacientes planificar formación o de intervenciones grupales.
5. Participar si así lo desea en las actividades e intervenciones que se irán diseñando desde SM en AP para el tratamiento de pacientes en AP.

PSIQUIATRA

1. **Evaluar los pacientes derivados desde el MAP**, según la ratio que corresponda al EAP, la agenda del ECPF deberá tener huecos de derivación ordinaria que serán de libre acceso para los profesionales de AP del EAP, huecos de preferentes, cerrados y de acceso restringido al

Jefe de distrito y por tanto al psiquiatra. Podrá, además, forzarse la agenda para pacientes urgentes de demora máxima en una semana. Urgencias que se han consensuado la semana anterior vía telefónica, correo electrónico o en las reuniones presenciales. Una vez evaluado el paciente podrá:

- 1.1. Ser **dado de alta**. A través de:
 - 1.1.1. **Intervención para esclarecimiento** de dudas diagnósticas o de tratamiento en MAP y/o paciente.
 - 1.1.2. **Intervención de no tratamiento especializado** y alta con/sin tratamiento farmacológico.
 - 1.1.3. En el **tapiz del paciente en el AP-Madrid** deberá constar:
 - 1.1.3.1. un **resumen de la evaluación** del paciente,
 - 1.1.3.2. **impresión diagnóstica**,
 - 1.1.3.3. **intervención realizada** en la evaluación, y
 - 1.1.3.4. **plan de actuación en AP** tras el alta de especializada que incluye
 - 1.1.3.4.1. el **manejo farmacológico** de tenerlo,
 - 1.1.3.4.2. **manejo psicosocial**,
 - 1.1.3.4.3. **manejo de la ILT** de haberla y
 - 1.1.3.4.4. condiciones de **rederivación**.
 - 1.2. Ser **derivado a SM** para una intervención más específica en atención especializada
 - 1.2.1. Puede ser derivado para **continuar la evaluación** (en pacientes de evaluación complicada)
 - 1.2.2. Para **intervención clínica farmacológica**
 - 1.2.3. Para **intervención psicosocial**:
 - 1.2.3.1. Psicoterapia individual,
 - 1.2.3.2. Psicoterapia de grupo,
 - 1.2.3.3. Psicoterapia familiar
 - 1.2.3.4. u otras
 - 1.2.4. **Otras intervenciones**: para realización de informes, peritajes...
 - 1.2.5. En cualquier caso deberá constar en el **tapiz del paciente del AP-Madrid** un
 - 1.2.5.1. **resumen de la evaluación** hecha,
 - 1.2.5.2. **impresión diagnóstica**,
 - 1.2.5.3. **plan de derivación a los SSM** y
 - 1.2.5.4. **manejo desde AP** de lo que se considere desde SM que se deba realizar: ILT, analíticas...
2. Evaluar a pacientes nuevos **derivados desde otras especialidades (o de la propia psicóloga del ECPF)** y que pertenecen al Centro de Atención Primaria donde se está haciendo la integración. En este caso,
 - 2.1. los pacientes llegan a través de un PIC del especialista al SSM.
 - 2.2. Los administrativos de SM tienen que localizar a qué EAP pertenece el paciente del PIC y en el caso de hacerlo a uno de los equipos donde se está haya ECPF, el PIC se le dará al psiquiatra (va todas las semanas) que decidirá (puede hablarlo con la psicóloga del equipo y el MAP al que pertenece el paciente) si le dará cita con el psiquiatra de tipo normal, preferente o urgente, o con la psicóloga. También a través del SCAE.
 - 2.3. En caso de derivación por parte de la Psicóloga del ECPF para manejo farmacológico de paciente en intervención psicosocial que

lleva la propia psicóloga y que por su dificultad no puede ser llevado por el propio MAP bajo supervisión.

- 2.4. En ese caso, además de poner en el tapiz del paciente todo lo acontecido, habrá que contestar el PIC que trae el paciente para que se lo entregue al especialista.
3. Evaluar a pacientes nuevos que proceden de la **urgencia de SM del HUPA**.
 - 3.1. Estos pacientes han podido llegar a dicha urgencia
 - 3.1.1. a iniciativa propia o
 - 3.1.2. derivados por el propio MAP (Urgencia inmediata)
 - 3.1.3. otros especialistas.
 - 3.2. En el caso de que estos pacientes sean nuevos (sin historia previa en SM o dados de alta desde hace más de 1 año)
 - 3.2.1. La hoja de asistencias a urgencia llega a diario al CSM. Allí aparecen los pacientes atendidos en la urgencia del HUPA. De ellos aquellos que requieren evaluación en SM y son nuevos pacientes desde el punto de vista administrativo, los administrativos del CSM determinan qué equipo de AP le corresponde al paciente y se la hace llegar al Jefe de Distrito del CSM que cita al paciente en la agenda del psiquiatra responsable de ese ECPF. Si el paciente opta a la libre elección se le facilitará a través del propio SCAE y coordinado por el Jefe de Distrito del CSM.
 - 3.2.2. En la hoja de asistencias a urgencia aparece que el paciente nuevo debe ser citado para evaluación en SM en un plazo determinado por el profesional que lo atendió en la urgencia (en una semana, en un mes...). Si prefiere el ECPF, al paciente se le dará cita como nuevo en el EAP en el plazo estipulado desde la urgencia.
4. Hacer **entrevistas conjuntas** con el MAP o enfermería o TS del EAP de pacientes difíciles pactadas desde el EAP en la agenda del psiquiatra para asesorar, mejorar habilidades de entrevista, supervisar un caso...
5. **Participar y promover reuniones conjuntas semanales** para hablar de las derivaciones, pacientes preferentes o urgentes, supervisión de pacientes que llevan los MAP y no están siendo derivados.
6. **Participar y promover reuniones conjuntas mensuales** con todo el equipo para la realización de una sesión clínica conjunta, preparar cursos de formación o intervenciones grupales más complejas.
7. Realizar **intervenciones psicosociales** para pacientes que así lo requieran desde AP con alguien del equipo de AP.
8. **Supervisión** de profesionales de AP en todo lo que requieren dentro del campo del a SM (evaluación del MAP, intervenciones que esté haciendo, tratamientos, aspectos de manejo, de la entrevista, derivaciones dudosas, pacientes que están en SM...).
9. Realizar **trabajo de gestión asistencial y evaluación del programa**.

PSICÓLOGA

1. **Evaluar los pacientes derivados desde el MAP**. Una vez evaluado el paciente podrá:
 - 1.1. Ser dado de **alta** tras:

- 1.1.1. **Intervención esclarecimiento** de dudas diagnósticas o de tratamiento en MAP y/o paciente.
- 1.1.2. **Intervención de no tratamiento especializado** y alta con/sin tratamiento farmacológico.
- 1.1.3. En el **tapiz del paciente en el AP-Madrid** deberá constar:
 - 1.1.3.1. un **resumen de la evaluación** del paciente,
 - 1.1.3.2. **impresión diagnóstica**,
 - 1.1.3.3. **intervención realizada** en la evaluación,
 - 1.1.3.4. y **plan de actuación en AP** tras el alta de especializada que incluye
 - 1.1.3.4.1. el **manejo psicosocial**,
 - 1.1.3.4.2. **manejo de la ILT** de haberla
 - 1.1.3.4.3. y condiciones de **rederivación**.
- 1.2. Ser **derivado a SM** para una intervención más específica en atención especializada
 - 1.2.1. Puede ser derivado para **continuar la evaluación** (en pacientes de evaluación complicada). En ese caso el tratamiento farmacológico de tenerlo puede ser llevado por el MAP.
 - 1.2.2. Para **intervención psicosocial**:
 - 1.2.2.1. Psicoterapia individual,
 - 1.2.2.2. Psicoterapia de grupo,
 - 1.2.2.3. Psicoterapia familiar
 - 1.2.2.4. u otras
 - 1.2.3. **Otras intervenciones**: para realización de informes, peritajes...
 - 1.2.4. En cualquier caso deberá constar en el **tapiz del paciente del AP-Madrid**:
 - 1.2.4.1. un **resumen** de la evaluación hecha,
 - 1.2.4.2. **impresión diagnóstica**,
 - 1.2.4.3. **plan de derivación** a los SSM
 - 1.2.4.4. y **manejo desde AP** de lo que se considere desde SM que se deba realizar: manejo psicofarmacológico, ILT, analíticas...
2. **Evaluar pacientes derivados del psiquiatra**, de otras especialidades médicas.
3. Hacer **entrevistas conjuntas** con el MAP o enfermería o TS del EAP de pacientes difíciles pactadas desde el EAP en la agenda de la psicóloga para asesorar, mejorar habilidades de entrevista, supervisar un caso...
4. **Participar y promover reuniones conjuntas** mensuales para hablar de las derivaciones, pacientes preferentes o urgentes, supervisión de pacientes que llevan los MAP y no están siendo derivados.
5. **Participar y promover reuniones conjuntas** mensuales con todo el equipo para la realización de una sesión clínica conjunta, preparar cursos de formación o intervenciones grupales más complejas.
6. Realizar **intervenciones psicosociales** para pacientes que así lo requieran desde AP con alguien del equipo de AP.
7. **Supervisión** de profesionales de AP en todo lo que requieren dentro del campo del a SM (evaluación del MAP, intervenciones que esté haciendo, tratamientos, aspectos de manejo, de la entrevista, derivaciones dudosas, pacientes que están en SM...).
8. Realizar **trabajo de gestión asistencial y evaluación del programa**.

ADMINISTRATIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Recibe e informa al paciente citado para evaluación en el equipo integrado de SM desde AP.
2. Abre y cierra las agendas de los profesionales de SM en el AP-Madrid.
3. Llamar a los pacientes nuevos de la agenda de la psicóloga para asegurarse que acudan a la cita (lista de espera muy larga). En el caso que sepan que no va a acudir rellenar el hueco con pacientes nuevos de la lista de espera.
4. Proporcionar al equipo de SM material administrativo que necesiten para su trabajo: documentos de informes, material informático, hojas de asistencia, etc.

COORDINADOR DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

1. Supervisa y controla la labor de los administrativos de SM en el reparto de derivaciones urgentes del HUPA y de otras especialidades a los ECPF.
2. Coordina la citación de pacientes derivados del propio EAP a través del SCAE de forma preferente o urgente (menos de una semana de demora).
3. Tareas de gestión asistencial del programa garantizando su funcionamiento y la continuidad de la atención de los pacientes, sobre todo en los momentos más problemáticos: bajas por enfermedad en el equipo, vacaciones.
4. Tareas de evaluación del programa.

ADMINISTRATIVOS DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

1. Reciben los PICs para Salud Mental de otras especialidades.
2. Comprueban si estos pacientes no son nuevos o tienen historia abierta (en ese momento o tras alta menos de un año). En este caso solicitan al profesional que trata al paciente una cita ordinaria (no nueva) para este paciente.
3. En el caso de ser nuevos: Averiguan a qué EAP pertenece cada paciente nuevo recibido. En el caso de pertenecer a un EAP con ECPF deben entregar el PIC al Jefe de Distrito que coordinará la citación en la agenda de los profesionales correspondientes.
4. Reciben la lista diaria de atención a la urgencia del HUPA. En el caso de localizar a pacientes nuevos que requieran evaluación psiquiátrica tienen que localizar el EAP al que pertenece el paciente y deben entregar la lista de urgencia con el/los pacientes que deben ser citados por el psiquiatra del ECPF. En esa lista consta el tiempo de espera razonable en la cita evaluado por el profesional de SM que le ha atendido en la urgencia. Se entregará esta información al Jefe de Distrito que coordinará la citación en la agenda de los profesionales correspondientes.

En la siguiente tabla aparecen ordenadas las actividades según profesional, en rojo las de seguimiento obligatorio, verde las actividades recomendables.

	ACTIVIDADES	COMENTARIOS
Médico de Atención Primaria	Evaluación del paciente. Detección de caso	<p>En general los MAP evalúan mucho mejor de lo que nos creemos en SM a los pacientes con problemas psicológicos. Suelen conocerlos muy bien, también a la familia, vecinos y suelen detectar el caso con facilidad.</p> <p>No obstante pensamos que cursos sobre entrevista y manejo de los aspectos psicológicos del vínculo, tanto de forma individual, como familiar y grupal serían muy recomendables.</p>
	Diagnóstico del paciente	Tampoco tenemos la sensación que haya muchos problemas en el diagnóstico. Pensamos que son ellos debido a la idea tópica desde SM que no saben Dx y que se les escapa pacientes los que tienen esa idea de ellos mismos. De hecho solicitan mucha formación en este campo y pensamos que hay más problemas en el manejo del paciente una vez detectado y diagnosticado.
	Tratamiento del paciente: Intervenciones farmacológicas	No suelen tener problemas en utilizar fármacos. En nuestra opinión a veces de forma exagerada o con excesiva expectativa o con una idea muy medico-orgánica del uso del fármaco en SM. Sobre este campo pensamos que habría que intervenir mucho, tanto en las reuniones como en los talleres de formación
	Tratamiento del paciente: Intervenciones Psicosociales	Sorprende que ellos piensan que sí hacen intervenciones de este tipo y es donde desde el ESM pensamos que hay más falta de formación.
	Derivación Normal a Psiquiatra	<p>Para pacientes no graves con aspectos médicos que interfieren o con manejo farmacológico complicado. Pacientes que lo solicitan. Los pacientes que ya fueron evaluados y dados de alta por el psiquiatra si precisan ser reevaluados deberán hacerlo con el mismo profesional que los atendió con idea de poder manejar las pautas disfuncionales que muchos pacientes repiten en los vínculos terapéuticos. En caso de insistir cambio hablarlo con el ESM. La derivación se hace a través del SCAE.</p> <p>En el tapiz de historia clínica del AP-Madrid deberá constar como mínimo: resumen de la historia, tratamientos realizados. Motivo de la derivación.</p>
	Derivación Normal a Psicóloga	<p>Para pacientes no graves con manejo fundamentalmente psicoterapéutico. La farmacología aquí puede existir pero tiene una función sintomática y puede ser llevada por el propio MAP (si lo desea con supervisión o consulta del psiquiatra). Los pacientes que ya fueron evaluados y dados de alta por la psicóloga si precisan ser reevaluados deberán hacerlo con el mismo profesional que los atendió con idea de poder manejar las pautas disfuncionales que muchos pacientes repiten en los vínculos terapéuticos. En caso de insistir cambio hablarlo con el ESM. La derivación se hace a través del SCAE.</p> <p>En el tapiz de historia clínica del AP-Madrid deberá constar como mínimo: resumen de la historia, tratamientos realizados. Motivo de la derivación.</p>
	Derivación Preferente a Psiquiatra	<p>Para pacientes moderados-graves en sus síntomas o en su manejo. Hay que hablarlo obligatoriamente con el psiquiatra. No hay acceso directo para el MAP de esos huecos en la agenda. La derivación se hace a través del SCAE. El coordinador de distrito asegura la citación en la agenda correspondiente.</p> <p>En el tapiz de historia clínica del AP-Madrid deberá constar como mínimo: resumen de la historia, tratamientos realizados. Motivo de la derivación preferente.</p>
	Derivación Urgente a Psiquiatra	<p>Para pacientes graves en sus síntomas o manejo (pacientes con ideas de suicidio o aparición de síntomas psicóticos, sobre todo si se trata de la primera vez). Hay que informar obligatoriamente al psiquiatra que de aceptar la urgencia del caso tendrá que forzar su siguiente día de agenda y dar la orden pertinente a las administrativas del EAP. La derivación se hace a través del SCAE. El coordinador de distrito asegura la citación en la agenda correspondiente.</p> <p>En el tapiz de historia clínica del AP-Madrid deberá constar como mínimo: resumen de la historia, tratamientos realizados. Motivo de la derivación urgente.</p>
Derivación Urgente Grave al HUPA	Para pacientes muy graves que no pueden esperar por su gravedad los días que faltan para la llegada del psiquiatra al EAP. Por ejemplo, agitaciones importantes, cuadro psicótico de aparición brusca y muy grave, ideas de suicidio francas...	

		Sería recomendable hablarlo con el ESM integrado para supervisar la acción, cuidar al equipo de AP y seguir el caso en la urgencia del HUPA.
	Derivación Libre Elección	<p>En caso que el paciente decida ser atendido en el ESM que desee y no dentro del ESM integrado. La ley asiste y facilita este caso. El MAP derivará el caso según hace en otras especialidades.</p> <p>No obstante, el EAP podrá asesorarse o supervisar el caso con el ESM integrado a pesar de que este equipo no va a seguir a este paciente.</p>
	Entrevista conjunta	En caso de pacientes no estrictamente de SM pero que presentan un manejo difícil por sus rasgos de personalidad, por ejemplo, con DM, o HTA pero difíciles de manejar. Se pueden consensuar entrevistas con el psiquiatra o la psicóloga para que le ayude a evaluar o manejar la entrevista. Para supervisión o la ayuda que se les ocurra. También se pueden ver en este formato pacientes que no quieren acudir a SM bajo ningún concepto proponiéndoles este marco que pueden aceptar de mejor grado.
	Consulta telefónica, por correo electrónico o presencial con el equipo integrado de SM	Para cualquier duda o problema que surja en una evaluación o tratamiento. La cercanía y accesibilidad del especialista es de los puntos más importantes para que el programa llegue a funcionar.
	Participación en las reuniones semanales con el ESM	Es obligatorio para los MAP participar en esas reuniones. El no acudir le quitaría el sentido al programa y hay que partir de un marco claro de trabajo conjunto. Se hablará en ellas de los pacientes derivados y derivables, de las altas dadas desde el ESM, de los que han sido derivados a SM.
	Participación en las reuniones mensuales con el ESM	Es obligatorio para los MAP participar en esas reuniones. El no acudir le quitaría el sentido al programa y hay que partir de un marco claro de trabajo conjunto. En ellas se cuenta con la aportación de la psicóloga. Se preparan sesiones clínicas (al menos 3 al año preparadas conjuntamente) y se planifica el trimestre en cuanto a formación, talleres, intervenciones grupales...
	Participación en los talleres de formación anuales	Es deseable para los profesionales del EAP que se apunten a los cursos y talleres de formación en SM que se deciden en las reuniones mensuales.
	Participación en intervenciones diseñadas desde el ESM para pacientes de AP	Deseable que participen en formatos de intervención en SM sobre pacientes de AP. Estos espacios conjuntos son de alto aprendizaje y facilitan mucho la coordinación más allá de la utilidad para los propios pacientes.
	Trabajo para evaluar el programa	Es de obligatorio cumplimiento participar en los trabajos que evalúan la eficacia y eficiencia del programa al que nos referimos.
Psiquiatra	Evaluar paciente nuevo derivado por el EAP normal	Paciente no grave con aspectos en el manejo también farmacológicos. Paciente que lo solicita. No hace falta consensuarlo aunque es preferible siempre comentarlo. Un paciente ya evaluado por el psiquiatra no puede ir como nuevo a la psicóloga, debe ser derivado de nuevo en caso de necesitarlo al profesional que ya lo atendió.
	Evaluar paciente nuevo derivado por el EAP preferente	Paciente con patología moderada-grave. Hay que comentarlo previamente con el psiquiatra para poder citarlo. El hueco de preferente en la agenda no es de libre acceso para el EAP.
	Evaluar paciente nuevo derivado por el EAP urgente	Paciente con patología grave, por ejemplo, con ideas de suicidio francas o síntomas psicóticos, sobre todo si se trata del primer brote. Hay que hablarlo con el psiquiatra y de ser así se fuerza la agenda y se amplían los huecos para atenderlo en menos de una semana.
	Evaluar paciente nuevo derivado por otros especialistas o servicios	El PIC llega al CSM, donde sus administrativos ven que el paciente pertenece al EAP donde se hace el programa. Este PIC lo lleva al EAP el psiquiatra (o llama por teléfono) y las administrativas del EAP le dan la cita según decide el psiquiatra (normal, preferente o urgente)
	Evaluar paciente nuevo derivado desde las urgencias de SM del HUPA	Paciente que llega al CSM a través de la hoja de incidencia de la guardia. Aquí, los administrativos del CSM, verifican que el paciente pertenece al EAP en cuestión, y el coordinador organiza la citación en la agenda correspondiente, se la da cita y se le llama a través del programa según deciden los profesionales de la urgencia que aparecen en la hoja de incidencia de la guardia.
	Alta y derivación a AP	En el tapiz del paciente del AP-Madrid deberá constar como mínimo: historia clínica, impresión diagnóstica, motivo del alta, recomendaciones de manejo desde AP

	<p>Derivación a Salud Mental</p>	<p>En el tapiz del AP-Madrid deberá constar como mínimo: historia clínica, impresión diagnóstica, motivo de la derivación y recomendaciones para AP. Se deriva para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para continuar con la evaluación o intervención de no tratamiento especializado - Para intervención clínica - Para intervención psicosocial: <ul style="list-style-type: none"> o Psicoterapia Individual o Psicoterapia Grupal o Psicoterapia Familiar o Otras - Otras intervenciones: informes, peritajes...
	<p>Respuesta a consultas hechas por el EAP telefónicamente, por correo electrónico o presenciales.</p>	<p>La idea de un contacto personalizado y directo durante toda la semana y jornada laboral da una sensación real de ayuda y mejora mucho la coordinación. No lleva mucho tiempo y es de alta eficacia y valoración entre el EAP.</p>
	<p>Realizar entrevistas conjuntas con miembros del EAP</p>	<p>Entrevistas consensuadas entre ambos equipos para manejar pacientes difíciles, no necesariamente de SM, como modo de supervisar y ayudar.</p>
	<p>Participar y promover reuniones semanales con el EAP para acordar el trabajo con pacientes</p>	<p>Muy importantes para discutir las derivaciones, las altas, lo que nos quedamos en SM. Dudas, maneras de trabajar y ver a los pacientes, en ocasiones muy diferentes entre AP y SM.</p>
	<p>Participar y promover reuniones mensuales con el EAP para sesiones clínicas y planificación</p>	<p>Al menos 3 veces al año habría que hacer sesiones clínicas preparadas conjuntamente como tal. El resto pueden ser más improvisadas y de un carácter más voluntario (intentar generar buen ambiente y no sobrecarga de tareas)</p>
	<p>Promover y dirigir talleres de formación consensuados con el EAP que mejoren las habilidades de evaluación y/o tratamiento de pacientes con problemas de SM</p>	<p>Es mejor consensuarlos y que tiendan a ser talleres prácticos que desarrollen las habilidades de los profesionales de la AP en manejar a pacientes con problemas de salud mental, así como las reacciones y emociones que aparecen en los propios profesionales para aprender a detectarlas, manejarlas y prevenir el queme profesional. Evitar los talleres muy teóricos o categoriales aunque en ocasiones los EAP los piden y hay que darlos.</p>
	<p>Realización de Grupos Balint con los miembros del equipo de AP</p>	<p>Grupos deseables de realizar dada su eficacia.</p>
	<p>Realización de intervenciones psicosociales sobre pacientes de AP con algún miembro del EAP: grupos, por ejemplo.</p>	<p>Intervenciones con la acción directa integrada del psiquiatra con algún miembro del EAP con el objeto no solo de operar sobre las patologías de los pacientes si no para formar al EAP en intervenciones eficaces poco frecuentes para los miembros del EAP</p>
	<p>Supervisar intervenciones realizadas por otros miembros del EAP o ESM en AP</p>	<p>Intervenciones psicoterapéuticas realizadas con algún paciente de AP por alguien del EAP o Grupos planificados desde AP para alguna población específica: grupos de autoayuda para cuidadores, HTA, diabéticos. O grupos en AP planificados por parte del ESM (MIRes, PIRes, EIRes) de regulación emocional, manejo de la ansiedad...</p>
	<p>Trabajo de gestión y evaluación del programa</p>	<p>A través de las medidas de evaluación decididas entre ambos equipos</p>
	<p>Evaluar paciente nuevo derivado por el EAP normal</p>	<p>Paciente no grave con manejo fundamentalmente psicológico. Paciente no grave que lo solicita. En el caso de llevar tratamiento farmacológico es sólo sintomático y lo puede llevar el propio MAP (si quiere supervisado o consultado por el psiquiatra). No hace falta consensuarlo aunque es preferible siempre comentarlo. Un paciente ya evaluado por la psicóloga no puede ir como nuevo al psiquiatra, debe ser derivado de nuevo en caso de necesitarlo al profesional que ya lo atendió.</p>
	<p>Evaluar paciente nuevo derivado por Psiquiatra</p>	<p>Debido a la disparidad de agendas y no evaluar pacientes preferentes o urgentes. El psiquiatra deriva pacientes moderados o graves de manejo fundamentalmente psicoterapéutico: TCA, TTPP, que debido a su gravedad y al tipo de agendas no entrarían nunca en la agenda de la psicóloga. Es obligatorio hablarlo y consensuarlo para que la psicóloga deje el hueco de derivación.</p>
	<p>Alta y derivación a AP</p>	<p>Tras intervención psicológica en la evaluación se decide el alta. En el tapiz del paciente del AP-Madrid deberá constar como mínimo: historia clínica, impresión diagnóstica, motivo del alta, recomendaciones de</p>

Psicóloga		manejo desde AP
	Derivación a Salud Mental	<p>En el tapiz del AP-Madrid deberá constar como mínimo: historia clínica, impresión diagnóstica, motivo de la derivación y recomendaciones para AP. Se deriva para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para continuar con la evaluación o intervención de no tratamiento especializado - Para intervención clínica - Para intervención psicosocial: <ul style="list-style-type: none"> o Psicoterapia Individual o Psicoterapia Grupal o Psicoterapia Familiar o Otras - Otras intervenciones: informes, peritajes...
	Respuesta a consultas hechas por el EAP telefónicamente, por correo electrónico o presenciales.	La idea de un contacto personalizado y directo durante toda la semana y jornada laboral da una sensación real de ayuda y mejora mucho la coordinación. No lleva mucho tiempo y es de alta eficacia y valoración entre el EAP.
	Realizar entrevistas conjuntas con miembros del EAP	Entrevistas consensuadas entre ambos equipos para manejar pacientes difíciles, no necesariamente de SM, como modo de supervisar y ayudar.
	Participar y promover reuniones mensuales con el EAP para sesiones clínicas y planificación	Al menos 3 veces al año habría que hacer sesiones clínicas preparadas conjuntamente como tal. El resto pueden ser más improvisadas y de un carácter más voluntario (intentar generar buen ambiente y no sobrecarga de tareas)
	Promover y dirigir talleres de formación consensuados con el EAP que mejoren las habilidades de evaluación y/o tratamiento de pacientes con problemas de SM	Es mejor consensuarlos y que tiendan a ser talleres prácticos que desarrollen las habilidades de los profesionales de la AP en manejar a pacientes con problemas de salud mental, así como las reacciones y emociones que aparecen en los propios profesionales para aprender a detectarlas, manejarlas y prevenir el queme profesional. Evitar los talleres muy teóricos o categoriales aunque en ocasiones los EAP los piden y hay que darlos.
	Realización de Grupos Balint con los miembros del equipo de AP	Grupos deseables de realizar dada su eficacia.
	Realización de intervenciones psicosociales sobre pacientes de AP con algún miembro del EAP: grupos, por ejemplo.	Intervenciones con la acción directa integrada de la psicólogas con algún miembro del EAP con el objeto no solo de operar sobre las patologías de los pacientes si no para formar al EAP en intervenciones eficaces poco frecuentes para los miembros del EAP
Supervisar intervenciones realizadas por otros miembros del EAP o ESM en AP	Intervenciones psicoterapéuticas realizadas con algún paciente de AP por alguien del EAP o Grupos planificados desde AP para alguna población específica: grupos de autoayuda para cuidadores, HTA, diabéticos. O grupos en AP planificados por parte del ESM (MIRes, PIRes, EIRes) de regulación emocional, manejo de la ansiedad...	
	Trabajo de gestión y evaluación del programa	A través de las medidas de evaluación decididas entre ambos equipos
Administrativa	Recibe e informa al paciente citado para evaluación en el equipo integrado de SM desde AP	La mayor parte de las veces no tiene que hacerlo porque el MAP ya le ha informado de dónde y cuándo va a ser evaluado pero no es raro que el personal administrativo del EAP tenga que saberlo e informar a los pacientes.
	Llama telefónicamente a determinados pacientes para recordar citas	A todos los de la agenda de la psicóloga y algunos de la del psiquiatra que indiquen bien el MAP o el propio psiquiatra
	Proporciona el material que necesite el equipo de SM que allí trabaja	Hojas, documentos, tóner de impresora...

RESULTADOS ESPERABLES Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

1. Mayor accesibilidad de los pacientes a la SM. Menor índice de ausencias en las primeras entrevistas.

EVALUACIÓN

- Indicador. % citas perdidas
 - En el ECPF
 - En las agendas que siguen con el modelo tradicional en el CSM
 - En la media de la Comunidad de Madrid
- Fuente verificación
 - AP Madrid
 - Multicita

2. Disminución de las urgencias por mejor coordinación y por mejora del manejo de los cuadros por parte del EAP.

EVALUACIÓN

- Indicador. Tasa de urgencias por 100.000 habitantes
 - En el ECPF
 - En las agendas que siguen con el modelo tradicional en el CSM
 - En la media de la Comunidad de Madrid
- Fuente verificación
 - AP Madrid
 - Multicita
 - Tarjeta Sanitaria (Par número de tarjetas de cada centro)

3. Disminución de la lista de espera por los mismos motivos.

EVALUACIÓN

- Indicador. Demora Media para Ordinario, preferente
 - En el ECPF
 - En las agendas que siguen con el modelo tradicional en el CSM
 - En la media de la Comunidad de Madrid
- Fuente verificación
 - AP Madrid
 - HP HIS del HUPA

4. Mejor derivación, en calidad y número, de los pacientes con problemas de SM.

EVALUACIÓN

- Indicador. Auditoria del tapiz en el AP-Madrid y cumplimiento de los requisitos en los tapices seleccionados
 - En la derivación del MAP
 - En la intervención del ECPF
- Fuente verificación
 - AP Madrid

5. Mejor seguimiento de los pacientes.

EVALUACIÓN

6. Mejor índice de captación de pacientes graves (con Trastorno Mental Grave).

EVALUACIÓN

- Indicador. Número de pacientes incluidos en el Programa de Intervención Precoz de la Psicosis
 - ECPF
 - En las agendas que siguen con el modelo tradicional en el CSM
- Fuente verificación
 - Base de datos del Programa de Intervención Precoz de la Psicosis

7. Mejora de las habilidades, destrezas y conocimientos de los MAP en los pacientes con problemas psicológicos.

EVALUACIÓN

- Indicador. Encuesta anual de los profesionales de Atención Primaria con la coordinación del ECPF

8. Mayor número de pacientes con problemas psicológicos tratados por los propios MAP.

EVALUACIÓN

- Indicador. Encuesta anual de los profesionales de Atención Primaria con la coordinación del ECPF

9. Mejora de aspectos de coordinación. Conocimiento personal de los equipos, accesibilidad al especialista y al MAP. Mayor intercomunicación: telefónica, por correo electrónico y presencial. Mayor satisfacción con este modo de coordinación por parte de ambos equipos.

EVALUACIÓN

- Indicador. Encuesta anual de los profesionales de Atención Primaria con la coordinación del ECPF

10. Solicitudes de consulta telefónica y en correo contestadas antes de 1 semana

EVALUACIÓN

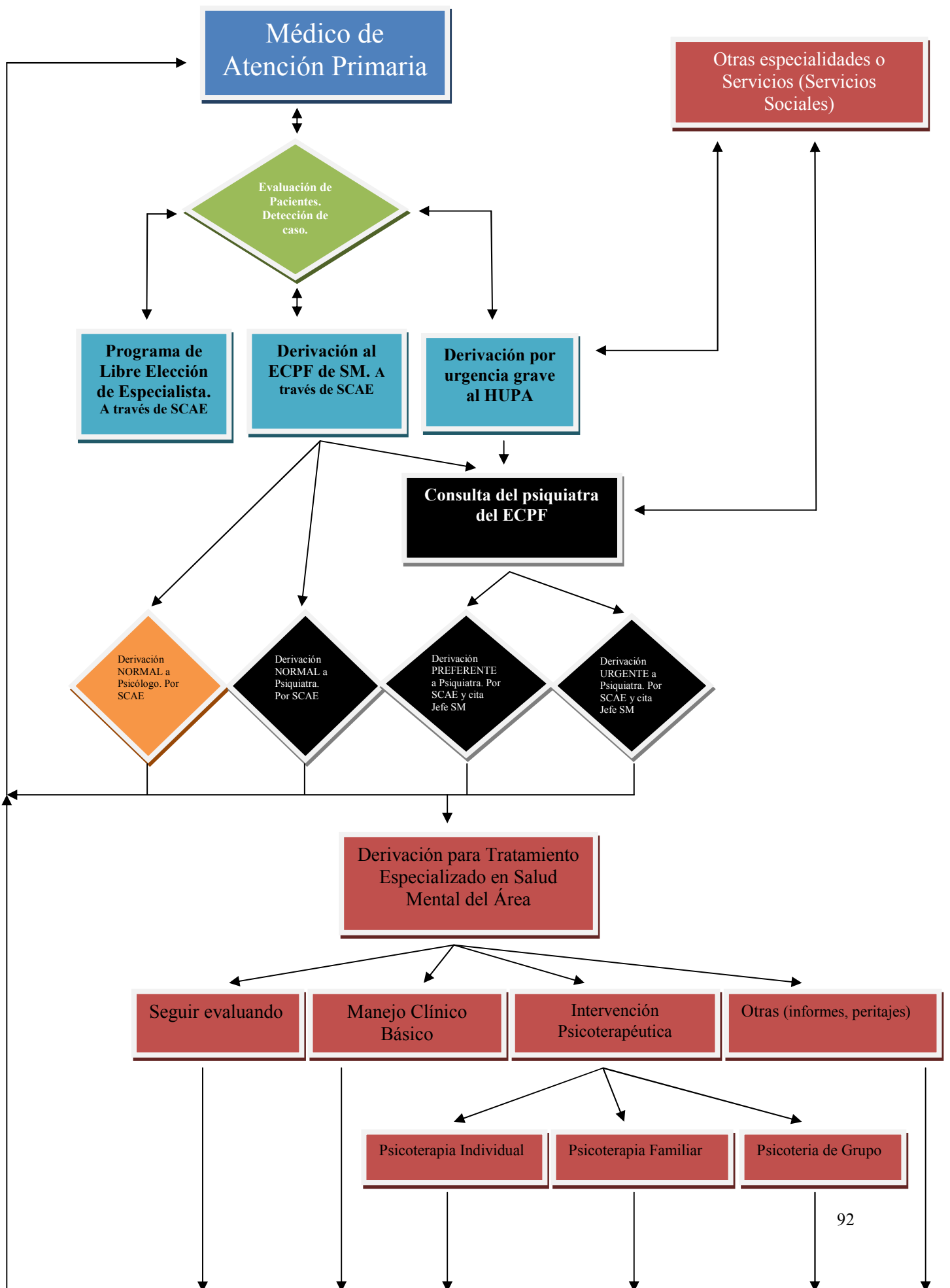
- Indicador. Encuesta anual de los profesionales de Atención Primaria con la coordinación del ECPF

11. Número de reuniones y presencia por firmas en las mismas

12. Número de talleres de formación y presencia en las mismas. Evaluación de estos talleres.

13. Satisfacción de los pacientes y profesionales de AP en la encuesta anual.

FLUJOGRAMA



ANEXO 1

CUESTONARIO PARA MÉDICOS DE AP SOBRE SALUD MENTAL

Centro de Salud en el que trabajas:

Edad: Sexo:

Años trabajando como MAP en el sector público:

Situación laboral (fijo/interino/otras):

Turno de trabajo:

1. ¿Qué tipo de problemas psicológicos/psiquiátricos acuden a tu consulta con mayor frecuencia?

2. De estos pacientes, ¿cuáles decides derivar a SM con más frecuencia? ¿Hay algún factor que condicione o favorezca la derivación de forma más rápida o evidente?

3. De los pacientes con problemas psicológicos/psiquiátricos que atiendes y no derivas a nivel especializado (o te son inmediatamente devueltos desde SM por padecer problemas atendibles desde AP), ¿cómo valoras la atención en SM que prestas desde AP? (desde 0 muy mala, 1 mala, 2 deficiente, 3 adecuada, 4 satisfactoria, 5 muy satisfactoria)
 - a. ¿Qué sueles hacer con estos pacientes? (Nunca, rara vez, a veces, frecuentemente, siempre)
 - i. Dar fármacos
 - ii. Apoyo psicológico no estructurado
 - iii. Algún tipo de abordaje psicológico estructurado. ¿Cuál?
 - b. ¿Cómo consideras que podría ser la ayuda que necesitas desde el equipo de Salud Mental con estos pacientes con problemas psicológicos que atiendes en tu consulta?

4. Cómo describirías tu percepción del paciente con problemas psicológicos/psiquiátricos y tu reacción frente al mismo cuando llega a tu consulta.

5. Qué te parece la información disponible sobre los pacientes evaluados en SM y derivados nuevamente a AP (nula, mala, adecuada, buena, muy buena).

6. Qué te parece la información disponible sobre los pacientes en tratamiento en SM (nula, mala, escasa, adecuada, buena, muy buena).

7. Valoración de la coordinación con el equipo de Salud Mental
 - a. Cantidad de los contactos con el equipo de SM (teléfono, presencial, sesiones...) (nulos, escasos, adecuados, excesivos)

 - b. Disponibilidad de equipo de SM (nula, escasa, adecuada, excelente)

 - c. Utilidad de la coordinación para la consulta de AP (nula, escasa, adecuada, buena, muy buena)

 - d. Cantidad de cursos de formación continuada en SM (de 0 a >5 al año)
 - e. Calidad de dichos cursos (de 0 muy malos a 5 excelentes)

 - f. ¿Conoces a alguno de los psiquiatras/psicólogos del equipo de SM? ¿Te has coordinado con alguno?

 - g. Valoración general de la coordinación con SM en la actualidad (de 0 muy mala a 10 óptima)

 - h. ¿Qué aspectos de la coordinación con AP valorarías más o te serían más útiles?

8. ¿Percibes necesidades de formación en SM? ¿en algún tema especial?

ANEXO 3: Programa de Prevención del Riesgo Suicida



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

Comunidad de Madrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Servicio de Psiquiatría
Carretera de Meco sn
28805 Alcalá de Henares (Madrid)

PROTOCOLO
DE
DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
DEL
RIESGO SUICIDA
EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS

Junio 2012

Contenido

INTRODUCCIÓN:	99
EPIDEMIOLOGÍA:	99
FACTORES DE RIESGO:	100
Factores de riesgo individuales.....	101
Factores de riesgo familiares y contextuales:	103
Factores sociofamiliares y ambientales:	104
Otros factores de riesgo:	104
POBLACIONES ESPECIALES:	105
PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUPA:	107
EL TRIAJE DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA.....	108
EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUPA:	109
CRITERIOS DE INGRESO EN PSIQUIATRÍA:	113
INSTRUCCIONES PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA DESDE LA URGENCIA:	115
¿Cómo capturar la actividad?	116
ANEXO 1: RESUMEN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN LA URGENCIA.....	118
INSTRUCCIONES PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA TRAS EL ALTA DESDE LA URGENCIA:	120
ANEXO 2: FLUJOGRAMA DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	122

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUPA:

INTRODUCCIÓN:

Etimológicamente el término suicidio proviene del latín *sui* (sí) *caedes caedis* (muerte o asesinato), por lo que literalmente se puede traducir como muerte a sí mismo (García de Diego, 1950). La Asociación Americana de Psiquiatría (2003) define el suicidio como la muerte autoinfligida con evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir.

El acto suicida puede aparecer básicamente en tres formas clínicas:

1. Paciente que verbaliza *pensamientos suicidas*, sin ninguna iniciativa de acción.
2. Paciente que ha realizado una *tentativa suicida de forma finalista o indirecta*.: En estos casos la finalidad letal es menos relevante que la función comunicacional. Es el síndrome suicida más frecuente en clínica. Es importante realizar una correcta valoración de estos casos, ya que suelen repetirse, pudiendo llegar consumarse el suicidio. Esta forma clínica ha sido tradicionalmente descrita como conductas parasuicidas. Consideramos no adecuado este término debido al riesgo de infravalorar una conducta potencialmente letal y simplificar su carácter multifactorial.
3. Paciente que comete un *intento de suicidio con manifiestos fines autolíticos*.

Con respecto a la relación entre acto e intento suicida existen diferentes respuestas, coincidentes todas en la progresividad de la manifestación del proceso de exteriorización y comunicación. Poldinger conceptualizando la tendencia suicida, describe tres fases: Consideración, Ambivalencia y Decisión. Adam propone el concepto de "continuum autodestructivo" para dar respuesta a esta progresividad: la primera etapa, las fantasías, la llama Ideación Suicida. Las Crisis Suicidas, serían expresión de un cálculo, mientras la Tentativa de Suicidio constituye el aviso. El Suicidio Frustrado correspondería a un período de prueba de ensayo-error y el suicidio Consumado representaría la condensación del proceso.

EPIDEMIOLOGÍA:

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo o, dicho de otra manera, cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100 000. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,31%) más del triple que las mujeres (22,56%). Recientemente se ha publicado un estudio sobre la conducta suicida en la comunidad de Madrid, cuyos resultados describen una incidencia anual estimada de intentos de suicidio atendidos en la CM de 102.07/100000 habitantes (cifra estandarizada mediante estándar poblacional de edad de la OMS).

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada en 2007 contempló entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo. A su vez el Ministerio de Sanidad ha editado en 2011 la "Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida".

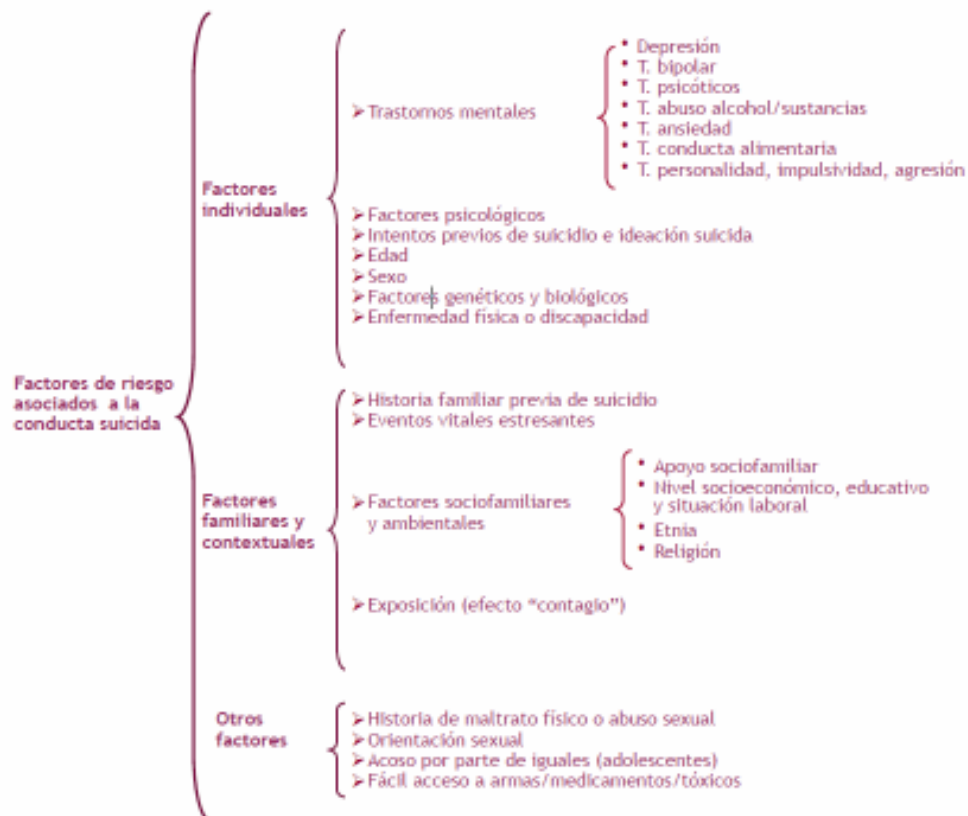
FACTORES DE RIESGO:

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (Ver tabla).

Modificables	Inmodificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad:
Abuso de sustancias	- Adolescentes y adultos jóvenes
Trastorno de personalidad	- Edad geriátrica
Otros trastornos mentales	Estado civil
Salud física	Situación laboral y económica
Dimensiones psicológicas	Creencias religiosas
	Apoyo social
	Conducta suicida previa

Fuente: GPC ministerio de sanidad a partir del libro ““*Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*””.



Factores de riesgo individuales

A) Trastornos mentales:

Dentro de los diferentes factores de riesgo asociados a conductas suicidas, se encuentra la asociación con la enfermedad psiquiátrica, que es un fuerte predictor de suicidio. El riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es de tres a doce veces mayor que el de las personas sin problemas mentales. Más del 90 por ciento de los pacientes que han realizado algún gesto autolítico tienen un trastorno psiquiátrico mayor y el 95 por ciento de los pacientes que se suicidan tienen un diagnóstico psiquiátrico.

Los trastornos psiquiátricos que más se asocian son la depresión mayor (80%), trastorno bipolar, trastornos psicóticos (10%), trastornos de la conducta alimentaria, alcoholismo o abuso de otras sustancias y los trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno de pánico, trastornos de estrés postraumático.

A.1) Depresión mayor

El estudio del Epidemiologic Catchment Area (ECA) señala una prevalencia en la población norteamericana de 18 años o más años de edad de TDM de 2.2% y en el curso de la vida del 5.8%. Otros estudios estiman que la prevalencia durante la vida es de 26% para las mujeres y del 12% para los varones. En este contexto el T. depresivo mayor es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Aparece en todos los rangos de edad aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años. La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. Otra asociación importante son con los cuadros depresivos con síntomas psicóticos, que han demostrado que tienen un riesgo suicida superior al resto de trastornos afectivos.

Los pacientes con trastornos depresivos se suicidan más en las fases precoces de enfermedad. El aislamiento social aumenta las conductas suicidas en los pacientes deprimidos. Este hallazgo coincide con los datos de los estudios epidemiológicos que indican que las personas que se suicidan pueden estar mal integradas en la sociedad.

A.2) Trastorno Bipolar

La prevalencia a lo largo de la vida de T. Bipolar es de 0.3-1.5%. En un estudio trasversal de la Organización Mundial de la Salud Mental, determinó que las prevalencias totales en Estados Unidos fueron de 0,6% para el trastorno bipolar I, 0,4% para el trastorno bipolar II, del 1,4% para el trastorno bipolar subliminal, y el 2,4% de espectro bipolar. El riesgo de suicidio es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas, siendo 15 veces mayor en estos casos que en la población general.

A.3) Trastornos Psicóticos

El riesgo de suicidio de los pacientes con esquizofrenia es alto: hasta un 10%. Los suicidios de estos pacientes se llevan a cabo durante los primeros años de evolución de la enfermedad, fundamentalmente los hombres jóvenes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria. Los factores de riesgo de suicidio en los pacientes con esquizofrenia son la edad joven, el sexo masculino, el estado civil soltero, los antecedentes de inteso, la vulnerabilidad a los síntomas depresivos y el alta hospitalaria reciente.

El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida. Únicamente un pequeño porcentaje de pacientes con esquizofrenia se suicidan debido a instrucciones alucinatorias o para huir de delirios de persecución.

Sin embargo, debido a que este trastorno es poco frecuente en la población general ($\approx 1\%$), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global.

A.4) Dependencia del Alcohol

Hasta el 15% de todas las personas con dependencia del alcohol se suicidan. Se calcula que el índice anual de suicidio para los alcohólicos es de 270 por 100.000; en Estados Unidos, cada año se suicidan entre 7.000 y 13.000 personas con dependencia del alcohol. Suele ser una complicación tardía en los trastornos de adicción al alcohol o a opiáceos, que coincide con la aparición de complicaciones somáticas y con importante deterioro social. Alrededor del 80% de las víctimas de suicidio con dependencia del alcohol son hombres porcentaje que en gran medida refleja la distribución del alcoholismo según el sexo. Las personas con dependencia del alcohol que se suicidan tienden a ser de raza blanca y de mediana edad, a no estar casadas, a estar aisladas socialmente, a no tener amigos y a ser bebedoras actuales. Hasta un 40% de los suicidios en personas con dependencia alcohol se producen durante el año posterior a su última hospitalización.

De las personas que se suicidan, aproximadamente de 20 a 25 por ciento están intoxicados. En un estudio de los CDC de 13 estados en estados Unidos, el alcohol se detectó en el 33,3 por ciento de las víctimas de suicidio sometidas a pruebas de abuso de sustancias en el año 2004. En ese mismo informe, el 16,4 por ciento dio positivo para opiáceos. La dependencia a alcohol no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida. Los estudios indican que estos pacientes son especialmente propensos a intentar suicidarse, abusar de otras sustancias, presentar conductas impulsivas, agresivas y criminales, y encontrarse entre los alcohólicos que se suicidan.

A.5) Dependencia de otras sustancias

Los estudios llevados a cabo en diversos países han observado un mayor riesgo de suicidio entre las personas que abusan de drogas. La tasa de suicidio de las personas con dependencia a heroína es unas 20 veces superior a las tasa de la población general. Los factores identificados como precipitantes a las conductas suicidas son el trastorno de personalidad antisocial, la forma de vida caótica, el uso intravenoso y la impulsividad especialmente cuando están disfóricos, deprimidos o intoxicados.

A.6) Trastornos de ansiedad

Casi un 20% de los pacientes con trastorno de angustia y fobia social han intentado suicidarse con éxito. Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. La presencia de una depresión asociada, no obstante, aumenta el riesgo de suicidio.

A.7) Trastornos de personalidad

El 25% de los intentos de suicidio presentan un trastorno de la personalidad, siendo los más frecuentes el trastorno límite, el antisocial, el histriónico y el narcisista. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general. Suelen realizar tentativas repetidas en las que la finalidad letal es menos relevante que la función comunicacional.

Un trastorno de personalidad puede determinar la conducta suicida través de varios mecanismos: la predisposición a trastornos mentales importantes como los trastornos depresivos o la dependencia del alcohol; la provocación de dificultades en las relaciones y la adaptación social; la precipitación de eventos vitales indeseables; la alteración de la capacidad para afrontar un trastorno mental u orgánico y la generación de los conflictos entre los pacientes y las personas de su entorno, como los familiares, los médicos y los miembros del personal hospitalario.

B)Factores psicológicos:

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo.

Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio.

C) Intentos previos de suicidio e ideación suicida

Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida.

Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces.

D) Edad:

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada; Los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales.

E) Sexo:

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio.

F) Factores Genéticos:

Los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica. Por otro lado, dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato.

Las estimaciones de heredabilidad de la conducta suicida son similares a las encontradas en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

G) Enfermedad física o discapacidad:

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio. La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales. Según el manual Kaplan 2009, las personas con enfermedades del sistema nervioso central, aparato digestivo y genitourinario tienen mayor riesgo.

Factores de riesgo familiares y contextuales:

A) Historia familiar de suicidio:

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos.

B) Eventos vitales estresantes

Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

Factores sociofamiliares y ambientales:

A) Apoyo sociofamiliar

Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad)

B) Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo, la jubilación y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio. Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio. Por último, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio.

C) Etnia

No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio (42). +

D) Religión

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas

E) Exposición (efecto “contagio”)

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. En 2009 se publicó una revisión sobre el efecto de internet en la conducta suicida, a través de un análisis de la evidencia en el tema. Varios estudios han encontrado correlaciones significativas entre el uso patológico de internet (Uso de la web con criterios de adicción), la ideación suicida y autolesiones sin intencionalidad suicida. Las páginas web prosuicidio y los pactos suicidas se observaron como factores de alto riesgo para facilitar las conductas suicidas, especialmente entre las personas vulnerables. Por otro lado Internet también puede ser una herramienta eficaz para la prevención del suicidio, sobre todo para las personas socialmente aisladas y vulnerables, que de otra manera eran inalcanzables (Durkee et al. 2011).

Otros factores de riesgo:

Historia de maltrato físico o abuso sexual

Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida

La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes informes. Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato. También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio.

Orientación sexual

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes. Los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio; si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil.

Acoso por parte de iguales

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas.

Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo (2, 18), al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida

Factores de riesgo asociados a conducta suicida y factores protectores	
Factores individuales:	
1+	<ul style="list-style-type: none">- Intentos previos de suicidio- Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas.
2**	<ul style="list-style-type: none">- Depresión mayor- Otros trastornos mentales (trastorno bipolar o psicosis)- Factores psicológicos (deseesperanza o rigidez cognitiva)- Edad (adolescentes y edad avanzada)- Género (masculino para suicidios consumados y femenino para intentos de suicidio)- Presencia de enfermedad crónica o discapacitante.
Factores familiares y contextuales:	
2**	<ul style="list-style-type: none">- Historia familiar previa de suicidio- Factores sociales y ambientales (falta de apoyo social, nivel socioeconómico, situación laboral...)- Historia de maltrato físico o sexual.
Otros factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida:	
2**	<ul style="list-style-type: none">- Eventos vitales estresantes- Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos.
3	<ul style="list-style-type: none">- Acoso por parte de pares (iguales) en los adolescentes.
4	<ul style="list-style-type: none">- El riesgo de conducta suicida de un paciente aumenta proporcionalmente con el número de factores de riesgo que presenta el individuo, si bien algunos de ellos tienen un mayor peso específico que otros.
Factores protectores individuales o psicológicos:	
2**	<ul style="list-style-type: none">- Habilidad para la resolución de problemas- Confianza en uno mismo- Habilidades sociales.
Factores protectores sociales o medioambientales:	
2**	<ul style="list-style-type: none">- Apoyo social y familiar- Integración social- Poseer creencias y prácticas religiosas y valores culturales o tradicionales.

POBLACIONES ESPECIALES:

a) La conducta suicida en población inmigrante.

El fenómeno migratorio está siendo un factor clave en los cambios demográficos en la población europea en la última década. Las tasas de suicidio en población inmigrante con respecto a la población nacional varían en función de diversos factores, como la situación en el país de origen (Hjern & Allebeck, 2002; Malenfant, 2004; Nasseri & Moulton, 2009) el marco social y legal en el país de acogida (Lindert et al., 2008), el tiempo transcurrido desde el momento de la migración (Nasseri & Moulton, 2009), el estatus socioeconómico de la persona que emigra (Hjern & Allebeck, 2002)...

Se ha observado en varios trabajos que la prevalencia de suicidio entre inmigrantes de primera generación en ocasiones es menor que en la segunda generación, ajustándose las prevalencias con las del país de acogida al avanzar las generaciones. Este fenómeno se ha explicado mediante

“la hipótesis del inmigrante sano”, debido al efecto de selección que produce el proceso migratorio mencionado previamente, ya que normalmente migran personas con buena salud física y mental (Malenfant, 2004). También hay que tener en cuenta el conocido como “sesgo del salmón” (salmon bias), que sugiere la vuelta de los inmigrantes a su país de origen tras el diagnóstico de una enfermedad severa (Nasseri & Moulton, 2009).

Según esta teoría los inmigrantes de segunda generación tienen mayor riesgo de suicidio que la generación de sus padres (Hjern & Allebeck, 2002).

Sin embargo en algunos casos, las tasas de suicidio de la población inmigrante sean mayores que las de la población del país de origen y las del país de acogida (Sher, 1999).

La inmigración puede ser un evento estresante que supone la pérdida de apoyo social, el entorno familiar, trabajo, decepción ante las expectativas no cubiertas, afrontamiento de nuevas normas, nuevo idioma, diferencias culturales, situaciones desconocidas, discriminación (Sher, 1999; Borges et al., 2009). Todo ello puede producir un aumento del malestar emocional o un agravamiento de una inestabilidad emocional previa, aumentando la posibilidad de padecer depresión y en ocasiones, de realizar conductas suicidas.

Por otra parte, el acceso a los servicios de salud mental por parte de la población inmigrante es en ocasiones menor que en la población nativa, incluso existiendo sanidad pública universal. . A esto se suma el hecho de que en muchos países, los refugiados e inmigrantes sin papeles no pueden acceder a los servicios de salud (Lindert et al., 2008).

Todo esto puede explicar la mayor vulnerabilidad de la población inmigrante y las incongruencias en los datos sobre conducta suicida.

En la actualidad hay pocos datos sobre suicidio en población inmigrante residente en España, aunque como ya se ha señalado previamente, las estadísticas señalan que en España la tasa de mortalidad por suicidio en población inmigrante es menor que en la nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2006).

b) La conducta suicida en función de la edad.

b.1) Niños y adolescentes.

La prevalencia de conducta suicida antes de la pubertad es baja, sin embargo, aumenta con la edad, y en la adolescencia los intentos de suicidio son muy elevados (Steele & Doey, 2007), siendo el suicidio consumado la tercera causa de muerte en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad en Estados Unidos (Shain, 2007).

En menores de 15 años, la conducta suicida es más frecuente en niñas que en niños, siendo esta diferencia mayor que en otros grupos de edad (Perez-Olmos et al., 2007; Parellada et al., 2008). La intoxicación es en muchos países el método con más frecuencia utilizado para intentar suicidarse en niños y adolescentes (Perez-Olmos et al., 2007; Shain, 2007), aunque a diferencia de los primeros, los más jóvenes usan con mayor frecuencia fármacos genéricos no narcóticos y también se realizan cortes con más frecuencia (Parellada et al., 2008).

Los precipitantes de la conducta suicida también varían con la edad, siendo las relaciones familiares problemáticas un precipitante importante antes de la pubertad y los conflictos con los compañeros un precipitante más común en los adolescentes (Steele & Doey, 2007), otro factor precipitante común en niños y adolescentes son los problemas escolares (Perez-Olmos et al., 2007). La exposición al suicidio en los medios de comunicación es asimismo un factor de riesgo mucho más importante para los jóvenes que para los adultos (Shain, 2007). Asimismo, los jóvenes que viven en barrios empobrecidos tienen un riesgo aumentando de cometer intentos de suicidio, (Dupere et al. 2009).

La conducta suicida en niños y adolescentes es a menudo impulsiva y sin intención de morir. Factores de riesgo específicos serían problemas conductuales y emocionales, utilización de estrategias de afrontamiento poco eficaces, haber sido víctima de maltrato y tener antecedentes familiares de suicidio. Comparados con los adultos que comenten intentos de suicidio, una mayor proporción de adolescentes con conductas suicidas no tienen ningún trastorno

psiquiátrico (Parellada et al., 2008); cuando lo tienen, los trastornos más comunes son depresión, trastornos adaptativos, trastornos del sueño, hiperactividad y trastornos relacionados con sustancias. El consumo de alcohol es un factor de riesgo especialmente importante cuando comienza antes de la adolescencia. Respecto a las conductas autolesivas en adolescentes, normalmente se resuelven espontáneamente, sin embargo una detección y tratamiento precoz de los principales trastornos mentales parecen ser unos de los elementos más importantes en la prevención de las conductas suicidas (Moran et al. 2012, en un estudio de adolescentes australianos).

b.2) Personas mayores.

Los estudios de los intentos de suicidio en personas de edad avanzada ha encontrado características específicas: Alta incidencia en hombres y personas que viven solas, salud física pobre y presencia de historia psiquiátrica, especialmente depresión mayor (Frierson, 1991; Dennis et al., 2007). El dolor, la falta de salud, el aislamiento social o la pérdida social, los problemas psiquiátricos y la pérdida de independencia son con frecuencia factores precipitantes.

En cuanto a las características del intento, los intentos de las personas de mayor edad se caracterizan por: un menor uso del alcohol antes o durante el intento, utilización de métodos más letales, mayor nivel de premeditación del intento y menos avisos de intencionalidad suicida. Estas características muestran una alta intencionalidad suicida (Frierson, 1991; Hawton & Harriss, 2006; Dennis et al., 2007).

La guía NICE sobre prevención de conducta suicida recomienda que este grupo poblacional sea tratado por psiquiatras con experiencia específica. En este grupo de edad.

C) Conducta suicida en personas con múltiples intentos.

Numerosos autores plantean que las personas que cometen intentos de suicidio repetidos son una población específica, diferente de las personas que cometen un único intento (Rudd et al., 1996; Forman et al., 2004; Bryan et al., 2008; Gibb et al., 2009), ya que tienen persistentes y severos problemas psicosociales, un cuadro clínico más severo y un mayor riesgo de suicidio. Las personas con intentos repetidos tienden más a utilizar métodos más y a estar bajo influencia del alcohol durante el intento. Cuando son evaluados al seguimiento, las personas con intentos múltiples muestran mayor ideación suicida, mayor deseo de repetir el intento y critican menos sus intentos previos (Forman et al., 2004).

En comparación con personas que sólo han cometido un intento de suicidio, los repetidores tienden con mayor frecuencia a: estar divorciados, no tener un trabajo remunerado, tener un funcionamiento interpersonal peor y menos habilidades de resolución de problemas, haber sufrido maltrato en la infancia, tener antecedentes familiares de suicidio y mayores niveles de desesperanza (Forman et al. 2004).

Sin embargo, los trastornos mentales parecen ser el mayor factor de riesgo de la repetición de intentos de suicidio (Osvath et al., 2003). Los repetidores suelen tener una psicopatología más severa, mayor comorbilidad y cronicidad y una aparición más temprana de la enfermedad (Forman et al., 2004; Laget et al., 2006, Gibb et al., 2009).

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUPA:

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida. El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% y el 95%. Sin embargo, los hospitales no siempre

utilizan los servicios de psiquiatría para realizar una evaluación psicosocial en los pacientes que se han autolesionado deliberadamente.

La evaluación del riesgo suicida por el especialista debe realizarse una vez se haya producido la recuperación vital del paciente y evitado los daños de las lesiones producidas o posibles, así como la recidiva inmediata del daño y sus posibles secuelas. Por lo tanto, en los casos en los que se hay realizado un intento autolítico, se procederá a la evaluación psiquiátrica una vez el paciente haya sido dado de alta por el servicio responsable de la clínica orgánica.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo *per se*.

Independientemente del motivo de consulta es fundamental en toda exploración psiquiátrica preguntar directamente acerca de pensamientos o intenciones autolíticas. Lo primero que se recomienda ante una tentativa de suicidio es determinar la intencionalidad, el riesgo de muerte, la persistencia de ideas suicidas y la probabilidad de volver a cometer el acto suicida.

Ninguna de las guías existentes hasta el momento para el manejo intrahospitalario está universalmente aceptada. Si no se considera que el paciente tiene criterios de ingreso, el paciente debe irse del hospital tras evaluación psicosocial y un plan de tratamiento concertados.

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento que por sí mismas no deben establecer el riesgo suicida.

La guía NICE actualizada en 2012 sobre el manejo del paciente con autolesiones propone una lista de cosas que NO hay que hacer, entre las que cita:

- No utilizar las escalas y herramientas de evaluación de riesgos para predecir el riesgo de suicidio o la repetición de la autolesión.
- No utilizar las escalas y herramientas de evaluación de riesgos para determinar a quién debe ofrecerse tratamiento o quien debe ser dado de alta.
- No ofrecer un tratamiento farmacológico como una intervención específica para reducir las autolesiones.
- Cuando se prescriban medicamentos para enfermedades de salud mental en pacientes que se autolesionan, se debe tener en cuenta la toxicidad de los fármacos prescritos en caso de posible sobredosis. Por ejemplo, cuando se consideran el uso de antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden ser de elección ya que son menos tóxicos que otras clases de antidepresivos. En particular, no usar los antidepresivos tricíclicos, debido a que son más tóxicos.

En Urgencias pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida.
- Aquellos que acuden con una patología física específica pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente.

EL TRIAJE DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA

El triaje será realizado por la enfermera responsable del mismo, a la llegada del paciente al Hospital, tras su paso por admisión. El tiempo estimado entre su entrada al Hospital y la

realización del triaje no debe exceder a los 15 minutos. Se deberá seguir el protocolo de triaje acordado, el cual se puede consultar desde el programa de Urgencias HCIS en el apartado triaje, casilla psiquiatría.

MOTIVO DE CONSULTA	SERVICIO
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	PSIQUIATRÍA
DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN PACIENTE CON TRATAMIENTO ACTUAL EN EL CSH	PSIQUIATRÍA
INGRESO PROGRAMADO DEBIDO A RENTAS EN PSIQUIATRÍA	PSIQUIATRÍA
ANSIEDAD SIN/CON ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	MEDICINA/PSIQUIATRÍA SI Pobre RESPUESTA Y/O SINTOMAS ANADIDOS
INTOXICACIÓN ETÍLICA	MEDICINA
INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA CON FINES AUTOLÍTICOS	MEDICINA, TRAS RESOLUCIÓN DE PSIQUIATRÍA
INTOXICACIÓN POR TÓXICOS SINGLES	MEDICINA
OTROS INTENTOS AUTOLÍTICOS	SERVICIO PERTINENTE (CIRUGÍA, TRAUMATOLOGÍA, MEDICINA...), POSTERIORMENTE, PSIQUIATRÍA
ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA Y CUADROS CONFUSIONALES	MEDICINA
AGITACIÓN	SI PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA CONOCIDA: PSIQUIATRÍA SI NO PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA CONOCIDA: MEDICINA
ALTERACIONES DE CONDUCTA Y AGRESIVIDAD	SI PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA CONOCIDA: PSIQUIATRÍA SI NO PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA CONOCIDA: MEDICINA
ALTERACIONES SENSOPERCEPCIÓN, DELIRIO	SI antecedentes psiq: PSIQUIATRÍA SI no antecedentes psiq: MEDICINA
SINTOMAS EN EL CONTEXTO DE CRISIS VITAL/SOCIAL/FAMILIAR	PSIQUIATRÍA; PUEDE SER NECESARIO TRABAJO SOCIAL
PROBLEMA SOCIAL	TRABAJO SOCIAL
DEMANDA SER VISTO POR PSIQUIATRÍA	NO ES MOTIVO DE CONSULTA; HAY QUE REFORMULAR QUE LE PASA E INCLUIRLO EN UNO DE LOS ANTERIORES APARTADOS
EVALUACIÓN MEDICINA Y/O SERVICIO CORRESPONDIENTE INICIAL. VALORAR POSTERIORMENTE SI ES NECESARIA LA VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA	
EVALUACIÓN PSIQUIATRÍA INICIAL	

Lo más frecuente es que la conducta suicida no requiera una atención inmediata, para la evaluación de esa inmediatez y de las condiciones de la espera se deben responder a una serie de preguntas por parte de la persona encargada de realizar el triaje:

- 1) *¿El paciente se encuentra bien físicamente para poder esperar?*; En caso de que la respuesta sea “no” debe ser atendido inicialmente por el servicio de Urgencias encargado de la patología somática. La enfermera responsable deberá contactar con este servicio.
- 2) *¿Existe riesgo inmediato de suicidio?* En caso de que la respuesta sea “sí” el paciente deberá ser atendido con la mayor inmediatez posible por el servicio de urgencias de psiquiatría. Se deberán tomar las medidas de seguridad adecuadas, tanto en el entorno como en la custodia del paciente.
- 3) *¿Se deben tomar medidas de vigilancia del paciente?*; En caso de que la respuesta sea “sí” el paciente deberá esperar al psiquiatra en un entorno que garantice su vigilancia por personal sanitario, como los sillones de rápidos. Para que el paciente pueda ser custodiado por seguridad del Hospital deberá haber presente en todo momento algún profesional sanitario.
- 4) *¿Puede esperar el paciente hasta ser visto por el médico?* En caso de que a juicio de la enfermera responsable de triaje la respuesta sea “no” se transmitirá el carácter de emergencia de la situación al psiquiatra de Urgencias, con el fin de favorecer la inmediatez de la atención.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUPA:

a) Lugar de realización de la evaluación y medidas de seguridad:

La evaluación deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. De forma convencional la entrevista debe realizarse en el box 29 de la Urgencia, el cual dispone de las medidas de seguridad adecuadas (Existencia de botón de seguridad, puertas de entrada y salida, medidas de contención mecánica si fuesen necesarias, entorno tranquilo y ausencia de objetos potencialmente dañinos).

En caso de que el paciente continúe en una cama del servicio de medicina, si las condiciones físicas del paciente no se lo impiden se le deberá ofrecer realizar la entrevista en el box 29.

A los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino, como objetos punzantes, cinturones, hojas de afeitar o cordones. No debe haber medicamentos al alcance del paciente. Si la persona tiene un arma peligrosa y no está dispuesta a entregarla, debe avisarse al servicio de seguridad y/o la policía, abandonando el box en el acto. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar objetos potencialmente dañinos a estos pacientes, actualmente se realiza un inventario de los objetos desde el servicio de seguridad del Hospital, quien custodia aquellos potencialmente peligrosos.

b) Actitudes de los profesionales de Urgencias ante la conducta suicida

Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio. La gran mayoría de personas que se suicidan han expresado previamente ideas de suicidio o han mostrado signos de alarma a familiares o profesionales. Incluso en casos de los que se infiera una instrumentalización de la conducta suicida o un fin comunicacional de la misma, deberá profundizarse en los déficits que impiden al paciente expresarse de otro modo. Quizás en ocasiones la conducta suicida puede interpretarse como una llamada de atención, pero hay que atender a esa llamada sin establecer juicios de valor. Una revisión sistemática de estudios cualitativos indica la existencia de una actitud negativa o ambivalente de los profesionales de los servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos hacia los pacientes atendidos por intento de suicidio (Taylor et al 2009).

c) Evaluación del paciente con conducta suicida:

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, en ocasiones supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida.

Deberá realizarse una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya:

- 1) La evaluación de los factores psicológicos y contextuales que expliquen por qué ha tenido lugar una conducta suicida (antecedentes).
- 2) Las características de la conducta suicida, con las que se busca identificar los elementos que podrían predecir su repetición.

La información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores, y debe quedar registrada de forma explícita en la historia clínica.

De las escalas revisadas, aquellas que han demostrado adecuadas propiedades para la valoración del riesgo suicida son (evidencia 2++):

- Escala de desesperanza de Beck
 - Escala de ideación suicida de Beck
 - Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
 - Ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck
 - Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
- Conviene recalcar que el uso de escalas debe ser complementario y o sustitutivo de la exploración psicopatológica. Son los datos obtenidos en la entrevista clínica los que deben pesar para tomar la decisión más adecuada para cada paciente.

Los aspectos a recoger en la evaluación de los pacientes con riesgo suicida son recogidos en la tabla elaborada en la guía de práctica clínica de suicidio editada en 2011.

	DATOS PERSONALES	
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad 	<ul style="list-style-type: none"> - País de origen - Grupo étnico 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil - Ocupación
FACTORES DE RIESGO		FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de trastornos mentales - Intentos previos de suicidio - Desesperanza - Presencia de ideación suicida - Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad - Historia familiar de suicidio - Presencia de eventos vitales estresantes - Factores sociales y ambientales - Antecedentes de suicidio en el entorno 		<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de resolución de problemas - Confianza en uno mismo - Habilidades sociales - Flexibilidad cognitiva - Hijos - Calidad del apoyo familiar y social - Integración social - Religión, espiritualidad o valores positivos - Adopción de valores culturales y tradicionales - Tratamiento integral de la enfermedad física/ mental
CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA		CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
<ul style="list-style-type: none"> - Planificación - Evolución - Frecuencia - Valoración de la Intencionalidad y determinación 		<ul style="list-style-type: none"> - Desencadenantes - Valoración de la Intencionalidad - Letalidad de la conducta - Método <ul style="list-style-type: none"> - Intoxicación medicamentosa - Intoxicación por otro producto químico - Daño físico - Actitud ante la conducta suicida actual - Medidas de evitación de rescate - Despedida en los días previos
EVALUACIÓN CLÍNICA		TIPO DE CONDUCTA SUICIDA
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración del nivel de conciencia - Afectación de la capacidad mental - Intoxicación por alcohol u otras drogas - Enfermedades mentales - Estado de ánimo - Planes de suicidio - Capacidad de otorgar un consentimiento informado - Necesidad de valoración por parte de especialista 		<ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida - Comunicación suicida - Conducta suicida

Obtenido de la guía de práctica clínica sobre suicidio de 2011

Se deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y una evaluación social básica, incluyendo una evaluación de las necesidades (identificación de aquellos factores psicológicos y del entorno que podrían explicar la conducta suicida) y del riesgo (identificación de una serie de factores que predicen la conducta suicida).

—De modo orientativo el desarrollo de una correcta anamnesis deberá incidir especialmente en los siguientes aspectos:

- Antecedentes personales y familiares de trastornos mentales
- Antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar)
- Abuso de alcohol o drogas
- Situación personal, social y eventos estresantes

- Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental
- Evaluación de enfermedades mentales graves
- Evaluación del estado de ánimo
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado
- Determinación de cuando es necesaria una evaluación de seguimiento especializada
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista de salud mental.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida futuro es de gran importancia, ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes. Existen algunos con mayor peso específico que otros, tales como la presencia de enfermedad mental o la existencia de intentos autolíticos previos.

Otro importante predictor es el grado de letalidad del intento de suicidio. Así, se ha visto que la utilización de métodos de intento de suicidio diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, se relacionó fuertemente con un posterior suicidio consumado. Este hecho debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y la planificación de la atención después de una conducta suicida.

Recomendaciones para la entrevista clínica:

La entrevista clínica debe ser dinámica, flexible; el evaluador debe tener en cuenta que la información que procede del paciente de manera espontánea suele ser más genuina que la que sale de preguntas directivas. No obstante debe constar de una parte evaluadora, en la que se recomienda comenzar con preguntas abiertas, dando al paciente la oportunidad de expresar espontáneamente las circunstancias en las que ha aparecido la conducta suicida. Se recomienda evitar actitudes agresivas, o denigrantes, así como actitudes reduccionistas o minimizadoras del acto suicida. La exploración progresivamente deberá ser más directiva con el fin de obtener respuesta a los ítems anteriormente descritos. Finalmente el evaluador deberá realizar una devolución en la que es importante rescatar expectativas en el paciente, enfocando áreas favorables del mismo y ayudándole a elaborar una estrategia realista para afrontar su situación crítica. De forma conjunta con el paciente y su entorno se debe ofrecer al mismo un plan terapéutico individualizado a su situación social y psicopatológica.

La entrevista con el entorno del paciente:

Si no existe un peligro de salud pública, un riesgo inminente para la salud física o psíquica del paciente o una alteración de su gobernabilidad el paciente podrá negarse a que aportemos información clínica a su entorno (Incluso de su situación de ingreso o no en el Hospital). No obstante sí podemos y debemos obtener siempre que sea posible información del entorno del paciente (Familiares, amigos...) con el fin de completar la evaluación clínica. Factores tan importantes como la prevención de rescate o la situación ambiental previa a la conducta suicida a menudo son evaluados con el relato complementario de los familiares. Existirán situaciones en los que los familiares no estén de acuerdo con la estrategia terapéutica que consideramos adecuada para el paciente. En estos casos se deberá tomar una decisión respetando las conclusiones de nuestra evaluación, aunque teniendo en cuenta que la capacidad de contención del medio externo es uno de los factores más importantes a la hora de valorar el alta.

¿Qué hacer con un paciente con conducta suicida que desea abandonar el Servicio de Urgencias antes de ser valorado?

Si un paciente con una conducta suicida desea marcharse antes de haber sido realizada una evaluación de su estado y son infructuosos los intentos de persuasión para que permanezca en el Servicio de Urgencias, se deberá priorizar la valoración de este paciente. En algunos casos (riesgo de auto o heteroagresión) se habrá de valorar, incluso, la idoneidad de utilizar medidas de contención. Es importante tener en cuenta que los pacientes que abandonan el Servicio de Urgencias antes de una adecuada evaluación, tienen un alto riesgo de repetición de su conducta suicida.

En los casos en que los pacientes se nieguen a recibir tratamientos que potencialmente pueden salvarle la vida, será muy importante realizar una evaluación de la competencia para la toma de decisiones.

CRITERIOS DE INGRESO EN PSIQUIATRÍA:

Cada caso debe ser evaluado de forma individual, ya que las medidas de ingreso en Unidad de Hospitalización Breve (UHB) pueden ser terapéuticas en algunos pacientes e incluso iatrogénicas en otros. La prolongación del paciente en observación de Urgencias con el fin de realizar contención de ideación autolítica debe tener un uso restringido y limitado en el tiempo.

Habitualmente, la decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio es un proceso complejo que dependerá de varios factores entre los que se podrían citar, la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social. Diversos autores consideran que estos pacientes deberían tratarse de la forma menos restrictiva posible, tal y como se recomienda en la guía para el manejo de las conductas suicidas de la APA 2003.

Son escasos los estudios que analizan los criterios de ingreso hospitalario de los pacientes con conducta suicida. De forma general se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores:

- La repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida
- El riesgo suicida inmediato del paciente
- Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base
- Existencia de apoyo social y familiar efectivo

Los pacientes con un potencial suicida medio o bajo no requerirán hospitalización, especialmente si el paciente está respaldado por su entorno familiar y social. En estos casos debemos realizar un seguimiento ambulatorio intenso, y contar con la colaboración de la familia.

De modo orientativo la APA elaboró los siguientes criterios de hospitalización del paciente con conducta suicida (Adaptada desde la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad):

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el Servicio de Urgencias
<p><u>Necesidad de ingreso</u></p> <p>Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente psicótico. - Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado. - Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate. - Presencia de planes o ideación persistente. - El paciente lamenta haber sobrevivido. - El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida. - Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida. - Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda. - El paciente ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario. <p>En presencia de ideación suicida con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan específico de alta letalidad. - Importantes intentos de suicidio previos. <p><u>El ingreso puede ser necesario</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, excepto para aquellas circunstancias en las que el ingreso es habitualmente necesario. <p>En presencia de ideación suicida con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicosis. - Trastorno psiquiátrico mayor. - Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves. - Cuando ha podido contribuir una patología médica (por ejemplo, trastorno neurológico agudo, cáncer, infección). - Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en régimen de hospital de día. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva. - Necesidad de observación especializada, exámenes clínicos o evaluaciones diagnósticas que precisen un escenario estructurado. - Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida. - Ausencia de una adecuada relación medico-paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio. - En ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes pero evidencia a través de la evaluación psiquiátrica que sugiera un alto riesgo de suicidio y un incremento reciente en el mismo. <p><u>Alta desde el SU con recomendaciones de seguimiento</u></p> <p>Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/planes, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conducta suicida es reacción de eventos precipitantes (por ejemplo, suspender un examen o dificultades interpersonales), particularmente si la visión del paciente de la situación ha cambiado desde su llegada al Servicio de Urgencias. - Métodos/planes e intento de baja letalidad. - El paciente tiene una situación vital estable y de apoyo. - El paciente es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y, si es posible, con posibilidad de contactar con el terapeuta si el paciente está actualmente en tratamiento. <p><u>El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando el paciente tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos previos graves, si dispone de una situación vital estable y de apoyo y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios.

De acuerdo con el nuevo plan de prevención del riesgo suicida, aquellos pacientes con potencial riesgo suicida deberían ser atendidos por un especialista en salud mental en el plazo máximo de una semana, con el fin de completar la evaluación e individualizar el plan terapéutico más adecuado.

Todo paciente en el que se evalúe un potencial riesgo suicida (Independientemente del motivo inicial de consulta en Urgencias) entrará en el plan de prevención de riesgo suicida. En el caso de que el paciente no presente criterios de ingreso hospitalario al abandonar el hospital **deberá recibir por escrito en su informe médico:**

1. El conjunto de evaluaciones, exploraciones, pruebas complementarias y recomendaciones desde el servicio de medicina en el caso de que haya precisado atención por patología orgánica.
2. La evaluación del psiquiatra de guardia, en el que debe constar:
 - Una cita con fecha, hora y lugar con un especialista en salud mental, que garantice la continuidad asistencial del paciente en el plazo máximo de una semana.
 - Las recomendaciones y el plan terapéutico hasta la reevaluación del paciente en el plazo de una semana.

INSTRUCCIONES PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA DESDE LA URGENCIA:

Cuando desde la Urgencia se valore que un paciente tiene riesgo suicida (Bien sea desde la evaluación de un intento autolítico, evaluación de ideación autolítica como motivo de consulta o bien como hallazgo en la exploración psicopatológica) se deberán realizar los siguientes pasos:

1-) Se codificará al paciente en el apartado diagnóstico del formulario de HCIS con clasificación CIE-) (Se puede encontrar en el buscador del programa poniendo “Suicidio” o bien en los pdf del escritorio). La ideación autolítica se registra mediante el código V62.84 y las tentativas suicidas comienzan con la codificación E y el número que corresponda al tipo de tentativa. Se descarta el código 309.9 para este fin.

2-) Contactar con admisión de urgencias, donde se dará una cita para el paciente que no debe demorarse más de 7 días (Estrictamente) ni menos de 3 días (A ser posible) a fin de gestionar la asistencia. La cita se dará en la agenda específica PSANRS. Se intentará que las citas queden repartidas por la semana. Esta cita ha de constar de forma explícita en el informe de alta.

Se ha habilitado una agenda específica con tres huecos al día entre las 17:00 y las 19:00. En esta reevaluación se decidirá el nivel de seguimiento que necesitará el paciente (Desde ingreso en UHB hasta seguimiento por su MAP). Para los que no tengan seguimiento en salud mental, si tras la evaluación consideran que el paciente debe iniciar seguimiento, procederán a derivarlo tal y como se ha hecho hasta ahora, poniendo sus datos en las hojas a tal efecto con una estimación temporal de la primera cita. Si desde la atención en Urgencias se considera necesario seguimiento en CSM se procederá a su derivación en ese episodio, por la vía habitual, y esto es independiente de la cita en el programa de prevención de riesgo suicida.

La reevaluación será llevada a cabo por el residente mayor de la guardia (En una sesión o más, según considere oportuno) en la planta cuarta del Hospital, y será supervisado siempre por el psiquiatra adjunto de la guardia o por el psiquiatra responsable del programa de prevención de riesgo suicida.

3-) Existe una nueva hoja de registro de estos pacientes donde constarán los datos administrativos, si está o no en seguimiento especializado, quien es su psiquiatra/terapeuta de referencia, teléfono actualizado También encontrará una agenda física donde deben anotar la cita que se le ha dado al paciente (Con su nombre y número de historia).

4-) En el horario de mañana, el psiquiatra responsable del programa revisará las hojas de pegatinas y la agenda. Para aquellos pacientes que ya estén en seguimiento, dicho responsable contactará con su terapeuta de referencia a fin de valorar si la cita en menos de una semana la asume su psiquiatra de referencia o bien se mantiene la prevista. El psiquiatra responsable deberá atender al paciente en menos de una semana codificando la cita con las prestación de reevaluación de riesgo suicida dentro de la agenda PSANRS. En el caso de que se de esta cita con el psiquiatra de referencia, secretaria del hospital se comunicará con el/la paciente para anular la cita que se dio en la Urgencia y dar la nueva con el psiquiatra de referencia, y el psiquiatra tachará la cita de la agenda.

En el caso de que la evaluación se realice a un menor los pasos en la Urgencia serán los mismos, sin embargo al día siguiente se procurará conseguir una cita de evaluación en el servicio ambulatorio infante juvenil, contactando posteriormente con el paciente para suspender la cita inicial.

5-) Al comenzar cada guardia de entre semana el residente mayor cogerá esta agenda para conocer qué pacientes tiene citados. Es muy importante completar tras la reevaluación el informe pertinente en HP Doctor y capturar la cita desde el programa HP His. Cuando la reevaluación se realice en un centro de salud mental o en el Hospital de día, esa atención deberá constar también como parte de la prestación “Prevención de riesgo suicida” en la agenda de cada terapeuta. Toda atención deberá ser capturada.

¿Cómo capturar la actividad?

Seguir las siguientes instrucciones del programa HP HIS

F1 CONFIRMAR F10 CONSULTAR, AYUDA F11 ESCAPE

CAPTURAR ACTIVIDAD

Desde el menú principal:

- CONSULTAS EXTERNAS ↵
- ACTIVIDAD ↵
- CAPTURA DE ACTIVIDAD ↵ ↵

Saldría la siguiente pantalla:

```

cexcaptu          CAPTURA DE ACTIVIDAD          12/04/2007
-----
SELECCION DE AGENDA
-----
Agenda           |
Servicio         |
Médico          |
Fecha           11/04/2007
Realizada (S/N/ )
Responsable de pasar consulta
-----
[tUb]
```

1. AGENDA: PSANRS
2. SERVICIO: PSQC
3. MEDICO: 0
4. FECHA: La de la consulta a capturar
5. REALIZADA: S
6. RESPONSABLE DE PASAR CONSULTA: N° de Personal de la persona que captura
7. F1 ↵ ↵

```

cexcaptu          CAPTURA DE ACTIVIDAD          12/04/2007
-----
CAPTURA DE CITAS
-----
R  HORA  NREG  NHC  PREST  V  MED  ALT  AR  ILT  PLAC  EXPL  OK
-----
S  13:50 1072190615 1536957  PPSIN  S  1269  1  N  N  0  0  N

Paciente : CALVO GARCIA, CONSTANZA
Médico   : FERNANDEZ LIRIA, ALBERTO
Prestación : PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
-----
[tUb]

Opciones : Programada No programada Proc/Diag Anular Todas Citar
```

1. R: S (Sí) ó N (No) ↵
2. PREST: Tipo de consulta que se le ha hecho, o pulsar F10 para ver todas.
3. MED: el N° de personal de la persona que lo captura
4. ALT: Alta, si se le da el alta poner "0" F1
5. AR: Si al paciente se le da el alta en la primera consulta se pone "S". (ES IMPORTANTE QUE SE REGISTRE ESTE DATO)

DIAGNÓSTICOS

“ IMPORTANTE ” CADA VEZ QUE SE HACE UNA CAPTURA HAY QUE INTRODUCIR EL DIAGNOSTICO

En el menú de abajo seleccionar con el cursor **PROC/DIAG** ↵

Saldría la siguiente pantalla:

```
-----  
NHC: 1579 TORREGROSA PEREZ-SEOANE, MARIA PILAR N. Registro: 1072138332  
Sexo : M Fecha Nac.: 20/05/1952 Codificado : No  
Fec. Codif.:  
Alta : 06/03/2007 - PSQV - FERNANDEZ LIRIA, ALBERTO  
-----  
Tipo  Codigo  TP  ES  Peti. (Serv-Medico)  Resp. (Serv-Medico)  Anest.  Fecha  
  |      |      |      |      |      |      |      |      |  
  |      |      |      |      |      |      |      |      |  
-----  
Desc. Oficial :  
Descripcion  :  
Servicio     : E.Origen: _____  
Medico       :  
-----  
[tUb]
```

Añadir Modificar Borrar Movimientos

1. TIPO: 1 (diagnostico principal) O 2 (para secundarios)
2. CODIGO: (código del diagnostico)
3. F1 ↵ (se selecciona añadir del menú de abajo si se quiere poner un 2º diagnostico ó 3º y repetir)

F11 (escape) para finalizar y volver a la pantalla de captura de actividad. Hacer lo mismo con el siguiente paciente.

ANEXO 1: RESUMEN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN LA URGENCIA

según el caso). Durante el ingreso se reevaluará la ideación o conducta suicida (Obviamente dentro de la primera semana). En el momento del alta hospitalaria el paciente tendrá una cita para iniciar o continuar su tratamiento de modo ambulatorio en Centro de Salud Mental (CSM).

En caso de proceder al alta desde el servicio de Urgencias, el psiquiatra deberá seguir las siguientes instrucciones para la reevaluación del paciente, como parte del programa de prevención de Riesgo Suicida:

INSTRUCCIONES PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA TRAS EL ALTA DESDE LA URGENCIA:

Cuando desde la Urgencia se valore que un paciente tiene riesgo suicida (Bien sea desde la evaluación de un intento autolítico, evaluación de ideación autolítica como motivo de consulta o bien como hallazgo en la exploración psicopatológica) se deberán realizar los siguientes pasos:

1-) Se codificará al paciente en el apartado diagnóstico del formulario de HCIS con clasificación CIE-) (Se puede encontrar en el buscador del programa poniendo "Suicidio" o bien en los pdf del escritorio). La ideación autolítica se registra mediante el código V62.84 y las tentativas suicidas comienzan con la codificación E y el número que corresponda al tipo de tentativa. Se descarta el código 309.9 para este fin.

2-) Contactar con admisión de urgencias, donde se dará una cita para el paciente que no debe demorarse más de 7 días (Estrictamente) ni menos de 3 días (A ser posible) a fin de gestionar la asistencia. La cita se dará en la agenda específica PSANRS. Se intentará que las citas queden repartidas por la semana. Esta cita ha de constar de forma explícita en el informe de alta.

Se ha habilitado una agenda específica con tres huecos al día entre las 17:00 y las 19:00. En esta reevaluación se decidirá el nivel de seguimiento que necesitará el paciente (Desde ingreso en UHB hasta seguimiento por su MAP). Para los que no tengan seguimiento en salud mental, si tras la evaluación consideran que el paciente debe iniciar seguimiento, procederán a derivarlo tal y como se ha hecho hasta ahora, poniendo sus datos en las hojas a tal efecto con una estimación temporal de la primera cita. Si desde la atención en Urgencias se considera necesario seguimiento en CSM se procederá a su derivación en ese episodio, por la vía habitual, y esto es independiente de la cita en el programa de prevención de riesgo suicida.

La reevaluación será llevada a cabo por el residente mayor de la guardia (En una sesión o más, según considere oportuno) en la planta cuarta del Hospital, y será supervisado siempre por el psiquiatra adjunto de la guardia o por el psiquiatra responsable del programa de prevención de riesgo suicida.

3-) Existe una nueva hoja de registro de estos pacientes donde constarán los datos administrativos, si está o no en seguimiento especializado, quien es su psiquiatra/terapeuta de referencia, teléfono actualizado También encontrará una agenda física donde deben anotar la cita que se le ha dado al paciente (Con su nombre y número de historia).

4-) En el horario de mañana, el psiquiatra responsable del programa revisará las hojas de pegatinas y la agenda. Para aquellos pacientes que ya estén en seguimiento, dicho responsable contactará con su terapeuta de referencia a fin de valorar si la cita en menos de una semana la asume su psiquiatra de referencia o bien se mantiene la prevista. El psiquiatra responsable deberá atender al paciente en menos de una semana codificando la cita con las prestación de reevaluación de riesgo suicida dentro de la agenda PSANRS. En el caso de que se de esta cita con el psiquiatra de referencia, secretaria del hospital se comunicará con el/la paciente para anular la cita que se dio en la Urgencia y dar la nueva con el psiquiatra de referencia, y el psiquiatra tachará la cita de la agenda.

En el caso de que la evaluación se realice a un menor los pasos en la Urgencia serán los mismos, sin embargo al día siguiente se procurará conseguir una cita de evaluación en el servicio ambulatorio infanto juvenil, contactando posteriormente con el paciente para suspender la cita inicial.

5-) Al comenzar cada guardia de entre semana el residente mayor cogerá esta agenda para conocer qué pacientes tiene citados. Es muy importante completar tras la reevaluación el informe pertinente en HP Doctor y capturar la cita desde el programa HP His. Cuando la reevaluación se realice en un centro de salud

mental o en el Hospital de día, esa atención deberá constar también como parte de la prestación “Prevención de riesgo suicida” en la agenda de cada terapeuta. Toda atención deberá ser capturada.

En el servicio de Urgencias se ha atendido entre agosto (Fecha en que comienza el registro y el programa de prevención de riesgo suicida) y diciembre de 2012 al menos 112 casos de ideación suicida o conductas autolesivas, los cuales han sido derivados al programa PPRS.

Tras cumplirse en febrero 6 meses desde el inicio de PPRS, vamos a contactar telefónicamente con todos los pacientes citados (De forma progresiva según se vayan cumpliendo seis meses para cada paciente), recogiendo datos sociodemográficos, asistenciales, socioeconómicos y clínicos, previo consentimiento informado.

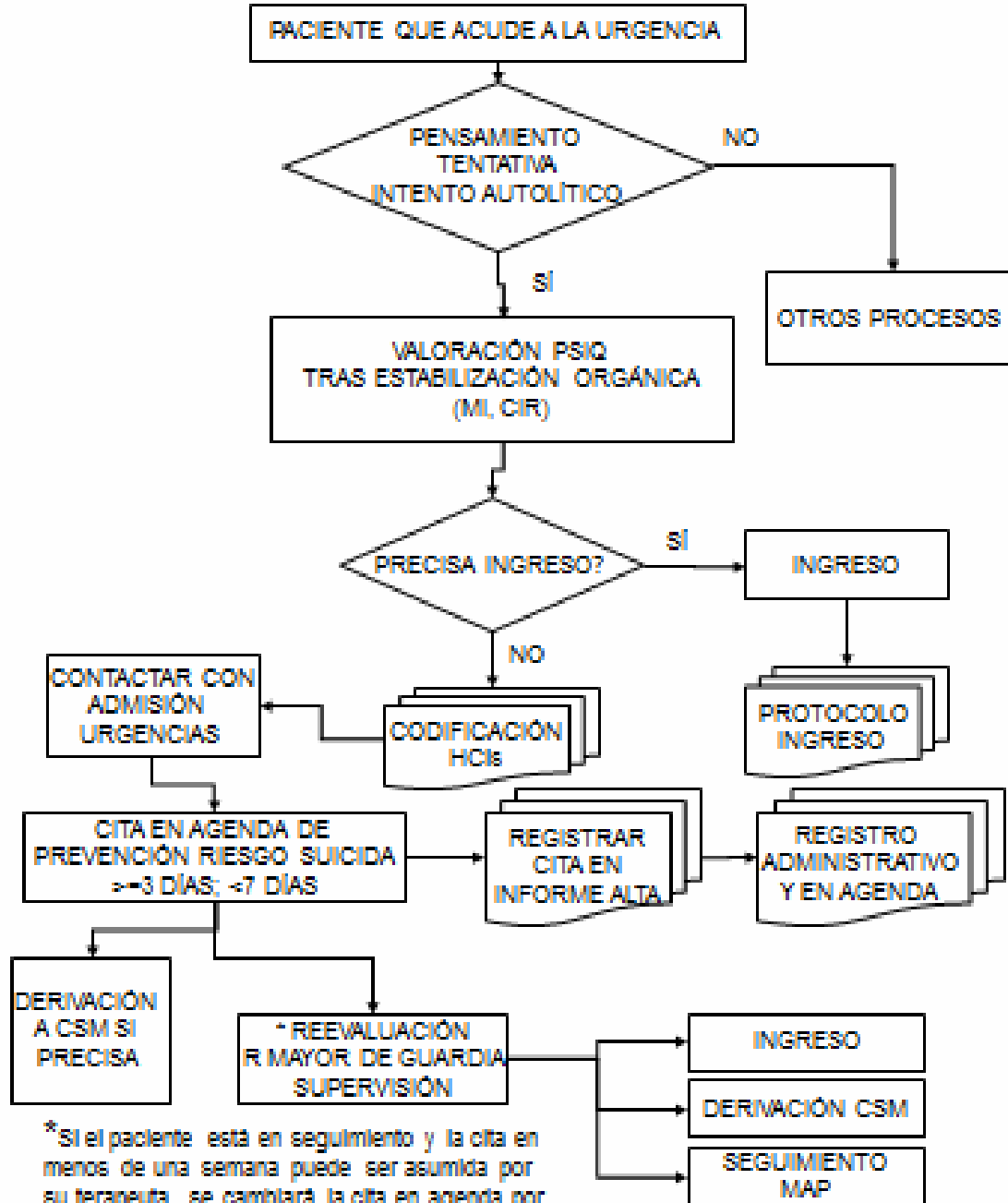
Actualmente en HUPA se encuentra en desarrollo la confección de un ensayo clínico aleatorizado como parte del PPRS.

Febrero 2013,

Salvador Ruiz Murugarren
28/60309 PSIQUIATRA HUPA

ANEXO 2: FLUJOGRAMA DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PROTOCOLO DE DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUPA



ANEXO 4: Programa de Intervención Precoz en Psicosis

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Área de gestión clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

Programa especializado
De

**Detección e Intervención Temprana a la
Psicosis (PEDITP):
Continuum Experiencias de la Mente.**
(Borrador 12/11/2012)

Namdev Freund Llovera, Paloma García Ramos, Alberto Fernández Liria

1. Introducción	127
2. Justificación	127
3. Situación actual/Situación deseable (Tabla 5 y Tabla 6)	130
Análisis DAFO (Tabla 7)	132
5. Objetivos (Tabla 8)	133
6. Ámbito de aplicación	133
7. Recursos humanos (Tabla 9)	133
8. Recursos materiales	135
9. Actividades	135
10. Resultados esperables (tabla 21)	143
11. Evaluación	144
12. Docencia	153
13. Investigación	153

1. Introducción

La psicosis es una experiencia psicopatológica dimensional que refleja una naturaleza sindrómica de componentes afectivos, cognitivos, del estilo del pensamiento, de pérdida de las fronteras del ego o de un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

En la población general la prevalencia a lo largo de la vida de las psicosis es del 3% (Perala, Suvisaari et al. 2007). Los diferentes postulados teóricos y científicos coinciden en que se trata de un trastorno cónico, cuyo componente principal es el deterioro progresivo biopsicosocial.

La psicosis precoz incluye la fase de estado mental de alto riesgo o prodrómica, la fase de primer episodio psicótico y la fase de recuperación y período crítico (de 3 a 5 años tras el primer episodio psicótico), (Birchwood, Todd et al. 1998). La evolución del trastorno en estas fases de psicosis incipiente y la demora en su tratamiento puede derivar en la denominada “toxicidad psicológica” consecuencia de alteraciones en las circunstancias vitales, fracaso escolar y laboral, autoagresiones, cambios en las relaciones interpersonales, conflictos intrafamiliares, etc. (McGorry, Yung et al. 2002).

La primeras manifestaciones clínicas de los trastornos psicóticos aparecen en un momento en el individuo comienza a establecer las bases de su estructura laboral, social, familiar, pero no contactan con los servicios de atención especializada en Salud Mental, hasta que las alteraciones psicopatológicas han generado un gran impacto en la persona, su familia y el entorno.

Los trastornos psicóticos incluyen la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, la psicosis inducida por fármacos, la psicosis reactiva breve, las psicosis orgánicas y el trastorno delirante.

2. Justificación

Los pródromos de los trastornos psicóticos se caracterizan por la aparición de síntomas inespecíficos y disruptivos (Tabla 1).

Tabla 1

Pródromos (Phillips, Yung et al. 2000)
<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento social• Limitación en el desempeño de roles• Comportamiento peculiar• Alteraciones del autocuidado• Aplanamiento o afecto inadecuado• Alteraciones del discurso (disgregado, vago, sobre elaborado, pobreza)• Pensamiento mágico• Experiencias perceptivas inusuales• Falta de iniciativa, interés o energía

Los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR/UHR) (Yung and McGorry 1996), son aquellos presentes en la población en situación de mayor vulnerabilidad de desarrollar un trastorno psicótico, se caracterizan por alteraciones del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, y por la presencia de manifestaciones prodrómicas inespecíficas (Tabla 2). Estudios recientes sugieren que los individuos que cumplen criterios de EMAR (Tabla 3) tienen un 30-40% de posibilidades de desarrollar psicosis (Tabla 4). Entre un 33 y un 58% aproximadamente de esta población hará una transición a la psicosis.

Tabla 2

Escalas de evaluación de los EMAR
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS) (McGlashan, Miller et al. 2001) • Entrevista de evaluación integral de estados mentales de alto riesgo (CAARMS) (Yung, Yuen et al. 2005)

Tabla 3

Criterios diagnósticos EMAR
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales). • Historia de síntomas psicóticos breves y autolimitados (BLIPS: Brief and Limited Intermittent Psychosis). • Historia familiar positiva de psicosis y bajo nivel funcional persistente.

Tabla 4

Primer Episodio Psicótico
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones sensoriperceptivas • Ideación delirante • Desorganización cognitiva • Alteraciones psicomotoras • Inadecuación conductual

Existe un considerable retraso, una media de dos años, desde el debut de los primeros síntomas psicóticos hasta la primera intervención terapéutica, a este periodo se le denominó "duración de la psicosis no tratada" ("duration of untreated psychosis", DUP) (Loebel, Lieberman et al. 1992; McGlashan 1999). Una mayor DUP se relaciona con un peor pronóstico a los 6, 12 y 24 meses (Lewis, Tarrier et al. 2002; Harrigan, McGorry et al. 2003), mayor gravedad de síntomas negativos, disminución de sustancia gris cerebral, peores resultados en términos de: síntomas totales, nivel de funcionamiento, respuesta al tratamiento y calidad de vida (Marshall, Lewis et al. 2005; Perkins, Gu et al. 2005; Larsen, Melle et al. 2006; Melle, Larsen et al. 2008; Schimmelmann, Huber et al. 2008).

Los motivos principales de tal demora son la falta de reconocimiento de los síntomas prodrómicos (Singh and Grange 2006) y a la poca accesibilidad a los equipos de tratamiento (Larsen, Melle et al. 2006).

Los individuos que padecen esquizofrenia tienen afectados múltiples dominios que afectan la funcionalidad, el rendimiento en las habilidades de la vida diaria, las habilidades sociales y los logros ocupacionales o educativos. Si bien los síntomas positivos son los más relevantes en las fases agudas de los trastornos, los síntomas determinantes en las disfunciones sociales y ocupacionales de los pacientes con esquizofrenia son los síntomas negativos y los déficits cognitivos. Los síntomas negativos son extremadamente importantes, tanto en términos clínicos como de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, a las relaciones con los demás y a los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para desarrollar una vida normalizada (AEN 2009).

El inicio precoz de la esquizofrenia, la cronicidad, complejidad y gravedad de sus manifestaciones clínicas, el alto número de ingresos psiquiátricos que genera, y el relativamente bajo porcentaje de pacientes (inferior al 30%) que presentan una recuperación total, entendida como vuelta al funcionamiento premórbido tras el primer brote y sin recaídas, unido al grave coste personal, familiar y sanitario y a la marginación social que produce, hacen de este síndrome uno de los problemas sociosanitarios de mayor calado y magnitud (AEN 2009).

La carga por condiciones incapacitantes no fatales, está dominada por causas neuropsiquiátricas (Mathers, Fat et al. 2008), representando más del 37% de los años de vida con discapacidad en los adultos a partir de 15 años en todo el mundo. La esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las primeras diez enfermedades más prevalentes, y son considerados trastornos mederados-severos en la clasificación de discapacidad y carga mundial de enfermedad de la organización mundial de la salud (OMS). Los estudios a largo plazo demuestran que entre el 80 y el 90% de los pacientes presenta algún tipo de disfunción social u ocupacional. La esquizofrenia es la séptima causa de años vividos con discapacidad (YLD) (Murray CJL 1996).

En la Unión Europea, los costes económicos totales relacionados con el trastorno mental pueden llegar a representar hasta un 3 o 4% del PIB, teniendo un mayor peso los costes indirectos vinculados a la pérdida de productividad, que los gastos asistenciales directamente relacionados con la atención sanitaria del trastorno mental: entre dos y seis veces más. Si nos centramos en la discapacidad, en Europa, una de cada cuatro nuevas personas que reciben una ayuda económica por razón de discapacidad, padece un trastorno mental (AEN 2009).

Para reducir la DUP se utilizan estrategias de difusión de información a nivel sanitario, principalmente en atención primaria (AP) (programa LEO (Craig, Garety et al. 2004)) y en la comunidad (proyecto TIPS (Johannessen, McGlashan et al. 2001)) cuyos resultados son, en general, bastante satisfactorios con reducciones de la DUP por encima del 50%.

El tratamiento farmacológico precoz con antipsicóticos además de reducir la DUP puede ayudar a evitar los posibles cambios cerebrales progresivos tras el primer episodio (Hulshoff Pol and Kahn 2008).

La evidencia a favor de los tratamientos psicológicos (Jones, Cormac et al. 2004; Dickerson and Lehman 2006; Pfammatter, Junghan et al. 2006) se centra en la psicoterapia (especialmente la cognitivo-conductual, pero también la psicoanalítica, la sistémica y la integradora) y la intervención familiar, recomendadas por la IEPA, OMS y las principales guías de práctica clínica, internacionales y nacionales.

Varios estudios (Drury, Birchwood et al. 1996; Haddock, Tarrier et al. 1999; Drury, Birchwood et al. 2000; Lewis, Tarrier et al. 2002; Startup, Jackson et al. 2005) hablan a favor de que la intervención precoz favorece la rápida atenuación de los síntomas positivos, una mayor reducción de la convicción delirante, estancias más breves en las unidades de hospitalización durante la fase aguda y unos índices más bajos de rehospitalizaciones o de recaídas en los siguientes 2 años.

El mayor grado de discapacidad se produce durante los primeros años, fase de recuperación y período crítico, y tiende a estabilizarse a partir de entonces por lo que se recomienda ofrecer estrategias de atención biopsicosocial intensiva y de calidad durante este periodo.

La atención precoz debería incluir: tratamiento farmacológico, psicoeducación, psicoterapia, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, reducción de daños por consumo de sustancias, rehabilitación social, laboral, intervención familiar y terapia cognitiva (International_Early_Psychosis_Association_Writing_Group 2005). Los resultados contemplados con una recuperación más rápida, menos síntomas residuales, disminución del número de recaídas y de reingresos, mejor funcionamiento social, vocacional y calidad de vida, y aumento de la satisfacción del paciente y su adherencia a la medicación (Tarrier, Lewis et al.

2004; Tarrier and Wykes 2004; Penn, Waldheter et al. 2005; Garety, Craig et al. 2006; Marshall and Rathbone 2006). En la inserción laboral, el empleo con apoyo es el método más efectivo (Rinaldi M 2004).

El paradigma de la intervención precoz se basa en que la detección e intervención temprana de los trastornos psicóticos se traducirá en un mejor pronóstico para el paciente, y en una menor carga y coste a lo largo para el sistema sanitario (McGorry, Edwards et al. 1996; Edwards J 2002)

Los programas específicos de atención temprana (tanto farmacológicos y psicológicos) de los EMAR obtienen mejores resultados que los tratamientos inespecíficos; disminuyendo o retrasando la transición a psicosis, mejorando la sintomatología prepsicótica y previniendo el declive o estancamiento social (Phillips, Yung et al. 2002; Broome, Woolley et al. 2005; Bechdolf, Phillips et al. 2006; Nordentoft, Thorup et al. 2006; Olsen and Rosenbaum 2006; Lemos-Giraldez, Vallina-Fernandez et al. 2009). Se considera que estos resultados son particularmente importantes durante el primer año de intervención activa, ya que reducen la tasa de transición de los estudios naturalísticos del 40% a cifras en torno al 26%. Además si se interrumpe dicho tratamiento en los seguimientos a tres años las diferencias intergrupos desaparecen (AEN 2009).

Tabla 5

Resumen Justificación Intervención temprana en psicosis
<ul style="list-style-type: none">• La fase prepsicótica es larga y se caracteriza por síntomas confusos y sutiles. Gran parte de la discapacidad asociada con los trastornos psicóticos se establece en la primera fase.• El periodo de DUP es un factor de riesgo para un mal pronóstico.• Periodo crítico que requiere un tratamiento específico, óptimo y comprensivo, que asegure la continuidad de cuidados.• La identificación temprana de personas en las fases precoces de la psicosis en combinación con un tratamiento óptimo, favorece la reducción de la carga de la enfermedad.• El tratamiento precoz de la psicosis activa es claramente beneficioso a corto plazo, a largo plazo mejora el pronóstico y reduce la prevalencia.• Las intervenciones educativas en la comunidad ayudan a que el público tenga un mejor conocimiento sobre el debut de los trastornos psicóticos, y de cómo recibir una adecuada atención, tratamiento y apoyo.

3. Situación actual/Situación deseable (Tabla 5 y Tabla 6)

Frecuentemente los primeros episodios psicóticos aparecen en la red de Salud Mental como un traumático ingreso involuntario, con las dificultades que caracterizan este primer contacto: dosis altas de medicación, baja adherencia, abandonos y reingresos.

En los años noventa se desarrolló un interés creciente por los primeros episodios de los trastornos mentales, especialmente de los psicóticos. Surge la hipótesis de la neurotoxicidad de la psicosis (Wyatt 1995), y sobre si la intervención temprana podría favorecer la neuroplasticidad y limitar el deterioro biopsicosocial del individuo (Green and Schildkraut 1995; Lieberman 1996; McGlashan 1996).

En el año 2002, La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Psicosis Incipiente (IEPA) formularon una declaración de consenso sobre los principios de la Intervención Temprana en Psicosis ("Early Psychosis Declaration: An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis") publicada como una guía clínica ("International clinical practice guidelines for early psychosis") (Bertolote and McGorry 2005).

En España, El Ministerio de Sanidad realizado algunas recomendaciones en Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio_de_Sanidad_y_Consumo 2006) y la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (Ministerio_de_Sanidad_y_Consumo 2009). La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha publicado un Consenso sobre atención temprana a la psicosis (AEN 2009) que define objetivos, actividades, instrumentos de evaluación, estándares de atención e indicadores de proceso y resultado en el abordaje de las fases tempranas de la psicosis (Tabla 5).

En los programas de salud mental de las diferentes comunidades autónomas se han incluido propuestas sobre las posibles estrategias de intervención precoz en psicosis.

Actualmente Cataluña, Cantabria y País Vasco tienen programas específicos de detección e intervención temprana en psicosis. En Madrid, el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares está llevando a cabo un programa de rehabilitación en pacientes con primeros episodios psicóticos (Tabla 5).

Tabla 5

Situación actual
Recomendaciones Institucionales
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. • Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. • Consenso sobre atención temprana a la psicosis.
Plan de Salud Mental CCAA (propuestas)
<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares. • Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2005-2010. • Plan de Salud 2002-2010 de Euskadi. • Plan de Salud de Navarra 2006-2012.
Programas Específicos
<ul style="list-style-type: none"> • P-3 de (Torrelavega, Cantabria) • Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE–TPI) (Cataluña) • Equipos Especializados en Atención al Trastorno Psicótico Incipiente de la Red de Salud Mental (Girona) • Atención Precoz a las Pacientes con Psicosis (Barcelona) • Programa Lehenak (Vizcaya) • Red de Salud Mental HUPA. Programa de rehabilitación de primeros episodios psicóticos

Se sugiere el establecimiento de un programa multidisciplinar, donde se realicen intervenciones asertivas, de base comunitaria, orientadas a la recuperación personal desde un punto de vista holístico. El objetivo será garantizar la continuidad de la atención mediante sistemas de derivación, intervención y coordinación eficaces. Se recomienda ofrecer contextos no estigmatizantes y específicamente dirigidos a la población joven.

Se deberá alcanzar los máximos ratios de detección de casos, será imprescindible establecer canales de derivación abiertos que posibiliten que el usuario sea referido desde diversos ámbitos (entorno familiar, social, académico, sanitario...), directos, sencillos y rápidos. Otro de los objetivos será la formación y asesoramiento de profesionales de AP, educación o cualquier otro ámbito implicado en la posible detección, además de llevar a cabo campañas de concienciación ciudadana y promoción de la salud en población general que contribuirá, además, a la desestigmatización (como ejemplos.- OPUS “Programa de Intervención Temprana en Psicosis de Dinamarca” (Petersen, Nordentoft et al. 2005) y TIPS “Early Treatment and Identification of Psychosis”, Noruega (Johannessen, McGlashan et al. 2001)).

Tabla 6

Situación deseable
<p>Establecimiento de un programa multidisciplinar específico de detección e intervención temprana de trastornos psicóticos.</p> <p>Sistemas de derivación, intervención y coordinación eficaces.</p> <p>Formación y asesoramiento de profesionales de AP, educación y comunidad para la detección precoz de los trastornos psicóticos y grupos de riesgo.</p> <p>Establecimiento de una base de datos epidemiológicos obligatoria y accesible a los profesionales de Salud Mental.</p>

Análisis DAFO (Tabla 7)

Tabla 7

Ámbito interno de la organización	Ámbito externo de la organización
<p>Debilidades</p> <p>Integración de un nuevo protocolo de intervención que se adapte a la práctica clínica habitual de los profesionales de la unidad de gestión</p> <p>Ausencia de un sistema de recolección de datos epidemiológicos, intuitivo y eficaz.</p> <p>Carga asistencial</p> <p>Mobiliario adaptado a las necesidades de la población diana</p> <p>Coordinación con recursos ajenos a la red de Salud Mental</p> <p>Estabilidad de los profesionales encargados del seguimiento de los pacientes</p> <p>Transición de los casos entre los diferentes profesionales a lo largo del seguimiento</p> <p>No existe una unidad de hospitalización infanto-juvenil</p> <p>Poca experiencia en investigación clínica</p> <p>Acceso a la atención especializada. Listas de espera</p> <p>Numero limitado de plazas en dispositivos con experiencia en orientación vocacional</p>	<p>Amenazas</p> <p>Ausencia de un programa específico de detección e intervención precoz en las Estrategias de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Recortes en el presupuesto sanitario.</p> <p>Disponibilidad y colaboración de los recursos ajenos a la Red de Salud Mental.</p> <p>Diversidad en las fuentes de financiación de los recursos de la Red de Salud Mental.</p> <p>Debate sobre la efectividad de los programas de intervención precoz en psicosis.</p> <p>Estigma relacionado con la enfermedad mental.</p> <p>Carga asistencial de los profesionales de atención primaria.</p> <p>Lista de espera de los EOEPs</p>
<p>Fortalezas</p> <p>Establecimiento de la unidad de gestión por procesos de la red de Salud Mental del HUPA</p> <p>Modelo biopsicosocial de atención comunitaria</p> <p>Equipo multidisciplinar de especialistas experimentados en el tratamiento integral individual y grupal de pacientes y sus familiares</p> <p>Residentes en formación</p> <p>Programa de atención continuada</p> <p>Adecuada coordinación entre los distintos recursos de la red de Salud Mental</p> <p>Programa de rehabilitación psicosocial de primeros episodios psicóticos</p> <p>Participación de los profesionales de la red en los centros de Atención Primaria</p> <p>Profesionales capacitados para actividades formativas y docentes</p> <p>Recursos materiales de la red de salud mental</p>	<p>Oportunidades</p> <p>Soporte institucional</p> <p>Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. SNS</p> <p>Consenso sobre atención temprana a la psicosis (AEN, 2009).</p> <p>Experiencia previa en programas específicos de Atención Temprana en psicosis (P-3 - Torrelavega, Cantabria-, Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) –Cataluña-; Equipos Especializados en Atención al Trastorno Psicótico Incipiente de la Red de Salud Mental –Girona-; Atención Precoz a las Pacientes con Psicosis – Barcelona-; Programa Lehenak –Vizcaya-; Programa de rehabilitación de primeros episodios psicóticos -Alcalá de Henares-).</p> <p>Promoción del programa en la comunidad para disminuir el estigma, sensibilizar a la población y favorecer la participación de la comunidad en la detección de casos.</p>

4. Propósito

El Programa especializado de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de HUPA, Continuum Experiencias de la Mente, ofrecerá lineamientos estructurados y basados en la evidencia científica para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicóticos, utilizando un modelo asertivo-comunitario que atienda las necesidades biopsicosociales de los pacientes y sus familiares.

5. Objetivos (Tabla 8)

Tabla 8

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Evaluación integral de las personas que presenten EMAR o que ya manifiestan un primer episodio de psicosis.• Formular un Plan Integrado de Atención Temprana (PIA) individualizado.• Mejorar la calidad de vida de los pacientes con primer episodio psicótico.• Disponer de intervenciones específicas (psicológicas, farmacológicas y psicosociales) basadas en la evidencia científica adaptadas a las distintas fases iniciales de la psicosis, y orientadas hacia la recuperación.• Evitar o demorar la transición a la psicosis.• Reducir el período de psicosis sin tratar (DUP).• Asegurar la evaluación.• Ofrecer un seguimiento regular.• Favorecer la adherencia terapéutica.• Mejorar la tasa de remisión sintomática y recaídas.• Minimizar la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.).• Disminuir la estancia hospitalaria.• Evitar las hospitalizaciones traumáticas y reducir los internamientos involuntarios.• Reducir el impacto de la psicosis en el paciente y su familia.• Facilitar y estimular la implicación en el tratamiento de familia y paciente.• Disminuir la carga familiar.• Capacitar y/o mantener en las personas sus principales logros y áreas de desarrollo psicosocial (educación, empleo, ocio y tiempo libre), priorizando la utilización de recursos normalizados.• Favorecer la recuperación social/vocacional.• Facilitar y priorizar las intervenciones en entornos comunitarios.• Sensibilizar y disminuir el estigma social acerca de la psicosis.• Garantizar el mantenimiento de esta atención integral de manera sostenida durante el periodo crítico (5 años) y la continuidad de la atención necesaria tras este periodo.• Reducir riesgo de suicidio.

6. Ámbito de aplicación

Estrato poblacional comprendido entre 15 y 30 años, pertenecientes al área de referencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias quienes cumplan criterios de Estado Mental de Alto Riesgo o quienes se encuentren en los primeros 5 años de evolución tras un primer episodio psicótico.

7. Recursos humanos (Tabla 9)

Profesionales de los Institutos de Educación Superior (IES)

La clave de la detección precoz de los trastornos psicóticos y de la intervención temprana consiste en mantener un elevado índice de alerta entre los grupos con un mayor riesgo (Langeveld, Joa et al. 2011).

La intervención de los profesionales de los institutos es fundamental para facilitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud mental. Los profesores cumplen un rol esencial en la identificación de cambios precoces en el funcionamiento social y conducta de los adolescente y en la derivación de individuos en riesgo o con síntomas francos de psicosis (Langeveld, Joa et al. 2011). Los profesores tienen el potencial para la identificación precoz de la psicosis, sin embargo sigue existiendo desconocimiento sobre que hacer y donde acudir cuando un alumno presenta síntomas psicóticos (Collins and Holmshaw 2008). Existe la necesidad de formar a los profesionales de los institutos educativos en los programas de atención primaria y promoción de la salud para favorecer el reconocimiento los síntomas psicóticos y la rápida derivación de los alumnos a los servicios de salud mental (Peterson, Cooper et al. 2001; Collins and Holmshaw 2008).

El contacto entre un programa especializado en intervención precoz y los profesionales de los institutos, sensibiliza a los profesionales sobre la detección, diagnóstico, curso y pronóstico de los trastornos psicóticos adecuadamente tratados, lo que pudiera facilitar derivaciones tempranas de adolescentes con signos precoces de psicosis (Langeveld, Joa et al. 2011).

Médicos de Familia

Los médicos de atención primaria tienen una visión holística del individuo y por tanto juegan un importante papel en la evaluación y el tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos (Misol 2011). El acercamiento al trastorno psicótico desde la atención primaria requiere una disposición especialmente sensible por parte de los profesionales (Misol 2011).

Equipo Intervención Temprana en Psicosis

Estará integrado por Facultativos Especialistas Adjuntos en psiquiatría, psicólogos clínicos, enfermeros especializados en salud mental, médicos internos residentes, psicólogos internos residentes, enfermeros internos residentes, educadores y trabajadores sociales. El equipo está obligado a participar en las actividades formativas para adquirir habilidades en el abordaje, evaluación, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y ejecución del programa de Intervención temprana. Se distribuirán las responsabilidades según la capacitación profesional que cada uno de los miembros pueda tener.

El equipo se compromete a colaborar en las actividades realizadas en cada uno de los centros y dispositivos de la red. Se realizarán visitas periódicas de formación y evaluación en los centros de salud mental, centros de atención primaria, dispositivos de la red de salud mental y centros educativos.

Tabla 9

Profesionales de la Red de Salud Mental
Facultativos Adjuntos Especialistas en Psiquiatría
Médicos Internos Residentes de Psiquiatría
Facultativos Adjuntos Especialistas en Medicina de Familia
Médicos Internos Residentes de Medicina de Familia
Facultativos Adjuntos Especialistas en Psicología
Psicólogos Internos Residentes
Enfermeros especialistas en Salud Mental
Enfermeros Internos Residentes en Salud Mental
Personal de enfermería.
Educadores
Trabajadores Sociales
Terapeutas ocupacionales
Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica
Administrativos

Celadores Auxiliares Familiares de los pacientes
--

8. Recursos materiales

El programa se desarrollará la ciudad de Alcalá de Henares a fin de asegurar actividades que permitan la detección, por profesionales en contacto con jóvenes, de EMAR y PEP. Se contará con la intervención de todos los dispositivos que integran la red de salud mental (tabla 10) para favorecer la continuidad de cuidados y una atención integral de todos los factores biopsicosociales.

Tabla 10

Unidad de Hospitalización Breve HUPA Servicio de interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace del HUPA Servicio de Urgencias psiquiátricas del HUPA. Hospital de Día de Alcalá de Henares Dispositivos de rehabilitación psicosocial, laboral, centro de día y equipo de apoyo social y comunitario. Miniresidencias Pisos protegidos Centro de Atención Integral a Drogodependencias Centros de Atención Primaria Institutos Educativos

Página web

Se creará un dominio web en un formato amigable y diseñado pensando en captar el interés de los jóvenes. Los usuarios (pacientes, familiares y profesionales) tendrán acceso a material informativo (similar al ofrecido por el grupo de Melbourne) sobre el programa, manifestaciones clínicas nucleares y comorbidas del trastorno psicótico, y las posibilidades de intervención terapéutica. Los profesionales implicados directa e indirectamente en el programa tendrán acceso a escalas de evaluación, en caso de cumplir criterios de inclusión en esta primera aproximación diagnóstica, los individuos susceptibles a tratamiento recibirán una cita, para ser valorados por el equipo del PITP. Los datos obtenidos podrán ser utilizados para investigar y mejorar los servicios ofrecidos.

Formularios de evaluación y derivación

Se utilizarán escalas validadas para la evaluación y diagnóstico biopsicosocial de los trastornos psicóticos. Las herramientas diagnósticas utilizadas en el cribado (realizadas por los colaboradores sanitarios y no sanitarios) se centrarán en la presencia e intensidad de los síntomas, permitiendo un adecuado uso de los recursos especializados. El servicio de psiquiatría del HUPA se compromete a facilitar el material de derivación y evaluación.

Material formativo e informativo (ver anexos)

9. Actividades

1) Planes de formación y sensibilización

Para el óptimo funcionamiento del Continuum Experiencias de la Mente (CEM) es necesario homogenizar la ejecución de las actividades y unificar criterios de diagnóstico-terapéuticos entre los profesionales de la red de salud mental, difundir la existencia del programa, estrategias de detección precoz, evaluación de síntomas de alarma, y derivación al equipo especializado, entre los profesionales de los centros de atención primaria, recursos sociales y centros educativos a través de actividades formativas periódicas y estructuradas

Las actividades formativas serán responsabilidad del equipo de ITP, quienes se comprometerán con la organización de las actividades y formulación del contenido.

Formación y sensibilización de los profesionales de la red de salud mental.

Impartida: por el equipo de CEM

Dirigida a: Psiquiatras (FEA/MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas Ocupacionales, Administrativos

Objetivos: Presentación del programa CEM (antecedentes, evidencia científica, recursos humanos y materiales disponibles, objetivos y actividades). Criterios de inclusión y exclusión. Lineamientos diagnóstico-terapéuticos. Modelos de intervención. Coordinación de derivaciones. Sistema de recogida de datos epidemiológicos y otros recursos informáticos (formularios, página web, material informativo para profesionales y familiares)

Periodicidad: Semestral.

Formación y sensibilización de los profesionales de los centros de atención primaria

Impartida: por el equipo de ITP

Dirigida a: Médicos de Familia, Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Administrativos

Objetivos: Presentación del programa CEM. Criterios de inclusión y exclusión. Criterios diagnóstico. Conocimientos básicos sobre intervenciones terapéuticas en EMAR/PEP. Recursos informáticos (formularios, página web, material informativo para profesionales y familiares). Coordinación de derivaciones. Protocolos de diagnóstico y seguimiento enfermedades somáticas secundarias.

Periodicidad: Trimestral.

Formación y sensibilización para los Equipos de Orientación Psicopedagógica de las unidades educativas.

Impartida: por el equipo de CEM

Dirigida a: Equipos de Orientación Psicopedagógica y profesores

Objetivos: Presentación del programa CEM. Criterios de inclusión y exclusión. Estrategias de detección precoz, evaluación de síntomas de alarma. Rol de las unidades educativas en la prevención del Trastorno Mental Grave y comórbidos. Estrategias de sensibilización y disminución de estigma asociado a la enfermedad Mental. Recursos informáticos (formularios, página web, material informativo para profesionales y familiares). Coordinación de derivaciones. Protocolos de diagnóstico y seguimiento enfermedades somáticas secundarias.

Periodicidad: Trimestral.

2) Coordinación y derivación

Equipos de SM de adultos e infanto-juvenil

Recursos Humanos: Psiquiatras (FEA/MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas Ocupacionales, Administrativos.

Recursos materiales: Centro de especialidades Francisco Díaz, Centro de Salud Mental Puerta de Madrid.

Objetivos: Si se detecta un paciente con EMAR o PEP, se deberá incluir en el registro de pacientes del Centro de Especialidades correspondiente. En el periodo de evaluación se ofrecerá al paciente y sus familiares el material informativo diseñado por el equipo de ITP. Una vez por semana el equipo de ITP acudirá al CSM para realizar la coordinación de derivación, discusión de los casos y organización de la ejecución del protocolo.

Urgencias, Unidad de Hospitalización Breve, Hospital de Día.

Recursos Humanos: Psiquiatras (FEA/MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas Ocupacionales, Administrativos.

Recursos materiales: Servicio de urgencias psiquiátricas del HUPA, Hospital de Día, UHB del HUPA

Objetivos: Si el paciente es susceptible a tratamiento intensivo en la Unidad de Hospitalización breve del HUPA, el profesional encargado de la coordinación de cuidados del Centro de Especialidades de referencia acudirá 1 vez por semana, para recoger los datos, incluir al paciente en el programa, y facilitar los recursos necesarios para la ejecución del protocolo en la unidad de agudos. Si el paciente es valorado en urgencias y cumple criterios de estado mental de alto riesgo o primer episodio psicótico, se deberán recoger los datos en la hoja de registro de pacientes de la guardia y se procurarán los cuidados adecuados para que asegurar la

inclusión del paciente en el programa, si es pertinente se tomaran las medidas necesarias para iniciar el protocolo desde la urgencia. Se aportarán, al paciente y a sus familiares, los documentos informativos. En caso de que se detecten familiares en riesgo, por el personal sanitario o familiares del paciente, se facilitara el material informativo, se recogerán los datos y se comentara en la reunión de coordinación.

Dispositivos específicos de rehabilitación

Recursos Humanos: Psiquiatras (MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas Ocupacionales, Administrativos.

Recursos materiales: Dispositivos de rehabilitación de Alcalá de Henares/Torrejón de Ardoz (CRPS, CD, EASC, CRL)

Objetivos: Los usuarios de este tipo de dispositivos han sido derivados previamente por los facultativos del CE, por lo tanto deberán estar incluidos en el programa. Los profesionales de los dispositivos de rehabilitación acudirán a una reunión mensual en el CSM para adaptar objetivos y comentar resultados. Se aportarán, al paciente y a sus familiares, los documentos informativos. En caso de que se detecten familiares en riesgo, por el personal sanitario o familiares del paciente, se facilitara el material informativo, se recogerán los datos y se comentara en la reunión de coordinación.

Dispositivos de atención a la drogodependencia

Recursos Humanos: Psiquiatras (MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas Ocupacionales, Administrativos.

Los pacientes que cumplan criterios deberán ser derivados al Centro de Especialidades con los formularios de evaluación debidamente completados por el profesional encargado del caso. La derivación y formularios deberán ser enviados por fax o a través de la página web. Se aportarán, al paciente y a sus familiares, los documentos informativos.

Equipos de Atención Primaria

Recursos Humanos: Médicos de Familia (FEA/MIR), Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Administrativos.

Se realizaran reuniones con una periodicidad semanal donde se aportaran los formularios de los pacientes con sospecha de EMAR/PEP. El mismo día se realizará el primer contacto con los pacientes que cumplan criterios para su oportuna derivación al CSM e inclusión en el PEDITP. El equipo de ITP se compromete a disponer de un número determinado de valoraciones por día, dicho número será notificado al MAP, para que este se encargue de gestionar las citas. En caso de que el número de valoraciones supere la disponibilidad del equipo, se comentara oportunamente para facilitar el acceso al programa en el menor tiempo posible.

Recursos educativos

Recursos humanos: Equipos de Orientación Psicopedagógica y profesores.

Para derivar a los pacientes se deberán cumplimentar los formularios a través de la web o bien enviarlos por fax al Centro de Especialidades o Centro de Atención Primaria. Se aportarán, al paciente y a sus familiares, los documentos informativos.

Recursos sociales y otros servicios sociocomunitarios

Se trabajará con los recursos sociales y sociocomunitarios incluidos en el Centro de Especialidades y Centro de Atención Primaria. Los profesionales de estos recursos participaran en las reuniones periódicas realizadas en cada uno de los centros, siguiendo las recomendaciones de derivación dispuestas para cada uno de ellos.

3) Evaluación y orientación diagnóstica

Se debe realizar una evaluación integral del paciente, que permita el establecimiento de un diagnóstico, la detección de sus diversas necesidades, y el diseño de un plan integrado de atención que facilite el mantenimiento de la implicación del paciente a lo largo de todo el proceso de cuidados necesario para su recuperación. La evaluación ha de ser, además, un proceso continuado y abierto que permita ir aplicando los cambios necesarios que se vayan produciendo como consecuencia de la detección de nuevos problemas o de la incorporación de nuevas informaciones relevantes. Esta aportación continua de nuevos datos va a ir reajustando

a lo largo del proceso de tratamiento la formulación clínica del caso, guiando la evaluación de los efectos de la intervención y modulando los ajustes o correcciones necesarios en la misma.

Historia personal y Evaluación somática

Recursos humanos: Psiquiatras (FEA/PIR), Médicos de Familia (FEA/MIR), Enfermeros (FEA/EIR).

Recursos materiales: Dispositivos Red de Salud Mental y Centros de Atención Primaria.

Objetivos: Anamnesis, examen físico y de la realización de pruebas complementarias (tabla 12) para descartar la presencia de otras enfermedades o tratamientos farmacológicos que pueden ser causales (tabla 11), concomitantes, contribuyentes o consecutivas a la psicosis.

Tabla 11

<p>Psicosis de origen orgánico</p> <p>Síndrome de Cushing</p> <p>Trastornos de la tiroides</p> <p>Trastornos de la paratiroides</p> <p>Sarcoidosis cerebral</p> <p>Lupus Eritematoso Sistémico</p> <p>VIH-SIDA</p> <p>Enfermedades de causa genética conocida</p> <p>Enfermedades desmielinizantes: Esclerosis Múltiple o la enfermedad de Schilder¹,</p> <p>Enfermedades encefálicas: Sífilis cerebral o encefalitis</p> <p>Enfermedad de Wilson</p> <p>Enfermedad de Huntington</p> <p>Ataxia de Friederich</p> <p>Deficiencia de vitamina B12</p> <p>Hemorragia subaracnoidea</p> <p>Tumores cerebrales</p> <p>Alteraciones metabólicas (hipoglucemias, etc.),</p> <p>Psicosis debidas a fármacos (L-dopa, corticoides interferón, antidepresivos, tiroxina, cloroquina, bromocriptina, etc.)</p>

Tabla 12

<p>Pruebas de extensión</p> <p>Análisis de orina: Sedimento y tóxicos. Test de embarazo. Porfirinas urinarias</p> <p>Análisis de sangre: Hemograma completo. Velocidad de sedimentación. Función renal (urea, creatinina). Electroólitos. Calcio y fosfato séricos. Función hepática. Estudio función tiroidea. Glucosa y Lípidos. Índices nutricionales. Determinación de anticuerpos. Serología de hepatitis, VIH y sífilis. Estudios de cobre</p> <p>Pruebas de neuroimagen en (RMN ó TAC).</p> <p>Radiografía de tórax</p> <p>ECG</p>

Evaluación de síntomas básicos

Recursos humanos: Psicólogos (FEA/PIR)

Objetivos: La evaluación (tabla 13) fenomenológica, reacción a la psicosis (estigma, pérdida y trauma) y estilo de recuperación, permitirá la comprensión de la psicosis y la respuesta psicológica ante el diagnóstico.

Tabla 13

<p>Escalas</p> <p>Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3)</p> <p>Instrumento de propensión a la esquizofrenia (SPI-A)</p> <p>Cuestionario sobre Creencias Personales (PBIQ)</p> <p>Cuestionario de Estilo de Recuperación (RSQ)</p> <p>Escala de Estigma Interno de Enfermedad (ISMI)</p>

Evaluación del funcionamiento social, familiar, académico/laboral

Recursos humanos: Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas ocupacionales, Enfermeros (FEA/EIR)

Objetivos: Conocer las fortalezas y áreas de necesidad para diseñar las intervenciones. Conocer el desempeño de roles y el mantenimiento y recuperación de la red social. Conocer los objetivos o demandas e implicación del paciente y su familia (tabla 14 y 15).

Tabla 14

Áreas de Interés
Habilidades y competencias sociales. Red social y sus características Ocio y del tiempo libre. Hábitos saludables Desempeño académico y laboral. Repertorios académicos básicos (lectura, escritura, aritmética, etc.). Utilización de recursos comunitarios Relaciones familiares: criticismo, hostilidad, sobreimplicación, calidez, etc.) Relaciones de apoyo y/o confidencialidad en la familia Manejo de situaciones problemáticas en la familia Nivel socio económico y social. Entorno social de la familia Estrés-sobrecarga familiar relacionada con el paciente y otros conflictos significativos en el medio familiar.

Tabla 15

Escalas
Escala de Funcionamiento Social (SFS) HoNOS Cuestionario Familiar (FQ)

Exploración psicopatológica

Recursos Humanos: Psiquiatras (FEA/MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Médicos de Familia (FEA/MIR). Los EOEPs, profesores, educadores y trabajadores sociales podrán realizar los cuestionarios de screening

Objetivos: Detección de individuos que pueden presentar un primer episodio psicótico o riesgo de desarrollarlo (tabla 16). Estructuración del vínculo terapéutico.

Tabla 16

	EMAR	PEP
Screening	EDIE PRIME	
	ERiraos	
Evaluación diagnóstica	SIPS CAARMS	PANSS CAPE-42
	FBF-3	
Personalidad	Inventario clínico Multiaxial de Millon	
Función Cognitiva	MATRICS	
Esfera afectiva	Inventario de Depresión de Beck (BDI) (YMRS) Escala de Depresión de Calgary (CDS)	

Evaluación de riesgos

Recursos Humanos: Psiquiatras (FEA/MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Médicos de Familia (FEA/MIR).

Objetivos: Valorar el riesgo de auto y hetero-agresividad, autolesiones y suicidio, consumo de sustancias; y las necesidades más importantes a cubrir en las diferentes áreas de la vida (tabla 17).

Tabla 17

Escalas
Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI) Escala de Ideación Suicida de Beck Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee

Evaluación de la Calidad de Vida

Recursos Humanos: Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas ocupacionales, Enfermeros (FEA/EIR)

Objetivos: Conocer el nivel de funcionamiento psicosocial del paciente. Conocer datos sobre los diversos dominios y aspectos de la vida del paciente. Evaluar la calidad de vida (tabla 18).

Tabla 18

Escalas
Entrevista de Calidad de Vida de la OMS (WoQHOL) Entrevista de Calidad de Vida de Lancashire

4) Intervenciones

Modelo Case Management

Se basa en la evaluación, planificación, reinserción, control y orientación. El CM debe tener conocimientos de psicosis (presentación y curso) y el rango de tratamientos apropiados para la psicosis temprana. Habilidades para evaluar el trastorno psicótico, síntomas de alerta, comorbidos, nivel de funcionamiento, y efectos adversos de la medicación. Capacidad de brindar psicoeducación. Estar al tanto de otros recursos disponibles.

Recursos humanos: Psiquiatras (MIR), Psicólogos (FEA/PIR), Enfermeros (FEA/EIR), Trabajadores sociales, Educadores, Terapeutas Ocupacionales.

Objetivos: Alianza terapéutica con el paciente. Asegurar continuidad de cuidados.

Intervención por fases:

Aguda: Favorecer la adherencia. Tranquilizar al paciente ante las manifestaciones sintomáticas. Facilitar información sobre la psicosis y el tratamiento. Seguimiento regular del paciente y la familia (1 vez/semana).

Recuperación temprana: Objetivar problemas secundarios (depresión ansiedad, consumo de tóxicos). Impartir psicoeducación. Fortalecer la adherencia. Monitorizar efectos secundarios del tratamiento. Realizar tareas dirigidas al proceso de reintegración.

Recuperación tardía: Prevención de recaídas. Estrategias para resolución de problemas. Monitorización de síntomas de recaída.

Plan Integrado de Atención (PIA)

Se debe establecer una adecuada vinculación que favorezca el trabajo conjunto entre los profesionales, el paciente y sus familiares. Se recomienda para ello disponer de un entorno amigable, adaptado a las necesidades de los jóvenes y lo menos estigmatizante posible. Se debe priorizar las necesidades reconocidas por el paciente para asegurar la implicación del paciente en el tratamiento. Es importante que el paciente cuente con un referente. Se deben utilizar estrategias motivacionales.

Se deben individualizar las intervenciones y si es necesario de utilizará un modelo asertivo comunitario, que se ajuste a las necesidades, características y momento del paciente. Se recomiendan reuniones periódicas con todos los profesionales implicados en la intervención, seguimiento y tratamiento del paciente, para asegurar la coherencia del plan terapéutico

La familia es un elemento clave en la intervención, por lo que se recomienda, entrevistas regulares (1 vez a mes).

Se deberán revisar los objetivos del Plan Integrado de Atención cada 6 meses y una reevaluación completa de cada usuario (y su familia) cada año.

Atención a las personas con primeros episodios psicóticos

El abordaje integral de la atención al primer episodio deberá incluir:

- 1) Tratamientos psicológicos: La terapia cognitivo-conductual es la que tiene mayor evidencia sobre la mejoría de los síntomas positivos, morbilidad secundaria, y para la reincorporación más rápida posible a las actividades que desarrollaba el paciente.
- 2) Tratamiento farmacológico basado en guías.
- 3) Intervención para la minimización de riesgos (suicidio, consumo sustancias, etc.).
- 4) Intervención familiar individual y grupal (psicoeducación y terapia familiar). La atención a la familia ha de estar basada en las necesidades de esta en su conjunto y de sus miembros por separado. En la fase aguda y durante la estabilización la atención a la familia es más aconsejable que sea individual. En fases posteriores además se pueden utilizar los grupos multifamiliares para resolución de problemas y habilidades en el manejo de la enfermedad.
- 5) Intervención vocacional, intervenciones en habilidades sociales, inserción comunitaria social, dando consejo, apoyo, motivación y orientación para el uso de recursos comunitarios, intervención en la búsqueda de empleo, intercambio social y planificación del ocio y tiempo libre. Puede hacerse de forma individual o grupal.
- 6) Intervención en prevención de recaídas.
- 7) Intervención domiciliaria ante la descompensación y las crisis.
- 8) Intervención en rehabilitación cognitiva.

Intervenciones en Fase Aguda (2-3 primeros meses)

Objetivo: Reducción rápida de la clínica positiva, del malestar psicológico secundario a esta. Favorecer la alianza y mantenimiento posterior del paciente dentro del tratamiento.

Intervención:

Terapia cognitiva para síntomas positivos (SOCRATES) (tabla 19)

Tabla 19

SOCRATES		
Fase 1: Enganche y evaluación. Educación sobre la naturaleza, fenomenología y tratamiento de la Psicosis).	Fase 2: Generación de una lista de problemas.	Fase 3: Intervención y monitorización. Tratamiento no desafiante y colaborador de delirios y alucinaciones. Identificación de factores precipitantes y protectores. Hipótesis alternativas a la ideación delirante. Reducción del malestar asociado a la sintomatología positiva.)

Intervención familiar

Objetivos: Relación cooperativa en las intervenciones. Explorar y registrar la historia y necesidades familiares. Detección de miembros de la familia con alto riesgo de psicosis. Apoyo práctico en el manejo de las crisis.

Intervenciones: Contacto regular y frecuente. Apoyo práctico y emocional para minimizar las primeras respuestas habituales de trauma ante la crisis psicótica. Mensajes claros y repetidos

con regularidad sobre la psicosis y su tratamiento. Educación sobre el papel de la familia en el tratamiento.

Intervenciones en fase de recuperación Inicial (3-9 meses)

Objetivos: Recuperación del insight. Reorganización del medio familiar. Retorno a los distintos roles y funciones del paciente.

Intervención con el paciente (tabla 20)

Tabla 20

Abordaje integral (EPPIC) Desarrollar y configurar un modelo explicativo de la enfermedad Fortalecer el sentido del yo, recuperar la identidad y diferenciar el yo de la psicosis. Aumentar la percepción de control sobre la enfermedad Estrategias de afrontamiento e identificación de agravantes/desencadenantes Promocionar el manejo autónomo de la enfermedad Retomar funcionamiento premórbido Establecer metas realistas adaptadas a sus capacidades Reajustar la trayectoria vital si fuese necesario Restablecimiento de relaciones familiares, sociales y formativas, Implicar al pacientes en las estrategias terapéuticas Psicoeducación (modelos de vulnerabilidad) Abordaje de los temores o creencias irracionales sobre la necesidad del tratamiento farmacológico y sus efectos

Intervención familiar

Objetivos: Evaluar el funcionamiento familiar. Mantener la alianza de trabajo. Continuar con estrategias psicoeducativas. Psicoeducación (recuperación, señales tempranas de alarma, familiares de alto riesgo)

Intervenciones en fase de fase de recuperación posterior (9-18 meses y periodo crítico)

Objetivos: Compromiso terapéutico. Desarrollar una narrativa.

Intervenciones: Evaluación de las experiencias psicóticas Desarrollar un modelo de psicosis. Potenciar estrategias autorreguladoras. Desafío verbal de los delirios. Obtener evidencias para las creencias delirantes. Desarrollo de pruebas de realidad. Naturalizar. Trabajo con esquemas. Tratamiento de ansiedad y depresión. Resolver la ambivalencia. Mantener la mejoría. Prevención de recaídas. Construcción de nueva identidad psicológica que incluya la presencia de la psicosis (en los casos en que se produzca una remisión parcial de los síntomas porísticos)

Intervención familiar

Objetivos: Se deberá Implicar a la familia en la recuperación activa de las habilidades y roles del paciente, manejar los riesgos de recaída., reajustar las expectativas.

Tratamiento farmacológico

EMAR

Objetivo: Tratamiento sintomático solo si las estrategias de intervención psicosociales no son suficientes o si han fracasado

Estrategias: Benzodicepinas de vida media o larga. Antidepresivos, preferentemente ISRS.

Tipo síndrome psicótico con síntomas atenuados y/o intermitentes: Antipsicóticos si hay un deterioro rápido, no hay respuesta al tratamiento antidepresivo y/o existe un riesgo suicida o de agresión (la dosis será la mínima eficaz)

Primer episodio psicótico

Antipsicótico de primera o segunda generación en función de la eficacia, la probabilidad de efectos secundarios (como efectos extrapiramidales (incluida la acatisia), efectos metabólicos (incluyendo el aumento de peso) y otros efectos secundarios graves) y la preferencia del paciente Así mismo se tendrá en cuenta el punto de vista de sus cuidadores.

Se recomienda el uso de un sólo antipsicótico y sólo en casos excepcionales sería aconsejable la asociación. Se utilizará la dosis mínima efectiva.

El tratamiento farmacológico se mantendrá entre 1 y 2 años, en caso de recaída, durante 5 años.

El tratamiento tiene que iniciarse lo antes posible. Un período libre de tratamiento AP durante pocos días puede ser útil si hay alguna posibilidad de diagnóstico en relación al abuso de sustancias u otras causas etiológicas. Algunas veces, en este período se pueden utilizar benzodiacepinas de vida media o larga.

Existen diversas estrategias psicoterapéuticas orientadas a mejorar la adherencia a los tratamientos que incorporan elementos de la terapia motivacional y de la terapia cognitiva, como la "Compliance Therapy" de Kemp, R., Hayward, P., Applewhite, G., Everitt, B., David, A. (1996).

10. Resultados esperables (tabla 21)

Tabla 21

- Satisfacción del paciente y sus familiares con la asistencia prestada a lo largo del proceso terapéutico.
- Disminución de tiempo de derivación a recursos sanitarios especializados
- Disminución de la duración de la psicosis sin tratar
- Disminución de los ingresos hospitalarios
- Disminución de reingresos hospitalarios
- Adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico
- Adecuada orientación vocacional
- Disminución del impacto de los síntomas positivos y negativos
- Disminución de las repercusiones cognitivas
- Mejora del rendimiento cognitivo
- Mejora del funcionamiento social y familiar
- Detección y tratamiento precoz de las psicosis resistentes al tratamiento farmacológico
- Abordaje integral de los pacientes
- Asegura la continuidad de la atención
- Disminuir la tasa de abandono del seguimiento/tratamiento
- Mejorar el funcionamiento global
- Mejorar la calidad de vida
- Asegurar la continuidad de las actividades académicas
- Favorecer el adecuado uso de los recursos sociales
- Disminuir el consumo tóxicos
- Disminuir la tasa de mortalidad
- Disminuir las conductas delictivas
- Disminuir las complicaciones secundarias al trastorno psicótico o el tratamiento
- Sensibilización y disminución del estigma relacionado con la enfermedad mental
- Disminuir el gasto por capita a largo plazo por enfermedad mental
- Disminuir los costes por paciente
- Prevención de actos suicidas

11. Evaluación

Dimensiones (Consenso AEN 2009)

Acceptabilidad

1 Aceptabilidad

1	Satisfacción del paciente	Numerador: N° de pacientes registrados en el servicio que han realizado un encuesta de satisfacción para pacientes y que se han mostrado satisfechos o por encima que “ menos que satisfechos” Denominador: N° de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción
2	Satisfacción de la familia	Numerador: N° de miembros de familias de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción para familiares y que se han mostrado satisfechos o más que “ menos que satisfechos” Denominador: N° de miembros de familias de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción para familiares.

Accesibilidad

2 Accesibilidad		
3	Tiempo de espera de primer contacto	Media de días de espera entre la fecha de derivación el primer contacto con el programa
4	Media de la duración de la psicosis sin tratar (DUP)	DUP (en semanas) es calculada por el clínico en la evaluación inicial del paciente con la forma de inicio de la enfermedad
5	Admisiones en relación a la población general	Numerador: N° de individuos con primer episodio admitidos en el programa durante un año Denominador: Población de riesgo comprendida entre los 15-54 años.
6	Proporción de primeras visitas que provienen de unidades de hospitalización	Numerador: N° de primeras visitas que provienen de unidades de hospitalización en un año Denominador: N° de primeras visitas en el mismo año.
7	N° de visitas domiciliarias	N° de visitas realizadas fuera del programa

3 Adecuación		
8	Antipsicóticos de segunda generación	Numerador: N° de pacientes con un primer episodio a los que se les ha prescrito antipsicóticos de segunda generación en su primer año Denominador: N° de pacientes del programa con antipsicóticos en su primer año.
9	Pacientes en tratamiento psicológico	Numerador: N° de pacientes del programa que reciben terapias psicológicas en el servicio durante un año Denominador: N° de pacientes en el programa durante el mismo período
10	Pacientes derivados a servicios de rehabilitación vocacional	Numerador: N° de pacientes del programa valorados adecuados para el programa de rehabilitación vocacional en el período de un año Denominador: N° de pacientes derivados al SRV en el mismo período
11	Evaluación de síntomas positivos	Numerador: N° de pacientes que han sido evaluados los síntomas positivos al menos dos veces en su primer año. Denominador: N° de pacientes en el programa
12	Evaluación de síntomas negativos	Numerador: N° de pacientes que fueron evaluados los síntomas negativos al menos dos veces en su primer año Denominador: N° de pacientes en programa
13	Evaluación del funcionamiento cognitivo	Numerador: N° de pacientes del servicio que han efectuado una evaluación cognitiva al menos una vez Denominador: N° de pacientes en el programa

14	Psicoeducación de la familia	Numerador: N° de pacientes cuyas familias han sido atendidas al menos en 4 sesiones familiares con profesionales del programa durante el período de vinculación al servicio Denominador: N° de pacientes programa Porcentaje de pacientes que les fue dada una prescripción de medicación oral y estaba recogida el no cumplimiento, y que recibieron, medicación depot
15	Uso de medicación depot para pacientes incumplidores	Porcentaje de pacientes que experimentaron síntomas psicóticos significativos y persistentes en los que se probó clozapina.
16	Psicosis resistentes al tratamiento	
17	% de pacientes con evaluación con evaluación consensuada completa	
18	N° de sesiones formativas/coordinación realizadas con las áreas básicas de salud	

Continuidad

4 Continuidad		
19	Proporción de abandonos	Numerador: N° de individuos que abandonan el servicio antes de completar un año (no incluye pacientes que se trasladan a otro lugar, que son derivados o que son rediagnosticados) Denominador: Todos los pacientes vinculados al programa
20	Continuidad del referente principal de cuidados en un período de 12 meses	Numerador: N° de pacientes del programa que reciben cuidados de in referente principal durante 12 meses, Denominador: N° de pacientes del programa
21	Seguimiento comunitario tras hospitalización	Numerador: N° de pacientes que han acudido al menos a una cita tras la hospitalización Denominador: N° de pacientes del programa tratados tras un ingreso.
22	N° de pacientes con revisión semestral del proyecto terapéutico individualizado (PTI)	N° de pacientes que han hecho 1 o más revisiones del PTI registradas en la HC en un año
23	% de pacientes con referente de caso asignado	N° de pacientes que tienen un referente asignado una vez se ha hecho la evaluación inicial

5 Efectividad		
24	Estado de funcionamiento global	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran sus resultados en una escala estandarizada y validada de funcionamiento global desde el inicio del tratamiento y la evaluación al año Denominador: N° de pacientes evaluados mediante una escala de funcionamiento global al inicio y al año.
25	Mejora en síntomas positivos	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran los resultados en una escala estandarizada de sintomatología positiva desde la evaluación inicial y al año. Denominador: N° de pacientes que han realizado una evaluación inicial y al año de una escala de síntomas positivos estandarizada.
26	Mejora de síntomas negativos	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran los resultados en una escala estandarizada de sintomatología negativa desde la evaluación inicial y al año Denominador: N° de pacientes que han realizado una evaluación inicial y al año de una escala de sintomatología negativa estandarizada
27	Mejora en calidad de vida	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran los resultados en una escala estandarizada de calidad de vida desde la evaluación inicial y al año Denominador: N° de pacientes que han realizado una evaluación inicial y al año de una escala de calidad de vida estandarizada
28	Relación de recaídas	Numerador: N° de pacientes que han tenido una recaída (evaluada por un clínico) en 1, 2 y 3 años de tratamiento en el servicio Denominador: N° de pacientes en el programa

29	Acumulativo de ingresos hospitalarios	Numerador: N° de pacientes que han ingresado mientras estaban en el programa Denominador: N° de pacientes registrados en el servicio durante el primer, segundo y tercer año
30	Densidad de incidencia de ingresos	Numerador: N° de ingresos durante el 1 ^{er} , 2 ^{do} y 3 ^{er} año en el servicio Denominador: total de días/persona en riesgo durante 1, 2, 3 años en el servicio
31	Funcionamiento educacional	Numerador: N° de pacientes que refieren ser estudiantes al año de la evaluación. Denominador: N° de pacientes en el programa
32	Funcionamiento ocupacional y de trabajo	Numerador: N° de pacientes que refieren estar trabajando (a tiempo total o parcial) al año de la evaluación. Denominador: N° de pacientes en el programa
33	Apoyo vivienda	Porcentaje de pacientes que viven independientes y reciben soporte adecuado a sus necesidades
34	Evaluación de problemas relacionados con el consumo de drogas	Porcentaje de pacientes que son evaluados regularmente con una escala semiestructurada para evaluar abuso de sustancias
35	Percepción de recuperación de los pacientes	Porcentaje de pacientes que refieren mejora en su recuperación.
36	Tasas de mortalidad	Relación de muertes

Competencia

6 Competencia		
37	Evaluación continuada del programa	Sí/No
38	Conocimiento y aplicación de práctica basada en la evidencia	El equipo tiene conocimiento y son capaces de aplicar las actualizaciones de la práctica basada en la evidencia
39	Formación continua y reglada del equipo de salud mental sobre ATP	Existencia de mecanismos de educación a los profesionales de la salud mental del equipo de psicosis temprana

Eficiencia

7 Eficiencia		
40	Gasto per cápita en salud mental para programas de intervención temprana	Coste per cápita de los servicios de tratamiento a la psicosis temprana
41	Coste por paciente en programa de salud mental	Total de los costes dividido por el número total de pacientes en el programa

Seguridad

8 Seguridad

42	Monitorización activa de los efectos secundarios de la medicación	Sí/No
43	Monitorización activa de las conductas suicidas	Sí/NO
44	Prevalencia de los intentos de suicidio	Numerador: Al cabo de 1 año de su primera evaluación, N° de pacientes que informan de algún intento de suicidio en el año previo Denominador: N° de pacientes en el programa que llevan un año desde la primera evaluación.

12. Docencia

Se organizarán actividades docentes periódicas para mejorar la calidad de atención, actualizar los conocimientos científicos sobre la etiología, abordaje y tratamiento del trastorno psicótico. Estas actividades serán impartidas por profesionales expertos de reconocimiento nacional e internacional.

13. Investigación

Manejo de los trastornos mentales graves en atención primaria
La eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos
Características clínicas de los trastornos psicóticos en niños y adolescentes
Efectividad de la intervención temprana en la recuperación tras el primer episodio psicótico.
Experiencias psicóticas en la población general
Marcadores de vulnerabilidad
Seguimiento de pacientes con EMAR
Evaluación de estrategias terapéuticas y herramientas diagnósticas
Factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la aparición, remisión y recaídas de los trastornos mentales.
Rol del trauma, el estrés y el funcionamiento del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal en las fases tempranas de la psicosis y su relación con la severidad de los síntomas, respuesta al tratamiento y limitaciones neuropsicológicas.
Ácidos grasos en el tratamiento de EMAR
Proporción de pacientes con EMAR que desarrollan cuadros psicóticos.
Orientación vocacional y obtención de empleos en pacientes que cumplen el programa
Factores de predicción en la transición a psicosis
Factores de vulnerabilidad psicológicos y emocionales. Alteraciones cognitivas en EMAR y PEP
Alteraciones metabólicas en EMAR y PEP
Entrenamiento cognitivo y pronóstico en PEP
Entrenamiento en habilidades sociales y funcionalidad a largo plazo
Promoción y actividades formativas en las unidades educativas y optimización de la detección de EMAR y PEP
EMAR y PEP sin tratamiento en familiares de pacientes en seguimiento en los CSM
Expresión artística y construcción de narrativas

Referencias bibliográficas

- AEN, A. E. d. N. (2009). Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009. P. d. Calidad. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bechdolf, A., L. J. Phillips, et al. (2006). "Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis." *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **256**(3): 159-173.
- Bertolote, J. and P. McGorry (2005). "Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement." *Br J Psychiatry Suppl* **48**: s116-119.
- Birchwood, M., P. Todd, et al. (1998). "Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis." *Br J Psychiatry Suppl* **172**(33): 53-59.
- Broome, M. R., J. B. Woolley, et al. (2005). "Outreach and support in south London (OASIS): implementation of a clinical service for prodromal psychosis and the at risk mental state." *Eur Psychiatry* **20**(5-6): 372-378.
- Collins, A. and J. Holmshaw (2008). "Early detection: a survey of secondary school teachers' knowledge about psychosis." *Early Interv Psychiatry* **2**(2): 90-97.
- Craig, T. K., P. Garety, et al. (2004). "The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis." *BMJ* **329**(7474): 1067.
- Dickerson, F. B. and A. F. Lehman (2006). "Evidence-based psychotherapy for schizophrenia." *J Nerv Ment Dis* **194**(1): 3-9.
- Drury, V., M. Birchwood, et al. (2000). "Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. 3. Five-year follow-up." *Br J Psychiatry* **177**: 8-14.
- Drury, V., M. Birchwood, et al. (1996). "Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time." *Br J Psychiatry* **169**(5): 602-607.
- Edwards J, M. P. (2002). Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. London, Martin Dunitz.

- Garety, P. A., T. K. Craig, et al. (2006). "Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial." *Br J Psychiatry* **188**: 37-45.
- Green, A. I. and J. J. Schildkraut (1995). "Should clozapine be a first-line treatment for schizophrenia? The rationale for a double-blind clinical trial in first-episode patients." *Harv Rev Psychiatry* **3**(1): 1-9.
- Haddock, G., N. Tarrier, et al. (1999). "A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **34**(5): 254-258.
- Harrigan, S. M., P. D. McGorry, et al. (2003). "Does treatment delay in first-episode psychosis really matter?" *Psychol Med* **33**(1): 97-110.
- Hulshoff Pol, H. E. and R. S. Kahn (2008). "What happens after the first episode? A review of progressive brain changes in chronically ill patients with schizophrenia." *Schizophr Bull* **34**(2): 354-366.
- International_Early_Psychosis_Association_Writing_Group (2005). "International clinical practice guidelines for early psychosis." *Br J Psychiatry Suppl* **48**: s120-124.
- Johannessen, J. O., T. H. McGlashan, et al. (2001). "Early detection strategies for untreated first-episode psychosis." *Schizophr Res* **51**(1): 39-46.
- Jones, C., I. Cormac, et al. (2004). "Cognitive behaviour therapy for schizophrenia." *Cochrane Database Syst Rev*(4): CD000524.
- Langeveld, J., I. Joa, et al. (2011). "Teachers' awareness for psychotic symptoms in secondary school: the effects of an early detection programme and information campaign." *Early Interv Psychiatry* **5**(2): 115-121.
- Larsen, T. K., I. Melle, et al. (2006). "Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome." *Schizophr Bull* **32**(4): 758-764.
- Lemos-Giraldez, S., O. Vallina-Fernandez, et al. (2009). "Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: a longitudinal study." *Schizophr Res* **115**(2-3): 121-129.
- Lewis, S., N. Tarrier, et al. (2002). "Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes." *Br J Psychiatry Suppl* **43**: s91-97.
- Lieberman, J. A. (1996). "Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis." *J Clin Psychiatry* **57 Suppl 11**: 68-71.
- Loebel, A. D., J. A. Lieberman, et al. (1992). "Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia." *Am J Psychiatry* **149**(9): 1183-1188.
- Marshall, M., S. Lewis, et al. (2005). "Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review." *Arch Gen Psychiatry* **62**(9): 975-983.
- Marshall, M. and J. Rathbone (2006). "Early intervention for psychosis." *Cochrane Database Syst Rev*(4): CD004718.
- Mathers, C., D. M. Fat, et al. (2008). *The global burden of disease : 2004 update*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- McGlashan, T. H. (1996). "Early detection and intervention in schizophrenia: research." *Schizophr Bull* **22**(2): 327-345.
- McGlashan, T. H. (1999). "Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course?" *Biol Psychiatry* **46**(7): 899-907.
- McGlashan, T. H., T. J. Miller, et al. (2001). "Pre-onset detection and intervention research in schizophrenia psychoses: current estimates of benefit and risk." *Schizophr Bull* **27**(4): 563-570.
- McGorry, P. D., J. Edwards, et al. (1996). "EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management." *Schizophr Bull* **22**(2): 305-326.
- McGorry, P. D., A. R. Yung, et al. (2002). "Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms." *Arch Gen Psychiatry* **59**(10): 921-928.
- Melle, I., T. K. Larsen, et al. (2008). "Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis." *Arch Gen Psychiatry* **65**(6): 634-640.
- Ministerio_de_Sanidad_y_Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Madrid*.
- Ministerio_de_Sanidad_y_Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Barcelona.
- Misol, R. (2011). "La psicosis desde la perspectiva de la atención primaria." *Psicopatol. Salud Ment.* **18**: 43-50.
- Murray, C.J.L., L. A. (1996). "Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability." *In The Global Burden of*

- Disease. Edited by: Murray CJL, Lopez AD. Cambridge MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank: 201-246.
- Nordentoft, M., A. Thorup, et al. (2006). "Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment." *Schizophr Res* **83**(1): 29-40.
- Olsen, K. A. and B. Rosenbaum (2006). "Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies." *Acta Psychiatr Scand* **113**(4): 247-272.
- Penn, D. L., E. J. Waldheter, et al. (2005). "Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update." *Am J Psychiatry* **162**(12): 2220-2232.
- Perala, J., J. Suvisaari, et al. (2007). "Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population." *Arch Gen Psychiatry* **64**(1): 19-28.
- Perkins, D. O., H. Gu, et al. (2005). "Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis." *Am J Psychiatry* **162**(10): 1785-1804.
- Petersen, L., M. Nordentoft, et al. (2005). "Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial." *Br J Psychiatry Suppl* **48**: s98-103.
- Peterson, F. L., R. J. Cooper, et al. (2001). "Enhancing teacher health literacy in school health promotion: a vision for the new millennium." *J Sch Health* **71**(4): 138-144.
- Pfammatter, M., U. M. Junghan, et al. (2006). "Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses." *Schizophr Bull* **32 Suppl 1**: S64-80.
- Phillips, L. J., A. R. Yung, et al. (2000). "Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria." *Aust N Z J Psychiatry* **34 Suppl**: S164-169.
- Phillips, L. J., A. R. Yung, et al. (2002). "Prediction and prevention of transition to psychosis in young people at incipient risk for schizophrenia." *Am J Med Genet* **114**(8): 929-937.
- Rinaldi M, M. K., Firn M, Koleti M, Perkins R. (2004). "What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis." *Psychiatr Bull*. **28**: 281-284.
- Schimmelmann, B. G., C. G. Huber, et al. (2008). "Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort." *J Psychiatr Res* **42**(12): 982-990.
- Singh, S. P. and T. Grange (2006). "Measuring pathways to care in first-episode psychosis: a systematic review." *Schizophr Res* **81**(1): 75-82.
- Startup, M., M. C. Jackson, et al. (2005). "North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: two-year follow-up and economic evaluation." *Psychol Med* **35**(9): 1307-1316.
- Tarrier, N., S. Lewis, et al. (2004). "Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial." *Br J Psychiatry* **184**: 231-239.
- Tarrier, N. and T. Wykes (2004). "Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale?" *Behav Res Ther* **42**(12): 1377-1401.
- Wyatt, R. J. (1995). "Early intervention for schizophrenia: can the course of the illness be altered?" *Biol Psychiatry* **38**(1): 1-3.
- Yung, A. R. and P. D. McGorry (1996). "The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations." *Schizophr Bull* **22**(2): 353-370.
- Yung, A. R., H. P. Yuen, et al. (2005). "Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States." *Aust N Z J Psychiatry* **39**(11-12): 964-971.

Resumen del ITINERARIO

- 1) Detección de casos en los Institutos de Educación Superior, Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Mental
- 2) Derivación al programa Continuum Experiencias de la Mente.
- 3) Primer contacto con el equipo Continuum Experiencias de la Mente 7 a 10 días tras la derivación
- 4) Evaluación (4 semanas)
Historia personal y Evaluación somática

Evaluación de síntomas básicos: Entrevista Estructurada de Síndromes prodrómicos (SIP), Evaluación comunitaria de Experiencias psíquicas
Evaluación del funcionamiento social, familiar, académico/laboral: Cuestionario Familiar, Escala de Funcionamiento Social. Protocolo de orientación vocacional
Exploración psicopatológica Entrevista de los Síndromes Positivo y Negativo
Evaluación de riesgos
Evaluación de la Calidad de Vida

5) Desarrollo del Plan Integrado de Atención

Intervenciones terapéuticas individuales, grupales y con la familia. EMAR (6 meses). PEP (2 años)

Fase presicótica

- Intervención con el paciente
- Intervención familiar

Fase Aguda

- Intervención con el paciente
- Intervención familiar

Recuperación Inicial (3-9 meses)

- Intervención con el paciente
- Intervención familiar

Recuperación posterior (9-18 meses y periodo crítico)

- Intervención con el paciente
- Intervención familiar

Programas grupales

Intervenciones en Fase Aguda

Fase 1: Enganche y evaluación. Educación sobre la naturaleza, fenomenología y tratamiento de la Psicosis).
Fase 2: Generación de una lista de problemas.
Fase 3: Intervención y monitorización. Tratamiento no desafiante y colaborador de delirios y alucinaciones. Identificación de factores precipitantes y protectores. Hipótesis alternativas a la ideación delirante. Reducción del malestar asociado a la sintomatología positiva.)

Intervenciones en fase de recuperación Inicial

Desarrollar y configurar un modelo explicativo de la enfermedad
Fortalecer el sentido del yo, recuperar la identidad y diferenciar el yo de la psicosis.
Aumentar la percepción de control sobre la enfermedad
Estrategias de afrontamiento e identificación de agravantes/desencadenantes
Promocionar el manejo autónomo de la enfermedad
Retomar funcionamiento premórbido
Establecer metas realistas adaptadas a sus capacidades
Reajustar la trayectoria vital si fuese necesario
Restablecimiento de relaciones familiares, sociales y formativas,
Implicar al pacientes en las estrategias terapéuticas
Psicoeducación (modelos de vulnerabilidad)
Abordaje de los temores o creencias irracionales sobre la necesidad del tratamiento farmacológico y sus efectos

Continuum Experiencias de la Mente

Protocolo de derivación

Se captaran pacientes en los Institutos de Educación Superior, Centros de Atención Primaria y dispositivos de la Red de Salud Mental. Las derivaciones se realizaran durante las reuniones de coordinación o bien a través de recursos telemáticos (teléfono o fax).

Equipos de SM de adultos e infanto-juvenil

Si se detecta un paciente con EMAR o PEP, se deberá

- Incluir en el registro
- Ofrecer durante el periodo de evaluación el material informativo diseñado por el equipo de Continuum Experiencias de la Mente al paciente y sus familiares.

Urgencias, Unidad de Hospitalización Breve, Hospital de Día.

Si se detecta un paciente con EMAR o PEP se deberá:

- Notificar al equipo de Continuum Experiencias de la Mente para incluir al paciente en el programa
- Facilitar los recursos necesarios para la ejecución del protocolo en la unidad de agudos.
- Recoger los datos en la hoja de registro de pacientes de la guardia y se procurarán los cuidados adecuados para que asegurar la inclusión del paciente en el programa.
- Tomar las medidas necesarias para iniciar el protocolo desde la urgencia.
- Se ofrecerá, al paciente y a sus familiares, los documentos informativos.

Si se detectan familiares en riesgo:

- Se facilitara el material informativo, se recogerán los datos
- Se comentara en la reunión de coordinación.

Los pacientes captados y derivados según la vía habitual serán incluidos en la agenda del adjunto/residente que corresponda y en el programa de Continuum Experiencias de la Mente.

Si la primera valoración corresponde a un Medico Residente, tras el periodo de evaluación el equipo Continuum Experiencias de la Mente se compromete a presentar un informe y durante el seguimiento a supervisar la evolución del paciente periódicamente con adjunto de referencia.

Si la primera valoración corresponde a un Facultativo Adjunto Especialista, deberá incluirlo en el programa Continuum Experiencias de la Mente. El equipo Continuum Experiencias de la Mente se compromete a realizar todo el protocolo de evaluación (escalas, solicitud de analíticas...etc). Con fines docentes y procurando la atención de las necesidad biopsicosociales del individuo de forma especializada, sugerimos que el seguimiento de los pacientes lo realice un Medico Interno Residente a través del programa o directamente El equipo Continuum Experiencias de la Mente, quienes se comprometen a presentar un informe de evaluación y durante el seguimiento a supervisar la evolución del paciente periódicamente con adjunto de referencia.

Los pacientes captados en los Institutos de Educación Superior y Centros de Atención Primaria serán valorados por el equipo Continuum Experiencias de la Mente, si tras el periodo de evaluación el paciente cumple con los criterios de inclusión, será asignado a la agenda del adjunto que corresponda. Todo paciente incluido en el programa a través de esta vía supondrá la liberación de la carga asistencial correspondiente a una primera evaluación del adjunto encargado. En caso de presentar alteraciones psicopatológicas susceptibles a tratamiento en Salud Mental, pero que no cumplan criterios de inclusión en el programa Continuum Experiencias de la Mente, el paciente será derivado a través de las vías habituales.

Los pacientes que en la actualidad realizan seguimiento con un FEA o MIR deberán incluirse en el registro de pacientes con EMAR/PEP, y se les deberá ofrecer la posibilidad de ser evaluados e incluidos en el programa Continuum Experiencias de la Mente. Si son de reciente diagnostico, considerar la posibilidad de que el seguimiento sea realizado por Continuum Experiencias de la Mente.

Si los pacientes (EMAR/PEP) no pueden ser atendidos por su terapeuta habitual (necesidad de servicio, eventualidades, cambios de rotación, cambio de terapeuta...etc) el programa Continuum Experiencias de la Mente absorberá la carga asistencial que el paciente precise.

Namdev Freund Llovera

Continuum Experiencias de la Mente.

Programa de intervención precoz a la psicosis

Teléfono: 619257410/ 91 8816594 Fax: 91 8816264

Alcalá de Henares (Madrid)

continuumexperienciasdelamente@gmail.com

<http://conexmente.blogspot.com.es/continuumexperienciasdelamente@gmail.com>

<http://conexmente.blogspot.com.es/>

<http://es-la.facebook.com/pages/Continuum-Experiencias-de-la-Mente/300604286721756>



ANEXO 5: programa de apoyo en domicilio y atención al alta precoz en Salud Mental



Servicio Madrileño de Salud

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Programa
de
Apoyo en Domicilio
y
Atención al Alta Precoz
en
SALUD MENTAL

Octubre 2012

JUSTIFICACIÓN.....	162
DESARROLLO DEL PROGRAMA	164
Recursos humanos del programa:.....	164
Recursos materiales del programa:.....	164
Coordinación del programa:.....	164
Población diana:	164
Derivación al programa:.....	164
Disponibilidad del personal; horario del programa; urgencias de pacientes en el programa fuera de horario	165
Actividades del programa:.....	165
Flujograma.....	167
Registro de la actividad:.....	168
Anexo 0. Propuesta ingreso.....	169
Anexo 1. Stock de medicación	170
Anexo 2. Información a familiares y pacientes	172
Anexo 3. Consentimiento informado de ingreso domiciliario	173
Anexo 4. DOCUMENTO DE AYUDA A LA TOMA DE TRATAMIENTO ...	174
Anexo 5 Solicitud de traslado en situación de urgencia.....	175
Anexo 6. Encuesta de satisfacción	176

Denominación del programa: APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL.

Dependencia del programa: UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

JUSTIFICACIÓN

Déficit crónico de camas para atender las necesidades de hospitalización por motivos de SM de la población adscrita al HUPA: El plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014 recoge el índice de ocupación de las distintas unidades de hospitalización de salud mental en los hospitales de la comunidad de Madrid, siendo el correspondiente a la Unidad del Hospital Príncipe de Asturias, el más alto. Este plan no concreta las necesidades de camas por habitante. Sí lo hacía sin embargo el anterior plan, que preveía las necesidades para el área (entonces Torrejón y Alcalá de Henares) en 39 camas. Las necesidades de camas para hospitalización por motivo de enfermedad mental se sitúan según la OMS en torno a 10 camas/100.000 habitantes. Este déficit influye a múltiples niveles que explican algunos de los datos de la unidad y de los problemas detectados:

- Imposibilidad de responder a las necesidades de ingreso psiquiátrico de la población. Ello hace que se deriven a otros hospitales en los casos en los que es imprescindible y posible; que los pacientes permanezcan en la observación de urgencias, en un entorno no adecuado para cubrir sus necesidades (algunos ingresos se realizan en la observación, que no reúne los criterios de calidad necesarios para un ingreso psiquiátrico), más tiempo del que sería necesario si hubiera una disponibilidad de camas adecuada.
- Aumento de la estancia media: en la planta de psiquiatría ingresan únicamente pacientes que se encuentran clínicamente muy graves y en situaciones socio familiares muy comprometidas. Este es el tipo de un tanto por ciento de las unidades de agudos, que pueden compensar los datos de estancia media con otros pacientes que en esta área no ingresan (situaciones de crisis en pacientes con TP, intentos autolíticos, descompensaciones psicóticas con apoyo familiar...)
- Mantenimiento en la comunidad de pacientes en situación de descompensación, sin poder garantizar todos los cuidados necesarios, lo que supone una situación de riesgo para el paciente y sobrecarga para la familia.

Base científica de la eficacia de los programas de hospitalización en términos de mejoría de la salud y satisfacción del paciente y familiares. Existe actualmente consenso en las potenciales bondades del tratamiento domiciliario que incluyen, entre otras, el aumento de la cartera de servicios ofrecida a los pacientes, la reducción del estigma y el trauma que se experimenta frecuentemente en los ingresos hospitalarios, el permitir que las camas hospitalarias se utilicen específicamente para aquellos pacientes que necesitan mayores niveles de supervisión y, por último, el dar la oportunidad a los pacientes para que desarrollen estrategias de afrontamiento en su propio ambiente. Una revisión de la literatura disponible permite concluir que estos programas suponen una alternativa realista a la hospitalización clásica, son mejor aceptados por pacientes y familiares, parecen tan eficaces en el control de los síntomas y podrían ser incluso más baratosⁱ.

Según la última revisión Cochraneⁱⁱ sobre la intervención en crisis, esta parece reducir reingresos al hospital después de la crisis inicial, lo que resulta particularmente cierto para los equipos de crisis móviles que atienden a los pacientes en sus propias casas. La intervención en crisis reduce el número de personas que abandonaron el tratamiento de forma temprana, reduce la carga familiar, es una forma más satisfactoria de atención para los pacientes y sus familias y tres meses después de la crisis, el estado mental es superior a la atención estándar. No se encontraron diferencias en cuanto a mortalidad. Algunos estudios encontraron que la intervención en crisis puede ser más rentable que la atención

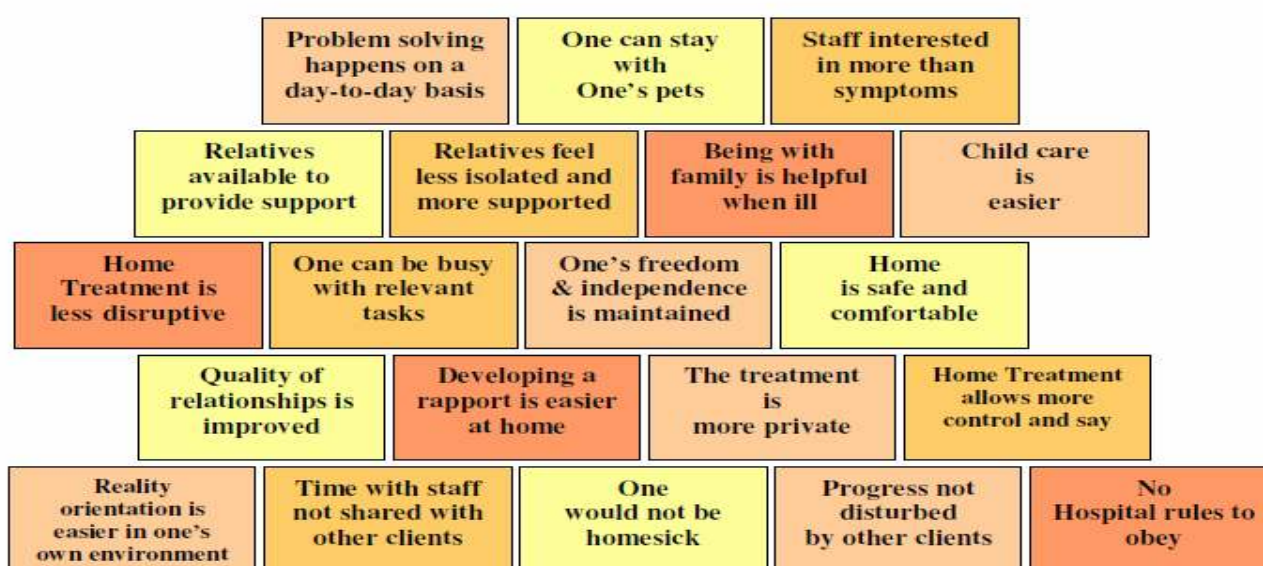
hospitalaria, pero los datos utilizados no son comparables entre sí. No hay datos sobre la satisfacción del personal, complicaciones con la medicación o el número de recaídas.

Datos contradictorios en cuanto al impacto de la implantación de estos programas en la reducción de la necesidad de hospitalización completa: algunos estudios encuentran una asociación entre la disponibilidad de equipos de hospitalización a domicilio e intervención en crisis y una disminución en los ingresos hospitalariosⁱⁱⁱ, mientras que otros, no^{iv}.

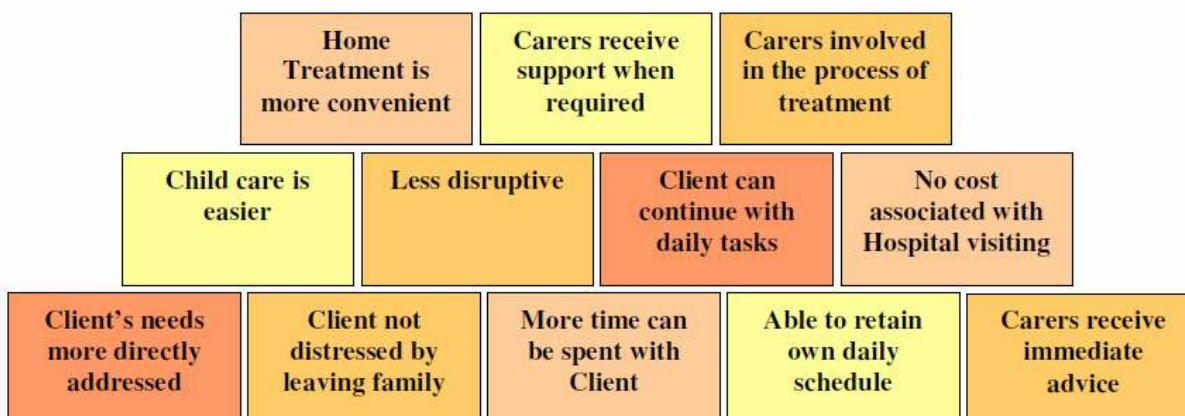
Disminución del estigma asociado a la hospitalización. Empoderamiento de pacientes y familiares.

A continuación, se transcriben las ventajas de la hospitalización a domicilio identificadas por pacientes y familiares de usuarios de este servicio en el programa del NHS^v:

Advantages of Home Treatment Identified by Clients



Advantages of Home Treatment Identified by Carers



DESARROLLO DEL PROGRAMA

Recursos humanos del programa:

- 1 psiquiatra
- 1 enfermero

Recursos materiales del programa:

- Concierto con servicio de taxi
- despacho ubicado en la unidad de psiquiatría con medios informáticos para registrar la actividad (sala de postgrupo)
- 10 pastilleros
- Medicación de urgencia (anexo 1)
- 2 teléfonos

Coordinación del programa:

1. Con la UHB y la urgencia del HUPA
2. Con los CSM (coordinación incluida en la que se realiza semanalmente entre la UHB y los CSM)
3. Con Atención Primaria (en los casos en los que es necesario asegurar la cobertura de patologías médicas)
4. Persona de contacto en servicios de emergencias

1 y 2 de forma sistemática. 3 y 4 en casos concretos.

Población diana:

Personas afectadas de enfermedad mental que viven en el área de influencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. El recurso se dirige a aquellas personas cuya situación sobrepasa las posibilidades de atención ambulatoria (en el CSM por lo general), pero que pueden beneficiarse de la opción de evitar el ingreso hospitalario o prolongar la duración del mismo. Incluye también a aquellos pacientes ingresados en residencias geriátricas y otros dispositivos sociosanitarios que puedan desarrollarse en el área.

Derivación al programa:

El actual es un subprograma de la atención especializada en salud mental. Por tanto, los pacientes son derivados a la urgencia para hospitalización (ingreso programado) y allí son valorados, pasando a hospitalización completa o control domiciliario en función de los criterios señalados más abajo en este documento. Esta valoración es realizada por un psiquiatra del programa de apoyo en domicilio. De la misma manera, un paciente que acude a la urgencia y se considera necesario ingresar, es valorado por un psiquiatra del programa para valorar las dos alternativas. El programa también recibe pacientes desde la UHB (altas tempranas).

a. Indicaciones:

- pacientes que presentan una descompensación y precisarían ingreso pero en los que el ingreso puede ser sustituido por cuidados domiciliarios.
- Pacientes ingresados en el hospital, cuya estancia puede acortarse si se establece una intervención adecuada y especializada en casa.
- Pacientes que no aceptan la indicación de ingreso pero permiten negociar atención domiciliaria.

En los tres casos anteriores, expectativa de que la intervención domiciliaria podrá durar hasta 6 semanas y que este periodo será suficiente para continuar los cuidados médicos/de salud mental/sociales de forma ambulatoria.

Disponibilidad del personal; horario del programa; urgencias de pacientes en el programa fuera de horario

Horario del programa:

- de 8 a 15 h, lunes a viernes
- urgencias fuera de horario:
 - o llamada al psiquiatra de guardia: facilitar cada día al psiquiatra de guardia un listado de pacientes que están en el programa para que pueda atender la urgencia si llaman por tfno.
 - o Establecer con el paciente y familiares, al inicio de la intervención, plan de crisis (hoja de instrucciones)

2. Capacidad de atención del programa

- pacientes en intervención intensiva (visita diaria, posibilidad de más de una visita diaria)
- pacientes en intervención media (hasta 3 visitas/semana)
- pacientes prealta (1-2 visitas/semana)

Tipo de intervención; peso relativo	Psiquiatra	Enfermero	Conjunto
Evaluación, diseño de plan de tratamiento (peso:5)			2
Intensiva (peso:5)	2	2	
Media (peso:2.5)	3	3	
Baja (peso:1.5)	3	3	

Total pacientes a pleno funcionamiento del programa, con esa distribución de intervenciones: 10; peso máximo soportado por el programa: 25 (tentativo, en función del número de visitas/semana previsto; hacer simulación con previsión de tiempos, intervenciones...)

Actividades del programa:

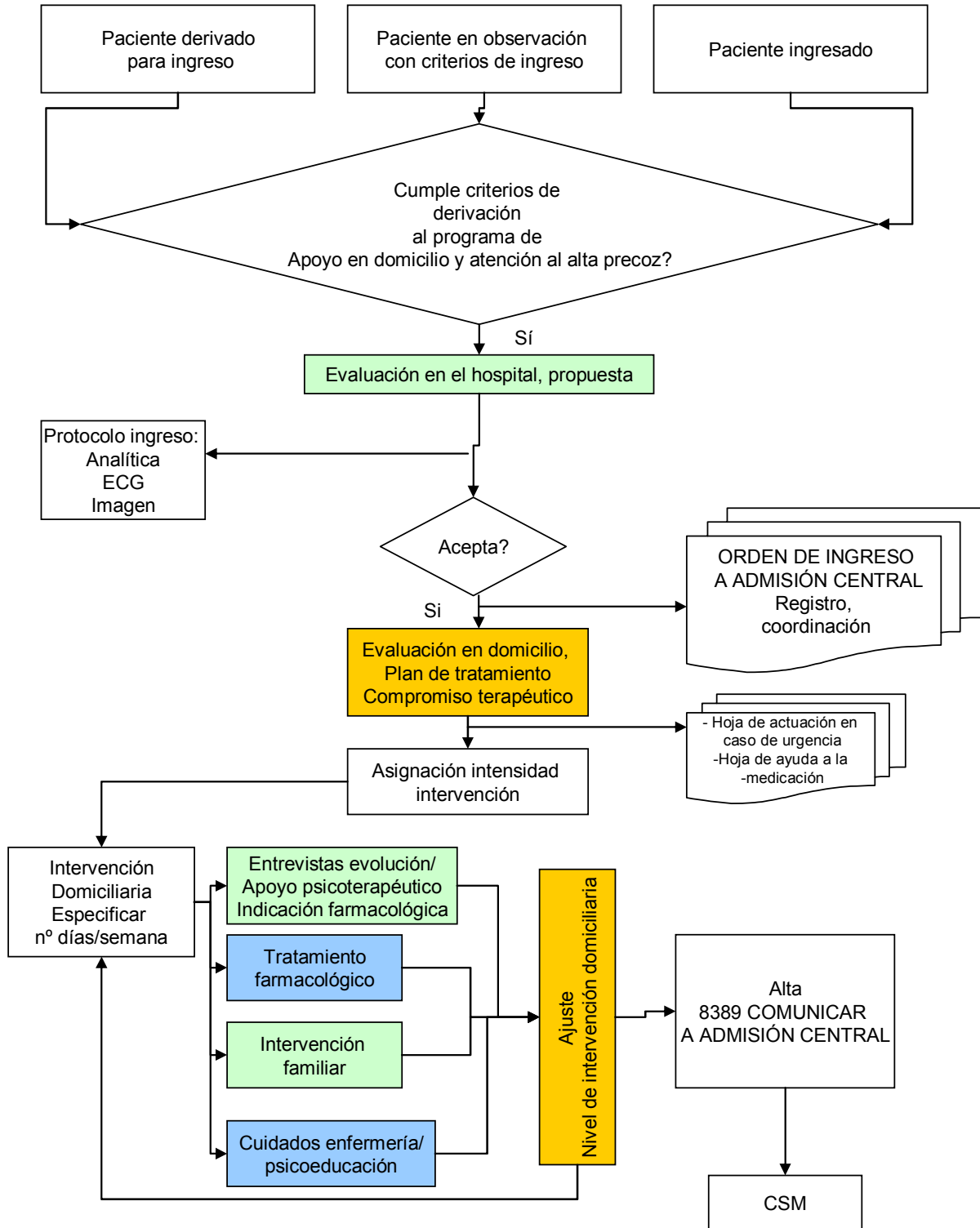
- Actividades con paciente y familiares/red de apoyo:

Tipos de intervención

- Evaluación: Evaluación multiprofesional (psiquiatra, enfermero): Anamnesis, con el paciente y los familiares, exploración psicopatológica, y despistaje de patología orgánica. Realización de juicio diagnóstico y planteamiento de objetivos realistas para el ingreso en domicilio conjuntamente con el paciente y familiares, elaborando un plan de tratamiento y cuidados individualizado. Potenciar recursos personales y/o familiares y establecer previsión de posibles complicaciones y plan de contingencias en caso de que se produzcan. Protocolo de pruebas complementarias realizado en el hospital. Culmina con la firma de compromiso terapéutico.

- Intervención intensiva: en este nivel se encuentran pacientes descompensados con recursos familiares y/o sociales desbordados. Van a requerir intervenciones diarias de apoyo, cuidados y administración de tratamiento.
 - Intervención media: El paciente comienza a estar en una fase de mejoría de la psicopatología y la familia/red de apoyo es más capaz de asumir los cuidados. trabajo sobre adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, otorgar significado a la crisis.....
 - Intervención baja: cierre de la intervención, contacto con el CSM...
- Actividades sin los pacientes / red de apoyo:
- Registro de la actividad (ingreso y alta a través de admisión central; registro de la actividad en dos agendas de hospitalización domiciliaria; descripción de la intervención HP Doctor)
 - Coordinación con UHB y urgencia para derivación pacientes
 - Coordinación con CSM (en espacio reglado con la UHB)
 - Coordinación con otras instancias (Primaria, Emergencias) según necesidades de los pacientes ingresados
 - Revisión y mantenimiento del stock de medicación

Flujograma



Registro de la actividad:

- Ingreso y alta: aparecerá en la HUPAweb, en el apartado de seguimiento a pacientes, hospitalización. En ese apartado, aparecerán las camas 461 a 474 correspondientes a la Unidad de psiquiatría del HUPA y HDom01 a HDom10 correspondientes a los pacientes que están siendo atendidos en el programa de apoyo en domicilio y atención al alta precoz. Se puede consultar, igual que se puede hacer con pacientes que están siendo atendidos en ese momento en la urgencia, hospitalización y atención ambulatoria, pacientes que están siendo atendidos en hospitalización domiciliaria.

- Agenda hospitalización a domicilio: ingreso y alta. Registro actividad en la agenda de hospitalización; tipos de prestación:
 - o Prestación por psiquiatra:
 1. evaluación en domicilio
 2. psicoterapia de apoyo
 3. manejo tratamiento farmacológico
 4. intervención familiar en domicilio
 5. educación para la salud
 6. atención telefónica
 7. otros

 - o Prestación por enfermería:
 1. evaluación en domicilio
 2. manejo tratamiento farmacológico
 3. intervención familiar en domicilio
 4. educación para la salud
 5. atención telefónica
 6. extracciones
 7. otros procesos enfermeros
 8. otros

Para tener acceso desde la hupa web a los pacientes hospitalizados en esta modalidad:

- Abrir hupaweb.
- En el menú de la izquierda seleccionar seguimiento de pacientes e introducir las claves propias.
- En la siguiente pantalla, al final de la misma, seleccionar "hospitalización"
- En la siguiente pantalla aparece el número de pacientes hospitalizados. Pinchando en ese link, aparece el listado de pacientes ingresados con el número de cama. Corresponden a apoyo en domicilio las camas DOM 1 a DOM 10.

Anexo 0. Propuesta ingreso

Espacio reservado para pegatina

PROPUESTA DE INGRESO EN PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL

Fecha:

Nombre Apellidos	Edad: Sexo:
Dirección de localización del paciente:	Teléfonos de contacto:
Diagnósticos:	Médico de AP: CAP: Facultativo del CSM: CSM:
Medicación actual:	Sospecha de riesgo suicida: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>
Motivo de ingreso:	Sospecha riesgo violencia/agitación: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>
Propuestas terapéuticas:	Facultativo solicitante: Firma:

Anexo 1. Stock de medicación

STOCK DE MEDICACIÓN PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL

- Medicación inyectable:
 - Antipsicóticos:
 - Haloperidol 5 mg, 5 ampollas
 - Cisordinol acufase, 5 ampollas
 - Largactil 25 mg, 5 ampollas
 - Incluir antipsicóticos atípicos en formulación inyectable (por ej, olanzapina im o aripiprazol im)?. Mejor perfil de efectos secundarios.
 - Risperdal consta 50 mg, 2 ampollas
 - BZP
 - Diazepam 10 mg, 5 ampollas
 - Tranxilium 50 mg, 5 ampollas
 - Otros
 - Akineton, 5 ampollas

- Medicación oral
 - Antipsicóticos
 - Risperidona 1, 2, 3, y 6 mg y solución
 - 10 c de cada presentación y 3 envases solución
 - Olanzapina flash, 5 y 10 mg
 - 10 c de cada presentación
 - Haloperidol gotas
 - 3 envases
 - Quetiapina 25, 100, 200 y 300 mg
 - 10 c de cada presentación
 - Levomepromacina 25 y 100 mg
 - 5 c de cada presentación
 - Clotiapina 40 mg
 - 5 c
 - Aripiprazol 10 y 15 mg
 - 5 c de cada presentación
 - BENZODIACEPINAS
 - Lorazepam 1 y 5 mg
 - 10 c de cada presentación
 - Diacepam 5 y 10 mg
 - 10 c de cada presentación
 - Cloracepato dipotásico 5, 10, 15, 50 mg
 - 10 c de cada presentación
 - Clonazepam 2 mg y gotas
 - 10 c y 2 envases de solución
 - Bromacepam 1.5, 3 y 6 mg
 - 5 c de cada presentación
 - Lormetacepam 1 mg
 - 10 c de cada presentación
 - Fluracepam 30 mg
 - 5 c de cada presentación
 - ANTIDEPRESIVOS
 - Escitalopram 10 mg
 - 10 c
 - Venlafaxina retard 75 y 150 mg
 - 10 c de cada presentación
 - ESTABILIZADORES
 - Carbamazepina 200 y 400 mg
 - 10 c de cada presentación

- Ácido valproico 200 y 500 mg
 - 10 c de cada presentación
- Carbonato de litio 400 mg
 - 10 c de cada presentación
- Otros
 - Akinetón 2 mg
 - 10 c
 - Akinetón retard
 - 10 c

PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN EN PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL

- Si precisa medicación urgente para atender situación clínica definida como tal: administración del tratamiento por enfermería, del stock disponible (oral o im según valoración).
- Medicación de tratamiento: se prescribirán en receta oficial para que el paciente o la familia adquiera los fármacos. Si no lo han hecho, se administrará desde el programa.

Anexo 2. Información a familiares y pacientes



ACTUACIÓN EN CASO DE URGENCIA

De Lunes a Viernes no festivos de
8 a 15h
**Profesionales de apoyo en
domicilio**
Teléfono
620893495

Fuera de este horario
**La llamada será atendida por
el psiquiatra de guardia**

Si el psiquiatra, tu o tu familiar
consideráis necesaria la
presencia de personal sanitario
y/o traslado al hospital:
112

**PROGRAMA DE APOYO EN
DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA
PRECOZ EN SALUD MENTAL**

**INFORMACIÓN A PACIENTES Y
FAMILIARES**

La HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL es una alternativa a la hospitalización tradicional. Consiste en facilitar un conjunto de atenciones y cuidados tanto médicos como de enfermería de complejidad hospitalaria, siendo sus destinatarios personas afectadas de enfermedad mental en situación de descompensación, cuyo estado de salud puede beneficiarse de un entorno tranquilo, como el doméstico. Es necesario el compromiso tanto del paciente como de las personas con las que convive para este tipo de asistencia.

Los objetivos son mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, evitar dentro de lo posible los ingresos hospitalarios, respetar la voluntad de los pacientes y sus familias e incrementar el grado de satisfacción al aprovechar el "efecto terapéutico" del domicilio.

¿Qué ventajas proporciona la Hospitalización Domiciliaria?

El paciente puede recibir una asistencia personalizada, humanizada y sin los riesgos que puede suponer el ingreso hospitalario.

La familia se beneficia de una mayor implicación e información sobre la enfermedad, sin desplazamientos y respetando al entorno familiar.

Se contribuye a la disminución del estigma asociado a la hospitalización en unidades de psiquiatría.

Atención profesional

La atención en el domicilio se llevara a cabo por un médico psiquiatra y un profesional de enfermería, que realizarán las visitas programadas en la frecuencia y con la duración que el paciente requiera según su situación. Los objetivos del ingreso, frecuencia de visitas y tratamiento se acordará durante la evaluación entre el equipo tratante, el paciente y sus familiares. Además, podrá ponerse en contacto con ellos llamando al teléfono 91 877 81 00, extensión 2523 y pidiendo que le pongan en contacto con el psiquiatra o el enfermero del programa. Todo lo anterior en horario de 8 h a 15 h de lunes a viernes no festivos.

Fuera de este horario, en caso de necesitar atención profesional puede hacerlo en el teléfono del Hospital Universitario Príncipe de Asturias 91 887 81 00, marcando la extensión 4132, donde un psiquiatra le asesorará ante sus dudas o preguntas.

El tratamiento que deba llevar a cabo el paciente será prescrito por el psiquiatra del programa de HDom, que extenderá las recetas necesarias para su adquisición en la farmacia, exceptuando los medicamentos que se precisen de urgencia que serán proporcionados por los profesionales.

Anexo 3. Consentimiento informado de ingreso domiciliario



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

Comunidad de Madrid

PEGATINA DEL PACIENTE

Apellidos
Nombre
Dirección
Fecha nacimiento
NHC

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN POR EL PROGRAMA DE APOYO
EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL.

D./D^a

mayor de edad, con DNI domiciliado en

..... y su familiar,

D./D^a

Con DNIhan sido informados de las características de LA
ATENCIÓN POR EL PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL
ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL (Hospital Universitario Príncipe de Asturias) y se
comprometen a colaborar junto con el equipo de tratamiento para conseguir el
restablecimiento de la salud.

Firma del paciente

Firma del cuidador

En, ade del 20.....

Anexo 4. DOCUMENTO DE AYUDA A LA TOMA DE TRATAMIENTO

Nombre y apellidos

Fecha

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA	ANTES DE ACOSTARSE
QUÉ HACER EN SITUACIONES ESPECIALES					
Si ansiedad					
Si insomnio					
Si situación que no puedo manejar y no puedo contactar con las personas del programa que van a casa	Avisa al 112; di que estás en un programa de hospitalización a domicilio y que necesitas ayuda				

Anexo 5 Solicitud de traslado en situación de urgencia



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
Comunidad de Madrid

SOLICITUD DE TRASLADO EN SITUACIÓN DE URGENCIA

D./D^a

Está siendo atendido por el programa de APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL de Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

La familia y el paciente han sido informados de que, en situación de urgencia fuera del horario del programa, deben avisar al 112. Si esta situación se produce, rogamos trasladar al paciente a la urgencia del Hospital para que sea atendido por el psiquiatra de guardia.

Gracias por su colaboración

Psiquiatra del programa de apoyo en domicilio y atención al alta precoz en salud mental

En, ade del 20.....

Anexo 6. Encuesta de satisfacción



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ EN SALUD MENTAL

Los miembros de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias que le hemos atendido estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad del servicio que se le ha ofrecido. Por este motivo nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración, con la seguridad de que su opinión y ayuda serán de gran utilidad para que podamos hacerlo mejor.

Por supuesto, su colaboración es totalmente **voluntaria y completamente anónima**. Todo lo que escriba será tratado de forma **absolutamente confidencial**.

Nos permitimos sugerirle que cumplimente cuanto antes el cuestionario, para que no olvide hacerlo. Le agradecemos muy sinceramente su interés y su atención para con nuestro trabajo. Muchas gracias.

Edad _____ Profesión _____

Sexo: Hombre Mujer

Marque aquella opción que mejor refleje su opinión



1. ¿Entendió las explicaciones que se dieron en el momento de decidir su ingreso hospitalario?



2. Cuando ingresó en el programa, ¿le entregaron un folleto informativo?

SI NO

3. Valore el trato recibido por el médico



4. Valore el trato recibido por la enfermera



5. La información que le dio el médico la calificaría como



6. La información que le dio la enfermera la calificaría como



7. ¿Le pareció adecuado el plan de tratamiento en el momento del ingreso domiciliario?



8. ¿Fue informado/a sobre el modo de tomar la medicación y sus efectos secundarios?



9. A veces para tratar una misma enfermedad hay diferentes alternativas o tratamientos ¿le pidió su médico opinión sobre las alternativas disponibles?

Sí NO

10. ¿Se solucionaron adecuadamente las situaciones difíciles que se presentaron?



11. ¿Tuvo necesidad durante su ingreso domiciliario de acudir al servicio de Urgencias?



12. ¿Cómo valoraría la coordinación de los distintos profesionales que le han atendido?

No Sí

13. En el momento del alta, ¿los médicos o las enfermeras le dieron instrucciones precisas sobre el tratamiento a seguir?



14. ¿Entendió las instrucciones que le dieron?



15. Al alta ¿le han dado cita para su Centro de Salud Mental?

SI NO

16. En general ¿Cómo valoraría la asistencia que recibió durante el ingreso domiciliario?



29. En caso de volver a necesitar ingreso, ¿volvería a escoger este tipo de ingreso en lugar del ingreso hospitalario?

SI NO

30. ¿Cómo se encuentra de su dolencia?



31. ¿Se ha resuelto satisfactoriamente la situación que motivó el ingreso domiciliario?

SI

NO

32. Ha terminado de cumplimentar el cuestionario. Gracias por su interés y colaboración. Si cree preciso incluir alguna consideración o comentario más, puede hacerlo a continuación:

ANEXO 6: Programa de Atención Intensiva y Hospitalización Parcial de Adolescentes

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario Príncipe de Asturias

PROYECTO DE AMPLIACION Y TRANSFORMACION DE LAS PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION PARCIAL PSIQUIÁTRICA PARA ADOLESCENTES

JUSTIFICACIÓN

En Diciembre de 2011 se constituyó el Área de Gestión Clínica de Salud Mental en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. En Julio de 2012 se retiró la responsabilidad de atender a la población de Torrejón por parte de los Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias al quedar ésta asignada al nuevo hospital de Torrejón de Ardoz. Esta última circunstancia ha abierto la posibilidad de redistribuir los recursos humanos y materiales de modo más racional dentro del Área de Gestión.

Esta redistribución se ha sumado y de hecho ha permitido, completar una reorganización de la atención a la Salud Mental de niños y adolescentes estructurada alrededor de tres sub-equipos específicos vinculados a Atención Primaria.

La ampliación y transformación de las prestaciones del Hospital de Día Psiquiátrico que se propone pretende inscribirse en esta reestructuración general de recursos de el Área de Gestión de forma que la modificación en la entrega de los servicios respecto del proyecto original del Hospital de Día puedan cubrir necesidades que se han ido revelador desde su apertura y que el formato de atención del Hospital de Día dejaba sin atender adecuadamente.

1. ANALISIS DE LA SITUACIÓN

El Hospital de Día Psiquiátrico para adolescentes (en adelante HDPa) comenzó su andadura en Septiembre de 2004 con el objeto de mejorar la atención en Salud Mental de los adolescentes de la población de referencia. Introducía una prestación inédita para la población sobre la que entonces se tenía responsabilidad como era el tratamiento intensivo en régimen de la hospitalización psiquiátrica parcial u hospitalización psiquiátrica de día para adolescentes

Dentro del territorio de la Comunidad de Madrid Esta apertura se sumo a la de otros Hospitales de Día psiquiátricos para niños y adolescentes públicos y concertados.

Se pretendía cubrir necesidades muy generales como puede desprenderse del documento publicado por la Oficina Regional de Salud Mental *Hospital de Día CET para niños y adolescentes* que establecía las indicaciones de derivación e inclusión en estos Hospitales de Día así como las contraindicaciones y limitaciones del recurso.

A lo largo de estos años hemos advertido como se solicitaba el servicio de este dispositivo para una serie de pacientes para los que, si bien la atención estándar en CSM no resultaba suficiente, la atención tipo en hospital de día o no estaba indicada o presentaba inconvenientes respecto a posibles formas alternativas de atención intensiva.

El propósito de dar alguna forma de atención útil a estos pacientes desde el HDPa nos ha llevado a pensar en usos alternativos o de ampliar las prestaciones de los recursos materiales y humanos de este dispositivo.

Desde el comienzo del funcionamiento de todos los Hospitales de Día para niños y adolescentes en Madrid ha existido una fluida relación y coordinación entre ellos.

Entre los objetivos de esta coordinación se encontraba la homogenización de los criterios de admisión y la gestión de la lista de espera de todos los dispositivos de forma que aquellos hospitales de día que tuvieran plazas libres pudieran hacerse cargo de pacientes en lista de espera de otros centros.

La ubicación de este Hospital de Día en Alcalá de Henares en la periferia de la región ha hecho que en pocas ocasiones hayamos podido atender a usuarios de estas listas de espera al residir en lugares desde los que no resultaba viable acudir a diario hasta nuestro centro. Esta circunstancia nos ha permitido y nos va a seguir permitiendo dedicar parte de nuestros recursos para dar respuesta a estas necesidades que han de ser atendidas de forma intensiva aunque no necesariamente mediante hospitalización de Día.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL RECURSO

El Hospital de Día Psiquiátrico para adolescentes Centro Educativo Terapéutico (CET) es el resultado de la colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación en el marco de cuyos acuerdos se desarrolla la labor de estos centros en Madrid. Estos acuerdos concibieron equipos mixtos de personal sanitario y personal educativo.

El HDPa de Alcalá de Henares está ubicado en el antiguo “colegio Puerta de Madrid” en la Calle Alfonso de Alcalá S/n en donde dispone algunas de las salas, despachos, comedor y cocina. El HDPa atiende a 15 pacientes. Estas instalaciones son compartidas con el Hospital de Día psiquiátrico de adultos.

Dispone de un servicio de catering y personal de limpieza que da servicio a ambos Hospitales de día. La plantilla incluye un auxiliar administrativo y un celador comunes que atienden tanto al hospital de día de adultos como el de adolescentes.

Para atender al HDPa de forma específica existe un equipo docente formado por tres profesores de enseñanza secundaria uno de los cuales hace labores de coordinación de este equipo y un PTSC (Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad) a media jornada.

El equipo sanitario está formado por un psicólogo clínico un psiquiatra, un enfermero psiquiátrico un terapeuta ocupacional y un monitor de terapia ocupacional.

La colaboración institucional de la Consejería de Educación y la aportación de este personal docente es la característica más singular de este dispositivo y lo que de hecho lo hace viable ya que la hospitalización parcial psiquiátrica está condicionada por la importancia fundamental que en los menores tiene la escolarización y que en los menores de 16 años es obligatoria por ley. La función de este equipo se hace notoria si se tiene presente que el tiempo medio de estancia está siendo de 10 meses (con algunos ingresos de 2 y 3 meses que desvían la media) es decir que suelen abarcar cursos escolares completos.

El HDPA se constituye como un dispositivo de tercera línea que proporciona tratamiento intensivo a aquellos adolescentes (12-18 años) que puedan padecer un amplio espectro de enfermedades mentales que por la naturaleza del trastorno o por el impacto que este produce en el curso natural de su vida se considera indicado un ingreso de día.

El tratamiento del Hospital de Día psiquiátrico se caracteriza por el uso del “medio terapéutico” como uno de los factores terapéuticos fundamentales y por la especial implicación y disponibilidad de los profesionales para los pacientes, sus familias y otros profesionales de entornos institucionales relacionados con el adolescente entre los que destaca la institución educativa.

En el grado en que el Hospital de Día psiquiátrico emula entornos naturales del adolescente como son el escolar el familiar y el grupo de pares entonces, hacer uso del “medio terapéutico” es la estrategia a través del cual la organización de las actividades y de la vida en el hospital de se apoya en la información continua que supone la observación permanente del paciente en los ámbitos y contextos que corresponden a cada profesional que participa en el hospital de día.

Tal observación permite formular pautas disfuncionales relevantes a la patología que es objeto de tratamiento y segundo lugar planear la forma de enfocar actividades terapéuticas o las respuestas específicas de cada profesional en virtud de la pauta observada y de los cambios que se pretenden.

La implicación y la disponibilidad de los profesionales se verifica en primer lugar por el tiempo que el profesional comparte con el paciente en diferentes actividades y en segundo lugar en la accesibilidad y proximidad entre los miembros del equipo terapéutico y los familiares y otros profesionales vinculados al paciente.

Esta disponibilidad y cercanía permita adaptar de forma precisa y en la cantidad suficiente a cada paciente las prestaciones de terapia individual, grupal, familiar o de consultoría con profesionales

En la actualidad los CSM de referencia para nuestro HDPA tal y como ha sido regulado por la Oficina de Coordinación de Salud Mental son los de Torrejón de Ardoz, Alcalá de Henares (los tres subequipos) y Coslada. El paciente es derivado desde alguno de estos equipos de salud mental de referencia o desde alguna de las unidades de hospitalización psiquiátrica para adolescentes del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El paciente es evaluado y como resultado de ésta valoración bien se hace la indicación y se acuerda el inicio del régimen de hospitalización de día de modo que o bien se incorpora inmediatamente, o bien, si no hay plaza disponible, pasa a lista de espera, o bien se establece que no hay indicación de régimen de hospitalización de día se informa sobre ello al derivante y a la familia del paciente y se finaliza el proceso.

La hospitalización de día compromete necesariamente al paciente diariamente durante un horario matutino a acudir y cumplir con un plan de actividades motivo por el que ha de suspender su escolarización en el centro que habitualmente la recibe. El equipo docente funciona como aula hospitalaria dando apoyo escolar a los pacientes ingresados en coordinación con sus centros escolares y solo puede dar asistencia a jóvenes que estén escolarizados.

La tendencia mayoritaria en la edad de los pacientes es que sean menores de dieciséis años y sean pacientes en los que se ha podido establecer que la hospitalización de día no se hacía en detrimento de la escolarización ya que esta estaba siendo perjudicada de una u otra forma por el impacto del trastorno mental que era objeto de tratamiento

Los recursos antes mencionados (disponibilidad, cercanía, frecuencia en intervenciones de terapia individual, grupal, familiar o de consultoría con profesionales vinculados) permitirían organizar intervenciones y formas de atención complejas, intensivas y adaptadas a las necesidades de cada caso sin que el paciente estuviese necesariamente en régimen de hospitalización parcial.

A continuación se describe la situación presente en el HDPA a finales de 2012 mediante la descripción de cuatro categorías o tipologías de derivaciones al HDPA que han sido características a lo largo del tiempo que lleva funcionando. Ni se pretende una relación exhaustiva ni las categorías son absolutamente excluyentes. Lo que se pretende es que sirvan para ilustrar el tipo de demanda que se ha hecho hasta la fecha, al HDPA, aquella a la que se puede atender y aquella que queda sin atender por las limitaciones propias de la prestación única de hospitalización parcial

1.3 SITUACIÓN ACTUAL Y NECESIDADES DETECTADAS

GRUPO I

La mayoría de los pacientes adolescentes que son tratados en salud mental no precisan del servicio del HDPA y además una buena parte de ellos tienen una buena adaptación escolar.

Como ha quedado apuntado más arriba uno de las deficiencias más notable de la prestación única del HPDA es el dilema que frecuentemente se plantea ante la hospitalización de día de un adolescente bien integrado en su medio escolar especialmente cuando la patología por la que se propone su hospitalización no tiene un impacto visible en esta adaptación.

En algunos casos fundamentalmente debido a la agudeza y gravedad de los síntomas es conveniente suspender de forma temporal la escolarización ordinaria especialmente si esta patología afecta claramente a la adaptación escolar.

Es muy frecuente en nuestra experiencia que, especialmente en tratamientos que se prevén de cierta duración, cuando hay una buena adaptación escolar sea prioritario mantener ésta y no convenga suspenderla. La agudeza de los síntomas, la gravedad de la psicopatología o la complejidad de las intervenciones que es necesario realizar hacen que el tratamiento ambulatorio ordinario no sea suficiente y se hace patente la necesidad de poder organizar alguna forma de tratamiento intensivo que no implique necesariamente hospitalización de día.

Por ejemplo se nos encontramos jóvenes que están bien adaptados escolarmente ya sea por su rendimiento escolar o por la adaptación en el grupo de pares o que están en un momento en el que esta adaptación tiene un gran valor en su trayectoria biográfica y en la posible evolución del trastorno. En ellos pueden darse problemas de cierta gravedad y complejidad y que requieran tratamientos que previsiblemente se van a prolongar más allá de un periodo de dos tres meses de observación.

Ejemplo: Ángela adolescente con TCA de tipo restrictivo ha requerido dos ingresos hospitalarios por desnutrición severa. Hace el último curso de la ESO. Tiene muy buen rendimiento escolar y adaptación con pares en su instituto. Las relaciones familiares son fuente de conflicto especialmente a la hora de comer. Al alta del último ingreso se deriva al Hospital de Día desde el hospital en donde ha estado ingresada. Tiene un peso normalizado y parece en condiciones físicas y psicológicas de dedicarse a sus estudios y amigos. Se le propone comedor terapéutico (ver programa mas abajo) entrevista ambulatoria y grupo ambulatorio. A demanda de la familia o nuestra se realizarán entrevistas familiares

No se descarta, dependiendo de la evolución, que esta paciente pueda requerir en algún momento un ingreso en régimen de hospitalización parcial.

GRUPO II

El absentismo escolar debido a problemas de salud mental en la edad en la que la escolarización es por ley obligatoria es el mecanismo que más pacientes ha conducido al HDPA.

La presencia súbita o progresiva de aislamiento interpersonal y la retirada o abandono de ocupaciones o funciones propias de este periodo evolutivo es uno de los signos de alarma más llamativo de la posible presencia de psicopatología en un adolescente.

Detrás de estas conductas se pueden encontrar distintas formas de alteración emocional o condición psiquiátrica que fundamentan una indicación clara de hospitalización psiquiátrica de día en la que la escolarización normalizada se convierte, entre otros, en un objetivo coherente del proceso de tratamiento.

Este mecanismo de alarma como he dicho es eficaz para menores de dieciséis años. Esto hace que en la mayoría de los pacientes que llegan por este motivo de consulta o cuya demanda se ha desencadenando por esta circunstancia estén en ese rango de edad y por tanto de acuerdo a lo que se conoce en epidemiología en salud mental es común diagnosticar fobias escolares, distintas formas de trastornos adaptativos y rasgos anómalos de personalidad entre otros diagnósticos.

En los jóvenes mayores de dieciséis años (más aún de dieciocho, edad que queda fuera del rango de edad que atiende el HPDA) aumenta la probabilidad de inicio de enfermedades mentales graves como la psicosis. En jóvenes mayores de dieciséis años también el impacto que los problemas de escolarización u otros problemas de adaptación al entorno educativo pierde relevancia por el motivo antes señalado. El entorno escolar tanto en la etapa de la educación secundaria como en la posterior es un ámbito de observación muy importante que no se aprovecha de forma suficiente para el desarrollo de programas preventivos como la detección e intervención temprana en el inicio de la psicosis.

Ejemplo: Tras un ingreso de casi dos meses en una unidad de hospitalización psiquiátrica para adolescentes Manuel de 17 años fue derivado al Hospital de día. El informe de alta explicaba que ingresó después de haber estado experimentando ideas delirantes y otros fenómenos psicóticos presumiblemente semanas previas al ingreso. Hasta aquel momento no tenía antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Según pudimos reconstruir hablando con el paciente y la familia, aunque nunca había tenido un rendimiento escolar especialmente bueno, había conseguido acabar la secundaria y parecía muy motivado en realizar un módulo de Formación Profesional de grado medio que había comenzado el curso anterior al ingreso. Progresivamente dejó de ir a clase hasta que lo dejó de hacer por completo. Parecía evitar estar con los amigos con los que acostumbraba a salir y a mostrar otros cambios en su comportamiento.

El absentismo escolar que se produjo en este adolescente no alertó a nadie. Es difícil juzgar si los cambios de conducta mencionados constituían indicios prodrómicos de la psicosis que claramente se manifestó después. Está dentro de lo probable que así fuera. Una consideración más sensibilizada e informada no solo del absentismo, sino de otras conductas que pudieran haberse podido observar en el ámbito escolar por parte de profesionales docentes, podría haber alertado a la familia y haber permitido una intervención más temprana. Este paciente no pudo recibir apoyo del equipo docente porque no estaba escolarizado y habían pasado los plazos de matrícula.

GRUPO III

Así como en el grupo anterior el absentismo en la etapa de la escolarización obligatoria motivaba la derivación al HPDA en este grupo la exhibición de trastornos de conducta o conductas disociales originan una fuerte demanda. Los centros e instituciones educativas ejercen una gran presión para que estos alumnos disruptivos sean atendidos en el HDPA.

Son diversas y combinadas las causas de estas alteraciones de gravedad dispar y que alteran el desarrollo normal de la actividad escolar. No siempre estas alteraciones son indicio de un trastorno mental o enfermedad psiquiátrica y no siempre la intervención prioritaria o principal ha de ser de naturaleza sanitaria, psiquiátrica o psicoterapéutica.

Cuando estas alteraciones pueden entenderse en el marco de un trastorno mental y existe un entorno familiar o sustituto que proporcione el grado de contención y soporte que es necesario para mantener el tratamiento en el hospital de día

podrían beneficiarse de éste y son incluidos en él siguiendo las indicaciones del “*Protocolo para el tratamiento en el Hospital de Día CET de niños y adolescentes en los que predominan los trastornos de conducta o conductas disociales*” documento acordado entre todos los Hospitales de Día CET de Madrid.

Al contrario que en los casos de absentismo escolar en general es poco lo que la hospitalización psiquiátrica de día puede hacer por las conductas disociales. Ante la expectativa desde el ámbito escolar de que el HDPa haga una labor que equivaldría a una especie de escolarización alternativa nos vemos en la necesidad de explicar asiduamente a los profesionales de educación la naturaleza del hospital de día psiquiátrico para adolescentes y los motivos por los que no podemos satisfacer esta expectativa. Fruto de este trabajo es el documento antes mencionado.

La permanente derivación de adolescentes de estas características nos mantiene en contacto con el problema y observamos que en algunos casos para el adolescente, su familia, o algunos de los profesionales educativos que tratan con él puede serles de utilidad distintas formas de intervención que no impliquen hospitalización de día y que se podrían dar en el contexto de alguna forma de intervención intensiva ambulatoria o de consultoría con otros profesionales.

Ejemplo: Se solicitó la valoración de Kevín en el Hospital de Día por el facultativo de su CSM quién se sentía muy presionado por la insistencia de orientador y director del IES, insistencia que habían hecho en los contactos de coordinación ordinarios que se mantenían entre salud mental y educación y en llamadas telefónicas realizadas al facultativo.

Era un chico de catorce años que acababa de comenzar la ESO después de haber tenido que repetir algún curso de primaria debido al importante retraso que presentaba en materias fundamentales.

En clase increpaba al profesor, hacia bromas o le insultaba por lo que era expulsado de clase primero y del instituto después. Era físicamente corpulento y le resultaba fácil intimidar a otros compañeros. Nunca había sido físicamente violento dentro del centro escolar pero estaba empezando a serlo en pandilla fuera del instituto con alguna intervención policial. Los padres, que con cierta frecuencia no habían dudado en usar violencia física para controlar alguna conducta problemática parecían desorientados y sorprendidos. Kevin declaraba no entender absolutamente nada de lo que se decía en clase. Para lo que se sentía apto era para las peleas de las que le gustaba mucho hablar y presumir. Propusimos atención ambulatoria de forma alterna familiar e individual. Movilizamos la intervención de los Servicios Sociales de su municipio y nos ofrecimos a colaborar o asesorar a estos profesionales.

GRUPO IV

Desde el HDPa hemos advertido de la presencia en los centros educativos de la enseñanza secundaria de un grupo de adolescentes que presentan formas de comportamiento muy peculiares y característicos como son la inhabilidad en la comunicación interpersonal que deriva en alteraciones cualitativas de la relación social la rigidez en algunos comportamientos y en algunos casos el desarrollo de intereses extraños o excesivamente exclusivos.

Estas dificultades comunicativas y comportamentales pueden haber pasado desapercibidas o haber quedado disfrazadas a lo largo de la infancia posiblemente por darse de forma atenuada y habérselas considerado como algo pasajero. En otros casos pueden haber comenzado a aparecer en la pubertad.

Es común que al inicio de la enseñanza secundaria la relación con pares se haga más compleja y arriesgada y se multiplican los escenarios en los que se desvelan estas dificultades que entorpecen mucho las relaciones y pueden llegar a producir mucho sufrimiento en quién las padece y como consecuencia derivar en otras condiciones psiquiátricas secundarias.

Estos adolescentes no suelen ser absentistas, pueden tener un rendimiento académico normal, no suelen presentar conductas disruptivas en el aula y las familias suelen haber aprendido a adaptarse a sus peculiaridades por lo que es habitual que pasen desapercibidos en principio siendo tratados en salud mental por problemas secundarios.

Cuando este problema secundario se agrava o los problemas de adaptación son más llamativos se suele pedir una hospitalización de día.

Algunos de estos pacientes pueden beneficiarse de la hospitalización de día al permitir esta una observación extensa y detallada y de esta forma poder aclarar el diagnóstico. Observamos la necesidad de sensibilizar a docentes ante estas singularidades del comportamiento que pueden pasar desapercibidas o quedar disfrazadas en relación a las cuales se podría prevenir sufrimiento y el desarrollo trastornos secundarios si se en el medio familiar y escolar se llega a comprender mejor su naturaleza.

Ejemplo: Carlos es un muchacho que nunca había estado integrado en grupos o con compañeros de su edad, muy insistente en sus aficiones y socialmente muy ingenuo. Sus padres con el propósito de educar este aspecto pensaron en que hiciera la enseñanza secundaria en un Internado. El primer curso fue objeto de burlas y explotación. Por este motivo comenzó su contacto en el CSM en donde precisó tratamiento farmacológico por síntomas de ansiedad y depresión. La familia lo cambió de internado para hacer el segundo curso. Finalmente abandonó el internado por recomendación de los profesionales del CSM en mitad de curso y el paciente se incorporó a instituto convencional produciéndose un alivio muy llamativo de la tristeza y la angustia.

Al acabar el curso escolar es derivado a Hospital de Día. Se incorporó en régimen de hospitalización parcial hasta el inicio del curso siguiente. Esto permitió hacer una observación continua y próxima que junto con el tiempo idóneo de entrevista con los padres nos facultó para aproximar su diagnóstico al de un Trastorno del espectro Autista. De esta forma se pudo trabajar con la familia y el paciente para entender de otra forma lo ocurrido, modificar expectativas y entender limitaciones.

Al iniciar el curso escolar dado que compañeros y profesores del instituto habían facilitado la adaptación escolar, había tenido buen rendimiento escolar y el estaba muy animado en continuar en este instituto se finalizó el régimen de hospitalización parcial y se continuó con un programa de atención ambulatoria intensiva. Acudía un grupo y entrevista individual ambulatoria y

se ofreció asesoramiento a profesores y orientador. Cuando la familia lo solicitaba o a nosotros nos parecía adecuado se realizaban entrevistas familiares.

2. PROPUESTA DE AMPLIACIÓN Y TRANSFORMACION DE LAS PRESTACIONES DEL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIATRICO PARA ADOLESCENTES Y PROGRAMAS Y ACTIVIDADES VINCULADAS

A. DIVERSIFICACIÓN DE LAS FORMAS DE TRATAMIENTO INTENSIVO

1. Programa de tratamiento intensivo en Régimen de Hospitalización parcial

Incluye el programa de actividades de la hospitalización de día convencional que se lleva realizando (ANEXO I) y (ANEXO II).

2. Programa de tratamiento intensivo en Régimen de hospitalización parcial reducida

Incluye actividades específicas a las que acude el paciente diariamente pero durante un periodo de tiempo reducido (menos de tres horas). Se da prioridad al objetivo del programa reducido y mantener la escolarización normalizada. Se propone de momento un programa

2.1 Comedor terapéutico

2.2 (ANEXO III).

3. Programa de tratamiento intensivo en Régimen ambulatorio

Incluye las siguientes actividades

3.1 Entrevistas de psicoterapia individual ambulatoria

3.2 Entrevistas familiares ambulatorias

3.3 Grupos psicoterapéuticos para pacientes ambulatorios

3.4 Grupos de padres de pacientes ambulatorios

3.5 Entrevistas y visitas para recoger información a profesionales implicados

3.6 Entrevistas y visitas de asesoramiento a profesionales implicados

El nº de plazas actual es de 15 en régimen de hospitalización parcial. Se propone modificar estas a 10 en régimen de hospitalización parcial mas 10 en programas de tratamiento intensivo de las cuales hasta cuatro podrían ser de comedor terapéutico

B. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA ESPECÍFICAS PARA DOCENTES

1. Realización de grupos centrados en la dificultad del desarrollo de la tarea profesional como docentes con profesores de secundaria.

C. PROGRAMAS PREVENTIVOS

1. Realización de programas de sensibilización y divulgación para la detección y comprensión de jóvenes con alteración cualitativa de la relación interpersonal

1.1 Realización de presentaciones ante profesionales educativos

2. Realización de un programa complementario de sensibilización que permitan la detección e intervención precoz en el inicio de los trastornos psicóticos.

2.1 Presentación de material a profesionales docentes.

2.2 Realización de entrevistas de evaluación de los adolescentes derivados.

2.3 Realización de grupos terapéuticos específicos de tiempo limitado para los pacientes indicados

Se propone que este programa pueda incluir adolescentes que hayan cumplido los dieciocho años.

ANEXO I EXTRACTO DEL DOSSIER EDITADO POR LA OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL SOBRE HOSPITAL DE DÍA CET PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

HOSPITAL DE DÍA-CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO.

Los Hospitales de Día-Centros Educativos Terapéuticos (HD-CET) son creados mediante la ORDEN 882/2002, de 11 de Diciembre, de las Consejerías de Sanidad y Consumo y Educación de la Comunidad de Madrid.

El Hospital de Día-CET:

- Es un dispositivo asistencial que proporciona tratamiento intensivo a niños y adolescentes con trastornos mentales graves que en ese momento evolutivo no precisan internamiento a tiempo total ni son susceptibles de un tratamiento ambulatorio por muy completo y complejo que éste sea.
- Forma parte de la Red Única de Asistencia Sanitaria de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y de la red de recursos de la Dirección General de Promoción Educativa de la Consejería de Educación. Dentro de la Red ocupa un lugar propio y ha de ser distinguido de los demás dispositivos sanitarios, educativos y de servicios sociales con los que se coordina. Esta coordinación asegura la continuidad de cuidados a lo largo de todo el tratamiento del paciente.
- Ofrece un programa terapéutico que pretende unos logros que vayan más allá de un cambio sintomatológico, intentando cambios profundos en el individuo que permitan una mejor adaptación a vida en la comunidad y una mayor solidez en la desaparición o mejoría de los síntomas.
- Está dotado de un Equipo Docente, dependiente de la Consejería de Educación, que procura paliar la interrupción del proceso educativo de los menores que requieren ingresar en ese dispositivo por su trastorno mental, garantizando la continuidad de su escolarización mientras dura su tratamiento. Para ello ofrecen un programa docente de 10 horas semanales en grupos reducidos.
- Su objetivo terapéutico lo diferencia claramente de otras unidades de día de salud mental: Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, etc., que tienen un objetivo limitado a la readaptación social o laboral. También hay que diferenciarlo de otros programas educativos especiales para jóvenes con dificultades escolares dependientes de la Consejería de Educación que no tienen un carácter terapéutico.

INDICACIONES:

El HD-CET es el tratamiento de elección para los pacientes con trastorno mental grave que hayan perdido o no hayan adquirido una capacidad aceptable de vivir en la comunidad con arreglo a lo que corresponde a su edad y a su situación sociocultural, siempre y cuando no estén incluidos en algunas de las contraindicaciones que después se señalan.

Al ser un tratamiento activo e intensivo es necesaria la voluntariedad de asistencia, así como la colaboración y participación activa en el tratamiento por parte del paciente y su familia, requisitos ambos indispensables para el inicio y mantenimiento del tratamiento en Hospital de día-CET. Sea cual sea el grupo diagnóstico al que pertenezca un paciente, las características generales de los pacientes con indicación pueden resumirse así: Pacientes con sintomatología activa, que sean capaces de entender o colaborar en el desarrollo del plan de tratamiento, que no muestren conductas gravemente disruptivas auto o heteroagresivas ya estructuradas y de larga duración o que en el momento de la derivación presenten riesgo de suicidio inminente que requiera ingreso. También pueden ser derivados pacientes cuyo diagnóstico diferencial es dudoso y puede ser útil un período de observación directo y prolongado.

La indicación de tratamiento en Hospital de Día-CET no viene dada sólo por el diagnóstico, sino por la situación del paciente en un momento dado.

A continuación se detallan las indicaciones por diagnósticos:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

• TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Se incluyen:

- *Síndrome de Asperger*
- *Autismo Infantil*
- *Trastornos desintegrativos*

Se excluyen:

- *Retraso Mental de CI < 70.*
- *Síndrome de Rett.*
- *Trastornos hiperkinéticos con retraso mental y movimientos estereotipados.*

Los pacientes que cursen con retraso mental inferior a CI 70 y/o con patología orgánica asociada quedarían excluidos a priori debido al pobre beneficio que les brinda este tipo de tratamiento.

• TRASTORNOS DE CONDUCTA

Se incluyen:

- *Trastorno disocial, cuya consecuente falta de adecuación a las normas no haya producido una severa inadaptación en medios normalizados.*

Se excluyen:

- *Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.*
- *Consumo de tóxicos como primer diagnóstico o consumo que no pueda abandonarse a lo largo del tratamiento.*

- **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO**

Se incluyen:

- *Trastornos depresivos y/o maníacos que no respondan a tratamientos ambulatorios.*

Se excluyen:

- *Determinadas conductas suicidas que no pueden controlarse en los períodos que el paciente permanece fuera del Centro.*

- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Se incluyen:

- *Anorexia Nerviosa, restrictiva y purgativa.*
- *Bulimia Nerviosa.*
- *Obesidades con ingestas buliformes.*
- *Algunos casos de delgadez acusada por motivos psicológicos, que no llegan a cumplir los criterios para ser considerados como anorexia nerviosa.*

Se excluyen:

- *Pacientes que presentan un riesgo somático importante.*

- **TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS**

Se incluyen:

- *Trastornos de la actividad y de la atención (aquellos casos graves donde el grado de inquietud extremo produce cuadros desadaptativos).*

Se excluyen:

- *Aquellos cuadros que sean secundarios a trastornos orgánicos.*
- *Que el trastorno esté asociado a retraso mental.*

- **OTROS TRASTORNOS**

Se incluyen:

- *Esquizofrenias de distinto tipo, especialmente en sus fases de inicio y siempre que no hayan desembocado en cuadros residuales con déficit cognitivos definitivos.*
- *Trastornos de Ansiedad Graves: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobias, ...,*
- *Trastornos de personalidad graves de distintos subgrupos.*
- *Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia o adolescencia.*
- *Pacientes con diagnóstico difícil y en donde es relevante llegar a éste y es necesario un período de observación.*

Además de los criterios de exclusión especificados para cada diagnóstico, no son indicaciones de tratamiento en Hospital de Día-CET:

1. Trastornos psicorgánicos.
2. Abuso de sustancias como primer diagnóstico o consumo que no pueda abandonarse a lo largo del tratamiento.
3. Necesidades de cuidados mínimos diurnos u otra forma de asistencia no sanitaria derivada de la falta de cobertura familiar durante el horario laboral y que o sea consecuencia de la enfermedad mental.
4. Problemas de socialización y comunicación no debidos a enfermedad mental grave.
5. Dificultades de adaptación escolar por fracaso escolar, absentismo o trastornos del comportamiento en el aula en ausencia de trastorno mental.

DERIVACIÓN

Dado que es un recurso con finalidad terapéutica, la derivación al Hospital de Día-CET debe ser realizada por el facultativo especialista (psiquiatra/psicólogo clínico) de los Servicios de Salud Mental, atendiendo a las anteriores indicaciones y siguiendo los pasos que a continuación se detallan.

Modo de derivación:

La derivación se realizará desde el Servicio de Salud Mental de cualquiera de los distritos adscritos al hospital de día, y desde la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para adolescentes adscrita a estos distritos.

En el caso de **adolescentes** (12-17 años), se debe enviar el **“Informe de Derivación”**, debidamente cumplimentado, al Hospital de Día de Referencia, **con copia** a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

La copia de los informes de derivación se dirigirá a la **Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental** con la **carátula de “Informe de Derivación a Hospital de Día Infanto-juvenil”**,

Tras la derivación del paciente, el Hospital de Día-CET se pondrá en contacto con la familia y se realizará el proceso de evaluación.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Cuando se realice la derivación, el Hospital de Día-CET ofrecerá una entrevista al paciente y su familia para realizar una primera evaluación de tratamiento. Si tras esa entrevista inicial se considera que el paciente es susceptible de tratamiento en el Hospital de Día-CET, pasará a la lista de espera de admisión. Hasta su ingreso efectivo en este dispositivo, el terapeuta a cargo del paciente en su Centro de Salud Mental seguirá siendo responsable del paciente y continuará con el régimen terapéutico que viene manteniendo. Si el paciente no es aceptado para tratamiento, no se incluirá en lista de espera y será remitido a su Centro de Salud Mental para buscar otro tipo de recurso.

El Hospital de Día-CET notificará al Centro de Salud Mental la realización de la entrevista con la decisión tomada en la misma.

Una vez haya plaza en el Hospital de Día, la evaluación completa del paciente hasta su ingreso puede a veces llevar un tiempo que es necesario para lograr un compromiso terapéutico con paciente y su familia. Durante ese tiempo la colaboración de profesional del Centro de Salud Mental puede ser necesaria.

En los casos de trastornos de conducta graves asociados o no a otras patologías, el orden en la lista de espera puede verse alterado hasta que el Hospital de Día-CET conceda el alta a otro paciente de similares características, de tal forma que el número de pacientes que presente dificultades graves de conducta en el centro se adecue a la capacidad de contención del mismo y no interfiera con el tratamiento global del resto de los pacientes. Se estima que aproximadamente son dos o tres, según los casos, el máximo de pacientes de estas características que pueden asistir a la vez a tiempo completo a un centro. El equipo terapéutico debe velar por el mantenimiento de un ambiente terapéutico que permita el desarrollo de los planes de tratamiento del conjunto de los pacientes.

Desde el momento en que el paciente inicia su tratamiento en el Hospital de Día-CET, el equipo terapéutico de éste recurso adquiere la responsabilidad y la dirección en la toma de decisiones respecto al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, estableciendo los niveles de participación de otros profesionales implicados en el tratamiento previo y posterior del paciente de la manera que estime más adecuada en cada caso.

ANEXO II ACTIVIDADES DEL REGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL DEL HOSPITAL DE DÍA CET DE ALCALA DE HENARES

Evaluación inicial del caso y del progreso del tratamiento mediante:

Entrevistas con el paciente, familia, otros profesionales del ámbito educativo, sanitario o de bienestar social involucrados.

Observación directa, exploración psicopatológica y realización de exploraciones complementarias.

Elaboración de Historia Clínica

Elaboración de Informe de Evaluación

Elaboración de un Plan de Tratamiento

El plan de tratamiento es un documento que se basa en la Formulación del Caso y organiza el tipo de intervenciones, el lugar en que se realiza los profesionales que las realizan y en relación a quién se realiza (paciente familia profesores...). Y finalmente la justificación y objetivos con que se realizan.

Los planes de tratamiento pueden ser diversos e incluir diferentes combinaciones y en distinta secuencia del conjunto de actividades e intervenciones de la cartera de servicios. Es el documento criterio de la evolución del paciente y esta sujeto a evolución y revisión.

Elaboración de Informe de Alta

Relación de actividades que realizan los distintos profesionales del Hospital de día

Reuniones, entrevistas, conversaciones telefónicas con pacientes, familiares u otros profesionales en el H de Día en el domicilio o en el Centro escolar u otros

Evaluación de enfermería

Seguimiento y control de Enfermería

Psicoterapia individual

Psicoterapia familiar

Grupo Terapéutico

Grupo grande asambleario

Taller creativo

Taller de psicomotricidad

Actividad grupal en el exterior

Taller expresivo

Taller de ocio

Grupo Multifamiliar

Grupo informativos o psicoeducativos (en el hospital de día o fuera de él, para pacientes, familiares u otros profesionales implicados)

Grupos para ensayar y adiestrar habilidades específicas (en el H de Día para el paciente y sus familiares)

Intervención farmacológica

Actividad escolar

Comida

ANEXO 7: Intervenciones no estándar, y de psicoterapia de grupo y familia

Intervenciones no estándar, y de psicoterapia de grupo y familia

1. Psicoterapias de grupo

a. Comunes para la red

- i. Grupo de tratamiento ambulatorio intensivo para pacientes con trastorno de personalidad (Comienzo mayo 2012 – número de pacientes 10)

b. Desde el subequipo de Puerta de Madrid

i. PROGRAMA INFANTOJUVENIL

1. PROGRAMA PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

GRUPO DE PADRES DE PEQUEÑOS (3-11)- **Centro de Atención Primaria María de Guzmán**

octubre 2012-enero 2013 (incluidos)

evaluación individual previa+ 11 sesiones en grupo de 1 1/2 hora+ entrega de material individual en cada sesión

15 pacientes seleccionados por atención primaria

el grupo se hace en centro maria de guzman

colaboración personal de primaria y de salud mental: 1 pediatra 1 psicólogo clínico 2 residentes de salud mental

GRUPO DE PADRES DE PEQUEÑOS (3-11)-**cs. puerta de madrid**

febrero-abril 2013 (incluidos)

evaluación individual previa+ 11 sesiones en grupo de 1 1/2 hora+ entrega de material individual en cada sesión

19 pacientes seleccionados por atención primaria

el grupo se hace en centro puerta de madrid

colaboración personal de primaria y de salud mental: 1 pediatra 1 psicólogo clínico 2 residentes de salud mental

2. PROGRAMA DE PADRES en SALUD MENTAL

GRUPO DE ESCUELA DE PADRES DE PEQUEÑOS (3-11 años)

febrero - junio 2012 (incluidos)

evaluación individual + 12 sesiones de 1 1/2 hora.+ entrega de material individual en cada sesión

18 padres de pacientes y pacientes de todos los profesionales de salud mental

personal salud mental 1 psicólogo clínico y 2 residentes de psicología

GRUPO DE ESCUELA DE PADRES DE ADOLESCENTES (2-17 AÑOS)

marzo-julio 2012

evaluación individual+ 11 sesiones en grupo de 1 1/2 hora.+ entrega de material individual en cada sesión

en 2 de esas 11 sesiones acuden los adolescentes

18 padres de pacientes y pacientes de todos los profesionales de salud mental

personal salud mental 1 psicólogo clínico y 2 residentes de psicología

GRUPO DE ESCUELA DE PADRES DE PEQUEÑOS (3-11 años)

enero - abril 2013 (incluidos)

evaluación individual + 12 sesiones de 1 1/2 hora.+ entrega de material individual en cada sesión

17 padres de pacientes y pacientes de todos los profesionales de salud mental

personal salud mental 1 psicólogo clínico y 2 residentes (1 de psiquiatría y 1 de psicología)

ii. PROGRAMA DE ADULTOS

1. Grupos terapéuticos 2012-2013

- **Grupos pánico-agorafobia:**
 Grupo 1: inicio 9 septiembre 2011 y finalización 16 enero 2012. Pacientes convocados 13, de los que finalizan el grupo 9.
 Grupo 2: inicio 30 abril 2012 y finalización 16 julio 2012. Pacientes convocados 12 de los que finalizan el grupo 6.
 Grupo 3: inicio 12 noviembre 2012 y actualmente en curso. Pacientes convocados 14.
 Llevados a cabo por E. Rodríguez Pedraza y residentes adscritos al subequipo: R. Guardiola, I. Gutierrez e I. Leonés.

- **Grupos para trastornos mentales leves en Atención primaria (Centro de Atención Primaria M^a de Guzmán):**
 Grupo 1: inicio 23 enero 2013, actualmente en curso. Pacientes convocados 11.
 Llevados a cabo por E. Rodríguez Pedraza y residentes adscritos al subequipo: R. Guardiola, I. Gutierrez

- **Grupos ambulatorios de orientación interpersonal para trastornos de personalidad:**
 Grupo 1: grupo abierto, de inicio hace 7 años, actualmente en curso, periodicidad semanal los jueves por la tarde, pacientes con trastornos de personalidad y edad adulta. Pacientes convocados: 9

 Grupo 2: grupo abierto, de inicio hace 2 años, actualmente en curso, periodicidad semanal los jueves por la tarde, pacientes con trastornos de personalidad y edad joven. Pacientes convocados: 8
 Llevados a cabo por E. Rodríguez Pedraza, R. Rodríguez Piedra y P. Villalba, con la participación como observadores de residentes adscritos a los tres subequipos del CSM.

- **Grupo para pacientes con psicosis crónicas**
 Grupo abierto que lleva realizándose desde hace 8 años y actualmente sigue en curso. Los pacientes pueden entrar y salir del mismo. La media de pacientes en el grupo es de unos 8 a 10 que es la que se ha mantenido este último año.

 Es un grupo quincenal de 90 minutos

 Este grupo es coordinado por la Mar García Pérez y Francisco González Aguado

- **Grupo para pacientes con distimia/fibromialgia**
 Grupo abierto que lleva realizándose desde hace 4 años en este subequipo y actualmente sigue en curso. Las pacientes han ido cambiando a lo largo del tiempo pero se mantiene estable entre las 8 ó 10 participantes, este año alguna más.

Es un grupo quincenal de 90 minutos

Este grupo es coordinado por la Mar García Pérez y Francisco González Aguado

- c. Por el programa de atención continuada de los PIR
- i. Grupo de **jóvenes** CRPS Alcalá de Henares. (Comienzo: Diciembre de 2011 /Actualmente activo. Número de pacientes: 7)
 - ii. Grupo de **Reducción del Estrés** Basado en la Atención Plena (*Mindfulness*) en el HUPA. (Comienzo: mayo 2012 Fin: Julio 2012 Número de pacientes: 10)
 - iii. Grupo para paciente con **cáncer de mama**. (Comienzo: Septiembre Fin: Noviembre. Número de pacientes:8)
 - iv. Grupo para pacientes con **estoma**. (Comienzo: Septiembre Fin: Noviembre. Número de pacientes: 8)
 - v. Grupo **Psicoeducación para pacientes con TCA**. (Comienzo: 08-11-11, Fin: 31-01-12. Número de pacientes: Comienzo:9, Fin:5)
 - vi. Grupo de **Psicoeducación para familiares de TCA**. (Comienzo: 08-11-11 Fin: 31-01-12. Número de pacientes: Comienzo 4 familias, Fin 2 familias.)
 - vii. Grupo para pacientes con **pánico y agorafobia**.
 1. Comienzo: 9-09-12 Fin: 16-01-12. Número de pacientes: 13 al comienzo, 9 al fin.
 2. Comienzo: 30-04-12, Fin: 16-07-12. Número de pacientes: 12.
 3. Comienzo: 12-11-12 Fin: 10-12-12, suspendido por la huelga. 9 pacientes.
 - viii. Grupo de **manejo emocional** en atención primaria.
 1. Centro de Salud Miguel de Cervantes
 - a. Comienzo: 13-01-12, Fin: 02-03-12. Número de pacientes :8
 2. C.S Juan de Austria
 - a. (Grupo conjunto de pacientes de Miguel de Cervantes y Juan de Austria. Comienzo 11-12-12, Fin 19-02-13. Número de pacientes: 11)
 - ix. Grupo de **padres**.
 1. Comienzo: 9-11-11, Fin: 7-3-12. Número de pacientes: 7 al comienzo, 5 al fin.
 2. Comienzo: 14-3-12, Fin: 13-06-12. Número de pacientes:
 3. Comienzo: 31-10-12, Fin: 23-01-13, Número de pacientes:7.

2. Terapias familiares

FAMILIAS Mar García Pérez y Ángeles Corral DURANTE 01-01-2012 A 31-12-2012

Total familias atendidas 2012: 9

Nº consultas de TF: 38

Total personas atendidas en PSPFAM 2012: 29

Nº total de individuos vistos en TF en 2012 : 137

Descripción:

ENERO: 11	359977 (X4= 4 miembros)		
25	293607 (X3) (X4)		359977
FEBRERO: 08	356110 (X4) (X4)		359977
22	356110 (X4)	293607 (X3)	359977
MARZO: 07		293607 (X3)	359977
14	(X4)		
21		174882 (X4)	
	(X4)	293607 (X3)	359977
ABRIL: 11	139257(x3) (X4)	293607 (X3)	359977
20	139257 (x3)		
25	356110 (X4)	293607 (X3)	359977
	(x4)		
MAYO: 16			
30	359977(x4)	93607(x3)	
JUNIO: 13	356110(x4)	117697 (x4)	
21	359977(x4)		
27	68708 (x2)		
	359977(x4)		
JULIO: 11	356110 (x4)	117697 (x4)	359977
24	(x4)		
	174882 (X4)		
AGOSTO: 08	293607 (x3)	117697 (x4)	
	359977(x4)		
SEPTIEMBRE: 18	68708 (x2)		
OCTUBRE:			
17	45787 (x2)		
29	68708 (x2)		
31	117697 (x4)		
	359977(x4)		
NOVIEMBRE: 08	117697 (x4)		

31	68708 (x2)
----	------------

FAMILIAS Cristina Martínez de Hoyos, Eva Rodríguez Pedraza, Mar García Pérez y Ángeles Corral DE 01-01-2012 A 31-12-2012

Total familias atendidas 2012: 11 Nº consultas de TF: 51
 Total personas atendidas en PSPFAM 2012: 40 Total personas atendidas en 2012 como TF: 158

ENERO: 18	174882 (X4= 4 MIEMBROS) (X3)	342322
FEBRERO: 01	73048 (X4) (X3)	342322
15	73048 (X4) (X3)	342322
29	73048 (X4) 119354 (X5) (X3)	342322
MARZO: 14	174882 (X4) 372496 (X2) (X3)	342322
21	132916 (X4) 372496 (X2) (X3)	342322
28	132916 (X4) 372496 (X2) (X3)	342322
ABRIL: 18	132916 (X4) 372496 (X2) (X3)	342322
MAYO: 09	132916 (X4) 372496 (X2)	342322 (X3)
23	132916 (X4) 372496 (X2)	46531(X2)
JUNIO: 06	132916 (X4) 372496 (X2) (X2)	46531
20	132916 (X4) 372496 (X2) (X2)	46531
JULIO: 04	132916 (X4) 372496 (X2)	
18	132916 (X4) 276829 (X4)	372496 (X2)
AGOSTO: 01	132916(X4) 372496(X2) (X4)	388364
SEPTIEMBRE: 26	276829 (X5) 169624 (X4)	
OCTUBRE: 10	169624 (X4) 276829 (X4) (X4)	37033
24	169624 (X4)	
NOVIEMBRE: 07	(X4)	276829 (X4) 37033

21	(X4)	276829 (X4)	37033
----	------	-------------	-------

FAMILIAS Susana de Cruylles y Ángeles Corral DE 01-01-2012 A 31-12-2012
3 familias con periodicidad quincenal

Total familias atendidas en 2012 por:

- MAR GARCÍA: 9+11=20 (todos los miércoles)
- ÁNGELES CORRAL: 9+11+3=23 (todos los miércoles)
- CRISTINA MARTÍNEZ: 11 (miércoles alternos)
- EVA RODRÍGUEZ: 11 (miércoles alternos)
- SUSANA DE CRUYLLES: 3 (miércoles alternos)

3. Mejoras programa de continuidad de cuidados

a. PROGRAMA "PASTILLERO" EN CONSULTA DE ENFERMERÍA. C S M PUERTA DE MADRID

La falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico puede provocar la recidiva de la enfermedad mental. Este programa lo desarrolla la enfermera de SM del subequipo (Flor Miño Herranz) y se puso en marcha durante el año 2012

OBJETIVO:

Preparar al paciente para tomar con seguridad los fármacos prescritos y controlar sus efectos.

ACTIVIDADES:

- Enseñar al paciente a conocer las características de la medicación.
- Informar sobre los nombres genéricos y comerciales y de los posibles cambios de aspecto de los genéricos.
- Fomentar la adherencia al tratamiento y la autonomía del paciente.
- Valorar posibles efectos adversos.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o interrumpir el tratamiento.
- Aliviar y prevenir efectos secundarios.
- Custodiar el tratamiento en aquellos casos en los que las dificultades del paciente o de la familia no lo permitan.
- Prevenir los riesgos del uso inadecuado de los fármacos.
- Descargar a la familia de la custodia de los fármacos y de la supervisión de la adherencia al tratamiento.
- Informar y trabajar en colaboración con la familia para mejorar el cumplimiento.

POBLACIÓN DIANA:

- Pacientes con dificultades para conocer los fármacos y sus indicaciones, ya sea por idioma, diferencias culturales, estado anímico, etc.
- Pacientes en riesgo de uso inadecuado del fármaco.
- Pacientes con gran dependencia de la familia o cuidadores para tomar el tratamiento de forma autónoma.

FRECUENCIA:

Diaria o semanal. De lunes a viernes.

Dependiendo de la estabilidad del paciente, de la conciencia de enfermedad, de su capacidad cognitiva y de la habilidad para preparar el pastillero.

TIEMPO REQUERIDO:

Valoración e inicio del programa: 15 – 20 minutos.

Continuación: 5, 10 o 15 minutos dependiendo de la frecuencia.

MEDIOS:

Documento de derivación donde figuren los datos del paciente, el diagnóstico y el tratamiento prescrito. Dicho documento se archivará en el botiquín junto a los fármacos y el paciente tendrá copia.


Pastilleros, para uso diario o semanal.

No se precisa stock de medicación puesto que el tratamiento es del paciente, el personal de enfermería solo lo custodia y lo administra.

ANEXO 8: Proceso de trastorno Mental Grave



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

 Comunidad de Madrid

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario Príncipe de Asturias

PROCESO ASISTENCIAL
TRASTORNO MENTAL GRAVE

(Borrador 28/02/2013)

Autoras/es del Documento:

Loli Benito Ibáñez
Daniel Cuesta Lozano
Juan Fernández Blanco
Namdev Freund Llovera
Álvaro Galindo Gómez
Francisco González Aguado
Juan González Cases
Roberto Marijuán Monzón
Carolina Martínez Alcocer
Ana Moreno Pérez
Lara Repeto Zilbermann
M^a Teresa Ruiz Jiménez
Isabel Rodríguez Aparicio
María Vicens Poveda

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN	199
2.- MISIÓN/DEFINICIÓN DEL PROCESO	200
3.- DESTINATARIOS DEL PROCESO	200
4.- LÍMITES DEL PROCESO	201
5.- PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO	202
6.- INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO	203
7.- ACTIVIDADES DEL PROCESO	205
8.- MAPA DEL PROCESO	226
9.- ANEXOS	227
ANEXO 9.1: ÁRBOLES DE DECISIÓN para el uso racional de los dispositivos del proceso asistencial del trastorno mental grave	228
ANEXO 9.2: Fichas de los recursos	229
ANEXO 9.3: Escalas de evaluación	246
- OBSTÁCULOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO	247
- CRONOGRAMA PROCESO: DISEÑO, CONSENSO Y PUESTA EN MARCHA	248

1.- INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN

Las necesidades de las personas con un trastorno mental grave son muchas, variadas y duraderas en el tiempo. Algunas son estrictamente sanitarias y otras trascienden ese ámbito y se manifiestan en dimensiones sociales y psicosociales. Estas características del TMG conllevan en muchas ocasiones un abordaje complejo en cuanto que requiere de forma simultánea o sucesiva diferentes prestaciones, servicios, redes de atención y profesionales. Esta complejidad en la atención, junto a nuevos modelos de gestión por procesos y a la cada vez mayor saturación de los servicios de la red de salud mental justificarían la creación de un proceso específico para la atención al trastorno mental grave en la red de salud mental dependiente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias que mejorase la asistencia integral que se presta a la persona con TMG con el objetivo de favorecer su recuperación.

Algunos principios que han guiado la elaboración de este proceso han sido:

- El actor principal del proceso debe ser la persona con psicosis, en la lógica de manejar la prioridad e intensidad de las intervenciones en función de la gravedad de la problemática.
- El usuario y sus necesidades deben ocupar el lugar central del proceso y los recursos/prestaciones/profesionales han de estar orientados hacia él y sus necesidades.
- La necesidades del usuario pueden ser sanitarias, sociales y psicosociales, por lo que el abordaje ha de ser integral.
- La variedad de prestaciones y servicios disponibles hacen imprescindible la coordinación.
- El proceso ha de sustentarse sobre los principios de la atención comunitaria a la salud mental.
- El actual escenario presupuestario y el previsible no crecimiento en recursos determinan que el diseño del proceso habrá de hacerse con los recursos actuales intentando una mejor coordinación y aprovechamiento de estos para la atención al TMG.
- El diseño del proceso ha de ser consensuado entre todos los agentes intervinientes.
- El proceso resultante no debe ser estático sino que deberá ser evaluado periódicamente y adaptado a los resultados de esas evaluaciones.
- Perspectiva de género: El proceso ha de ser especialmente sensible a las peculiaridades de la población femenina favoreciendo que las mujeres con TMG reciban las prestaciones y actividades adecuadas para atender las diferentes necesidades sanitarias y sociales que presenten. Especial cuidado debe tener el proceso para que las mujeres accedan a los recursos especializados de rehabilitación y residenciales en igualdad de condiciones que los hombres.
- Riesgo suicida: la alta prevalencia del suicidio en la población con trastorno mental grave hace necesario que a lo largo del proceso se adopten todas las medidas necesarias para prevenir y tratar el riesgo suicida. Mención especial hay que hacer al programas “Tratamiento del riesgo suicida en el Servicio de urgencias del HUPA” y al la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” editado por el Ministerio de Sanidad en 2011.
- Participación de los usuarios. Se abordarán todas las acciones necesarias para favorecer la participación activa de los usuarios en el proceso, tanto en su diseño, implementación y evaluación. En cuanto a la participación en el diseño se les pedirán sugerencias sobre el documento borrador del proceso antes de su aprobación definitiva; en cuanto a la implantación y desarrollo del proceso se intentará que algún usuario participe de forma permanente en la Comisión Interdisciplinar el Proceso y por último, en cuanto a la evaluación del proceso, participaran en la Comisión que se cree para tal fin.

Derechos Humanos: el proceso pretende mostrarse escrupulosamente respetuoso con la legislación y normativa de protección de los derechos humanos y especialmente con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Diciembre de 2006 en la ciudad de Nueva York, ratificado por el Estado Español en Noviembre de 2007 y por la Unión Europea en Noviembre de 2009.

2.- MISIÓN/DEFINICIÓN DEL PROCESO

La misión del proceso asistencial del trastorno mental grave en la red de salud mental dependiente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias es mejorar el abordaje integral de éste trastorno mediante una mejor organización y coordinación de los recursos y prestaciones disponibles con el fin último de mejorar la calidad de vida de la persona.

El proceso asistencial se **define** como el conjunto de actividades encaminadas a la atención del paciente con trastorno mental grave:

- Detección, identificación y diagnóstico precoz de las personas con trastorno mental grave o en riesgo de padecerlo.
- Evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno
- Elaboración consensuada de un plan de cuidados.
- Aplicación de distintas intervenciones y seguimiento periódico
- Coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

3.- DESTINATARIOS DEL PROCESO

El proceso de TMG tiene como actor principal a la persona con psicosis.

Introducción:

Tradicionalmente se utilizaba el concepto de enfermo mental crónico. La intervención se centraba en un enfoque asistencial regulado por el hospital psiquiátrico. Poco a poco se han ido añadiendo otros parámetros sociosanitarios que han permitido ampliar el foco de intervención. En la actualidad nos referimos a este tipo de trastornos como trastorno mental grave (TMG) optando por una atención comunitaria e incidiendo en la mejora de la calidad de vida del paciente y de su entorno.

Quienes padecen un TMG son un grupo de personas heterogéneas afectadas por alguna de las patologías psiquiátricas consideradas como graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.

Características:

Para poder realizar una definición lo más precisa posible, debemos tener en cuenta los siguientes criterios:

El diagnóstico clínico.

La duración del trastorno.

El funcionamiento social, familiar y laboral de la persona.

- a) **El diagnóstico clínico:** Se incluirá todas las categorías diagnósticas donde exista un patrón de relaciones gravemente alterado o un comportamiento inadecuado al contexto. En algunas definiciones equiparan el TMG con psicosis, pero para entender esta aproximación hay que hacerlo en el sentido más amplio del término y no solo en la dimensión psicopatológica de síntomas positivos o negativos. Por lo tanto, quedan incluidos trastornos de personalidad y trastornos del humor siempre que en ambos casos exista un grave deterioro en el ámbito relacional y persona. Al contrario, puede ocurrir la aparición de clínica psicótica transitoria. En estos casos los pacientes serán atendidos incluidos en el proceso de TMG de modo transitorio hasta comprobar hacia donde deriva el cuadro.
- b) **Duración del trastorno:** la duración del trastorno debe ser superior a 2 años o que, sin cumplir los dos años de evolución, se prevea que el paciente va a requerir para su tratamiento una intervención compleja.
- c) **Deterioro funcional:** Se debe valorar un deterioro en el ámbito familiar, social, laboral. Se utiliza la escala GAF, incluyendo los pacientes con GAF < 50.

4.- LÍMITES DEL PROCESO

Se establecen los criterios que ha de cumplir una persona para ser incluida en el proceso de atención al TMG y los criterios por los que saldría del proceso.

Límite inicial o de entrada. Criterios de entrada al proceso:

1. Persona mayor de 18 años y que esté en atención o contacto con los servicios de salud Mental dependientes del Hospital Universitario príncipe de Asturias.
2. Cumplir los criterios diagnósticos siguientes (código CIE 9 MC):
 - Se establecen los siguientes diagnósticos nucleares para la inclusión en el proceso de TMG:
 - Trastornos esquizofrénicos (295.00-295.95). Se excluyen episodios agudos (295.4x)
 - Psicosis afectivas (296.00-296.99)
 - Estados paranoides (297.0-297.9)
 - Otras psicosis no orgánicas (298.0-298.9) se excluyen reactivas (298.2, 298.3, 298.8)
 - Otras personas con los siguientes diagnósticos o circunstancias diferentes a los señalados en el punto anterior como diagnósticos nucleares podrían ser incluidas en el proceso previa consideración y consenso entre los profesionales:
 - Los siguientes trastornos de la personalidad:
 - Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)
 - Trastorno esquizoide de personalidad no especificado (301.20)
 - Personalidad esquizotípica (301.22)
 - Trastorno límite de la personalidad (301.83)
 - Personas con diagnósticos nucleares de trastorno mental grave y discapacidad intelectual leve (317)
 - Otros diagnósticos que impresionen por su gravedad
3. Presentar una discapacidad moderada o severa con dificultades en el funcionamiento psicosocial en una o varias de las siguientes áreas:
 - Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo en su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.
 - Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, dependencia económica, etc.
 - Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.
 - Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
 - Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.
 - Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.
 - Rol social: inadecuado desempeño del rol esperado (en el trabajo, estudios, tareas domésticas, etc.)

4. El abordaje de la persona requiere o se prevé que va requerir un uso intenso, frecuente y prolongado de prestaciones, dispositivos y servicios de la red sanitaria y social del distrito.

Para entrar en el proceso la persona debe cumplir algunas de las siguientes combinaciones:

- 1 y 2 y 3
- 1 y 2 y 4
- 1 y 2 y 3 y 4

Criterios de exclusión para la entrada en el proceso de TMG:

- Los siguientes diagnósticos:
 - Retraso mental moderado (318.0), grave (318.1) o profundo (318.2)
 - Trastorno mentales orgánicos (290.xx, 292.xx, 293.xx, 294.xx y 310.xx)
 - Diagnóstico principal relacionado con el abuso o dependencia de drogas (303.xx, 304.xx y 305.xx)
- Deterioro funcional que requiere otro tipo de abordaje que no puede proporcionar el proceso de TMG.

Límites final o de salida: criterios por los que una persona que estaba incluida en el proceso de atención al TMG sale de dicho proceso:

- Funcionamiento psicosocial adecuado y significativa remisión clínica durante al menos 2 años.
- Causas administrativas: traslado de domicilio, traslado de atención sanitaria a otro distrito, fallecimiento, atención en otras redes privadas, etc.

5.- PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO

La **entrada al proceso** se realizará de forma ordinaria desde el Centro de Salud Mental en función de los criterios establecidos en el apartado anterior. Personas desconocidas por el equipo del CSM y que sean remitidas por los Servicios Sociales, Atención Primaria u otros servicios, deberán ser valoradas por los profesionales del CSM para su propuesta de inclusión al proceso.

En el caso que aparezca por la UHB una persona que cumple criterios para entrar en el proceso se establecerá una coordinación con el CSM, se asignará psiquiatra y profesional de “continuidad de cuidados” y se incluirá a la persona en el proceso.

Se podrán diseñar mecanismos específicos de detección precoz en atención primaria que posibiliten una derivación rápida a los CSM y consoliden una coordinación periódica entre dichos dispositivos para favorecer la reducción de los periodos de psicosis sin tratar (DUP “*duration of untreated psychosis*”).

La **salida del proceso** se realizará cuando se cumpla alguno de los criterios señalados en el apartado anterior:

- Funcionamiento psicosocial adecuado y significativa remisión clínica durante al menos 2 años.
- Causas administrativas: traslado de domicilio, traslado de atención sanitaria a otro distrito, fallecimiento, atención en otras redes privadas, etc.

La salida del proceso se realizará al programa general de adultos del Centro de Salud Mental o si la situación de la persona lo permite a Atención Primaria.

Un objetivo central del proceso asistencial del TMG es la retención dentro del proceso de todas las personas que han sido incluidas en él. Se deberá elaborar un censo de personas beneficiarias del proceso y diseñar un sistema de alerta ante falta a citas o abandonos de recursos/actividades de las personas incluidas en el proceso.

6.- INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO

Se ha intentado para el arranque del proceso definir indicadores de calidad con los siguientes criterios:

- Que no sean excesivos
- Que sean fáciles de obtener, registrar y valorar
- Que sean relevantes
- Que atiendan al máximo número posible de fases del proceso

Los indicadores aquí propuestos se revisarán anualmente para valorar su cumplimiento, modificarlos y/o incorporar nuevos indicadores.

El cumplimiento o incumplimiento de los indicadores propuestos deberá tener un reflejo en modificaciones y ajustes en el proceso de TMG.

En la tabla siguiente se reflejan los criterios de calidad, indicadores y estándares del proceso.

Criterio	Indicador	Estándar
Transcurrirá máximo 1 mes desde la detección en AP hasta la primera cita en Salud Mental	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde AP] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 1 mes desde la primera cita en Salud Mental hasta la confirmación diagnóstica	[Fecha confirmación diagnóstica] – [Fecha de 1ª cita en Salud Mental] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 1 mes desde la confirmación diagnóstica hasta el fin de la evaluación clínica, funcional y social	[Fecha el fin de la evaluación clínica, funcional y social] – [Fecha de confirmación diagnóstica] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 1 mes desde el fin de la evaluación clínica, funcional y social hasta la elaboración del Pitr	[Fecha elaboración del Pitr] – [Fecha de fin de la evaluación clínica, funcional y social] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Se realizará al menos una revisión al año del Pitr de todos los pacientes incluidos en el proceso	$\frac{[\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos en el proceso en los que se ha revisado el Pitr al menos una vez al año}]}{[\text{Total de pacientes incluidos en el proceso}]} \times 100$	≥ 80%
Si procede, se dará información al	[Nº pacientes incluidos en el proceso en	

menos una vez al año al paciente, la familia y AP sobre el Pitr	los que procede informar al paciente, familia y AP sobre el Pitr, y se les ha informado al menos una vez al año]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso en los que procede informar al paciente, familia y AP sobre el Pitr] x 100	≥ 80%
No existirá demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado	Nº pacientes en los que ha existido demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado/ Total de pacientes dados de alta de un recurso	≤ 20%
Transcurrirá un máximo de 3 meses desde derivación a un recurso de la red y la primera cita en dicho recurso	[Fecha primera cita en el recurso] – [Fecha de derivación al recurso] ≤ 90 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Los pacientes incluidos en el proceso tendrán al menos 1 cita al trimestre en cualquier prestación/recurso al que hayan sido derivados	[Nº pacientes con al menos 1 cita al trimestre en todos las prestaciones/ recursos a los que ha sido derivado] / [Total de pacientes incluidos en el proceso que han sido derivados a alguna prestación/ recurso] x 100	≥ 80%
La pérdida no justificada de pacientes incluidos en el proceso será mínima	[Nº de pacientes dados de baja del proceso por pérdida] / [Total de pacientes que salen del proceso] x 100	≤ 10%
Las mujeres tendrán un acceso equitativo al proceso de TGM	a. [Nº de mujeres con diagnóstico de TMG y que cumplen criterios de inclusión, incluidas en el proceso] / [Nº mujeres con diagnóstico de TGM y criterios de inclusión en el proceso en tratamiento en el CSM] x 100 b. [Nº de hombres con diagnóstico de TMG y que cumplen criterios de inclusión, incluidos en el proceso] / [Nº hombres con diagnóstico de TGM y criterios de inclusión en el proceso en tratamiento en el CSM] x 100	La diferencia entre a y b será ≤1%
La Comisión multidisciplinar se reunirá al menos una vez al trimestre	Nº comisiones en un año natural	≥3 comisiones al año

7.- ACTIVIDADES DEL PROCESO

El proceso asistencial para el trastorno mental grave se organizará en torno a 3 subprocesos:

- **DETECCIÓN**

- **VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (PITR)**

- **TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO**

Las actividades incluidas en cada subproceso serían las siguientes

I. DETECCIÓN:

1. Detección del paciente con potencial TMG.
2. Información al paciente y a la familia.
3. Derivación a la Red de Salud Mental y asignación de Facultativo responsable

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

4. Confirmación del diagnóstico: entrevista de validación.
5. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas.
6. Evaluación clínica, funcional, familiar y social. Propuesta de derivación.
7. Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR).
8. Presentación del PITR al paciente y a la familia.
9. Devolución a Atención Primaria y a otros dispositivos fuera de la red de Salud Mental.

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

10. Aplicación del PITR.
11. Revisión y evaluación del PITR.
12. Información al paciente, familia, AP.
13. Seguimiento del proceso
14. Actividades asistenciales y terapéuticas.

Se presenta tabla resumen de cada actividad.

I. DETECCIÓN:

1. Detección del paciente con potencial TMG.

1. DETECCIÓN DE PACIENTE CON POTENCIAL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la red tanto desde la urgencia como desde las consultas.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• En los dispositivos sanitarios y sociales ya mencionados en el caso de atender a un paciente de sospecha de TMG se realizará:<ul style="list-style-type: none">○ Entrevista y Exploración psicopatológica básica en la que se revisarán criterios de sospecha según tabla 1○ Se pueden utilizar escalas de evaluación estandarizadas.• Para mejorar la detección, se contará con la información de familiares y de otras fuentes de información relevantes.• Hay que destacar la importancia de la entrevista, que en sí misma ya tiene un carácter terapéutico e irá dirigida a fortalecer el vínculo del paciente con posible TMG con la red sanitaria, facilitar la confianza con el sistema para no perderle y contener al paciente si fuese necesario. En casos de dudas o problemas de manejo asegurar otra cita y ponerse en contacto con el profesional de Salud Mental de la red asignado a esa área de salud para supervisar esta actividad. En el caso que el EAP tenga el Programa de Presencia Física de Salud Mental en el propio centro se podrá consultar directamente con este equipo.• Es importante, en esta red de profesionales, la formación continuada en entrevista, exploración psicopatológica y derivación.
Registro de la actividad
Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP- Doctor en médicos especialistas de consultas, HCIS en urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS.. Sería aconsejable poder acceder a todos estos registros desde cualquier punto de la red y no sólo para la historia sino también a los anexos, a la documentación...

Tabla 1

Criterios de sospecha de TMG
<p><i>Se considerará que el paciente manifiesta sospecha de Trastorno Mental Grave si presenta <u>alguna</u> de las siguientes características:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>1. Sospecha diagnóstica, diagnóstico establecido y situación clínica:</i><ul style="list-style-type: none">• <i>Trastornos psicóticos, trastornos esquizofrénicos, depresiones graves y recurrentes, trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, esquizotípico y límite, trastorno bipolar.</i>• <i>Se descartan trastornos mentales causados por enfermedades médicas o causas orgánicas.</i>• <i>Ha tenido 1 ó más ingresos hospitalarios por motivo psiquiátrico en los últimos 2 años, o algún ingreso prolongado (< de 3 meses) en alguna ocasión.</i>• <i>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.</i><i>2. Problemas de funcionamiento como consecuencia del cuadro clínico en al menos 2 de las siguientes áreas: auto-cuidados, falta de apoyo social, falta de ocupación y/o empleo, dificultades para establecer relaciones, dificultad para mantenerse en su residencia de manera autónoma, capacidad económica disminuida, escasa autonomía en el entorno comunitario, falta o inadecuación de apoyo familiar.</i><i>3. Evolución de trastorno de 2 años ó más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación).</i><i>4. Sospecha o necesidad de precisar un abordaje socio-sanitario complejo mediante combinación de intervenciones o múltiples recursos y/o profesionales de la red de atención.</i>

I. DETECCIÓN:

2. Información al paciente y a la familia.

2. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la red tanto desde la urgencia como desde las consultas.
Participantes en la actividad
Se realizará en cada puerta de entrada al proceso de forma inmediata y siempre asociada a la confirmación de criterios de sospecha.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Se proporcionará información básica al paciente y a la familia de:<ul style="list-style-type: none">○ Lo que puede ser un TMG○ Explicación de los recursos y actividades diagnósticas y posibles tratamientos• Valorar la necesidad de prestar apoyo específico para que el paciente y la familia asuman la situación (tabla 2)
Registro de la actividad
Anotación en historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas, HCIS urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS.. Sería aconsejable poder acceder a todos estos registros desde cualquier punto de la red y no sólo para la historia sino también a los anexos, a la documentación...

Tabla 2

Sobre la Información a paciente y a la familia
<i>Consideraciones generales</i> <ul style="list-style-type: none">- <i>Antes de dar la información al paciente y a la familia tenemos que asegurarnos que realmente hemos detectado un TMG. En caso de duda es preferible volver a citar, asegurarnos otra cita y resolver las dudas.</i>- <i>No debemos dar la información sin haber construido previamente una buena alianza terapéutica con el paciente y la familia. En ocasiones es preferible esperar unas pocas citas antes de dar la información.</i>- <i>Hay que dar la información con palabras que puedan ser entendidas tanto por el paciente como por la familia. Debemos estar atentos a las reacciones emocionales que aparezcan al darla, para atenderlas, parar la información. Y tenemos que solicitar un feedback de lo que han entendido que le hemos dicho.</i> <i>En relación con un paciente con TMG</i> <ul style="list-style-type: none">- <i>Muchos pacientes no tienen conciencia de enfermedad ni de tener un problema psicológico. La entrevista, por tanto, no es fácil, y no podemos esperar que el paciente reciba la información, en este caso, tal y como otros pacientes reciben otros diagnósticos.</i>- <i>En caso de que se den todos los elementos necesarios para que el paciente reciba esta información es preferible referirnos a que el paciente lo está pasando mal, está sufriendo y necesita ayuda para intentar que sufra menos, que devolverle términos muy cargados de estigma socialmente y que probabilizará que se defienda de ellos (como esquizofrenia, psicosis). En el caso de que el paciente no esté de acuerdo con la visión que tenemos nosotros de lo que le ocurre es preferible acordar con él algo más general como que está nervioso o sufre mucho, o que está teniendo experiencias infrecuentes, extrañas y que no está pudiendo distanciarse de ellas. Se puede intentar aludir a las consecuencias que está teniendo en su vida por lo que le ocurre: aislamiento, soledad, angustia u obsesión con lo que le pasa, y ofrecer ayuda en estos campos o dimensiones. Todo esto es preferible que asegurarle que tiene una enfermedad mental grave y ponernos a discutir con el paciente. El objetivo de la entrevista una vez detectado el caso es asegurarnos que acude a Salud Mental. En caso que no quiera y el paciente no esté con graves alteraciones de conducta (ver árbol del epígrafe 3), asegurarnos el vínculo, esperar a un momento mejor, dar tiempo, y no perder el enganche. Citarle con cierta periodicidad e informar al equipo de SM.</i>- <i>La entrevista de detección es preferible hacerla con el paciente a solas, luego es conveniente pasar a la familia. Con la familia es importante en primer lugar recabar información y confirmar la detección. A la hora de informar, en el caso que la familia esté delante del paciente, mantenemos la misma línea ya explicada. No usar en un principio etiquetas como esquizofrenia, psicosis. Si la familia está sin el paciente se le puede dar la información más amplia y concentrada, en el sentido que su familiar puede padecer un trastorno mental, que parece grave, por la clínica, la evolución y/o las repercusiones, y que es importante la intervención y los tratamientos disponibles para su mejora.</i>

I. DETECCIÓN:

3. Derivación a la Red de Salud Mental y asignación de Facultativo responsable

3. DERIVACIÓN A LA RED DE SALUD MENTAL
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la red tanto desde la urgencia como desde las consultas.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Para todos aquellos casos en los que la detección no se produzca en el CSM:<ul style="list-style-type: none">○ Desde dispositivo sanitario: EAP o HUPA: Activar mecanismo de derivación a CSM○ Desde dispositivos de SS.SS.: Se informará a los usuarios de los mecanismos de derivación a CSM. En los casos de pacientes de difícil manejo, que se nieguen a acudir a los servicios del MAP, los Trabajadores Sociales del Centro de SS.SS. se pondrán en contacto con el Departamento de Trabajo Social del CSM a través de teléfono o correo electrónico. En estas coordinaciones se decidirán las actuaciones más eficaces para que estos pacientes sean atendidos por un médico que pueda valorar un diagnóstico previo.○ En ambos casos y como norma general, la derivación PREFERENTE debe hacerse, necesariamente, antes de un mes. En caso de existir el Programa de Presencia Física de Consultor de SM en AP se utilizará de manera prioritaria. Si no es así se optará por la derivación habitual a través del programa telefónico SCAE.○ En ambos supuestos, derivación a urgencias si el caso lo requiere.○ En ambos supuestos el derivante comprobará que la derivación se ha hecho efectiva.• El Responsable Técnico del Área de Salud Mental dispondrá de las medidas necesarias dentro de su ámbito competencial para asegurar estos tiempos de demora y la transmisión de la información. Con respecto a AP y SS.SS., acordará con sus órganos directivos correspondientes el método a emplear.
Registro de la actividad
Anotación en historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP- Doctor en médicos especialistas de consultas o urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS.. Sería aconsejable poder acceder a todos estos registros desde cualquier punto de la red, no sólo para la historia sino para acceder a anexos, documentación...
Ubicación del Centro de Salud Mental
<ul style="list-style-type: none">• Cualquier paciente puede elegir especialista. En ese caso lo realizará a través del SCAE.• Hay 3 subequipos dentro del CSM de Alcalá, 2 de ellos se ubican en el Centro Integrado de Diagnóstico y Tratamiento (CIDT), Tlf: 918303870, y 1 subequipo en el CSM Puerta de Madrid c/ Alfonso de Alcalá s/n, Tlf: 918871506.• En el área existe un programa denominado Programa de Presencia Física de Consultor de SM en AP, donde un psiquiatra se desplaza a AP una vez a la semana, y una psicóloga una vez al mes a atender pacientes nuevos y supervisar con los MAP. Este programa creemos que es ideal para mantener la coordinación y facilitar la derivación a los CSM de estos pacientes, en ocasiones, difíciles de derivar. Siempre que sea posible, desde los EAP que tienen este programa se debería priorizar este tipo de relación y derivación que el habitual telefónico.

Sobre la Derivación al Centro de Salud Mental

Consideraciones generales

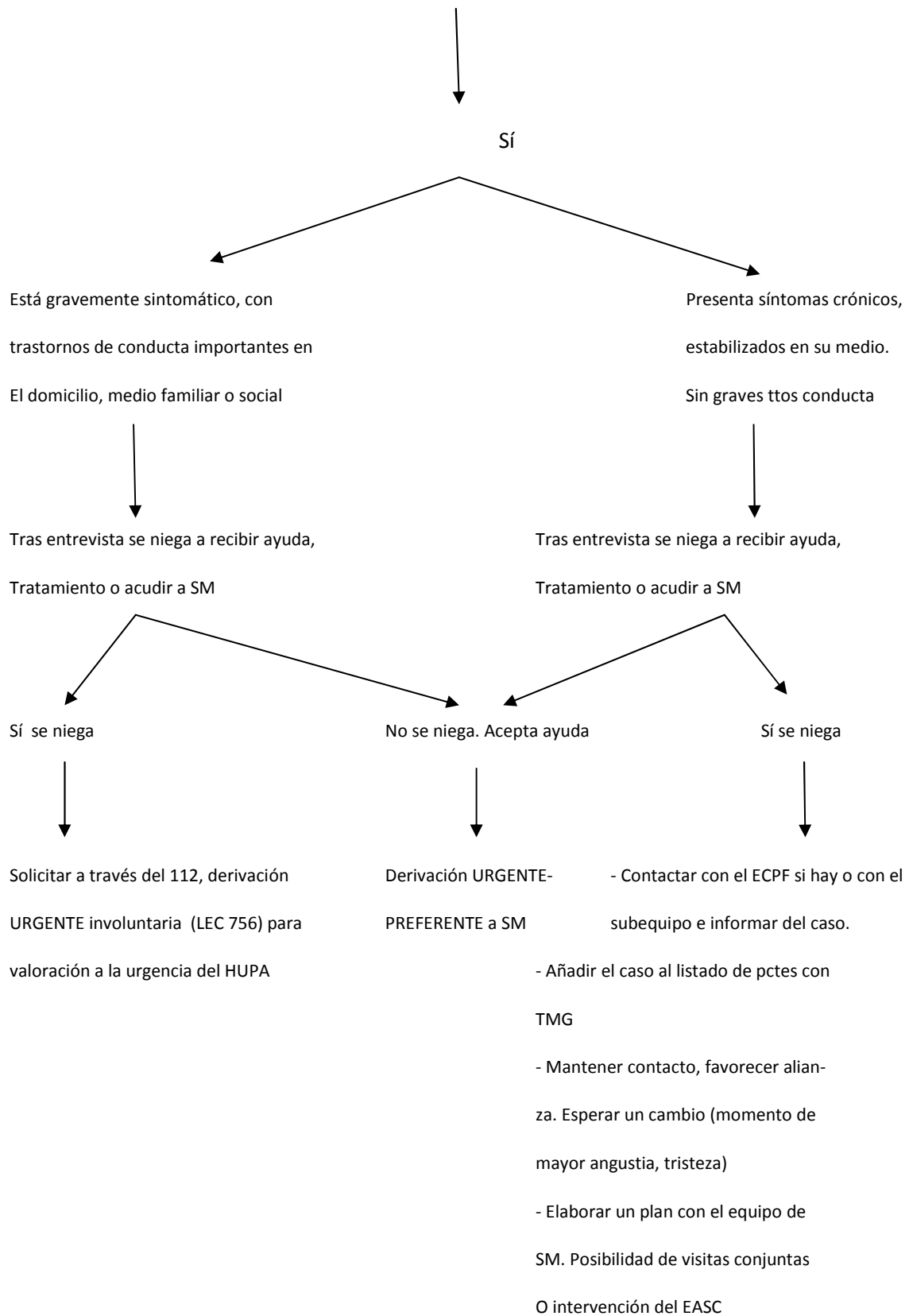
- *Es el objetivo más importante tras la detección del posible TMG.*
- *En ocasiones no es fácil porque el paciente no tiene conciencia de enfermedad y se niega en rotundo a acudir a Salud Mental. En esta situación:*
 - *Desde dispositivos de SS.SS.: Se informará a los usuarios de los mecanismos de derivación a CSM. En los casos de pacientes de difícil manejo, que se nieguen a acudir a los servicios del MAP, los Trabajadores Sociales del Centro de SS.SS. se pondrán en contacto con el Departamento de Trabajo Social del CSM a través de teléfono o correo electrónico.*

En estas coordinaciones se decidirán las actuaciones más eficaces para que estos pacientes sean atendidos por un médico que pueda valorar un diagnóstico previo.
 - *En AP. Hablar y supervisar el caso con el responsable de SM del Equipo, mejor si existe en el EAP el Programa de Presencia Física. Intentar mejorar la relación y tener localizado el paciente. Informar a la familia. Dar un poco de tiempo. En caso de gravedad clínica valorar con el Equipo de Salud Mental hacer una intervención urgente y derivar a las urgencias del HUPA para valorar ingreso en la UHB.*

Criterios de urgencia

- *Síntomas muy graves (tanto “positivos”: delirios, alucinaciones como “negativos”: deterioro de funciones sociales muy grave) que pueden poner en peligro al paciente y/o otras personas.*
- *Síntomas moderados-graves sin intervención de Salud Mental desde hace más de un año y sin tratamiento farmacológico ni contactos con la red.*
- *En el resto de casos, si no quiere acudir a SM, es preferible dar algo de tiempo y mejorar la relación con el paciente y la familia. Dar citas frecuentes y esperar siempre bajo supervisión de Salud Mental.*

ÁRBOL DE DECISIONES EN AP TRAS LA DETECCIÓN DE UN TMG
Padece un TMG?



II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

4. Confirmación del diagnóstico: entrevista de validación.

4. CONFIRMACIÓN DE TMG: ENTREVISTA DE VALIDACIÓN Y ASIGNACIÓN DE FACULTATIVO RESPONSABLE
Profesional responsable
Facultativo del CSM que evalúa al paciente derivado desde AP, consulta de especialidades o urgencias del HUPA.
Participantes en la actividad
<ul style="list-style-type: none">• Esta actividad se realizará siempre por un facultativo del CSM• Cuando el paciente sea nuevo la validación, dentro de las consultas de nuevos como preferente o normal, la realizará el facultativo que le atienda por primera vez.• Si el paciente ya está siendo tratado en el CSM la confirmación la hará el facultativo asignado y responsable del paciente, habitualmente el que lo evaluó. En aquellos casos que haya más de un facultativo, la validación se hará de acuerdo al procedimiento que establezca cada CSM. En el caso que sea un MIR o PIR necesariamente deberá tener un facultativo responsable que supervise al residente.• El Facultativo Responsable será, por tanto, aquel que realiza la confirmación del diagnóstico de sospecha. Se mantendrá en esta función hasta la ratificación en ese puesto con motivo de la reunión de la Comisión Multidisciplinar de Casos del Proceso (CMP).
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Se realiza la validación de los criterios de TMG, confirmándose que se cumplen los límites de entrada al proceso: diagnóstico clínico, nivel de funcionamiento psicosocial y laboral, uso de recursos socio-sanitarios, duración de la discapacidad.• La validación de criterios de TMG se realiza mediante entrevista, en la que se exploran las siguientes áreas: clínica, social, funcional, afrontamiento social y personal, ocupacional y laboral• Se recomienda emplear instrumentos estandarizados dirigidos a establecer diagnósticos y a la evaluación del funcionamiento psicosocial• La confirmación de TMG se realiza en un tiempo máximo de <u>1 mes desde la recepción de la derivación</u>:• Tanto si procede confirmar el diagnóstico de sospecha como si no el facultativo correspondiente dará cuenta de ello, a la administración de la unidad, a los siguientes efectos:<ul style="list-style-type: none">○ Dar de entrada al paciente en la base de datos del proceso, en caso de confirmación del diagnóstico de sospecha.• En los casos en los que no proceda confirmación, la información se acumulará bien en la misma base o en otra distinta, al objeto de que estos datos sirvan para perfeccionar el sistema de detección de casos.
Registro de la actividad
Anotación en historia HP-Doctor. Confirmación de Dx de sospecha y propuesta de evaluación. Censo del proceso de TMG

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

5. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas.

5. PRIMERAS MEDIDAS ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS	
Profesional responsable	Facultativo Responsable del CSM.
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">Equipo asistencial del CSM
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	<ul style="list-style-type: none">Hasta que el caso no sea visto por la CMP y se elabora y aprueba el PITR, el Facultativo Responsable activará por sí mismo o por otros profesionales todas aquellas medidas terapéuticas y asistenciales que el paciente necesite en función de su estado.En general las fundamentales son: favorecer la alianza de trabajo, asegurarse la continuidad del proceso, la derivación a la CMP, la derivación al Programa de Continuidad de Cuidados del CSM y la asignación del gestor del caso.
Registro de la actividad	Anotación en historia HP-Doctor. Actuaciones realizadas antes del PITR

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

6. Evaluación clínica, funcional, familiar y social. Propuesta de derivación.

6. EVALUACIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL, FAMILIAR Y SOCIAL Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
Profesional responsable	Facultativo Responsable.
Participantes en la actividad	Profesionales del CSM: psiquiatra, psicólogo/a clínico/a, trabajador/a social, enfermería. Además, pueden participar profesionales de otros recursos (CRPS, UHTR,...) que complementan la evaluación de aspectos funcionales con mayor profundidad. Se puede recurrir a los servicios sanitarios primarios o especializados para complementar la exploración somática.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	<ul style="list-style-type: none">Tras realizar la confirmación del diagnóstico de sospecha, el FR decidirá si ya se cuenta con información suficiente como para realizar el PITR o es necesario realizar exploraciones y evaluaciones en más profundidad.Si este fuera el caso, derivará el paciente a los profesionales correspondientes del CSM.Los profesionales implicados realizarán la evaluación solicitada y propondrán las áreas de intervención (terapéutica y asistencial) que consideren pertinentes, haciendo llegar al FR la "Evaluación y propuesta de intervención TMG" debidamente cumplimentado.La evaluación clínica, funcional y familiar, estará orientada a la obtención de información suficiente para realizar el Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación.Conforme a estos objetivos, se explorarán las siguientes áreas:<ul style="list-style-type: none">Evaluación clínica: información de carácter general, valoración clínica, funcionamiento cognitivo, tratamiento, conciencia de enfermedad y riesgo de suicidio.Evaluación social: red de apoyo social, red familiar, situación social.Evaluación funcional: actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales o complejas.Evaluación ocupacional y laboral.Exploraciones complementarias: quedan a juicio del clínico su solicitud. <p>Esta actividad se realizará en un periodo máximo de <u>1 mes</u>. Este plazo, siendo corto, permitiría</p>

orientar y trabajar rápidamente con los pacientes y así optimizar pronóstico. Habría que contar con huecos preferentes o similares para poder cumplir este plazo. Siendo 1 mes como máximo un periodo adecuado para este subproceso, hay que considerar que con algunos pacientes este plazo puede ser desaconsejable y habría que adaptarlo a las peculiaridades de la persona en atención primando la vinculación y enganche más que la evaluación.

Registro de la actividad

Anotación en HP-Doctor.

Para poder evaluar la eficacia del proceso, así como cumplir el criterio de salida del mismo cuando el paciente esté preparado para ello, sería necesario contar con algunos criterios valorables de forma objetiva, antes, durante y después del proceso. Para ello es útil el uso de escalas validadas. Se proponen las siguientes:

➤ Evaluación clínica :

ESQUIZOFRENIA

PANNS (validación para población española Peralta,V., Cuesta, M.J. (1994). Consta de 30 ítems : 7 para la escala positiva (PANSS-P); 7 para la escala negativa (PANSS-N) y 16 para la escala de psicopatología general (PANNS-PG). Tiempo de aplicación: 40 minutos.

PSICOSIS AFECTIVAS.

Escala de Hamilton para la depresión (HDRS). Validado población española por Ramos-Brieva, 1986. Versión de 17 ítems. Tiempo de aplicación 30 minutos.

Escala de Young. Escala de 11 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas maníacos. Entrevista 15-30 min.. Validada en población española Colom, Vieta y cols (2002).

➤ Evaluación Funcional y social :

Escala de evaluación de la actividad global (EEFG). (APA American Psychiatric Association, 1995). Esta escala corresponde al instrumento de valoración del eje V del DSM-IV. El profesional realiza la evaluación referida al momento actual y emite una única puntuación sobre una escala de 1 a 100 correspondiendo peor funcionamiento global a las puntuaciones bajas y mejor funcionamiento a puntuaciones altas. La escala está dividida en 10 tramos y para orientar la valoración del clínico, en cada uno de ellos está descrito el funcionamiento psicosocial y sintomático correspondiente a ese rango de puntuación. En caso que la valoración del funcionamiento psicosocial y de la gravedad de los síntomas no coincidan, se valorará a la persona en la peor de las dos puntuaciones.

➤ Evaluación familiar :

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Adaptación española de Martín et al (1994). Escala de 22 ítems Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

7. Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR).

7. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (PITR)
Profesional responsable
Facultativo Responsable y Comisión Multidisciplinar del Proceso (CMP)
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• El PITR incluirá todas aquellas intervenciones a realizar sobre el paciente, tanto las de carácter sanitario (red sanitaria), como sociales (incluyendo las de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental y las de la Red General de Servicios Sociales)• Los miembros de la comisión, con antelación de una semana, deberán contar con la información mandada previamente sobre el caso por el FR y tenerla estudiada.• El FR presentará el caso a la comisión de acuerdo a la información previa disponible sobre el paciente.• La CMP valorará de manera consensuada, y a propuesta del Facultativo Responsable, las diferentes áreas de intervención y actividades concretas de tipo asistencial y terapéutico a aplicar.• El FR será también el encargado de cumplimentar el documento Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación con los acuerdos de la comisión.• En este momento la comisión podrá proponer nuevas áreas de evaluación si lo considera pertinente y posponer si procede la elaboración del PITR.• Se decidirá cual es el dispositivo al cual es derivado el paciente en primera instancia, para comenzar el plan de tratamiento. Los criterios para realizar la derivación serán:<ul style="list-style-type: none">▪ Tipo de actividades a realizar y dispositivo más adecuado. Se podrá considerar la posibilidad de que un paciente y/o su familia pueda realizar distintas actividades simultáneamente en diferentes dispositivos, con independencia del dispositivo al que se le deriva (por ejemplo, si se considera necesario que la familia asista a grupos de psicoeducación que se están haciendo en otro recurso).▪ Estado general del paciente, que pudiera condicionar su derivación a un dispositivo concreto, con independencia de las actividades a realizar.• A todos los pacientes incluidos en el proceso se les asignará un gestor de caso del Programa de Continuidad de Cuidados.• Se recomienda en este momento realizar la confirmación o cambio del profesional que ejerce la figura de FR, en función de la distribución de cargas de trabajo.• Se acordará, según las características del caso, cual es la fecha en la cual deberá ser revisado de nuevo en la Comisión. Esta revisión deberá hacerse antes de que pase un año de la elaboración del PITR.• Se seguirán los procedimientos habituales para la derivación a los dispositivos que correspondan (incluso en el caso de que este sea el propio CSM). La derivación deberá incorporar toda la documentación generada hasta el momento. En el caso de derivación a otro recurso diferente al C.S.M. se llevará la propuesta de derivación, con sus protocolos de derivación habituales, a la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos. <p>.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiempo máximo de elaboración del PITR desde la primera cita en Salud Mental: 3 meses.
Registro de la actividad
Documento PITR en el HPDoctor

Sobre la Comisión Multidisciplinar del Proceso:

En la Comisión Multidisciplinar del Proceso participarán todos los dispositivos de la Red de Salud Mental.

Se reunirá con una periodicidad trimestral, aunque puede que durante la puesta en marcha del proceso sea necesario que lo haga con una frecuencia mayor.

Sería deseable que en cada dispositivo existiera un referente del Proceso de TMG y el caso de los CSM un representante por cada subequipo. Su mandato puede ser temporal siendo recomendable una duración no inferior a un año. Será el que acuda a la Comisión, y centralizará, en su propio recurso, la información sobre el proceso.

Se considera relevante que los residentes MIR, PIR y EIR tengan dentro de su primer año de rotación formación en el proceso y participación en la Comisión Multidisciplinar

La Comisión Multidisciplinar del Proceso tendrá entre sus cometidos principales valorar:

- Las personas que entran al proceso TMG
- Los planes de intervención de cada persona
- Los seguimientos de las personas

- Las salidas del proceso

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

8. Presentación del PITR al paciente y a la familia.

8 PRESENTACIÓN DEL PITR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA
Profesional responsable
Facultativo responsable y/o gestor de caso.
Participantes en la actividad
Facultativo responsable y/o gestor de caso.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none"> . Se informará del PITR a todos los pacientes con TMG y a sus familias en entrevista en el Centro de Salud Mental. . La presentación del PITR a la familia estará determinada por: <ul style="list-style-type: none"> - La valoración del responsable del caso - Consentimiento del paciente (si procede) . Se establece un contrato terapéutico (trato de palabra) con todos los pacientes con TMG ó (Doc 1) . La presentación del PITR al paciente y/o a la familia tiene lugar en un periodo máximo de 20 días. . Se procurará buscar el consenso y la colaboración del paciente y la familia, más que la imposición, en la presentación del PITR
Registro de la actividad
Anotación en HP-Doctor

: CONTRATO TERAPÉUTICO.

En Alcalá de Henares, el día ____ de _____ de _____.

REUNIDOS:

Por un lado, el Dr./Dra. _____, en calidad de Facultativo Responsable del C° de Salud Mental de Alcalá de Henares.

Por otro lado Don /Doña _____, como Coordinador de Cuidados del C° de Salud Mental de Alcalá de Henares.

Y, por otro lado Don /Doña _____, como paciente atendido en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares.

MANIFIESTAN:

I – Que Don/ Doña _____ ha sido informado de su inclusión en el Programa de Personas con Enfermedad Mental Grave.

II – Que por este motivo, Don/Doña _____ ha sido informado del Plan Individualizado de tratamiento y Rehabilitación PITR que se ha elaborado para él o ella, con las siguientes propuestas de intervención:

III – Que el paciente da su conformidad para que su familia sea informada: Sí No

Por esta razón, las partes acuerdan firmar un Contrato Terapéutico que se registrará por las siguientes

CLAÚSULAS:

Primera.- Los presentes se comprometen a mantener la más estricta confidencialidad con relación a todo aquello que sea tratado y acordado durante las entrevistas.

Segunda.- El Terapeuta Responsable y/o el Coordinador de Cuidados se comprometen a reunirse periódicamente con los profesionales que intervengan en el proceso para valorar conjuntamente la evolución.

Tercera.- El Facultativo Responsable se compromete a informar al paciente verbal y periódicamente de las evaluaciones que los diferentes profesionales emitan de su proceso.

Cuarta.- El paciente acepta asumir las pautas médicas en cuanto a su tratamiento médico (asistencia a citas y toma adecuada de medicación).

Quinta.- El paciente se compromete a colaborar activamente (asistencia a citas, dar información veraz y participación en actividades) que en el PITR se han descrito anteriormente.

Sexta.- La duración inicial de este Contrato Terapéutico será de ____ meses, al término de los cuales se revisarán de nuevo sus contenidos.

Séptima.- El Terapeuta Responsable Dr./Dra. _____ manifiesta que el incumplimiento flagrante de este Contrato Terapéutico por parte del Don/Doña. _____ daría lugar a una revisión del Programa.

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

Paciente

Facultativo Responsable

Coordinador de Cuidados

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PITR

9. Devolución a Atención Primaria y a otros dispositivos fuera de la red de Salud Mental.

9 DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA Y/U OTROS DISPOSITIVOS DERIVANTES

Profesional responsable

Facultativo responsable y/o Coordinador de Cuidados

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

. Se devolverá la información a AP y a otros dispositivos que aunque no sean de la red hayan realizado la derivación o participen en el PITR.

. Para la comunicación a AP y/o desde este dispositivo se utilizará el HP-DOCTOR para consultar el PITR y su seguimiento. Con el resto de los dispositivos se hará a través del programa de continuidad de cuidados en las reuniones de coordinación externas. En ellas se informará del PITR, haciendo especial hincapié en los objetivos generales de tratamiento y actividades de seguimiento en los que pudiera estar implicada Atención Primaria u otro dispositivo.

. Tiempo máximo para realizar esta actividad: 20 días

Registro de la actividad

Anotación en HP-DOCTOR

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

10. Aplicación del PITR.

10. APLICACIÓN DEL PITR EN LOS CORRESPONDIENTES DISPOSITIVOS

Profesional responsable

Responsable de cada dispositivo

Participantes en la actividad

Equipo multidisciplinar de cada dispositivo

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

- Cada dispositivo por el que pase el paciente (incluida el CSM), aplicará el esquema básico de actuación contenida en el proceso:

EVALUACIÓN → PITR → INTERVENCIÓN → REEVALUACIÓN → SEGUIMIENTO

- Igualmente, toda la actividad asistencial y en especial las actividades terapéuticas, contendrán todos los principios generales contenidos en la filosofía de los procesos asistenciales, en particular, la aplicación de principios basados en la evidencia y en el consenso profesional.

- En sus diferentes fases se realizará una adecuación del PITR remitido desde la CMP, en el que se podrán incorporar modificaciones, que serán consensuadas con el FR y GC, si suponen alteraciones importantes del plan inicial.

- Además, tanto al FR, como al GC si lo hay, se les mantendrá informados de todos los eventos e incidencias importantes relativas al paciente y en particular: inicio y final de las distintas actividades terapéuticas, preparación al alta, derivaciones y alteraciones importantes del estado general del paciente.

- La información del PITR elaborada por la CMP, junto con el resto de la información sobre actuaciones previas, evaluaciones e informes clínicos, sociales, etc. deberá estar en poder del dispositivo, con antelación a la llegada del paciente.

- La adecuación de la evaluación y el PITR y el inicio de su aplicación, tendrá que estar realizada en el plazo de 45 días, desde la recepción del paciente en el dispositivo de derivación.

- En cada dispositivo y de acuerdo a sus modos de organización, cada paciente contará con un Facultativo Responsable del PITR, al margen de la aplicación de otros sistemas de gestión de casos.

- Cada dispositivo arbitrará el procedimiento más oportuno para informar al paciente y a la familia de la adecuación del PITR al dispositivo, debiendo anotarse en la historia clínica la realización de este acto.

- Si una persona con consumo de drogas está en el proceso podría utilizar de forma coordinada y complementaria los recursos de la red de drogas.

- Al alta por cualquier motivo, se elaborará el correspondiente informe de alta.

Registro de actividad

Anotaciones en hp doctor (escanear los informes)

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

11. Revisión y evaluación del PITR.

11. REVISIÓN Y REEVALUACIÓN DEL PITR
Profesional responsable
Facultativo Responsable, Gestor del caso y CMP.
Participantes en la actividad
Facultativo Responsable, Gestor del Caso y CMP.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Tanto el FR, como el GC deberán disponer de una agenda, preferentemente con alarmas automáticas, en la que figure la fecha de reevaluación del caso por la CMP.• Con la antelación necesaria recopilarán la información suficiente como para presentar de nuevo el caso a la comisión. En la presentación se incluirán las propuestas de actuación.• Estas propuestas pueden derivar en:<ul style="list-style-type: none">▪ Necesidad de una nueva evaluación▪ Modificación del PITR o elaboración de uno nuevo.▪ Plan de seguimiento del caso, con indicación de actividades asistenciales y terapéuticas de baja intensidad. Este plan seguirá teniendo carácter de PITR.▪ Salida del proceso.
Registro de a actividad
Anotar en hp doctor o en otro documento escaneado y adjuntado.

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

12. Información al paciente, familia, AP.

7.12. INFORMACIÓN AL PACIENTE, FAMILIA Y AP
Profesional responsable
Facultativo Responsable y Gestor del Caso
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• Tras cada reevaluación y cuando se produzcan incidencias o cambios importantes en el PITR o en el estado del paciente, el FR y el GC informarán de ello tanto a la familia como a AP.
Registro de a actividad
Registro en hp doctor o documento escaneado y adjuntado.

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

13. Seguimiento del proceso

13 SEGUIMIENTO DEL PROCESO
Profesional responsable
Facultativo responsable y coordinador de cuidados
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">. Al margen de las actividades normales de seguimiento clínico de cada caso, por los respectivos profesionales que atienden a los pacientes, tanto el FR, como el CC.CC. cuando exista, se realizarán un seguimiento del paciente a lo largo de toda su andadura en el proceso.. Se debe registrar información procesal y menos de tipo clínico.. Para ello ambas figuras cumplimentarán los documentos que se incluyan en HP-DOCTOR para el seguimiento del proceso (incidencias y eventos importantes en el discurrir del paciente).
Registro de la actividad
Documentos maestros del proceso. Registrar en HP-DOCTOR.

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

14. Actividades asistenciales y terapéuticas.

14. ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS
Profesional responsable
Facultativo Responsable del paciente en cada actividad o dispositivo. Diferenciar del Facultativo Responsable del paciente o del tutor.
Participantes en la actividad
<ul style="list-style-type: none">Equipo asistencial del dispositivo implicado
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">Cada dispositivo desarrollará una oferta terapéutica que pondrá a disposición de todos los Procesos Asistenciales de Salud Mental y en concreto del TMG.Tras ello, los responsables de las Áreas de Salud Mental y de los dispositivos, gestionarán la progresiva capacitación, perfeccionamiento y actualización de la competencia de los profesionales en las diferentes actividades, generando entre otras propuestas, indicaciones para la conformación de los planes anuales de formación continuada.Conviene aclarar la diferencia existente entre que un dispositivo aplique un programa o lo gestione. Por ejemplo, un programa de tiempo libre y ocio, es presumible que sea ejecutado en su mayoría en el CRPS o en una UME, para lo que contará con medios propios, con independencia de utilizar también recursos ajenos, por ejemplo en la comunidad. En el CSM, sin embargo, para tal programa no contarán con ningún medio propio a pesar de que los pacientes con TMG susceptibles de necesitarlo; en este caso, desde el CSM se podrá diseñar un programa de gestión de tiempo libre y ocio individualizado, orientando y enseñando al paciente a utilizar los recursos comunitarios disponibles en su entorno.Igual observación cabe hacer de la utilización de recursos asistenciales o terapéuticos, que pudieran aportar algunas ONGs, asociaciones o fundaciones tutelares.No obstante, es propio de la implantación de la filosofía de los procesos, que se realice una adecuación del proceso general a cada ámbito. Desde esta perspectiva, el modelo general de Proceso Asistencial para el TMG que se presenta en este documento, puede ser considerado como el punto de partida mínimo, a partir del cual se pueden tomar iniciativas de reorganización funcional de sus recursos, para ofrecer otras alternativas asistenciales más avanzadas, como Equipos Asertivos Comunitarios, etc.
Registro de la actividad
Anotación en historia HP-Doctor. Documentación de cada actividad en su apartado propio por parte del profesional que realiza la actividad terapéutica.

A continuación se presentan las actividades por recursos y dispositivos implicados en el proceso de TMG y los criterios de derivación a los diferentes recursos implicados directamente en el proceso del TMG.

Criterios y procedimiento de derivación a los dispositivos y recursos de la Red de Salud Mental desde el CSM

Una vez que la persona con TMG ha sido incluida en el proceso, en el transcurso del seguimiento pueden aparecer situaciones clínicas o psicosociales que requieran la intervención de otros dispositivos o recursos de la red de Salud Mental.

El procedimiento para la derivación a recursos o dispositivos de la red de Salud Mental se recoge en el subproceso 7 “Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PITR)” y se resume en el siguiente procedimiento:

1º- El Facultativo Responsable presenta el caso y la propuesta de Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación en la Comisión Multidisciplinar del Proceso

2º- La Comisión valora y consensúa la propuesta de PITR y los recursos y dispositivos a utilizar por el paciente

3º- El Facultativo y el Gestor de Caso cumplimentan los protocolos al uso para la derivación al recurso

4º- El caso y los protocolos son presentados en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos

5º El caso queda en lista de espera del recurso

6º- Cuando el recurso tenga una o varias plazas libres lo comunicará al programa de continuidad de cuidados, quien, en consenso con los Facultativos Responsables del Caso, decidirán que personas de la lista de espera ocupan la/s plaza/s disponible/s. Para esta decisión se barajarán dos criterios: tiempo de espera y “urgencia”/“momento idóneo” del paciente.

➤ **Centro de Rehabilitación Psicosocial**

Criterios de derivación:

- Personas con dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada que necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.

➤ **Centro de Día**

Criterios de derivación:

- Tienen, o están en riesgo de tener, elevado deterioro cognitivo y psicosocial y/o gran aislamiento social.
- Evidencian importantes necesidades de soporte social y familiar, así como dificultades de integración en recursos socio-comunitarios.
- Necesitan intervenciones estructuradas, sistemáticas y continuas para estructurar una vida cotidiana todo lo normalizada y autónoma que sea posible.

➤ **Centro de Rehabilitación Laboral**

Criterios de derivación:

- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

➤ **Equipo de Apoyo Sociocomunitario**

Criterios de derivación:

- Usuarios que evidencian gran dificultad para vincularse a cualquier recurso del área, haciéndose de este modo inviable su derivación de acuerdo a los procedimientos y protocolos estándar.
- Usuarios que viven solos o con padres muy mayores y que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.
- Usuarios que por presentar una pérdida o deterioro leve o moderado en sus capacidades y habilidades no necesitan procesos estructurados, sistemáticos e integrales de rehabilitación psicosocial, bastando con

intervenciones de apoyo social y comunitario para prevenir una pérdida o deterioro severo de sus capacidades y habilidades, y facilitar su integración sociocomunitaria.

➤ **Residencia**

Criterios de derivación:

- Personas afectadas por una enfermedad mental severa y persistente cuyos déficit o deterioros en su funcionamiento psicosocial les impide vivir de un modo independiente.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.

➤ **Pisos tutelados**

Criterios de derivación:

- Personas con enfermedades mentales severas y persistentes que tienen un nivel mínimo de autonomía personal y social pero necesitan una apoyo residencial debido a:
 - Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
 - Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, o presente dificultades para mantenerse solos en una vivienda.
 - No requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada

➤ Hospital de Día

Criterios de derivación:

Las indicaciones de HD para pacientes con trastornos psicóticos (esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos etc.) son:

- Pacientes con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con complicaciones derivadas de éste hecho (ideas o intentos de suicidio, no cumplimiento del tratamiento etc.), en los que se valora la posibilidad de mejoría con terapia intensiva en régimen de día.
- Pacientes que no mejoran ambulatoriamente de la sintomatología positiva, y en los que se presupone que en un medio terapéutico, con un tratamiento más intensivo y con interacciones interpersonales tendrán mejor evolución.

Contraindicaciones:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

➤ UHB

Criterios de derivación:

- Pacientes sin conciencia de enfermedad, que requieren un tratamiento específico en alguno de los recursos de Salud Mental, sin que exista una buena adherencia al tratamiento, en éstos pacientes la hospitalización tiene el objetivo de garantizar las condiciones de tratamiento que el paciente necesita.
- Pacientes en los que se requiera unas condiciones de seguridad en caso de que el paciente presente alteraciones de conducta que pongan en riesgo su vida, su integridad física o las de los que le rodean (ideación suicida o heteroagresiva, gestos autolíticos...), o que presenten sintomatología activa que induzca a conductas de riesgo (alucinaciones auditivas, ideas delirantes...)
- Pacientes en los que se ha producido una quiebra de sus sistemas de soporte (familiar, social o asistencial). En estos pacientes la hospitalización tendría una función de contención temporal, y alternativo de soporte, hasta el momento en el que el sistema de soporte del paciente pueda volver a cumplir su función. En el caso de que esta situación se prolongue en el tiempo sería adecuado la derivación a otros dispositivos del área para que puedan cumplir esta función más a largo plazo.
- Pacientes con sintomatología psicótica en los que se tengan dudas sobre el diagnóstico (no se sabe si no esconden la medicación o no la toman, conviene descartar una base orgánica como etiología...). La hospitalización en este caso tendría el objetivo de favorecer la clarificación del diagnóstico y el ajuste del tratamiento en el caso de que se considere adecuado.
- Pacientes del espectro esquizofrénico, en los que por diversos motivos (resistencia al tratamiento, patología orgánica concomitante, embarazo...) se indica la aplicación de TEC u otra terapia que se tenga que aplicar en el hospital, o en los que debidos a su sintomatología se requiere una vigilancia intensiva.

➤ Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación

Criterios de derivación:

- Trastornos mentales graves.

- Mayores de 18 años y menores de 55 (en determinados casos que sobrepasen la edad, se valorará la pertinencia del ingreso)
- Residentes en la CM.
- Que estén incluidos en el Programa de Rehabilitación y continuidad de cuidados de los distritos.

Este dispositivo no está indicado para:

- Personas con retraso mental (discreto, moderado y grave).
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.
- Cumplimientos de condena.
- Trastornos orgánicos cerebrales que impiden su autonomía en la vida diaria.
- Trastornos mentales orgánicos derivados de enfermedad médica o sobrevenida.

➤ **Unidad Hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados**

Criterios de derivación:

- Pacientes crónicos con alteraciones psicopatológicas persistentes y/o conductuales, que no han logrado adquirir autonomía personal y que carecen o es deficitario su apoyo social.
- Necesidad de contención y adecuación conductual superior a la que puede ofertar un recurso residencial.
- Estancias temporales para pacientes que no cumplen criterios de ingreso en UHTR, pero si precisan contención y estabilización sintomática en un medio protegido y por un tiempo prolongado.
- Pacientes que deban cumplir medidas de seguridad por orden judicial.

Si el ingreso es indefinido, podría ser importante, para proteger los derechos de los pacientes, que estuvieran incapacitados y tuvieran tutor.

No está indicado el ingreso para:

- Personas con retraso mental y trastornos conductuales.
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas
- Trastornos mentales orgánicos derivado de enfermedad médica o sobrevenida.

➤ **Centro de Atención Integral a las drogodependencias (CAID)**

Criterios de derivación:

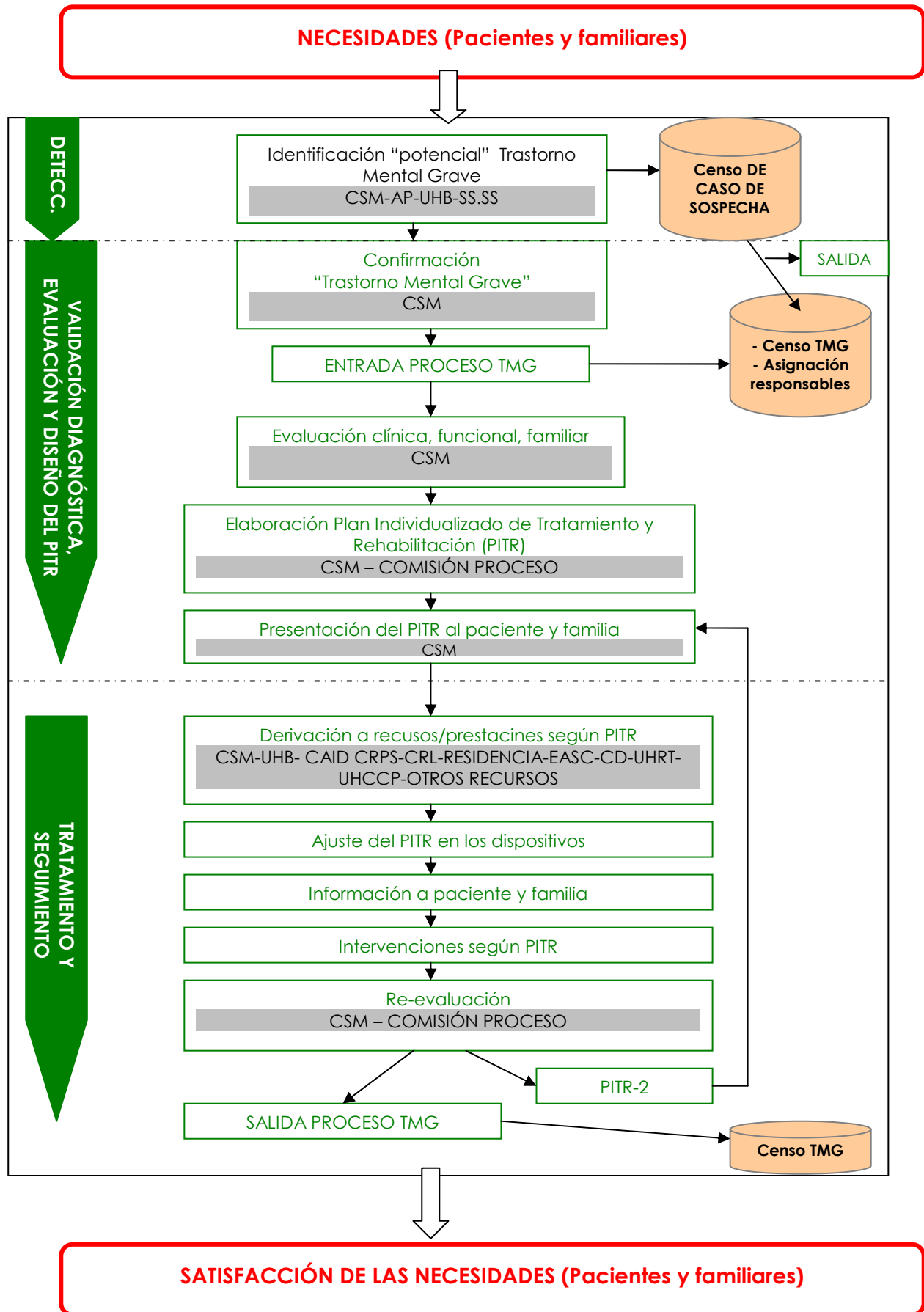
- Personas en riesgo de presentar problemas adictivos y/o con problemas de uso, abuso o dependencia de sustancias.

No está indicado el ingreso para:

- Pacientes en tratamiento en Salud Mental que no hayan sido derivados por su psiquiatra de referencia o desde la comisión de derivación de recursos.
- Menores de 16 años sin consentimiento del tutor legal

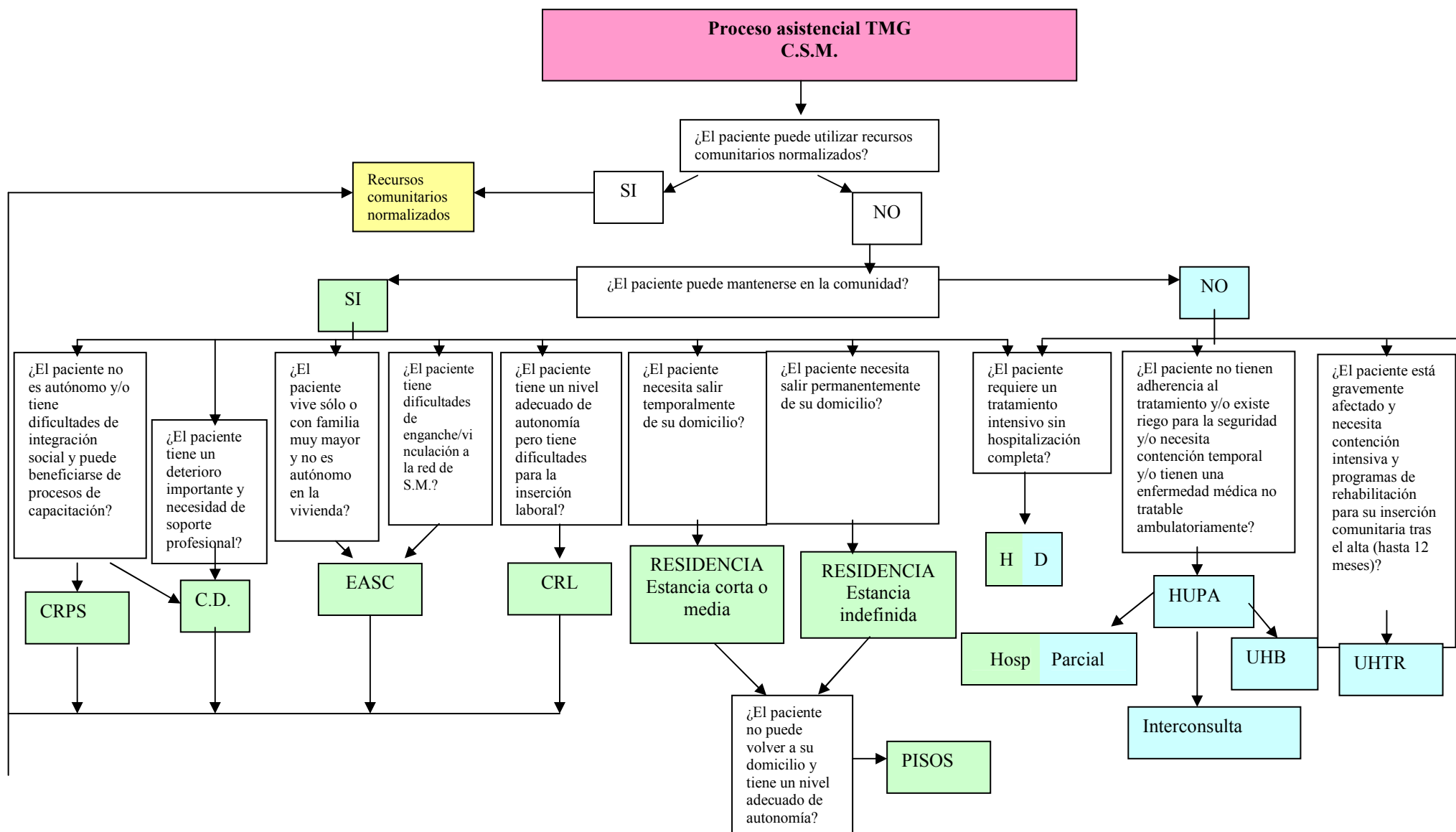
-Pacientes con patología orgánica y/o mental que requieran atención urgente o prioridad de atención en otros servicios de salud.

8.- MAPA DEL PROCESO



9.- ANEXOS

ANEXO 9.1: ÁRBOLES DE DECISIÓN para el uso racional de los dispositivos del proceso asistencial del trastorno mental grave



ANEXO 9.2: Fichas de los recursos

RECURSO: Programa de Continuidad de Cuidados

DEFINICIÓN:

Este Programa incluye la atención a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales graves: tratamiento, cuidados y apoyo por parte de los diferentes profesionales y desde distintos dispositivos.

Para garantizar la atención integral de estas necesidades, se propone la articulación de una serie de actuaciones que recorren todas estas prestaciones, profesionales y dispositivos desde un equipo radicado en la atención ambulatoria de distrito y que pretende garantizar la actuación sinérgica y coordinada de los mismos a través de unos Planes de Atención Individualizados para cada paciente.

Estos Planes garantizan la continuidad de las actividades llevadas a cabo en los distintos dispositivos, incluidas las actividades de rehabilitación.

1. El paciente será evaluado por el profesional al que es asignado y se cumplimentará el documento de C.C. planteando objetivos de intervención.
2. El Coordinador de Cuidados y/o el Trabajador Social realizarán una evaluación familiar.
3. Todos los pacientes tienen que tener asignado un DUE y un Trabajador Social, independientemente de cual de los profesionales asuma el rol de C.C.
4. Necesidad de evaluación y/o visitas domiciliarias excepto en los casos de negativa familiar o del propio paciente

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Dirigido a personas que requieren o se prevé que van a requerir el uso simultáneo o sucesivo de diferentes recursos y dispositivos, sea de la red de atención sanitaria o social u otros de su entorno, y tienen dificultades graves para utilizarlos debido a su trastorno mental.

- Pacientes Adultos que están siendo atendidos en los Servicios de Salud Mental de Distrito y que están incluidos en el Programa de Rehabilitación y/o en el Proceso de TMG.
- Que presentan deterioro, déficit o discapacidades causadas por su enfermedad mental o en riesgo de padecerlos.
- Que requieren o se prevé que van a requerir el uso simultáneo o sucesivo de diferentes recursos y dispositivos, tanto sanitarios como sociales u otros de su entorno.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Diagnóstico de psicosis CIE 9: 295, 296, 297, 298.

1. Otros diagnósticos psiquiátricos (no derivados de enfermedad médica o neurológica ni discapacidad intelectual) que presenten un alto índice de deterioro psico-social (en áreas de autocuidados, sociofamiliar y/o laboral).
2. Otros diagnósticos que cumplan los tres criterios siguientes:
 - a. Llevar más de 3 años en tratamiento en los S. de S.M.
 - b. 5 o más ingresos, o 120 días en los 2 últimos años.
 - c. 5 o más asistencias al mes en los S. de S.M. (2 o más no programadas)

PRESTACIONES:

1. Garantizar las prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario más adecuadas a su patología.
2. Establecer un Plan de Atención Integral (P.A.I) e individualizado. El plan debe ser acordado entre el terapeuta responsable del caso, el coordinador, el paciente y cuantas personas vayan a participar en el mismo.
3. La figura del Coordinador de Cuidados será el profesional responsable del Plan de Atención Integral del

paciente y que actúa tanto como provisor directo de cuidados, como coordinador de los distintos profesionales y dispositivos que intervengan sobre el paciente.

Como criterios generales de asignación de un paciente a Trabajo Social o Enfermería, se plantean:

TRABAJO SOCIAL:

1. Necesidad alta de coordinación: asistencia del paciente a más de 2 dispositivos del área (sin incluir CSM)
2. Necesidad prioritaria de integración social. Riesgo de exclusión social (falta de alojamiento, no soporte familiar, etc...)
3. Necesidad de integración/soporte laboral.
4. Necesidad de red social normalizada de soporte.
5. Menores en riesgo social.
6. Intervención en Programas de Atención Social Primaria.

DUE:

- Adherencia al tratamiento (inyectable).
- Necesidad de apoyo en cuidados básicos de salud.
- Control de tratamiento domiciliario.
- Carencia de autocuidados y AVD.
- Necesidad de cuidados enfermeros por otros problemas de salud (alimentación, diabetes, etc...)
- Tratamientos farmacológicos complejos y persistencia de efectos secundarios.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CENTRO INTEGRAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FRANCISCO
DÍAZ. C/ OCTAVIO PAZ Nº 11 1ª PLANTA ZONA S
ALCALÁ DE HENARES.

Telfs.: 91 830 38 70 ó 91 889 56 62 (ext 279- 277)

cmartine.hupa@salud.madrid.org

RECURSO: UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

DEFINICIÓN: Dispositivo sanitario de tercer nivel caracterizado por la prestación de cuidados de enfermería y psiquiátricos especializados de forma continuada. Dirigido a pacientes en los que, por su situación clínica y/o del entorno, no es posible garantizar el tratamiento adecuado en dispositivos ambulatorios.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

-Pacientes con TMG, sin conciencia de enfermedad, que requieren un tratamiento específico en alguno de los recursos de Salud Mental, sin que exista una buena adherencia al tratamiento, en éstos pacientes la hospitalización tiene el objetivo de garantizar las condiciones de tratamiento que el paciente necesita.

-Pacientes con TMG, en los que se requiera unas condiciones de seguridad en caso de que el paciente presente alteraciones de conducta que pongan en riesgo su vida, su integridad física o las de los que le rodean (ideación suicida o heteroagresiva, gestos autolíticos...), o que presenten sintomatología activa que induzca a conductas de riesgo (alucinaciones auditivas, ideas delirantes...)

-Pacientes con TMG en los que se ha producido una quiebra de sus sistemas de soporte (familiar, social o asistencial). En estos pacientes la hospitalización tendría una función de contención temporal, y alternativo de soporte, hasta el momento en el que el sistema de soporte del paciente pueda volver a cumplir su función. En el caso de que esta situación se prolongue en el tiempo sería adecuado la derivación a otros dispositivos del área para que puedan cumplir esta función más a largo plazo.

-Pacientes con sintomatología psicótica en los que se tengan dudas sobre el diagnóstico (no se sabe si no esconden la medicación o no la toman, conviene descartar una base orgánica como etiología...). La hospitalización en este caso tendría el objetivo de favorecer la clarificación del diagnóstico y el ajuste del tratamiento en el caso de que se considere adecuado.

-Pacientes del espectro esquizofrénico, en los que por diversos motivos (resistencia al tratamiento, patología orgánica concomitante, embarazo...) se indica la aplicación de TEC u otra terapia que se tenga que aplicar en el hospital, o en los que debidos a su sintomatología se requiere una vigilancia intensiva.

PRESTACIONES:

EVALUACIÓN: Anamnesis, con el paciente y/o los familiares, exploración psicopatológica, solicitud de pruebas complementarias –analíticas, neuroimagen, psicológicas- y despistaje de patología orgánica. En el caso de ingreso involuntario, notificación al juzgado y fiscalía. Realización de juicio diagnóstico y planteamiento de objetivos realistas para el ingreso en UHB conjuntamente con el paciente y familiares así como con su psiquiatra del CSM, elaborando un plan de tratamiento y cuidados individualizado.

INTERVENCIÓN: Manejo psicofarmacológico y clínico; entrevistas terapéuticas individuales y/o familiares; intervención en crisis; psicoterapia de apoyo y otras modalidades psicoterapéuticas: entrenamiento en relajación; terapia de conducta, psicoterapia de grupo, terapia por el medio, psicoeducación; elaboración y manejo de protocolos específicos (paciente agitado, paciente suicida, TEC, etc).

URGENCIA PSIQUIÁTRICA:

Evaluación del riesgo (contra sí, contra otros) y establecimiento de los tiempos máximos de demora en cada caso, evaluación de la urgencia psiquiátrica: criterios de ingreso, observación, derivación, manejo de situaciones conflictivas: auto y heteroagresividad, agitación, conducta pasiva, conflictos familiares, etc.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Unidad de Hospitalización Breve. Hospital Universitario príncipe de Asturias, planta 4ªD. Crta Alcalá Meço s/n. 28805. Alcalá de Henares. Madrid. Tfno 91.887.81.00; ext 2517. unidad.psiquiatria@uah.es

RECURSO: CENTRO DE REHABILITACION LABORAL

DEFINICIÓN: Recurso social específico cuya misión fundamental es la de favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastorno mental grave, de modo que propicie su integración laboral en la empresa ordinaria o en empleo protegido (centros especiales de empleo) o sistemas de autoempleo.
Su capacidad de atención es de 20 personas.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los Servicios de Salud Mental del área sanitaria de referencia asignada al Centro.
- Tener una edad entre 18 y 55 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad. Ambos sexos.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

PRESTACIONES: Las prestaciones que se desarrollan son las siguientes :

- **Programa de acogida:** a través de él se procede a la vinculación de la persona con el recurso. Dura aproximadamente 45 días y en este tiempo se lleva a cabo la valoración de las capacidades psicosociales, ocupacionales y profesionales.
- **Programa de Fortalecimiento psicológico.** El objetivo general de este programa es fomentar y reforzar las habilidades de competencia personal que mejoren la capacidad para afrontar el estrés producido por situaciones de la vida diaria, teniendo en cuenta siempre que, esta capacidad es fundamental en un ambiente laboral.
- **Programa de entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral.** Permite la adquisición gradual de competencias laborales con la inclusión en las áreas prelaborales (Servicios Múltiples y Tecnología)
- **Programa de Orientación Vocacional.** Tiene como objetivo general acompañar a la persona en la elección vocacional-ocupacional significativa, productiva y satisfactoria.
- **Programa de adquisición y manejo de habilidades para el desarrollo profesional.** Se mejora la competencia personal mediante el fortalecimiento de destrezas psicosociales, favoreciendo el desempeño profesional y permitiendo de este modo, afrontar con éxito las exigencias del entorno laboral.
- **Programa de Apoyo a la Formación laboral.** El objetivo general es aumentar y actualizar la cualificación profesional. Desde este programa se ofrecen los apoyos necesarios para lograr el mantenimiento y la finalización de la formación y permite comprobar hasta qué punto se han adquirido y generalizado las habilidades entrenadas en el CRL en un contexto diferente
- **Programa de Apoyo a la Inserción laboral.** El objetivo general es desarrollar las estrategias de búsqueda activa de empleo para que sean generalizables en la búsqueda autónoma de empleo, pudiendo usar la intermediación laboral como herramienta de apoyo a la colocación. A este programa, llegan todos aquellos usuarios que tienen un nivel óptimo en sus competencias, una orientación vocacional definida y una auténtica motivación para el empleo.
- **Programa de intermediación y prospección de recursos formativo-laborales.** Entre sus objetivos se encuentra el facilitar al empresario trabajadores ajustados a las vacantes laborales y derivar a los usuarios a recursos que favorezcan necesidades relacionadas con su proyecto profesional.
- **Programa de Mantenimiento en el empleo.** El objetivo general de este programa es detectar dificultades que se puedan dar en los distintos puestos de trabajo para ayudar al trabajador a resolverlas y la reflexión sobre las aportaciones que tiene la inserción laboral para el proyecto de vida.
- **Programa de Ocio Saludable.** Este programa conecta con un objetivo básico del Centro de Rehabilitación Laboral que es la apertura a empresas para que a través del Voluntariado corporativo en temas de ocio, se sensibilicen y tomen conciencia a través de una imagen ajustada, de las posibilidades de inserción laboral para las personas que atendemos. Al mismo tiempo, se generan espacios para introducir el uso de un ocio saludable, una vez finalizada la jornada de entrenamiento laboral.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CENTRO DE REHABILITACION LABORAL “ESPARTALES SUR”.

Avenida Federico García Lorca 20
28806 Alcala de Henares (Madrid)

Tlf: 91 8797591
Fax: 91 8829251
crl.alcala@grupo5.net

RECURSO: CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

DEFINICIÓN:

El CRPS es un recurso de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales y su misión es ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así como apoyar y asesorar a sus familias.

Su capacidad de atención es de 90 usuarios. Los CRPS trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, así como con los Servicios Sociales Generales y con los recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer la integración de los usuarios atendidos.

Sus principales objetivos son:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.
- Potenciar y apoyar su integración social facilitando el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia, Servicios Sociales Generales y otros recursos sociocomunitarios para favorecer y articular una atención integral que posibilite procesos de rehabilitación y apoyo comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental.
- Presentarán enfermedad mental severa o grave de curso crónico, principalmente esquizofrenia.
- Con dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada y necesitan una apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.

PRESTACIONES:

- Programas individualizados de Rehabilitación Psicosocial y apoyo a la Integración Social.

Se ofrecen diferentes actividades de entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades para ayudar a estas personas a mejorar su autonomía y nivel de funcionamiento en las distintas áreas de la vida personal y social. Orientándose siempre a favorecer y apoyar su integración en su entorno comunitario, potenciado el desempeño de roles sociales normalizados. Para ello se trabaja entre otras cosas, apoyando el uso de recursos sociocomunitarios y el desarrollo de redes sociales de apoyo.

Las principales áreas de intervención son las siguientes:

- AUTOCUIDADO (Aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables)
- PSICOMOTRICIDAD.
- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Manejo de la vivienda, hábitos domésticos, manejo social, uso de transportes, realización de tramites, manejo del dinero, etc.)
- PSICOEDUCACIÓN (Conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, autoadministración de la medicación, factores de riesgo, prevención de recaídas, etc.)
- AUTOCONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS.
- HABILIDADES SOCIALES.
- DÉFICIT COGNITIVOS.
- OCIO Y TIEMPO LIBRE.
- * INTEGRACIÓN COMUNITARIA (Uso de recursos sociocomunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc).

- ORIENTACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INSERCIÓN EN EL MUNDO LABORAL
- APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y SOPORTE COMUNITARIO.
- SEGUIMIENTO EN LA COMUNIDAD

- Actividades de Apoyo y soporte social

El desarrollo del proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, arriba indicado, se llevará a cabo, además, sin perder de vista las necesidades de apoyo social específicas de cada usuario asegurando su adecuada atención tanto dentro como fuera del centro, especialmente con aquellos con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Estas actividades se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro como en su caso en coordinación con el Centro de Día de referencia, optimizando, de acuerdo al principio de normalización, el uso de recursos sociocomunitarios y la implicación y potenciación de las redes sociales comunitarias, así como trabajando en estrecha coordinación con los programas de rehabilitación y seguimiento de los Servicios de Salud Mental de referencia.

- Seguimiento y apoyo comunitario.

Una vez finalizado el proceso específico de rehabilitación y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, los CRPS desarrollarán un proceso flexible de seguimiento y apoyo comunitario que asegure el mantenimiento del nivel de funcionamiento e integración alcanzado, con especial énfasis en aquellos usuarios con mayores dificultades o dependencia ofreciéndoles el apoyo necesario a través de actividades de soporte social en el propio centro y en el entorno comunitario.

Este seguimiento, apoyo comunitario y soporte se desarrollará desde los CRPS trabajando en estrecha colaboración con los Servicios de Salud Mental de referencia y con los Servicios Sociales generales, así como optimizando el uso de recursos sociocomunitarios normalizados.

- Apoyo a las Familias. Se ofrecerá a través de:

- Apoyo y Asesoramiento individualizado con cada familia de cada usuario.
- Programas grupales de “Escuela de Familias” en los que se ofrece información, psicoeducación y formación en estrategias prácticas de manejo, comunicación y solución de problemas. Su objetivo es enseñarles los conocimientos y habilidades necesarias para entender la problemática de la enfermedad mental, mejorar la convivencia y apoyar positivamente el proceso de rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico.
- Apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CRPS Alcalá de Henares. C/ Pablo Coronel, 18 bajo. 28802 Alcalá de Henares. Tel.: 91 882 38 84 - 91 882 39 84. Fax: 91 880 68 50

Correo electrónico: crpsalcala@grupoexter.com

RECURSO: CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL

DEFINICIÓN:

Los CD se definen como recursos sociales específicos complementarios a los Programas de Rehabilitación y Continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental y a los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Están integrados en la red pública de Salud Mental. Se conciben como un recurso comunitario de apoyo a la integración sociocomunitaria.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Presentarán trastornos mentales severos de curso crónico (principalmente esquizofrenia y otras psicosis).
- Tienen, o están en riesgo de tener, elevado deterioro cognitivo y psicosocial y/o gran aislamiento social.
- Evidenciarán importantes necesidades de soporte social y familiar, así como dificultades de integración en recursos socio-comunitarios.
- Necesitan intervenciones estructuradas, sistemáticas y continuas para estructurar una vida cotidiana todo lo normalizada y autónoma que sea posible.

PRESTACIONES:

- Programas individualizados de atención psicosocial y soporte social

encaminados a reforzar, mantener y si se puede mejorar las capacidades y las habilidades que favorezcan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, dando el apoyo y soporte social necesarios para facilitar la estructuración de la vida cotidiana.

Las principales áreas de intervención son las siguientes:

- 1.- **Autocuidado:** vestido, higiene personal, hábitos saludables, etc.
- 2.- **Actividades de la Vida Diaria:** manejo de tareas domésticas, manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes
- 3.- **Psicomotricidad:**
- 4.- **Psicoeducación:** información sobre la problemática psiquiátrica y la condición de vulnerabilidad. Se enseña a conocer factores de riesgo y factores protectores para la prevención de recaídas.
- 5.- **Habilidades sociales básicas:** mirada, sonrisa, postura, paraverbales, conversación, comunicación, asertividad, etc.
- 6.- **Capacidades básicas:** atención, memoria, discriminación, orientación, etc.
- 7.- **Ocio y Tiempo libre:**
- 8.- **Seguimiento y apoyo comunitario:** utilización de recursos socio-comunitarios normalizados, apoyo, soporte comunitario y seguimiento necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial y de integración alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación.
- 9.- **Apoyo a las familias:** información, formación, asesoramiento y apoyo; fomento y colaboración para el desarrollo de grupos de autoayuda, promoción del asociacionismo.
- 10.- **Actividades de día de apoyo y soporte social:** como complemento al proceso de mejora del funcionamiento y la autonomía personal y social, se organizarán y promoverán actividades que faciliten la estructuración de la vida cotidiana y se ofrecerá el soporte social que los usuarios puedan necesitar. Estas actividades se desarrollarán fuera del centro fomentando el uso de recursos socio-comunitarios.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CD Nueva Alcalá. ALCALÁ DE HENARES

Dirección. C/ Río Tajuña S/n. Centro Comercial Nueva Alcalá.
28803, Alcalá de Henares.
Tel: 91 882 22 34
Fax: 91 882 71 13
Correo electrónico: cdalcala@grupoexter.com

CD ESPARTALES SUR ALCALÁ DE HENARES

Avenida Federico Garcia Lorca 20
28806 Alcalá de Henares (Madrid)

Tlf: 91 8797591
Fax: 91 8829251
Correo electrónico: cd.espartalesur.alcala@grupo5.net

RECURSO: EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (Río Tajuña)

DEFINICIÓN:

Los EASC son un Equipo social multiprofesional, cuyo trabajo ha de hacerse en coordinación y complementariedad con el Programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

Su capacidad de atención es de 30 personas.

Están integrados en la red pública de Salud Mental, debiendo coordinarse y colaborar con los recursos específicos de atención social y con los Servicios Sociales Generales

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Presentarán enfermedad mental severa o grave de curso crónico (principalmente esquizofrenia y otras psicosis).
- Evidenciarán gran dificultad para vincularse a cualquier recurso del área,

haciéndose de este modo inviable su derivación de acuerdo a los procedimientos y protocolos estándar.

- Usuarios que viven solos o con padres muy mayores y que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.
- Usuarios que por presentar una pérdida o deterioro leve o moderado en sus capacidades y habilidades no necesitan procesos estructurados, sistemáticos e integrales de rehabilitación psicosocial, bastando con intervenciones de apoyo social y comunitario para prevenir una pérdida o deterioro severo de sus capacidades y habilidades, y facilitar su integración sociocomunitaria.

PRESTACIONES:

Evaluación funcional y Programas Individualizados de Atención Social y Apoyo Comunitario en su propio domicilio y en su entorno familiar y social encaminado a:

1. que los usuarios se vinculen con los recursos de la red.
2. aprendan y/o recuperen las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.
3. orientar a los familiares para que la convivencia con el usuario sea más normalizada y desproblematizada.
4. “descargar” a los familiares de las responsabilidades y exigencias a las que se ven abocados en la convivencia con el usuario.

Los principales procedimientos y estrategias de intervención que se pueden utilizar son:

1.- Estrategias sistematizadas y asertivas de vinculación a recursos

2.- Atención y apoyo social en su propio domicilio y en su entorno familiar y social:

- autocuidados (vestido, higiene personal, hábitos de alimentación, hábitos de sueño, etc.)
- actividades de la vida diaria (manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes, preparación de comidas y otras tareas domésticas)
- psicoeducación (información clara y asequible sobre su problemática y su condición de vulnerabilidad, enseñándoles a conocer factores de riesgo así como informándoles sobre la medicación neuroléptica como factor protector)
- facilitar la colaboración e implicación de recursos sociales y comunitarios que puedan favorecer el proceso de rehabilitación e integración social de los usuarios
- fomentar el desarrollo de las redes sociales de los usuarios.

3.- Apoyo a las familias que conviven con los usuarios. Se ofrecerá la información, asesoramiento y apoyo individualizado que sea necesario para facilitar la mejora de la convivencia y aumentar sus recursos y capacidades para aliviar la sobrecarga y resolver los problemas existentes.

4.- Seguimiento. Para asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad, es necesario articular un sistema de apoyo social y seguimiento flexible y continuado que se ajuste a las necesidades de los usuarios.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Dirección. C/ Río Tajuña S/n. Centro Comercial Nueva Alcalá.

28803, Alcalá de Henares.

Tel: 91 882 22 34

Fax: 91 882 71 13

Correo electrónico: eascalcala@grupoexter.com

RECURSOS: RESIDENCIA ALCALÁ DE HENARES

RESIDENCIA ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES

DEFINICIÓN:

La Residencia “Alcalá de Henares” de 20 plazas, y la Residencia “Espartales Sur Alcalá de Henares” de 30 plazas, se conciben y organizan como un recurso residencial comunitario destinado a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con deterioro en su autonomía personal y social que no cuentan con apoyo familiar o social o que debido a su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación requieran los servicios de este recurso residencial.

Proporciona con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido (estancia larga), alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario, y en su caso orientación y apoyo a las familias. Se organiza de un modo polivalente y flexible y ofrece atención y supervisión continuada (24 horas).

OBJETIVOS:

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda necesitan un apoyo constante e indefinido.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Posibilitar la máxima autonomía posible de los residentes.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.
- Facilitar la recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
- Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
- Posibilitar la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar si esta es la mejor opción.

ACCESO:

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en la MR.

Todos los usuarios que se plantee su acceso a la misma deberán estar siendo atendidos en un Servicio de Salud Mental. El equipo del Servicio de Salud Mental propondrá la derivación y acceso de un usuario mediante la cumplimentación de la ficha individualizada de continuidad de cuidados, o en su caso, un informe de derivación que incluirá información sobre la situación clínico-psiquiátrica, situación social y familiar, nivel de funcionamiento psicosocial, motivos que justifican la demanda de acceso, previsión de duración de la estancia y funciones y objetivos de la misma, así como previsión residencial a la salida de la MR.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

El perfil general de los usuarios a ser atendidos se ajustará a los siguientes criterios generales:

- Personas afectadas por una enfermedad mental severa y persistente cuyos déficit o deterioros en su funcionamiento psicosocial les impide vivir de un modo independiente.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia

especializada y continuada

- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.

PRESTACIONES:

Las Residencias se diseñan y organizan para ofrecer no solo la cobertura de necesidades básicas de alojamiento, manutención y cuidado, sino que además se ofrece una atención psicosocial orientada hacia la mejora de la autonomía personal y social, la mejora de la calidad de vida y el apoyo a la integración comunitaria de los usuarios residentes, independientemente de la duración de su estancia. Se organiza y asegura esta atención psicosocial a través de programas de intervención y actividades en relación, entre otras, a las siguientes áreas:

Autocuidado: Higiene, vestido, apariencia y cuidado personal.

Psicomotricidad

Actividades de la vida diaria: autonomía personal, manejo de dinero, realización de compras, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas, hábitos alimenticios, etc.

Psicoeducación y Educación para la Salud: Información sobre la enfermedad, seguimiento de la medicación, adherencia al tratamiento y contacto con su Servicio de Salud Mental, hábitos saludables, autocontrol y manejo del stress.

Habilidades sociales: Mejora de las habilidades sociales básicas e interpersonales así como la expresión de emociones para facilitar y promover el desarrollo de relaciones sociales dentro y fuera de la Residencia y potenciar redes sociales de apoyo.

Ocio y tiempo libre: Planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre dentro y fuera de la Residencia, dinamización de intereses y aficiones, etc.

Integración comunitaria: Promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria a través del contacto con recursos sociocomunitarios, actividades formativas, culturales, deportivas, etc.

Información y apoyo a las familias: Asesoramiento en tramites, orientar en el conocimiento de la enfermedad y apoyar en las necesidades que puedan surgir durante el proceso de estancia en el centro, salidas a domicilio o salida definitiva de la Residencia del familiar ingresado.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

RESIDENCIA “ALCALÁ DE HENARES”

Avenida de Castilla, 31, 2ª planta

28804, Alcalá de Henares

Tlf: 91 888 18 04

Fax: 91 883 39 46

mr.alcaladehenares@fundacionmanantial.org

RESIDENCIA “ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES”

C/ Federico García Lorca nº 20

28806, Alcalá de Henares.

Tlf: 91 882 69 75.

Fax: 91 883 84 03.

mr.espartalesur.alcala@grupo5.net

**RECURSOS: PISOS SUPERVISADOS MR ALCALÁ DE HENARES
PISO SUPERVISADO RESIDENCIA ESPARTALES SUR –
ALCALÁ DE HENARES**

DEFINICIÓN:

Constituyen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte organizado en pisos o viviendas normalizadas, insertas en el entorno comunitario en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental, recibiendo el apoyo y supervisión flexible que en cada momento necesiten, a través de profesionales.

Los Pisos Supervisados se organizan en coordinación y vinculación con las residencias.

OBJETIVOS:

- Proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo más normalizado posible que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía y calidad de vida.
- Promover y posibilitar el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria de cada usuario.
- Evitar situaciones de abandono y marginación o procesos de cronificación y deterioro de usuarios sin apoyo familiar o social.

ACCESO:

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en el piso supervisado. Desde la Residencia se valorará y propondrá usuarios que sean indicados para continuar su proceso de rehabilitación en un recurso de estas características.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas con enfermedades mentales severas y persistentes que tienen un nivel mínimo de autonomía personal y social pero necesitan una apoyo residencial debido a:
 - Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
 - Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, y tienen dificultades para mantenerse solos en una vivienda.
 - No requerir una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
 - Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
 - Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
 - Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada

PRESTACIONES:

Los Pisos Supervisados se diseñan y organizan para ofrecer no solo la cobertura de necesidades básicas de alojamiento, además se ofrece una atención psicosocial orientada hacia la mejora de la autonomía personal y social, la mejora de la calidad de vida y el apoyo a la integración comunitaria de los usuarios residentes. Se organiza y asegura esta atención psicosocial a través de programas de intervención y actividades en relación, entre otras, a las siguientes áreas:

Autocuidado: Higiene, vestido, apariencia y cuidado personal.

Actividades de la vida diaria: Apoyo en manejo de dinero, realización de compras, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas en la vivienda, hábitos alimenticios, programa de cocina etc.

Psicoeducación y Educación para la Salud: Información sobre la enfermedad, seguimiento de la medicación y contacto con su Servicio de Salud Mental, hábitos saludables, autocontrol y manejo del stress.

Habilidades sociales: Promover y apoyar el desarrollo de relaciones sociales dentro y fuera del Piso y potenciar redes sociales de apoyo.

Ocio y tiempo libre: Planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre, dinamización de intereses y aficiones, etc.

Integración comunitaria: Promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria a través del contacto con recursos sociocomunitarios, actividades formativas, culturales, deportivas, etc.

Información y apoyo a las familias: Asesoramiento en tramites, orientar en el conocimiento de la enfermedad y apoyar en las necesidades que puedan surgir durante el proceso de estancia, salidas a domicilio o salida definitiva del piso supervisado del familiar ingresado.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:**RESIDENCIA “ALCALÁ DE HENARES”**

Avenida de Castilla, 31, 2ª planta

28804, Alcalá de Henares

Tlf: 91 888 18 04

Fax: 91 883 39 46

lbenito@fundacionmanantial.org

RESIDENCIA “ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES”

C/ Federico García Lorca nº 20

28806, Alcalá de Henares.

Tlf: 91 882 69 75.

Fax: 91 883 84 03.

mr.espartalesur.alcala@grupo5.net

RECURSO: Centro de Atención Integral a las Drogodependencias-C.A.I.D.**DEFINICIÓN:**

El Centro de Atención Integral a las Drogodependencias (CAID) es un dispositivo asistencial de carácter ambulatorio del Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

Forma parte de la Red de Servicios de Salud mental correspondientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias y de la Red de recursos asistenciales de la Agencia Antidroga a través del convenio que mantiene con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Su finalidad es prevenir la aparición de problemas de drogodependencias y restablecer la salud de las personas que presentan trastornos por el uso, abuso o dependencia de sustancias tóxicas, desde un modelo de intervención comunitario, orientado a la mejora continua y que responda a las necesidades y demandas de la población.

Cuenta con un equipo multidisciplinar que realiza una planificación global sobre el problema de salud desde un enfoque bio-psico-social y prioriza la normalización e integración de la población afectada.

Objetivos:

- Mejorar la salud de los pacientes buscando la estabilización, la remisión parcial o la remisión total de los síntomas
- Prevenir o disminuir factores de riesgo de recaídas y aumentar los factores de protección
- Reducir los riesgos que conlleva el consumo de drogas en drogodependientes activos, con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades e introducir mejoras en su forma de vida.
- Orientar y apoyar a familiares o responsables
- Potenciar la integración social y evitar situaciones de marginalidad

Requisitos:

El acceso puede ser directo o derivado de otros servicios. Para recibir prestaciones en el CAID se requiere:

- Firma del contrato de adhesión terapéutica
- Consentimiento de los padres o tutores legales en el caso de menores de 16 años
- Aportación de la orden judicial correspondiente en los casos de cumplimiento de alternativas de condenas.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Personas en riesgo de presentar problemas adictivos y/o con problemas de uso, abuso o dependencia de sustancias.

Contraindicaciones

- Pacientes en tratamiento en salud mental que no hayan sido derivados por su psiquiatra de referencia o desde la comisión de derivación de recursos
- Menores de 16 años sin consentimiento del tutor legal
- Pacientes con patología orgánica y/o mental que requieran atención urgente o prioridad de atención, en otros servicios de salud.

PRESTACIONES:

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA	Realización de entrevistas individuales con la persona que presenta problemas de uso, abuso y/o dependencia de sustancias, recogida de la demanda, explicación del proceso de asistencia, firma de consentimiento informado y citas para evaluación bio-psico-social
EVALUACION	Entrevista individual y familiar (si procede) para la evaluación médica, psicológica y social
	Exploración psicopatológica (anamnesis, elaboración historia clínica, petición realización de pruebas complementarias)
	Elaboración del diagnóstico bio-psico-social
	Valoración de problemas enfermeros
	Diseño del Plan de Tratamiento individualizado
TRATAMIENTO	Asignación del tutor de continuidad de cuidados
	Manejo clínico y tratamiento farmacológico
	Desintoxicación ambulatoria
	Psicoterapia individual, familiar, grupal
	Grupos psicoeducativos
	Grupo de relajación
	Análisis toxicológicos
	Tratamientos directamente supervisados
	Atención domiciliaria
	Seguimiento de problemas enfermeros
	Educación para la salud: intervención individual y/o grupal
	Talleres de reducción de riesgos para pacientes en tratamiento
	Seguimiento clínico tras alta de tratamiento
	Seguimiento en el medio de pacientes en tratamiento: asistencia al metabús y farmacias concertadas
	Intervención individual para asesoría, orientación laboral y realización de cursos de formación
	Información y búsqueda de recursos de ocio y tiempo libre
	Acompañamientos a recursos socio-sanitarios y órganos judiciales
	Intervención individual y/o grupal para familiares de pacientes en tratamiento
	Valoración y derivación a recursos asistenciales de la Red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid
	Coordinación continuada con técnicos de los Servicios educativos, sociales y sanitarios y de los dispositivos de la red Asistencial de la Agencia Antidroga y de la red Sanitaria
REDUCCIÓN DE RIESGOS	Intervención individual con consumidores activos en medio abierto
	Dispensación de material estéril en medio abierto y en consulta
ASESORÍA Y ORIENTACIÓN	Consulta individual para familiares y población general dirigida a asesorar y orientar sobre sospecha o situaciones de uso y/o abuso de drogas

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Dirección: C/ Santiago nº 13 (1ª planta), 28801 Alcalá de Henares (Madrid)

Teléfono: 91 877 17 40

Fax: 91 883 65 19

Correo electrónico: plandrogas@ayto-alcaladhenares.es

RECURSOS: HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS

DEFINICIÓN:

Es un dispositivo asistencial de tratamiento intensivo, activo y estructurado en régimen de día. En esta modalidad de tratamiento predominan los principios que rigen un ambiente terapéutico, es decir, se focaliza en las interrelaciones que se producen entre los pacientes y entre éstos y el personal con fines terapéuticos. Proporcionan una doble dimensión de tratamiento, ya que a la terapia intensiva se une la posibilidad de contención directa durante una parte del día. El modelo de intervención es el de la Terapia Basada en la Mentalización.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Requisitos para ser derivado al HD de adultos:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Derivación desde CSM con documentación establecida para ello.
- Valoración en Comisión de Seguimiento del Área.
- Reunión de presentación al equipo del HD por parte del terapeuta y los profesionales implicados en su tratamiento en el CSM.
- El paciente está de acuerdo con realizar un tratamiento intensivo en régimen de día y acepta sus normas de convivencia.
- Suficiente soporte personal, familiar y social que permite contención fuera del horario del HD.

Indicaciones del HD de adultos:

Las indicaciones de HD para pacientes con trastornos psicóticos (esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos etc) son:

- Pacientes con graves dificultades para afrontar su enfermedad, con complicaciones derivadas de éste hecho (ideas o intentos de suicidio, no cumplimiento del tratamiento etc), en los que se valora la posibilidad de mejoría con terapia intensiva en régimen de día.
- Pacientes que no mejoran ambulatoriamente de la sintomatología positiva, y en los que se presupone que en un medio terapéutico, con un tratamiento más intensivo y con interacciones interpersonales tendrán mejor evolución.

Contraindicaciones:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

PRESTACIONES:

1.1.- EVALUACIÓN

- Coordinación con derivante(s)
- Entrevistas individuales:
 - Valoración de la situación actual.
 - Valoración de las posibilidades de tratamiento en hospital de día
 - Establecimiento de relación terapéutica
 - Realización de historia clínica.
 - Exploración psicopatológica y exploraciones complementarias
 - Evaluación de enfermería
- Entrevistas familiares:
 - Valoración de la situación actual.
 - Valoración de las posibilidades de tratamiento del paciente derivado en hospital de día, así como de la pertinencia de intervenciones familiares durante éste.
- Valoración de la información obtenida por la observación del paciente durante la primera semana que acude al Hospital de Día. Actividades específicas de evaluación desde terapia ocupacional.

1.2.- ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO, en relación con objetivos de tratamiento y consensuado con el paciente, lo que queda recogido en contrato de tratamiento.

La programación terapéutica se hará siguiendo la siguiente metodología:

- Definición del problema (o problemas).

- Formulación de los objetivos basándose en los problemas detectados.
- Elección de las actividades terapéuticas que, razonablemente, permiten esperar la consecución de los objetivos.
- Estimación del plazo previsible para la consecución de objetivos.
- Determinación de los profesionales del equipo que han de intervenir, establecimiento de las modalidades de intervención y de los modos de coordinación de dichas intervenciones.
- Determinación de los recursos materiales necesarios.
- Reevaluación periódica.
- Reevaluación si se alcanza el tiempo previsto de tratamiento, con justificación si se prolonga.
- Evaluación final y alta.

1.3.- TRATAMIENTO:

MEDIO TERAPÉUTICO, con características de terapia de grupo interpersonal y terapia basada en la mentalización. En él se integran:

1.3.1.- ACTIVIDADES GRUPALES:

1.3.1.1.- ACTIVIDADES GRUPALES EN EL HD

- GRUPOS TERAPÉUTICOS PEQUEÑOS.
- GRUPOS MEDIANOS (con actividades intermediarias como pintar o escribir).
- Actividades grupales de TERAPIA OCUPACIONAL: sociabilización (técnicas psicodramáticas), taller creativo y taller de musicoterapia o prensa.
- Actividades centradas en el desarrollo de consciencia corporal, aumento de regulación emocional:
 - ENTRENAMIENTO grupal EN RELAJACIÓN
 - PSICOMOTRICIDAD
 - TALLER DE SALUD.
- GRUPOS GRANDES, ASAMBLEARIOS, para regular el funcionamiento del Hospital de Día.

1.3.1.2.- ACTIVIDADES GRUPALES DIRIGIDAS AL EXTERIOR Y SOCIOTERÁPICAS dirigidas a favorecer la incorporación de los pacientes a actividades sociales, de formación, cultura, tiempo libre y búsqueda de empleo)

1.3.2.- ACTIVIDADES INDIVIDUALES:

- ENTREVISTAS INDIVIDUALES puntuales o regladas para apoyo, resolución de dificultades puntuales.
- Entrevistas de enfermería para cuidados específicos, fundamentalmente en TCA.
- Entrevistas con T.O. dirigidas a favorecer la incorporación de los pacientes a actividades sociales, de formación, cultura, tiempo libre y búsqueda de empleo

TERAPIAS INDIVIDUALES

INTERVENCIONES PSICOFARMACOLÓGICAS :

- Prescripción y seguimiento.
- Información .
- Analíticas.
- Entrega controlada de medicación cuando sea preciso.

1.3.3.- ATENCIÓN A FAMILIAS

ENTREVISTAS FAMILIARES destinadas a lograr alianza con el tratamiento, favorecer convivencia, informar sobre el trastorno mental del paciente o de las vicisitudes de la vida de la familia durante el tratamiento de éste.

TERAPIAS FAMILIARES

1.3.4.- COMIDA y “sobremesa” con pacientes en Hospital de Día.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Hospital de Día de Psiquiatría “Puerta de Madrid”

C/ Alfonso de Alcalá, s/n . 28802 – Alcalá de Henares

Tel: 918771505

Fax: 918880584

RECURSO: UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS**DEFINICIÓN:**

La Unidad hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende una asistencia psiquiátrica integral en un régimen de hospitalización completa y prolongada, ofreciendo entre otras alternativas, contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Pueden beneficiarse del ingreso los pacientes con trastorno mental severo, mayores de 18 años y menores de 65, residentes en la CM, que necesitan un tratamiento psiquiátrico y un soporte residencial, no siendo posible realizar este tratamiento en las Unidades de Hospitalización Breve, ni en las UHTR con camas.

Indicaciones de ingreso para las UHCPP:

- Pacientes crónicos con alteraciones psicopatológicas persistentes y/o conductuales, que no han logrado adquirir autonomía personal y que carecen o es deficitario su apoyo social.
- Necesidad de contención y adecuación conductual superior a la que puede ofertar un recurso residencial.
- Estancias temporales para pacientes que no cumplen criterios de ingreso en UHTR, pero si precisan contención y estabilización sintomática en un medio protegido y por un tiempo prolongado.
- Pacientes que deban cumplir medidas de seguridad por orden judicial.

Si el ingreso es indefinido, podría ser importante, para proteger los derechos de los pacientes, que estuvieran incapacitados y tuvieran tutor.

No está indicado el ingreso para:

- Personas con retraso mental y trastornos conductuales.
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas
- Trastornos mentales orgánicos derivado de enfermedad médica o sobrevenida.

La forma de acceso, la documentación a aportar, el sistema de coordinación es igual que en las UHTR. La única diferencia es que el cauce de acceso no es mediado por la Comisión Regional de Rehabilitación, se gestiona directamente con el H. Rodríguez Lafora.

La estancia no está limitada en el tiempo, aunque el proceso de rehabilitación y el objetivo del ingreso siempre es la vuelta al medio comunitario lo más normalizado posible.

Las plazas están asignadas al área y esta es responsable del manejo de la lista de espera y trabajar las alternativas al alta de los pacientes para tener plazas disponibles.

PRESTACIONES:

Asistencia psiquiátrica integral en un régimen de hospitalización completa y prolongada, ofreciendo entre otras alternativas, contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Hospital Dr. Rodríguez Lafora.
Ctra. de Colmenar Viejo Km. 13,800
28049 - Madrid

Teléfono: 91.586.75.00
Fax: 91.586.73.91

RECURSO: UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

DEFINICIÓN:

La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende promover la reinserción e integración en la comunidad de los pacientes con enfermedades mentales graves

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Pueden beneficiarse del ingreso en esta Unidad los pacientes que reunan las siguientes características:

- Trastornos mentales graves.
- Mayores de 18 años y menores de 55 (en determinados casos que sobrepasen la edad, se valorará la pertinencia del ingreso)
- Residentes en la CM.
- Que estén incluidos en el Programa de Rehabilitación y continuidad de cuidados de los distritos.

Este dispositivo no está indicado para:

- Personas con retraso mental (discreto, moderado y grave).
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.
- Cumplimientos de condena.
- Trastornos orgánicos cerebrales que impiden su autonomía en la vida diaria.
- Trastornos mentales orgánicos derivados de enfermedad médica o sobrevenida.

Tiempo de estancia: entre un mes y seis meses, pudiéndose prolongar dicha estancia hasta doce meses, en función de los objetivos terapéuticos establecidos.

Acceso: Los pacientes deben estar incluidos en el P. de Rehabilitación y continuidad de cuidados del distrito y éste establecerá los objetivos de rehabilitación que justifican el ingreso. El caso es presentado en **la Comisión de Seguimiento y Derivación a recursos del Área 3, que maneja la lista de espera y la asignación de plazas en el área, vinculando las camas de estas unidades a los programas de rehabilitación de los distritos**. Posteriormente se enviarán los informes a la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental y se incluirán en la lista de espera del área, así mismo el representante del Área en la Comisión Regional de Rehabilitación y Continuidad de cuidados (Oficina de Coordinación de Salud Mental), presenta el caso en la reunión con los Centros Concertados (Ciempozuelos) que gestionan estas plazas, en dicha reunión están presentes las distintas áreas sanitarias de la CM. y se hace un control y análisis global de las plazas asignadas. Si una plaza del área queda disponible, la Oficina de SM. Enviará la correspondiente autorización del ingreso al distrito que se le asigne la plaza.

Documentación a aportar:

Carpeta de Continuidad de Cuidados.

Plan de Atención Integral, dónde debe constar la alternativa residencial al alta.

Informe clínico.

Informe social.

PRESTACIONES:

Programación del ingreso:

Los responsables del caso del CSM contactarán con el servicio de admisión del Hospital para programar el ingreso e informarán a los pacientes y a las familias. En caso de ingreso involuntario se deberá contar con la autorización judicial para el mismo.

Áreas de Intervención:

Competencia personal: conciencia de enfermedad, autoguiado, hábitos de vida.

Afrontamiento personal y social: funcionamiento cognitivo, autocrontrol y técnicas de afrontamiento, autonomía básica, autonomía social.

Sistemas de coordinación:

Es condición necesaria e indispensable compartir y consensuar entre los dispositivos y profesionales el Plan de rehabilitación de cada usuario.

Se realizará una reunión mensual de presentación de casos y de seguimiento de los ingresados. Previa a la derivación, el caso ha de ser presentado y aprobado en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Clínica San Miguel

C/ Arturo Soria 204

28043 Madrid

Telef: 91.413.50.11

Fax: 91.413.56.38

Email: administracionsanmiguel@hospitalariasmadrid.org

ANEXO 9.3: Escalas de evaluación

- **OBSTÁCULOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO**

Se señalan algunos obstáculos o dificultades que pueden dificultar la implantación del proceso:

- Soporte informático con acceso desde los diferentes recursos de la red de Salud Mental (incluido CAID y recursos de Consejería de Servicios Sociales) para:
 - . la creación del censo de pacientes en el proceso
 - . sistema de alertas en las agendas electrónicas
 - . volcado y archivo de documentos que el proceso genere.
- Posibilidad de escanear y archivar electrónicamente documentos del proceso.
- Tiempo de los profesionales (por ejemplo con huecos en agenda específicos para el proceso) y personal de apoyo (por ejemplo para el escaneo y archivo de documentos)
- Área Sanitaria Única: la inclusión de personas con TMG en el proceso pero residentes en municipios diferentes a los influencia del HUPA, dificultará la coordinación y desarrollo de los procesos asistenciales.
- La ausencia de un movimiento organizado de usuarios en la zona dificultará la participación activa de éstos en el proceso.

- **CRONOGRAMA PROCESO: DISEÑO, CONSENSO Y PUESTA EN MARCHA**

23 Abril 2012: puesta en marcha del grupo de trabajo redactor del proceso TMG

27 Febrero 2013: grupo de trabajo: fin borrador del proceso TMG

1 Marzo 2013: envió del documento a Coordinador S.M.

7 Marzo 2013: presentación en Consejo Financiadores

11 Marzo 2013: envió del borrador a todos los profesionales de la red de Salud Mental y a grupo de usuarios para revisión y sugerencias sobre el documento.

5 Abril 2013: fin plazo para el envío de sugerencias

10 Abril 2013: reunión del grupo redactor para discutir y en su caso incorporar las sugerencias recibidas

17 abril 2013: presentación oficial del proceso en Sesión Clínica HUPA.

8 de Mayor 2013: arranque del proceso con la primera Comisión Multidisciplinar del proceso

ANEXO 9: Proceso de Trastornos de la Personalidad

PROCESO DE ATENCIÓN A PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL CLUSTER B

HAN INTERVENIDO EN LA REALIZACIÓN DEL DOCUMENTO:

Déborah Ortiz, Paz Villalba, Cristina Linares, Miriam Pavo, Mi garcía, Sara Herrera, Lourdes Rodríguez, Fernando Ripoll, Ana Rosa González, Almudena Ortiz, Carmen García Guixot, Bruno de Diego, María XXX

Coordinadora: Josefina Mas Hesse

INDICE:

INTRODUCCIÓN.

DEFINICIÓN FUNCIONAL

LIMITES DEL PROCESO (ENTRADA, MARGINAL Y SALIDA)

DESTINATARIOS DEL PROCESO

OBJETIVOS DEL PROCESO

ACTIVIDADES DEL PROCESO

MAPA DEL PROCESO

RECURSOS del PROCESO

INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO

INTRODUCCIÓN.

La atención a los pacientes con trastornos de la personalidad requiere que intervengan diferentes recursos sociosanitarios en distintos momentos del tratamiento o simultáneamente. Con este documento se pretende organizar de la manera más idónea posible los recursos existentes para dar una respuesta eficaz y eficiente a esta población. Se va a empezar la redacción de este “Proceso” limitándolo al grupo de pacientes diagnosticados de Trastornos de la Personalidad caracterizado por la inestabilidad en distintos ámbitos y el escaso control de impulsos, fundamentalmente Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y Trastorno Histriónico de la Personalidad.

Esta decisión se debe a las diferencias en la clínica y necesidades de atención de los diferentes TP, a la existencia de suficientes publicaciones mostrando la utilidad de algunos tratamientos, fundamentalmente psicoterapéuticos, para los pacientes límite, así como a la falta de apoyo bibliográfico sobre intervenciones validadas con otros TP.

Además, el grupo de los TLP es el más prevalente de los TP y constituye un porcentaje significativo de las personas atendidas en los recursos de Salud Mental. Los estudios de prevalencia (1) ^{vi}establecen, para TLP entre un 11-20% en los Centros de Salud Mental, un 18-32% de los ingresos en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias y un 1-2% en población general. Hay muy pocos estudios sobre la prevalencia de este Trastorno en personas jóvenes.

El curso clínico de estos pacientes es generalmente inestable, con cambios significativos en su funcionamiento, que puede oscilar entre temporadas con una mayor o menor adaptación social, otras en que domina la clinofilia o/y otras con agudización de conductas como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas disociativos (que pueden aparecer como psicótico-like), comportamientos impulsivos, trastornos en la conducta alimentaria, trastornos en el sueño o trastornos en el estado de ánimo.

Su tipología cambia de manera muy significativa entre pacientes. No sólo por la referida inestabilidad clínica, sino también, y en gran parte, debido a cómo se establece el diagnóstico en las clasificaciones actuales y a la comorbilidad, así como a los niveles de gravedad .

En los DSM IV se pide que cumplan con al menos 5 de nueve criterios, lo que da lugar, hipotéticamente, a más de 200 combinaciones de síntomas para un mismo diagnóstico. La CIE 10 diferencia entre dos tipos de “Trastornos fronterizos o límite”: los impulsivos y los límite propiamente dichos. Se prevé un cambio en estas clasificaciones, con la propuesta, para la DSM V, de conceptualizar el TLP como un trastorno dimensional, en el que se consideraría la intensidad del sufrimiento y el nivel de dificultad de la persona para relacionarse.

Por otra parte, la comorbilidad es tan frecuente que raramente se diagnostica a un paciente exclusivamente de TLP. Generalmente existe comorbilidad con al menos otro TP, y más frecuentemente con varios, y con uno o más trastornos del eje I. El TLP más frecuente en mujeres que en hombres, con una proporción de 3:1, es decir alrededor del 75% son mujeres. Se observa que con frecuencia la presentación en ambos géneros es algo diferente, probablemente por diferencias en la comorbilidad.

La comorbilidad de los trastornos del eje I con un TP conlleva generalmente un peor pronóstico.

El diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales, como el trastorno de identidad disociativo no especificado o el trastorno por estrés postraumático complejo, es con frecuencia sutil, además de que pueden coexistir. Probablemente dentro del amplio espectro de lo que hoy se consideran TLP en nuestro medio se pueda afinar más el diagnóstico y diferenciar otras patologías.

En las últimas décadas se ha producido un aumento, en los distintos niveles de la red de salud mental, del número de pacientes diagnosticados de TLP (2), posiblemente a costa de otros diagnósticos que han disminuido, como el T histriónico de la personalidad.

Paralelamente ha ido habiendo un desarrollo de tratamientos específicos para este Trastorno que han mejorado los resultados de las intervenciones terapéuticas y se ha ido conociendo mejor lo que se puede esperar de su evolución natural, cuestionándose la creencia anterior que aseguraba para ellos una mala evolución.

Por el contrario, diferentes estudios (1) longitudinales han mostrado que el pronóstico a lo largo del tiempo es, en general, más favorable de lo que se esperaba, al encontrar en seguimientos de TLP de al menos 15 años tan solo un 25% que mantuviera una clínica que justificara aún el diagnóstico, mientras que lo que presentaba la mayoría se reducía a dificultades moderadas, sin criterios para diagnosticar el trastorno de la personalidad. Los síntomas con evolución más favorable fueron los impulsivos, seguidos de los cognitivos y las relaciones interpersonales. Pero esto no quiere decir que no sea un trastorno grave, un 8-10% de estos pacientes fallece por suicidio consumado, sobre todo en los primeros 5 años.

Otro prejuicio que se ha mantenido durante muchos años como idea predominante ha sido que se podía hacer poco por estos pacientes, esta idea se basaba en la experiencia, ya que no encajaban bien en los servicios de salud mental, dificultando el tratamiento a otros pacientes y encontrando respuestas que no les ayudaban, con resultados frustrantes, estrés profesional y un alto consumo de recursos (2).

Pero en las últimas décadas han ido apareciendo publicaciones con resultados positivos para determinadas terapias e intervenciones y se ha ido viendo que estos pacientes responden con marcos estructurados de atención y con programas específicos para su adecuado tratamiento, como queda recogido en la Guía del TLP (guía del profesional) del SERMAS (2)

En el momento actual contamos con modelos de tratamiento psicoterapéutico que han sido validados y conocemos algunos principios organizativos que comparten diversos tratamientos psicoterapéuticos efectivos (3) para estos TP. Pese a ello seguimos encontrando gran variabilidad en la práctica clínica de profesionales y servicios (1), y con escasa evaluación de sus resultados.

Con la redacción de este Proceso se pretende facilitar la organización en la red de atención a la salud mental de Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de los distintos recursos y programas, con terapias específicas y validadas, adaptando la intervención al momento evolutivo del paciente y a sus características individuales específicas. La coordinación entre recursos y el trabajo en equipo ha de propiciar una coherencia y continuidad entre los distintos dispositivos que intervengan en la atención a estos pacientes, disminuyendo el riesgo de abandono y fomentando una intervención adecuada a las posibilidades y necesidades de cada uno.

Algunos principios generales que han guiado la elaboración de este documento han sido:

- El protagonista del proceso ha de ser el paciente y su familia.
- El abordaje ha de ser integral, dando respuesta a las necesidades sanitarias, sociales y psicosociales del paciente.
- La familia (progenitores, parejas, hijos..) ha de ser atendida, detectando sus necesidades y atendíendolas.
- La necesaria intervención de distintos servicios hace que sea necesaria la coordinación entre ellos
- El proceso ha de ser consensuado entre todos los servicios que van a intervenir en él.
- Dada la situación de no crecimiento en los dispositivos sanitarios, pretendemos hacerlo ciñéndonos lo más posible a los recursos con los que ya se cuenta, aunque será necesario poner en marcha alguna nueva actividad, por ejemplo, un grupo de regulación emocional (DBT), terapias individuales supervisadas , y una comisión específica para el proceso.
- Sabemos que se trata de una primera aproximación a esta cuestión, con pocos antecedentes, tanto dentro como fuera de nuestro país, de intentar organizar y optimizar los recursos sociosanitarios con los que se puede atender a los pacientes límite de una población determinada. Contamos con guías y programas, pero no con el compromiso de todos los implicados, dirección y profesionales, de llevarlo a cabo y someterse al escrutinio de unos indicadores de su cumplimiento y adecuación. Al establecer los indicadores nos encontramos con que tenemos que definirlos “de novo”, sin el apoyo de bibliografía ni experiencia en otros lugares. Por tanto, será aún más necesario que en otros procesos evaluar periódicamente su contenido e introducir los cambios pertinentes.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS, PSICOFARMACOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES EN EL TRATAMIENTO DEL TLP.

Tomamos esta información de la excelente revisión coordinada por Lalucat e incluida en la “Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad de la Generalitat de Catalunya” (GPC-Catalunya) (2). Para ello han actualizado los resultados de la GPC internacional más reciente, la del NICE, de 2009, realizando una exhaustiva revisión de publicaciones posteriores a esta fecha. Tenemos alguna diferencia en la consideración de qué terapias han demostrado su utilidad, que señalaremos al referirnos a ellas. En lo demás estamos de acuerdo, por lo que no añadimos nada más

Así, podemos sostener con ellos que “estas intervenciones pretenden reforzar la adaptación de los pacientes ante situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación y el funcionamiento familiar, social y laboral, y aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas”; “pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa, e incidir en áreas como el manejo de momentos de crisis y la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades para afrontar el trastorno y el funcionamiento social y laboral”. “Los resultados son mejores si se realizan dentro de un programa estructurado y en el marco de una red asistencial con objetivos y medios que se articulan en torno a finalidades terapéuticas definidas e individualizadas, que garantice la continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso asistencial y facilite la adaptación de las intervenciones a cada uno de los momentos evolutivos”.

Añadimos a esto los resultados del metanálisis de Bateman y Fonagy de de 2000, ya que su recopilación de las características comunes a diferentes tratamientos efectivos tiene completa actualidad. Estas características son: que cada servicio esté bien integrado con el resto de recursos sociosanitarios que utilice el paciente. Tratamientos muy estructurados, con coherencia teórica, focalizados, que tienen en cuenta la importancia de las relaciones interpersonales, promoviendo el vínculo entre paciente y terapeuta. Flexibles, capaces de adaptarse a las necesidades y posibilidades del paciente en cada momento. Individualizados, con un plan de tratamiento individualizado para cada paciente. Su duración es larga.

En esta guía se considera, que las **intervenciones psicoterapéuticas** que pueden considerarse eficaces, por los estudios que las avalan, aunque las conclusiones no son totalmente evidentes y se requiere más información, son: la terapia dialéctico conductual, la terapia cognitiva centrada en esquemas y la terapia basada en la mentalización. Pero contamos con suficientes publicaciones que permiten incluir la terapia focalizada en la transferencia (4) y la terapia cognitivo analítica. Todas ellas están sostenidas por estudios en los que han mostrado su capacidad de mejorar la clínica, disminuir los intentos autolíticos y las autolesiones, reducir las recaídas y las hospitalizaciones, aumentar al capacidad de relación y la funcionalidad, así como la integración social y laboral.

En cualquier caso, la calidad de las intervenciones psicológicas y psicosociales depende de que los terapeutas posean los conocimientos, la formación y las habilidades necesarias para implementar alguna de las intervenciones que han sido efectivas en entornos de investigación, así como del apoyo organizativo imprescindible.

Recomiendan iniciar el tratamiento con psicoeducación, que definen¹, para mejorar la información de los pacientes acerca de su trastorno mental.

¹ PSICOEDUCACION: educación que se ofrece a las personas que padecen un trastorno mental con el objetivo de que el paciente entienda y sea capaz de manejar su enfermedad. Se refuerzan los puntos fuertes, los recursos y la habilidades propias de

Sus recomendaciones generales para la **práctica clínica** son las siguientes:

- Para introducir una intervención psicológica se debe considerar la gravedad, objetivos, necesidades, actitudes, motivación y capacidad de cada paciente.
- Se deben considerar los objetivos terapéuticos y las preferencias de cada paciente en relación a las modalidades de intervención disponibles.
- Al proporcionar un tratamiento psicológico tanto el equipo terapéutico como el terapeuta responsable del paciente deben aplicar un planteamiento teórico explícito, que compartirán con el paciente.
- Cada intervención ha de estar integrada en el marco terapéutico general, y se ha de ofrecer como parte integrante de una asistencia integral y estructurada.
- Que cuenten con espacios de supervisión que garanticen la adecuación de las técnicas empleadas y el seguimiento de los procesos terapéuticos
- Monitorizar los efectos de la intervención sobre los síntomas del TLP, sobre las variables de resultado comúnmente aplicadas y sobre el funcionamiento global del paciente.

En cuanto a la **rehabilitación funcional** e integración laboral, recomiendan:

- Ofrecer programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria a aquellas personas con TLP que presentan deterioro funcional con objeto de mejorar su autotomía personal y su calidad de vida.
- Ofrecer programas de apoyo a la ocupación el tiempo libre para las personas con diagnóstico de TLP que lo requieran.
- Ofrecer intervenciones de rehabilitación cognitiva a las personas con TLP con alteración cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento.
- Ofrecer programas de inserción laboral para personas con TLP carentes de actividad laboral, con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida.

Respecto al **tratamiento farmacológico**, en la GPC Catalunya los autores se preguntan qué tipo de intervención farmacológica muestra una mayor eficacia y efectividad en la población con manifestaciones o diagnóstico de TLP, ya que no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) o la Food and Drug Administration (FDA) con la indicación específica para el tratamiento del TLP, y en nuestro país ningún fármaco tiene la autorización oficial para el tratamiento específico de pacientes con TLP. En la Guía terapéutica de la APA (2001), aunque no existía evidencia sólida, se aconsejaba el tratamiento farmacológico sintomático de algunos síntomas característicos, como la desregulación afectiva, la impulsividad-descontrol conductual y los síntomas cognitivos perceptuales. En cambio, en la más reciente GPC-NICE se desaconseja el tratamiento farmacológico específico por síntomas para evitar la tendencia a la polimedicación. En la GPC Catalunya se revisan las publicaciones posteriores a la

los pacientes para hacer frente a su situación, para evitar recaídas y contribuir a su propia salud y bienestar. También posee la función de evitar la estigmatización de los trastornos psiquiátricos y de reducir las barreras para acceder a su tratamiento. Se basa en la intervención activa del paciente en el manejo de su enfermedad y se puede realizar de manera individual o grupal

GPC Nice y no se encuentra ninguna evidencia para cambiar esta opinión. Se hace énfasis en la importancia de evitar los ansiolíticos.

Realizan las siguientes recomendaciones generales:

- Se puede considerar el tratamiento farmacológico de forma coadyuvante a una intervención psicoterapéutica o psicosocial para mejorar de forma global o alguno de sus síntomas característicos
- El tratamiento farmacológico deber ser siempre considerado en aquellos casos de comorbilidad con otros trastornos que sí tienen un tratamiento farmacológico con evidencias d eficacia
- El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP debe someterse a una monitorización del estado de salud del paciente a fin de detectar posibles efectos secundarios
- El tratamiento farmacológico en pacientes con TLP debe revisarse periódicamente dada la inestabilidad del trastorno con el objetivo d e retirar fármacos innecesarios o no efectivos, así como para evitar la polimedicación.
- Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP (sin comorbilidad), dado que ningún fármaco posee dicha indicación aprobada, será de cumplimiento el RD 1015/2009 por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales
- Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP (sin comorbilidad) se deberá proceder según la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica lo que incluye proceder al consentimiento informado.
- Cuando se indique tratamiento farmacológico a pacientes con TLP (sin comorbilidad) se deberá adecuar la prescripción a la Guía de prescripción terapéutica en la que se expone la información de medicamentos autorizados en España

A pesar de la primera recomendación, que concuerda con nuestra experiencia clínica, encuentran poca información sobre tratamientos combinados. El uso de tratamiento farmacológico como apoyo al tratamiento psicoterapéutico está claramente explicitado en el texto de Bateman y Fonagy (3) en el que detallan su modelo y su aplicación a un Hospital de Día.

Siguiendo los principios de las intervenciones que están mostrando ser útiles a los pacientes con esta patología (3, 6) , en este proceso recomendamos los siguientes puntos básicos en la actitud de los profesionales ante pacientes límite:

- Mantener las intervenciones dentro del umbral de tolerancia del paciente, ayudándole a tranquilizarse en situaciones de desbordamiento emocional.
- Validar su experiencia desde su situación y contexto (evitando juzgar sus conductas por sus resultados), generando cuando se pueda perspectivas alternativas.
- Mantener una actitud de interés por su subjetividad,. Focalizar las intervenciones en las vivencias, motivaciones y el proceso mental del paciente más que en su acciones.
- Reconocer y adecuarse a los déficits de los pacientes, que pueden quedar camuflados por una aparente competencia.
- Atención al tratamiento farmacológico, evitar benzodiazepinas, no mantener los tratamientos más tiempo del necesario o cuando no sean efectivos.

DEFINICIÓN FUNCIONAL

pacientes en cuya clínica predomine un conjunto de los siguiente items

- a. inestabilidad emocional
- b. inestabilidad en la identidad
- c. inestabilidad en las relaciones interpersonales
- d. impulsividad (alimentación, tóxicos, promiscuidad, compras, hurtos)
- e. auto o heteroagresividad
- f. intentos/amenazas suicidas
- g. síntomas disociativos
- h. síntomas psicóticos transitorios

Conjunto de actividades secuenciadas y coordinadas destinadas a la evaluación diagnóstica y la atención integral a pacientes con un patrón mantenido de inestabilidad afectiva, inestabilidad en la identidad y en las relaciones interpersonales, con impulsividad y tendencia a conductas de riesgo, atendidos en Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del HUPA de Alcalá de Henares, Madrid. Se pretende también minimizar, al menos en la población atendida en los CSM, el impacto de las situaciones de riesgo para el desarrollo de estos trastornos.

Esto incluye (2):

- Detección, identificación y diagnóstico de las personas con estos Trastornos de la Personalidad
- Evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y su entorno más cercano.
- Elaboración consensuada de un plan individualizado de tratamiento
- Aplicación de distintas intervenciones sanitarias basadas en la evidencia.
- Aplicación de las intervenciones sociosanitarias que se valoren necesarias.
- Seguimiento periódico de los pacientes
- Garantizar en todo momento la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes profesionales implicados
- Detección y atención temprana de niños y adolescentes con alto riesgo de desarrollar un TP.

LIMITE DE ENTRADA:

Paciente con:

Un patrón mantenido de inestabilidad afectiva, inestabilidad en la identidad y en las relaciones interpersonales, con impulsividad y tendencia a conductas de riesgo

Patrón que produce un deterioro familiar y/o sociolaboral significativo.

El paciente requiere una intervención sanitaria en salud mental, incluyendo (2):

- Intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas, rehabilitadoras o/y psicosociales.
- Intervenciones de apoyo a la familia o/y sobre su medio social
- Atención de diferentes servicios: sanitario, social, laboral, educativo.

Los criterios diagnósticos a los que se hace referencia corresponden a las categorías 301.50, 301.59, 301.83 de CIE 9-CM

LIMITE MARGINAL

Pacientes con rasgos de las personalidades citadas, aunque el diagnóstico principal sea otro
Algunos Trastornos Disociativos.

Algunos Trastornos Explosivos que puedan ser tratados en los recursos de esta Proceso.

Quedan fuera los Trastornos disociales de la personalidad y los Trastornos orgánicos de la personalidad.

LIMITE DE SALIDA:

1.- TRAS EVALUACIÓN:

No cumplen criterios para estar incluidos en proceso:

Por no cumplir criterios diagnósticos

2.- PARA CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES: cumplimiento de objetivos o finalización del programa

1.- Alta terapéutica

Alta por fin de tratamiento: consecución de todos los objetivos contemplados en el plan de tratamiento o finalización de éste

Alta por fin de la demanda: consecución de los objetivos propuestos sin deseo de establecer nuevos objetivos por parte del paciente

2.- Alta voluntaria: salida del paciente de una actividad en la que ya ha participado, sin ser recomendada esta salida por el equipo terapéutico o en contra de su opinión.

Desde el recurso en que esté el paciente que pide el alta, se comunicará esta petición al terapeuta de referencia (o viceversa) y al equipo de continuidad de cuidados.

3.- Expulsión: incumplimiento grave del contrato terapéutico o normas.

4.- Fallecimiento

5.- No completa proceso de evaluación

6.- Otros

3.-PARA EL PROCESO:

1.- Alta terapéutica

Alta por fin de tratamiento: consecución de todos los objetivos contemplados en el plan de tratamiento y finalización del programa

Alta por fin de la demanda: consecución de los objetivos propuestos sin deseo de establecer nuevos objetivos por parte del paciente

2.- Alta voluntaria: salida del paciente sin ser recomendada por el equipo terapéutico.

Necesaria la firma del documento de alta voluntaria por parte del paciente

Desde el recurso en que esté el paciente que pide el alta, se comunicará esta petición al equipo de continuidad de cuidados, y se valorará con ellos.

3.- Abandono: salida del paciente sin conseguir los objetivos propuestos y sin firmar el alta voluntaria.

4.- Derivación:

Fuera de la red: cambio de domicilio etc

Dentro de la red: derivado a otro proceso.

5.- Fallecimiento

6.- No completa proceso de evaluación

7.- Otros

DESTINATARIOS DEL PROCESO

- Pacientes
- Familiares
- Otros profesionales sociosanitarios

OBJETIVOS DEL PROCESO

- Mejorar la salud general de la población de pacientes susceptibles de ser diagnosticados de TP del Cluster B dentro del área de cobertura
- Orientación comunitaria, con proximidad de los recursos sociosanitarios a aquellos que los necesiten.
- Incluir a la familia, tanto para atender las necesidades derivadas de la patología atendida como para optimizar sus posibilidades de intervenir en la recuperación del paciente.
- Accesibilidad: promover que se atienda en un plazo breve a las personas que lo requieran o sean derivadas para ello en cada uno de los recursos disponibles, realizándose pronto la evaluación y plan de tratamiento para cada una de ellas
- Lograr que el tratamiento que se ofrezca a los pacientes tenga unos mínimos de homogeneidad, en función de los conocimientos actuales sobre eficacia y eficiencia de las intervenciones, tipo de tratamiento, donde, como y cuando realizarlo, independientemente de quien sea su terapeuta de referencia.
- Asegurar que se respete el principio de individualidad para cada uno de las personas atendidas.
- Facilitar que cada paciente incluido en el proceso esté informado de qué es lo que se le ofrece en cada momento, lo que puede esperar y lo que se espera de él en cada actividad terapéutica y de cada dispositivo
- Asegurar que cada profesional de la red conozca los recursos con que cuenta para el tratamiento de los pacientes con TP incluidos en este proceso.
- Garantizar un tratamiento integral, con coordinación entre los profesionales intervinientes.
- Organización horizontal de los recursos
- Flexibilidad del proceso, que tendrá que ir adaptándose a los cambios y progreso que se realizan en los conocimientos sobre el tema, y en la situación social de la población diana.
- Ser evaluable y modificable

ACTIVIDADES DEL PROCESO:

1.- PREVENCIÓN:

- Intervención sobre adolescentes con rasgos de trastorno de la personalidad, tanto en el CSM como en el HD. Convendría realizar algún seguimiento para valorar el impacto de estas intervenciones en la evolución.
- Intervención sobre hijos de pacientes con TMG y TPs , directa con los hijos o indirecta con los padres, encaminada a mejorar la función parental o a aumentar la resiliencia de los hijos ante determinadas conductas o problemas derivados del trastorno mental de los

padres (ingresos repetidos, trastornos de conducta, dificultades en el vínculo). Convendría valorar la necesidad de intervenir desde el momento de nacimiento del niño

- En el programa de prevención de riesgo suicida se atiende a pacientes con TP, previniendo que se dañen.

2.- DETECCION:

Profesional responsable: Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Médicos Especialistas de la red, MIR y PIR, desde la urgencia. Profesionales de servicios sociales

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

- El diagnóstico de TP no se puede realizar en una única entrevista.
- Ante la sospecha de TP en AP o en el HUPA, se valorará la repercusión en la vida del paciente y la pertinencia de enviarlo al CSM. Son motivos para esta derivación la no mejoría de trastornos del Eje I, entre los que destaca la depresión, y la repercusión de las características de personalidad en la vida del paciente y en su entorno.
- Para mejorar la detección, se contará con la información de familiares y de otras fuentes de información relevantes.
- Desde SS.SS se informará de los trámites necesarios para ser atendido en los servicios sanitarios.
- Es importante que desde el inicio, ante la sospecha de TLP, los profesionales mantengan la actitud descrita anteriormente, con el objetivo de crear un vínculo que facilite el tratamiento y evite la latrogenia.
- Es importante la formación continuada en atención primaria en habilidades de entrevista, exploración psicopatológica, y derivación.
- Si en un paciente con criterios para ser diagnosticado como TP predomina el uso de sustancias psicoactivas, se derivará a tratamiento al CAID

3. DERIVACIÓN AL CSM/CAID:

Profesional responsable Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Médicos de Atención Primaria, Médicos Especialistas de la red, MIR y PIR, desde la urgencia, facultativos de HD infantojuvenil

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

Para CSM y CAID

- Desde dispositivo sanitario: EAP o HUPA: Activar mecanismo de derivación a CSM
- Derivación a urgencias si el caso lo requiere.

Para CAID

El paciente puede llegar derivado desde cualquier recurso sociosanitario o directamente por decidir él acudir a tratamiento.

Como característica de calidad, el paciente debe ser recibido antes de un mes. En casos preferentes este tiempo se reducirá, adecuándose a lo recomendado por los derivantes

Registro de la actividad

Anotación en historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas o urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS.. Sería aconsejable poder acceder a todos estos registros desde cualquier punto de la red, no sólo para la historia sino para acceder a anexos, documentación...

4.- ASIGNACIÓN DE FACULTATIVO RESPONSABLE. PRIMERA EVALUACIÓN. INDICACIÓN DE TRATAMIENTO

Profesional responsable

- Facultativo del CSM que evalúa al paciente derivado desde AP, consulta de especialidades o urgencias del HUPA. El será, en adelante, el facultativo de referencia del paciente, si éste no pide cambio de terapeuta, y siempre que el profesional se mantenga en este puesto de trabajo
- Facultativo de referencia de un paciente que, en el curso del tratamiento, sospeche la presencia de un TP por el curso o evolución

Mediante entrevista clínica se evalúa la presencia de un TP y sus rasgos fundamentales. Se recomienda recoger en la anamnesis historia clínica, en la que en estos casos recomendamos atender a cuestiones como cambios de estado mental, cuales son los detonantes, cuando se mantienen y qué capacidad tienen de recuperar la regulación emocional, relaciones significativas y como les afectan, perfil de relaciones interpersonales, tratamientos previos, historia de traumas....

Ante este diagnóstico, se informará a la administración de la unidad para dar entrada al paciente en la base de datos del proceso, en caso de confirmación del diagnóstico de sospecha.

Tanto en el momento de entrada como en cualquier momento del seguimiento del paciente, y en función de sus recursos, motivación y sintomatología, se decidirá el tipo de tratamiento que se le ofrece, y en qué dispositivo de la red

Si el paciente va a seguir "tratamiento como de costumbre" con su facultativo de referencia, o va a participar en un grupo de relajación o en el grupo de terapia interpersonal, se informará de esta decisión en la Comisión de TPs. Si va a utilizar cualquiera de los demás recursos, la derivación y gestión de la espera se hará en la Comisión de TPs

Si existe comorbilidad con Trastorno de la conducta alimentaria, entraría también en el proceso de TCA

Si está siendo evaluado en el CSM y predomina el consumo de sustancias psicoactivas, será derivado al CAID. Cuando este problema esté resuelto, el paciente con TP se derivará al CSM

Se construirá un archivo con la información sobre el itinerario por la red de salud mental recorrido por cada paciente, que ha de estar a disposición de cualquier profesional que intervenga en su tratamiento.

Registro de la actividad

Anotación en historia HP-Doctor. Censo del proceso de TP(L)

5.- INDICACIÓN DE TRATAMIENTO: DERIVACIÓN A OTROS NIVELES. COMISIÓN DE TPs

Si el paciente es derivado a terapia individual con un profesional distinto del de referencia, a terapia de grupo focalizada en mentalización o a terapia de grupo conductual dialéctica, así como si se decide derivarlo a otro recurso de la red, se presentará en la Comisión de TPS.

Llegará con un informe de derivación clínico (anexo 1) y con un informe de continuidad de cuidados (anexo 2). En el informe médico se incluirá la valoración del paciente con el GAF (anexo 3) hecha por el facultativo de referencia. A los pacientes derivados a estos recursos se les asignará un coordinador del Programa de Continuidad de Cuidados

En este momento se hará una valoración del paciente que incluya, además de la información resultante de la evaluación clínica, la administración de una serie de escalas para tener criterios

más “objetivos” de diagnóstico y evaluación de comorbilidad (anexo 4, listado de escalas, se mantienen las mismas que se están pasando en HD y GT basado en mentalización)

En la comisión de TPs participarán todos los dispositivos de la Red de Salud Mental incluidos en el mismo. Se reunirá con una periodicidad mensual, al menos al inicio.

En la comisión específica se decidirán las derivaciones y se seguirá a los pacientes, también a los que cambien de proceso. La derivación tendrá que hacerse, al menos para algunos recursos, en la comisión de derivación que actualmente funciona

Cuando el paciente inicie un tratamiento terapéutico o rehabilitador, será informado del modelo de intervención que se le ofrece, y se consensuará con él un contrato en el que se acuerden objetivos, acciones a realizar para lograrlos y duración aproximada de este tratamiento. El contrato se reevaluará periódicamente, adaptándose a la evolución del paciente.

6.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO

A lo largo de todo el proceso el paciente seguirá en contacto con su terapeuta de referencia y su coordinador de cuidados del CSM. Estos realizarán un seguimiento del paciente a lo largo de su itinerario por el proceso. Para ello se incluirá un documento en HP-Doctor

RECURSOS del PROCESO

CENTRO DE SALUD MENTAL

DEFINICIÓN DEL RECURSO

Dispositivo asistencial ambulatorio multidisciplinario, localizado geográficamente en la comunidad de referencia, abierto, orientado a la asistencia de la población del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental de Alcalá de Henares(en adelante, AGCPSM), a cuya Red de SM pertenece. Acceso mediante derivación de otro facultativo (desde Atención Primaria o Atención Especializada, ambulatoria u hospitalaria). Actividades asistenciales de nivel I y II y III y actividades de coordinación con el resto de dispositivos asistenciales, de rehabilitación y residenciales.

INDICACIONES INCLUSIÓN EN Proceso Asistencial Integrado para Trastornos de la Personalidad (en adelante, PAITP)

- A) Pacientes que presenten clínica susceptible
 - a. inestabilidad emocional
 - b. inestabilidad en la identidad
 - c. inestabilidad en las relaciones interpersonales
 - d. impulsividad (alimentación, tóxicos, promiscuidad, compras, hurtos)
 - e. auto o heteroagresividad
 - f. intentos/amenazas suicidas
 - g. síntomas disociativos
 - h. síntomas psicóticos transitorios
- B) Pertenencia al AGCPSM
- C) Aceptación voluntaria del paciente

CONTRAINDICACIONES

- A) Retraso mental
- B) Trastorno de la Personalidad orgánico
- C) Estar incluido en otro PAI más adecuado a sus necesidades
- D) No aceptación del paciente

REQUISITOS DE INCLUSIÓN EN PAITP

- A) Criterios clínicos/sospecha clínica de Trastorno de la Personalidad
- B) Mayoría de edad
- C) Voluntariedad
- D) Compromiso terapéutico
- E) Pertenencia al AGCPSM

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- A) Ficha administrativa
- B) Parte de Interconsulta (de Atención Primaria o Atención Especializada)
- C) Historia Clínica
- D) Historia /Informe Social
- E) Ficha/protocolo de derivación a otros dispositivos asistenciales/de rehabilitación/recursos residenciales
- F) Informe Clínico de la situación actual (para los efectos pertinentes)
- G) Informe de alta de los respectivos dispositivos utilizados
- H) Ficha de sesión de Psicoterapia de grupo (semanal)
- I) ¿ficha de evolución?
- J) ¿ficha de control de calidad? (que refleje los indicadores de calidad del PAITP)
- K) ¿contrato terapéutico?
- L) Hoja de Actividad (“captura” de la actividad HPdoc)

REUNIONES coordinación

Comisión de TPs

Se presentaran en la Comisión de TPs:

Los pacientes derivados al grupo de terapia basada en la mentalización, y los derivados al grupo de de terapia conductual dialéctica y a terapia individual realizada por un profesional distinto del de referencia, se presentarán en la comisión de TPS

Los pacientes derivados a Psicoterapia de familia

Los pacientes derivados al CAID

Los pacientes derivados a dispositivos de nivel IV y V (programadas mensualmente) con coordinador para derivación a Comunidad Terapéutica Hospitalaria para Trastornos de Personalidad (en adelante CTHTP), y programadas mensualmente con coordinador para derivación a recursos rehabilitados/residenciales/Unidad de Media Estancia (en adelante UME)

Coordinaciones con Unidad de Hospitalización Breve (en adelante UHB) bisemanalmente.
Coordinación con HD: 1) acordadas por el terapeuta responsable para derivación a Hospital de Día (en adelante HD), 2) mensualmente con miembro de cada subequipo del CSM que se coordina con equipo de HD

PRESTACIONES

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
ACOGIDA	Recepción del paciente, comprobación de la cita previa y datos administrativos, resolución de posibles errores.
EVALUACIÓN: tratamiento habitual/Nivel I	Identificación del facultativo responsable Entrevista individual/familiar Apertura historia clínica (identificación de la demanda, anamnesis y exploración psicopatológica, consignar antecedentes medico psiquiátricos personales y familiares, historia consumo tóxicos, biografía, contexto social y familiar. Elaboración diagnóstico de presunción en V ejes. Elaboración plan de intervención:
DEVOLUCIÓN A DISPOSITIVO DERIVANTE	Indicaciones psicoeducativas para la salud Informe de alta con indicaciones de tratamiento farmacológico si procede Información sobre actuaciones en caso de recaída/nueva demanda
TRATAMIENTO	Manejo clínico y tratamiento farmacológico Psicoterapia individual Psicoterapia grupo interpersonal Psicoterapia de familia Asistencia ambulatoria urgente Consulta de seguimiento de enfermería Taller de relajación Extracción y gestión de analíticas para determinaciones protocolizadas Programa de continuidad de cuidados Intervenciones domiciliarias Orientación y apoyo social Coordinación con otros dispositivos sociales y sanitarios Consultoría psiquiátrica en Atención Primaria Psicoterapia de Grupo Interpersonal, tratamiento familiar, grupos de autorregulación emocional, grupo MBT
ALTA	Elaboración de Informe de Alta (motivo de consulta, anamnesis y exploración psicopatológica, antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares, datos biográficos relevantes, evolución en el programa terapéutico realizado, diagnóstico al alta ,motivo del alta, tratamiento propuesto, si procede). El alta puede ser del CSM o de la intervención realizada

En el tratamiento ambulatorio se incluyen:

1.- NIVEL I: ES el **tratamiento habitual** en el CSM. Está indicado para cuadros leves, con poca alteración del funcionamiento social y laboral. También para pacientes que (aún) no estén motivados para otro tratamiento más intensivo. Puede incluirse derivación a grupo de relajación.

2.- NIVEL II Y III

TRATAMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO. REQUISITOS DE DERIVACIÓN

Se trata de un programa compuesto por tratamiento “como de costumbre” con terapeuta de referencia + sesión semanal de terapia de grupo + seguimiento en continuidad de cuidados (necesaria siempre en nivel III). Puede tener o no terapia individual.

- A) Capacidad y disponibilidad del paciente. Motivación para este tratamiento
- B) Aceptación del contrato terapéutico
- C) Diagnóstico en eje II con características de cluster B
- D) Estadio contemplativo/determinación/recaída
- E) Identificación de problemas y objetivos terapéuticos concretos:
 - a. para la terapia de grupo N II, identificación de pautas disfuncionales interpersonales; sobre las que se va a focalizar
 - b. para la psicoterapia del N III, identificación de pautas disfuncionales interpersonales, y valoración de capacidad de mentalizar, se derivará a pacientes en los que esta capacidad está alterada de manera generalizada o situacional, conllevando aparición de sintomatología con repercusiones importantes para su funcionamiento

CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO INTERPERSONAL

- A) Duración supeditada a consecución de objetivos
- B) Frecuencia semanal en sesiones de 1,5 horas
- C) Grupo etario de 17 a 23 (jóvenes) y mayores de 24 (adultos)
- D) Modelo orientado en la psicoterapia de grupo interpersonal de Yalom
- E) Grupo abierto de 8 a 10 pacientes
- F) 2 terapeutas facultativos + dos observadores (residentes) con rotaciones como coterapeutas (supervisión por los terapeutas)

CARACTERÍSTICAS DE TERAPIA DE GRUPO INTERPERSONAL BASADO EN MENTALIZACIÓN

- A) Duración del tratamiento de cada uno de sus miembros supeditada a consecución de objetivos.
- B) Frecuencia semanal en sesiones 1.5 horas
- C) Grupo etario: adultos, a partir de 18.
- D) Modelo en que se integra Terapia de Grupo Interpersonal y Terapia Basada en Mentalización
- E) Grupo cerrado, que se abre cada 6 meses para evaluar altas y nuevas incorporaciones.
- F) 2 terapeutas (facultativos o residentes con supervisión) + MIR o PIR observadores (detrás del espejo)
- E) cada MIR o PIR se encargará de asegurar la continuidad de tratamiento con terapeuta de referencia de algunos de los pacientes, de manera que ésta se asegure para todos ellos
- F) registro de la actividad en HpDoctor

Los tratamientos en grupo sería secuenciales, no simultáneos

TERAPIA INDIVIDUAL

Con:

- Terapeuta de referencia (psiquiatra o psicólogo)

- Residentes con supervisión

Para:

Pacientes que necesitan tratar sus problemas en este ámbito, se trataría de cuestiones poco imbricadas en dificultades interpersonales o cuestiones que el paciente no quiere o no puede trabajar con otros.

Como complemento a pacientes en terapia de grupo que necesitan más contención o apoyo psicoterapéutico, ya sea por cuestiones de contención, adherencia, trabajar concomitantemente al grupo cuestiones individuales ...

NIVEL IV y V.- Cuando necesite mayor contención y estructura, y en función de en que grado la necesite, se valorará si:

Se deriva a **Hospital de Día** (NIVEL IV)

Se deriva a **Comunidad Terapéutica** (NIVEL V)

NIVEL VI.- En caso de que requiera mayores cuidados por deterioro funcional, quedará a cargo del equipo de **Continuidad de Cuidados** y se valorará derivación a **Recursos específicos de rehabilitación** .

Como se ha dicho, todos estos recursos estarán interconectados, de manera que el paciente, en función de su evolución, pueda pasar de uno a otro. Asimismo, desde cualquiera de ellos se puede decidir derivar un paciente en crisis a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del **Hospital de referencia, el HUPA.**

Ubicación del Centro de Salud Mental

- Cualquier paciente puede elegir especialista. En ese caso lo realizará a través del SCAE.
- Hay 3 subequipos dentro del CSM de Alcalá, 2 de ellos se ubican en el Centro Integrado de Diagnóstico y Tratamiento (CIDT), Tlf: 918303870, y 1 subequipo en el CSM Puerta de Madrid c/ Alfonso de Alcalá s/n, Tlf: 918871506.

En el área existe un programa denominado Programa de Presencia Física de Consultor de SM en AP, donde un psiquiatra se desplaza a AP una vez a la semana, y una psicóloga una vez al mes a atender pacientes nuevos y supervisar con los MAP.

CAID DE ALCALA DE HENARES

DEFINICIÓN

El Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) es un dispositivo asistencial de carácter ambulatorio del Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. Forma parte de la Red de Servicios de Salud mental correspondientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias y de la Red de recursos asistenciales de la Agencia Antidroga a través del convenio que mantiene con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Su finalidad es prevenir la aparición de problemas de drogodependencias y restablecer la salud de las personas que presentan trastornos por el uso, abuso o dependencia de sustancias tóxicas desde un modelo de intervención comunitario orientado a la mejora continua y que responda a las necesidades y demandas de la población.

Cuenta con un equipo multidisciplinar que realiza una planificación global sobre el problema de salud desde un enfoque bio-psico-social y prioriza la normalización e integración de la población afectada.

REQUISITOS

El acceso puede ser directo o derivado de otros servicios.

Para recibir prestaciones en el CAID se requiere:

- Firma del contrato de adhesión terapéutica
- Pacientes en tratamiento en salud mental: derivación de su psiquiatra de referencia o de la comisión de derivación de recursos
- Consentimiento de los padres o tutores legales en el caso de menores de 16 años
- Aportación de la orden judicial correspondiente en los casos de cumplimientos alternativos de condenas.

INDICACIONES

Personas en riesgo de presentar problemas adictivos y/o con problemas de uso, abuso o dependencia de sustancias

CONTRAINDICACIONES

- Pacientes en tratamiento en salud mental que no hayan sido derivados por su psiquiatra de referencia o desde la comisión de derivación de recursos
- Menores de 16 años sin consentimiento del tutor legal
- Pacientes con patología orgánica y/o mental que requieran atención urgente o prioridad de atención, en otros servicios de salud

OBJETIVOS

- Mejorar la salud de los pacientes buscando la estabilización, la remisión parcial o la remisión total de los síntomas
- Prevenir o disminuir factores de riesgo de recaídas y aumentar los factores de protección
- Reducir los riesgos que conlleva el consumo de drogas en drogodependientes activos, con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades e introducir mejoras en su forma de vida.
- Orientar y apoyar a familiares o responsables
- Potenciar la integración social y evitar situaciones de marginalidad

PRESTACIONES: PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA	Realización de entrevistas individuales con la persona que presenta problemas de uso, abuso y/o dependencia de sustancias, recogida de la demanda, explicación del proceso de asistencia, firma de consentimiento informado y citas para evaluación bio-psico-social
EVALUACION	Entrevista individual y familiar (si procede) para la evaluación médica, psicológica y social
	Exploración psicopatológica (anamnesis, elaboración historia clínica, petición realización de pruebas complementarias)
	Elaboración del diagnóstico bio-psico-social
	Valoración de problemas enfermeros
	Diseño del Plan de Tratamiento individualizado
	Asignación del tutor de continuidad de cuidados
TRATAMIENTO	Manejo clínico y tratamiento farmacológico
	Desintoxicación ambulatoria
	Psicoterapia individual, familiar, grupal
	Grupos psicoeducativos
	Grupo de relajación
	Análisis toxicológicos
	Tratamientos directamente supervisados
	Atención domiciliaria
	Seguimiento de problemas enfermeros
	Educación para la salud: intervención individual y/o grupal
	Talleres de reducción de riesgos para pacientes en tratamiento
	Seguimiento clínico tras alta de tratamiento
	Seguimiento en el medio de pacientes en tratamiento: asistencia al metabus y farmacias concertadas
	Intervención individual para asesoría, orientación laboral y realización de cursos de formación
	Información y búsqueda de recursos de ocio y tiempo libre
	Acompañamientos a recursos socio-sanitarios y órganos judiciales
	Intervención individual y/o grupal para familiares de pacientes en tratamiento
	Valoración y derivación a recursos asistenciales de la Red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid
	Coordinación continuada con técnicos de los Servicios educativos, sociales y sanitarios y de los dispositivos de la red Asistencial de la Agencia Antidroga y de la red Sanitaria
REDUCCIÓN DE RIESGOS	Intervención individual con consumidores activos en medio abierto
	Dispensación de material estéril en medio abierto y en consulta
ASESORÍA Y ORIENTACIÓN	Consulta individual para familiares y población general dirigida a asesorar y orientar sobre sospecha o situaciones de uso y/o abuso de drogas

UBICACIÓN

Centro Municipal de Salud

C/ Santiago, 13 1º planta

Teléfono: 91- 8.77.17.40

Fax: 91 – 8.83.65.19

plandrogas@ayto-alcaladehenares.es

HOSPITAL DE DÍA ADULTOS

DEFINICIÓN.

Es un dispositivo asistencial de tratamiento intensivo, activo y estructurado en régimen de día. En esta modalidad de tratamiento predominan los principios que rigen un ambiente terapéutico, es decir, se focaliza en las interrelaciones que se producen entre los pacientes y entre éstos y el personal con fines terapéuticos. Proporcionan una doble dimensión de tratamiento, ya que a la terapia intensiva se une la posibilidad de contención directa durante una parte del día. Este HD está proyectado para atender de manera fundamental, aunque no única, el conjunto de TP a los que nos venimos refiriendo en este Proceso. El modelo de intervención es el de la Terapia Basada en la Mentalización.

REQUISITOS PARA DERIVACIÓN A HD DE ADULTOS:

- Pacientes mayores de 18 años.

Derivación desde CSM con documentación establecida para ello (anexo X)

- Valoración en Comisión de Seguimiento del Área.

Reunión de presentación al equipo del HD por parte del terapeuta y los profesionales implicados en su tratamiento en el CSM.

- El paciente está de acuerdo con realizar un tratamiento intensivo en régimen de día y acepta sus normas de convivencia.
- Suficiente soporte personal, familiar y social que permite contención fuera del horario del HD.

INDICACIONES DEL HD DE ADULTOS:

Las indicaciones de HD para pacientes con TP son:

- Pacientes difíciles de tratar ambulatoriamente, por necesitar más contención de la que a este nivel se puede ofrecer o por requerir mayor intensidad terapéutica.
- Son pacientes que con frecuencia tienen una historia previa de ingresos repetidos, o por el contrario, de aislamiento social.
- Con suficiente motivación para el cambio, con capacidad para implicarse y participar activamente en un tratamiento de las características del HD.

CONTRAINDICACIONES:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico de la personalidad.
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

OBJETIVOS:

- Los objetivos en una fase inicial son:
 - Contención.
 - Controlar los síntomas.
 - Disminuir conductas de riesgo (impulsividad, auto/heteroagresividad...).
 - Desarrollar alianzas que permitan aceptar el tratamiento y mejorar la conciencia de enfermedad.
- Los objetivos en una fase intermedia de tratamiento son:
 - Propiciar una forma de relacionarse más adaptada y satisfactoria.
 - Aumentar la capacidad de regulación emocional.
 - Aumentar la capacidad de mentalización.
- Los objetivos a largo plazo son:
 - Prevención y reducción de recaídas.

PRESTACIONES: PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA	Recepción del paciente, comprobación de datos administrativos, resolución de posibles errores.
EVALUACION	<p>PREVIO A ENTRADA DEL PACIENTE</p> <p>1.- Llega informe de derivación a Comisión de Seguimiento. En la que se decide tratar al paciente en HD.</p> <p>2.- Reunión con terapeuta en CSM y otros profesionales implicados, para una mejor comprensión de la situación y evolución del paciente, su pronóstico y objetivos del tratamiento en HD</p> <p>3.- Asignación de terapeuta de referencia en HD</p> <p>CON EL PACIENTE</p> <p>1.- Entrevistas clínica con el paciente y con su familia. Estas entrevistas se realizan con el psiquiatra que será su terapeuta de referencia en el HD. Evaluación médica, psicológica y social</p> <p>2.- Exploración psicopatológica (anamnesis, elaboración historia clínica, realización de pruebas complementarias: se administra una batería de escalas (anexo X), en su mayoría, aunque no todas, autoaplicadas. Posteriormente se realiza una entrevista semiestructurada con el SCID II.</p> <p>3.- Una vez decidido el inicio del tratamiento en el HD se realiza evaluación de enfermería y analítica protocolizada (anexo X)</p> <p>4.- La terapeuta ocupacional, junto a la monitora de terapia ocupacional, valoran el funcionamiento del/la paciente en las actividades y sus patrones interpersonales en la convivencia en el HD, ayudándola a integrarse. Realizan, además, una valoración de su autoimagen y le piden que se presente mediante un collage.</p> <p>5.- Diagnóstico biopsicosocial. Diseño del Plan de Tratamiento individualizado(PTI)</p> <p>6.- Al mes de acudir al HD (si existe un TCA se hace en la primera semana el contrato específico de TCA), se invita al paciente a una reunión con todo el equipo, se hace una devolución de la evaluación y se propone un plan individualizado de tratamiento (PTI), explicando cada profesional de manera pormenorizada como se va a concretar éste en cada una de sus actividades.</p> <p>Se discute y acuerda el PTI con el paciente</p>

TRATAMIENTO: FASES MEDIA Y DE FINALIZACIÓN	El modelo de intervención el de la Terapia Basada en la Mentalización, dentro del contexto de “ambiente terapéutico”, entendido con los principios de la Terapia de Grupo Interpersonal
	Manejo clínico y tratamiento farmacológico
	Psicoterapia individual y grupal
	Intervenciones y/o tratamiento familiar
	Grupo de relajación
	Grupos de terapias somatosensoriales
	Actividades encaminadas a organizar la vida cotidiana ya facilitar metas laborales y/u ocupacionales en los casos en que sea necesario
	Consultas de enfermería: problemas con autocuidados, con pautas de alimentación, seguimiento anécdotas, seguimiento toma de medicación (si es preciso)
	Mientras el paciente esté en tratamiento en el HD serán los profesionales de este recurso los encargados íntegramente de su tratamiento (prescripción y control farmacológico, psicoterapia etc), excepto los casos excepcionales en que, por alguna razón, se decida conjuntamente un tratamiento en el que intervengan distintos dispositivos (uso concomitante de drogas, alguna intervención determinada etc)
	A lo largo del tratamiento, se realizan evaluaciones periódicas y se va ajustando, función de esto, el plan de tratamiento, adecuándolo a la evolución de cada paciente y a sus necesidades en distintos periodos
En la mayoría de los casos en fase de finalización del tratamiento en HD se va disminuyendo la asistencia de los pacientes, que queda reducida a algunos días y algunas actividades terapéuticas (tratamiento parcial)	

<p>ALTA</p>	<p>Planificación del alta El HD es un tratamiento con objetivos determinados y está limitado en el tiempo. Terminará cuando estos objetivos se hayan alcanzado o, si no es posible, cuando se llegue al límite de las posibilidades terapéuticas.</p> <p>Los criterios de alta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecución de los objetivos previstos en el programa terapéutico. • Fracaso de las expectativas de consecución de dichos objetivos. • Cuando se considere que en ese momento el paciente puede beneficiarse más de un tratamiento en otro dispositivo asistencial. <p>Valoración psicopatológica del paciente y los posibles cambios con las mismas escalas que al inicio del tratamiento</p> <p>Se pide que cumplimenten una escala de satisfacción del usuario.</p> <p>Antes del alta: coordinación con los profesionales encargados del tratamiento del paciente en el CSM, para asegurar la continuidad.</p> <p>Informe de alta, uno firmado por el terapeuta responsable del caso en el HD y otro firmado por la enfermera</p> <p>Confirmar que el paciente tenga cita en el CSM.</p>
--------------------	---

COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS:

El paciente seguirá acudiendo a su CSM durante su tratamiento en el HD, para mantener el vínculo con su terapeuta de referencia.

Se mantendrá, al menos, una reunión de coordinación mensual con cada subequipo del CSM, mediante reunión, por una parte, con los profesionales del CSM encargados de ello, y por otra con el equipo del HD.

Independientemente de esto se mantendrá contacto telefónico entre los profesionales del CSM implicados en la atención al paciente y los profesionales del HD siempre que se considere necesario.

Siempre que un paciente del HD utilice otros recursos sociosanitarios se establecerá comunicación en persona o telefónicamente, para asegurar la continuidad y coherencia de las intervenciones.

En caso de que un paciente necesite acudir al servicio de urgencias del HUPA se contactará con el HD lo antes posible, evitando ingresar sin haberlo discutido antes con el terapeuta de referencia del paciente en el HD.

UBICACIÓN

Calle Alfonso de Alcalá s/n
Alcalá de Henares
Madrid.....
Tfno: 918771505

HORARIO

Días laborables, de 9 a 16 hs

HOSPITAL DE DÍA PSQUIÁTRICO PARA ADOLESCENTES

DEFINICION

El hospital de día psiquiátrico para adolescentes de Alcalá de Henares se constituye como un dispositivo integrado en el Área de Gestión Clínica de psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Madrid. Es un dispositivo de tercer nivel de atención que proporciona tratamiento intensivo a aquellos adolescentes (12-18 años) que puedan padecer un amplio espectro de enfermedades mentales que por la naturaleza del trastorno o por el impacto que este produce en el curso natural de su desarrollo vital precisan de un tratamiento intensivo. Está dotado de un Equipo Docente, dependiente de la Consejería de Educación, que procura paliar la interrupción del proceso educativo de aquellos adolescentes que se incorporan al programa de hospitalización de día garantizando la continuidad de su escolarización mientras dura su tratamiento. Para ello se ofrecen un programa docente de 10 horas semanales.

REQUISITOS para ser derivados

Los pacientes son derivados por Solicitud de alguno de los facultativos de los equipos de atención a niños y adolescentes de los tres subequipos de los Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares, del CSM de Torrejón de Ardoz, del CSM de Coslada Y de las Unidades de Hospitalización psiquiátrica para menores del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

INDICACIONES

○ TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Se incluyen:

- Síndrome de Asperger
- Autismo Infantil
- Trastornos desintegrativos

Se excluyen:

- Retraso Mental de 70.
- Síndrome de Rett.
- Trastornos hiperkinéticos con retraso mental y movimientos estereotipados.

Los pacientes que cursen con retraso mental inferior a CI 70 y/o con patología orgánica asociada quedarían excluidos a priori debido al pobre beneficio que les brinda este tipo de tratamiento.

○ TRASTORNOS DE CONDUCTA

Se incluyen:

- Trastorno disocial, cuya consecuente falta de adecuación a las normas no haya producido una severa inadaptación en medios normalizados.

Se excluyen:

- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.

Consumo de tóxicos como primer diagnóstico o consumo que no pueda abandonarse a lo largo del tratamiento.

○ **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO**

Se incluyen:

Trastornos depresivos y/o maníacos que no respondan a tratamientos ambulatorios.

Se excluyen:

Determinadas conductas suicidas que no pueden controlarse en los períodos que el paciente permanece fuera del Centro.

○ **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Se incluyen:

Anorexia Nerviosa, restrictiva y purgativa.

Bulimia Nerviosa.

Obesidades con ingestas buliformes.

Algunos casos de delgadez acusada por motivos psicológicos, que no llegan a cumplir los criterios para ser considerados como anorexia nerviosa.

Se excluyen:

Pacientes que presentan un riesgo somático importante.

○ **TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS**

Se incluyen:

Trastornos de la actividad y de la atención (aquellos casos graves donde el grado de inquietud extremo produce cuadros desadaptativos).

Se excluyen:

Aquellos cuadros que sean secundarios a trastornos orgánicos.

Que el trastorno esté asociado a retraso mental.

○ **OTROS TRASTORNOS**

Se incluyen:

Esquizofrenias de distinto tipo, especialmente en sus fases de inicio y siempre que no hayan desembocado en cuadros residuales con déficit cognitivos definitivos.

Trastornos de Ansiedad Graves: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobias,...

Trastornos de personalidad graves de distintos subgrupos.

Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia o adolescencia.

Pacientes con diagnóstico difícil y en donde es relevante llegar a éste y es necesario un período de observación.

CONTRAINDICACIONES

Además de los criterios de exclusión especificados para cada diagnóstico, no son indicaciones de tratamiento en Hospital de Día-CET:

1. Trastornos psicorgánicos.

2. Abuso de sustancias como primer diagnóstico o consumo que no pueda abandonarse a lo largo del tratamiento.

3. Necesidades de cuidados mínimos diurnos u otra forma de asistencia no sanitaria derivada de la falta de cobertura familiar durante el horario laboral y que o sea consecuencia de la enfermedad mental.

4. Problemas de socialización y comunicación no debidos a enfermedad mental grave.

5. Dificultades de adaptación escolar por fracaso escolar, absentismo o trastornos del comportamiento en el aula en ausencia de trastorno mental.

OBJETIVOS

1. Mejorar la salud mental de los pacientes
2. Favorecer la sensibilización y detección de la patología indicada
3. Capacitar y movilizar recursos mediante asesoría, formación, y apoyo en los entornos institucionales (principalmente educativo) adecuados
4. Organizar los planes de tratamiento con la combinación adecuada de actividades terapéuticas teniendo en cuenta el contexto familiar, social e institucional en el que se pone de manifiesto el trastorno

PRESTACIONES: PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS	
DERIVACIÓN	Existe un informe tipo de derivación que es remitido al HD. Comienza el proceso de evaluación.	
EVALUACIÓN	Primera entrevista con el menor la familia.	
	Firma de consentimiento para intercambio de información sobre el menor	
	Contacto telefónico con centro escolar y/o pediatra y/o Servicios Sociales	
	Entrevista con padres o tutores	
	Otras entrevistas si es necesario	
	Elaboración de Historia clínica y EEAG	
	Elaboración de Informe de Evaluación si no se acepta la derivación.	
PLAN DE TRATAMIENTO	Formatos en los que se organizan las actividades terapéuticas	Hospitalización de día propiamente dicha
		hospitalización de día parcial (incluye comedor terapéutico)
		tratamiento ambulatorio intensivo.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Firma del Consentimiento informado Y contratos específicos de tratamiento en su caso Se asigna un facultativo responsable	
ACTIVIDADES Y PRESTACIONES Realizadas por los distintos miembros del equipo. Pueden realizarse fuera del Hospital de Día y sobre personas involucradas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reuniones, entrevistas y comunicaciones con pacientes, familiares u otros profesionales implicados que se pueden realizar por teléfono, en el H de Día, en el domicilio, en el Centro escolar o en otros lugares. ○ Evaluación de enfermería (paciente, en domicilio u 	

	<p>Hospital de Día)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seguimiento y control de Enfermería (paciente, en el Hospital de Día) ○ Taller de salud (en el Hospital de día para el paciente) ○ Psicoterapia individual (en el H de Día para el paciente) ○ Psicoterapia familiar (en el H de Día para el paciente) ○ Grupo Terapéutico (en el H de Día para el paciente) ○ Grupo grande asambleario (en el H de Día para el paciente) ○ Taller creativo (en el H de Día para el paciente) ○ Taller de psicomotricidad (en el H de Día para el paciente) ○ Taller expresivo (en el H de Día para el paciente) ○ Taller de ocio (en el H de Día para el paciente) ○ Grupo Multifamiliar o grupo de Padres (en el H de Día para el paciente y sus familiares) ○ Grupo informativos o psicoeducativos (en el hospital de día o fuera de él, para pacientes, familiares u otros profesionales implicados) ○ Grupos para ensayar y adiestrar habilidades específicas (en el H de Día para pacientes o para sus familiares) ○ Intervención farmacológica (en el H de Día para el paciente) ○ Actividad escolar (en el H de Día para el paciente) ○ Comida (en el H de Día para el paciente) ○ Comedor terapéutico (en el H de Día para paciente)
ALTA	<p>Asegurar seguimiento en CSM Elaboración de informe de Alta</p>

UBICACIÓN

Calle Alfonso de Alcalá S/N
Alcalá de Henares
Madrid 28802
Tlf: 918771505
Fax: 918880584

DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS: UHB Y URGENCIA/OBSERVACIÓN

DEFINICIÓN DEL DISPOSITIVO

La unidad de Hospitalización Breve es un dispositivo con estructura clara y sencilla donde la contención de 24/24 horas es el elemento terapéutico más importante en una situación crítica del paciente que no es posible manejar de forma ambulatoria. La contención que ofrece la hospitalización proporciona la oportunidad de realizar evaluaciones e intervenciones terapéuticas que serían imposibles en otro ámbito.

Los ingresos en la UHB deben formar parte del plan global del tratamiento del paciente.

Es recomendable establecer un contrato con explicitación de los objetivos, una fecha de alta, y acordar cómo proceder con el seguimiento ambulatorio.

Los objetivos deben establecerse desde el principio de forma clara aunque pueden ser revisables. Un elemento importante es el mantener un flujo de información continuo sobre el paciente entre todo el equipo que atiende al paciente (tanto dentro de la UHB como entre los distintos dispositivos del área).

DERIVACIÓN AL HUPA:

Tipo de pacientes que acuden a la urgencia :

- 1.- Pacientes que acuden por voluntad propia (sólos o con su familia).
- 2.- Pacientes que no quieren acudir pero que de alguna manera son traídos por su familia.
- 3.- Pacientes derivados desde su MAP para valoración psiquiátrica: En este caso los pacientes suelen acudir con un informe de derivación de su médico (p10), en el que se exponen los motivos para la derivación.
- 4.- Pacientes derivados desde otros dispositivos del área (CRPS, Miniresidencia, Hospital de Día, CRL...). Lo más adecuado es contactar telefónicamente con el psiquiatra de guardia previamente, para comentar con él/ella el caso previamente, y los objetivos de la valoración.
- 5.- Pacientes derivados desde el CSM: Como en el caso anterior, con pacientes derivados desde otros dispositivos de Salud Mental lo adecuado es ponerse en contacto telefónico con el psiquiatra de guardia, también es adecuado el aportar un pequeño informe clínico sobre la situación del paciente. Al igual que en el caso anterior, el principal motivo de derivación a la urgencia es el de ingreso hospitalario, o valoración para ingreso.

INDICACIONES DE INGRESO

Las indicaciones de ingreso pueden dividirse en:

1/ Ingreso urgente:

Tentativa suicida grave

Trastorno del eje I que requiere ingreso (e.g. episodio psicótico, depresivo...)

2/ Ingreso programado: El terapeuta de referencia indica el ingreso para proporcionar estabilización suficiente para continuar el plan terapéutico

Se pueden dar otras circunstancias en la urgencia cuya decisión pueda posponerse hasta poder hablar con el terapeuta de referencia. Mientras, el paciente puede requerir permanecer en observación unas horas hasta que el contacto sea posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL INGRESO

Principales objetivos y previsión de duración de la estancia:

Objetivo	Explicación	Duración
Intervención en crisis	Riesgo de violencia/ intentos suicidas	2-6 días
Evaluaciones psicológicas o neurológicas amplias	Se coordinan más fácilmente desde el hospital; para algunos pacientes, es la única forma de realizarlas	2-6 días
Desarrollo de un plan de tratamiento y de personal	Pacientes graves cuya situación no permite el abordaje ambulatorio	3-14 días
Cambios en terapias previas	Sólo ocasionalmente y de acuerdo con el responsable del caso	3-14 días

EVALUACIÓN E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Para una orientación práctica que permita conseguir esos objetivos de forma eficaz, es útil que exista claridad y simplicidad en las estructuras de las unidades de hospitalización: jerarquía clara, funciones fijas y abordajes coherentes. Cada paciente tiene un psiquiatra asignado que evalúa al paciente, dirige el plan de tratamiento hospitalario, coherente con el tratamiento global, delega tareas y prescribe el tratamiento farmacológico.

Al ingreso se realizarán una serie de pruebas complementarias básicas (dentro del protocolo de la UHB):

-Analítica básica: que incluya bioquímica básica, hemograma, TSH, sistemático y sedimento de orina y test de embarazo en el caso de mujeres en edad fértil.

- Analítica más completa si se considera necesario: serología, Vit B12, Ac fólico...

- Prueba de imagen si se considera necesario

-ECG.

-Tóxicos en orina: Especialmente útil en pacientes en los que sospeche que la clínica es reactiva al consumo de tóxicos.

La psicoeducación de las familias puede comenzar en este periodo (entrevistas para mejorar la comunicación).

Los programas de hospitalización a corto plazo no deberían incluir reuniones o terapias de grupo que potenciasen la cohesión o los vínculos. En este estadio son más valiosos los grupos orientados a aprender técnicas de afrontamiento, tratamiento de crisis y psicoeducación. Aunque en general se acepta que los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad no se benefician de los ingresos, sobre todo cuando estos se repiten y no existen suficientes alternativas de tratamiento, estos se producen bien por la gravedad de la conducta, bien porque no exista otro recurso disponible. En general se recomienda que los ingresos no se prolonguen para evitar la regresión, imitación y refuerzo de conductas así como la distorsión del tratamiento de los demás pacientes.

Otra de las cuestiones a decidir cuando se hace un ingreso es la modalidad de éste, pudiendo ser:

a) Voluntario: el paciente acepta quedarse en la unidad, en las condiciones del ingreso, y da su consentimiento por escrito. Para ello el paciente debe estar capacitado legalmente, si no es así el consentimiento debe ser dado por su tutor o responsable por escrito.

b)Involuntario: El paciente no acepta quedarse y si se considera que el ingreso es necesario se recurre al Artículo 763 de la ley de Enjuiciamiento Civil, para tramitar el internamiento involuntario, solicitando autorización al juzgado correspondiente en un plazo de 24 horas

Al alta deberá tener una cita fijada en el CSM y estar reflejada en el informe de alta, o en el Hospital de Día en el caso de que el paciente esté en tratamiento en dicho dispositivo.

ALTERNATIVAS AL INGRESO EN LA UHB

Ante la imposibilidad de ingreso por falta de camas existen 2 posibilidades:

a)Ingreso en observación de urgencias: cuando se conozca que van a producirse altas en la unidad de psiquiatría en un espacio breve de tiempo. En el caso de que el paciente no quiera quedarse en la observación, o sea necesario por los motivos que sean la sujeción mecánica, hay que comunicar al juez de guardia, como si de un ingreso involuntario en la unidad se tratase su internamiento en la observación, en un plazo de 24 horas .

b)Traslados: Si el paciente requiere un ingreso en una unidad de agudos, y no están previstas altas en la unidad de psiquiatría, se valorará más que el ingreso en observación, el traslado a otro centro hospitalario. Para ello el psiquiatra de guardia se pondrá en contacto con la coordinadora de centros, de cara a que busque una cama, o contactará directamente con los psiquiatras de guardia de otros hospitales para el traslado. Se deberá valorar la necesidad del traslado en un vehículo especial (ambulancia psiquiátrica), en especial según el nivel de agresividad del paciente y el estado clínico, y si debe ir con personal sanitario acompañante (celador, enfermera, auxiliar).

ALTERNATIVAS AL INGRESO EN LA UHB

a) Ingreso en observación de urgencias: Es adecuado en el caso de pacientes en los que se considera que puede existir una mejoría con la aplicación de un tratamiento en unas horas (pacientes con clínica psicótica que se sospeche reactiva a consumo de tóxicos), o en el caso de que se considere que la evolución en las próximas horas puede ser clarificador de cara a mejoría clínica, realización de un diagnóstico.

c/ Programa de apoyo domiciliario y atención al alta precoz

COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS Y FINALIZACIÓN DEL INGRESO:

Durante el ingreso la psiquiatra de la UHB se coordinará con el psiquiatra del CSM y/o del Hospital de Día en el caso de que el paciente esté en tratamiento en dicho dispositivo, tanto al inicio del ingreso para acordar objetivos como durante el mismo si se precisa y al alta para citar en dispositivo ambulatorio.

También se realizarán coordinaciones con los profesionales que atienden al paciente en otros dispositivos en el caso de que estuviera en alguno de ellos (Miniresidencia, CRPS, CRL, C.Día, EASC)

El paciente será dado de alta de la UHB o de la urgencia/observación una vez se hayan cumplido los objetivos pactados al ingreso, se haya producido una estabilización de la situación de crisis que motivó el mismo y esté en condiciones de continuar el tratamiento de forma ambulatoria.

En caso de ingreso voluntario, si el paciente solicita el alta voluntaria antes de la consecución de los objetivos acordados, se le planteará que espere a tener entrevista con su psiquiatra de UHB en el caso de que la solicite fuera del horario de mañana y que se pueda realizar una coordinación con el psiquiatra que atiende al paciente de forma ambulatoria. En el caso de no aceptar este planteamiento y no existan criterios de involuntariedad, se dará el alta voluntaria y se contactará lo antes posible con su psiquiatra.

PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ

Está dirigido a personas afectadas de enfermedad mental que viven en el área de influencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. El recurso se dirige a aquellas personas cuya situación sobrepasa las posibilidades de atención ambulatoria (en el CSM por lo general), pero que pueden beneficiarse de la opción de evitar el ingreso hospitalario o prolongar la duración del mismo. Incluye también a aquellos pacientes ingresados en residencias geriátricas y otros dispositivos sociosanitarios que puedan desarrollarse en el área.

El equipo del programa: 1 psiquiatra y 1 enfermero se coordinarán con la UHB y urgencia del HUPA, desde donde se derivarán a los pacientes y con los CSM (coordinación incluida en la que se realiza semanalmente entre la UHB y los CSM)

DERIVACIÓN AL PROGRAMA:

El actual es un subprograma de la atención especializada en salud mental. Por tanto, los pacientes son derivados a la urgencia para hospitalización (ingreso programado) y allí son valorados, pasando a hospitalización completa o control domiciliario en función de los criterios señalados más abajo en este documento. Esta valoración es realizada por un psiquiatra del programa de apoyo en domicilio. De la misma manera, un paciente que acude a la urgencia y se considera necesario ingresar, es valorado por un psiquiatra del programa para valorar las dos alternativas. El programa también recibe pacientes desde la UHB (altas tempranas).

Indicaciones:

- pacientes que presentan una descompensación y precisarían ingreso pero en los que el ingreso puede ser sustituido por cuidados domiciliarios.
- Pacientes ingresados en el hospital, cuya estancia puede acortarse si se establece una intervención adecuada y especializada en casa.
- Pacientes que no aceptan la indicación de ingreso pero permiten negociar atención domiciliaria.

En los tres casos anteriores, expectativa de que la intervención domiciliaria podrá durar hasta 6 semanas y que este periodo será suficiente para continuar los cuidados médicos/de salud mental/sociales de forma ambulatoria.

DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL; HORARIO DEL PROGRAMA; URGENCIAS DE PACIENTES EN EL PROGRAMA FUERA DE HORARIO

Horario del programa:

- de 8 a 15 h, lunes a viernes
- urgencias fuera de horario:
 - o llamada al psiquiatra de guardia: facilitar cada día al psiquiatra de guardia un listado de pacientes que están en el programa para que pueda atender la urgencia si llaman por tfno.
 - o Establecer con el paciente y familiares, al inicio de la intervención, plan de crisis (hoja de instrucciones)

Capacidad de atención del programa

- pacientes en intervención intensiva (visita diaria, posibilidad de más de una visita diaria)
- pacientes en intervención media (hasta 3 visitas/semana)
- pacientes prealta (1-2 visitas/semana)

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA:

- Actividades con paciente y familiares/red de apoyo:

Tipos de intervención

- Evaluación: Evaluación multiprofesional (psiquiatra, enfermero): Anamnesis, con el paciente y los familiares, exploración psicopatológica, y despistaje de patología orgánica. Realización de juicio diagnóstico y planteamiento de objetivos realistas para el ingreso en domicilio conjuntamente con el paciente y familiares, elaborando un plan de tratamiento y cuidados individualizado. Potenciar recursos personales y/o familiares y establecer previsión de posibles complicaciones y plan de contingencias en caso de que se produzcan. Protocolo de pruebas complementarias realizado en el hospital. Culmina con la firma de compromiso terapéutico.
- Intervención intensiva: en este nivel se encuentran pacientes descompensados con recursos familiares y/o sociales desbordados. Van a requerir intervenciones diarias de apoyo, cuidados y administración de tratamiento.
- Intervención media: El paciente comienza a estar en una fase de mejoría de la psicopatología y la familia/red de apoyo es más capaz de asumir los cuidados. trabajo sobre adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, otorgar significado a la crisis.....
- Intervención baja: cierre de la intervención, contacto con el CSM...

- Actividades sin los pacientes / red de apoyo:

- Registro de la actividad (ingreso y alta a través de admisión central; registro de la actividad en dos agendas de hospitalización domiciliaria; descripción de la intervención HP Doctor)
- Coordinación con UHB y urgencia para derivación pacientes
- Coordinación con CSM (en espacio reglado con la UHB)
- Coordinación con otras instancias (Primaria, Emergencias) según necesidades de los pacientes ingresados
- Revisión y mantenimiento del stock de medicación

EASC ALCALÁ DE HENARES

DEFINICIÓN DEL RECURSO

Equipo social multiprofesional, que trabaja en el entorno comunitario y que está dirigido a ofrecer atención domiciliaria y apoyo social principalmente a personas diagnosticadas de esquizofrenia y con importantes dificultades de funcionamiento psicosocial que les impide o les complica en extremo mantenerse en su propio domicilio o en el entorno familiar.

El trabajo de los EASC ha de hacerse en coordinación y complementariedad con el Programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

Su capacidad de atención es de 30 personas.

Los EASC, están integrados en la red pública de Salud Mental, debiendo coordinarse y colaborar con los recursos específicos de atención social y con los Servicios Sociales Generales

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA/ENGANCHE	Como estrategias para favorecer la vinculación del usuario al EASC se emplearán todas aquellas que resulten necesarias y pertinentes (coordinaciones tanto con el equipo de rehabilitación y continuidad de cuidados como con otros recursos de la red de salud mental que atiendan al usuario, reducción del tiempo de espera, no duplicación de profesionales, acompañamientos, primeros contactos en la UHB ,explicaciones claras al usuario y el entorno acerca de la intervención, apoyo social, etc..) buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.
EVALUACIÓN	Realización de una evaluación funcional y conductual individualizada y continua en su propio domicilio y en su entorno familiar y social La metodología de evaluación se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevista conductual al usuario, familia y entorno, observación directa, autorregistros, cuestionarios, escalas, etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos de intervención planteados.
	Realización del Plan Individualizado de Atención Social y Apoyo Comunitario como resultado de la evaluación
INTERVENCIÓN	Estrategias sistematizadas y asertivas de vinculación a recursos
	Atención y apoyo social en su propio domicilio y en su entorno familiar y social sobre las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidados (vestido, higiene personal, hábitos de alimentación, hábitos de sueño, etc.) - Actividades de la vida diaria (manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes, preparación de comidas y otras tareas domésticas) - Psicoeducación - Facilitar la colaboración e implicación de recursos sociales y comunitarios que puedan favorecer el proceso de rehabilitación e integración social de los usuarios - Fomentar el desarrollo de las redes sociales de los usuarios - Apoyo a las familias que conviven con los usuarios. Se ofrecerá la información, asesoramiento y apoyo individualizado que sea necesario para facilitar la mejora de la convivencia y aumentar sus recursos y capacidades para aliviar la sobrecarga y resolver los problemas existentes
SEGUIMIENTO/ALTA	Para asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad, es necesario articular un sistema de apoyo social y seguimiento flexible y continuado que se ajuste a las necesidades de los usuarios.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental del área o distritos sanitarios de referencia asignados al recurso e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Presentarán diagnóstico de trastorno de la personalidad con una evolución superior a los 2 años y cursar con grave deterioro psicosocial en todas o casi todas las áreas vitales.
- Evidenciarán gran dificultad para vincularse a cualquier recurso del área, haciéndose de este modo inviable su derivación de acuerdo a los procedimientos y protocolos estándar.
- Usuarios que viven solos o con padres muy mayores y que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.

CONTRAINDICACIONES

- personas que no cumplan el perfil de derivación
- personas que requieran un proceso más clínico que rehabilitador.
- personas que presenten problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que impidan el trabajo del EASC
- personas que presenten conductas disruptivas que impidan la labor de los profesionales del EASC

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

1. Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos en su Servicio de Salud Mental de referencia el cual justifique las necesidades de atención domiciliaria o grandes dificultades de vinculación a la red de atención y riesgo de abandono o deterioro,
2. Se aportará el protocolo de continuidad de cuidados en la Comisión de Derivación a Recursos, que se lleva a cabo con una frecuencia mensual. A la que asisten la trabajadora social y/o el director del EASC. Una vez derivado el usuario pasa a la lista de espera del recurso.
3. Usuarios que cumplan el perfil del EASC
4. Los usuarios que sean atendidos por el EASC seguirán siendo atendidos por su Servicio de Salud Mental, en el marco del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (Río Tajuña)

DEFINICIÓN DEL RECURSO

Los CD se definen como recursos sociales específicos complementarios a los Programas de Rehabilitación y Continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental y a los Centros de

Rehabilitación Psicosocial. Están integrados en la red pública de Salud Mental. Se conciben como un recurso comunitario de apoyo a la integración sociocomunitaria.

PRESTACIONES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA	Como estrategias para favorecer la vinculación del usuario al Centro de Día se emplearán todas aquellas que resulten necesarias y pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas al domicilio, etc.) buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.
EVALUACIÓN	<p>Realización de una evaluación funcional y conductual individualizada y continua en los contextos que resulten pertinentes (centro, domicilio, entorno familiar y social, etc.) encaminado a conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social.</p> <p>La metodología de evaluación se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevista conductual al usuario, familia y entorno, observación directa, autorregistros, cuestionarios, escalas, etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos de intervención planteados.</p> <p>Realización del Plan Individualizado de Atención y Soporte Social como resultado de la evaluación</p>
INTERVENCIÓN	<p>Se realizarán Programas individualizados de atención psicosocial y soporte social encaminados a reforzar, mantener y, si se puede, mejorar las capacidades y las habilidades que favorezcan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, dando el apoyo y soporte social necesarios para facilitar la estructuración de la vida cotidiana.</p> <p>Las principales áreas de intervención son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado: vestido, higiene personal, hábitos saludables, etc. - Actividades de la Vida Diaria: manejo de tareas domésticas, manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes - Psicomotricidad - Psicoeducación - Habilidades sociales básicas: mirada, sonrisa, postura, paraverbales, conversación, comunicación, asertividad, etc - Capacidades básicas: atención, memoria, discriminación, orientación, etc. - Ocio y Tiempo libre - Apoyo a las familias: información, formación, asesoramiento y apoyo; fomento y colaboración para el desarrollo de grupos de autoayuda, promoción del asociacionismo. - Actividades de día de apoyo y soporte social: como complemento al proceso de mejora del funcionamiento y la autonomía personal y social, se organizarán y promoverán actividades que faciliten la estructuración de la vida cotidiana y se ofrecerá el soporte social que los usuarios puedan necesitar. Estas actividades se desarrollarán fuera del centro fomentando el uso de recursos socio-comunitarios.
SEGUIMIENTO Y APOYO COMUNITARIO	Utilización de recursos socio-comunitarios normalizados, apoyo, soporte comunitario y seguimiento necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial y de integración alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

- Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Presentarán diagnóstico de trastorno de la personalidad con una evolución superior a los 2 años y cursar con grave deterioro psicosocial en todas o casi todas las áreas vitales.
- Tienen, o están en riesgo de tener, elevado deterioro cognitivo y psicosocial y/o gran aislamiento social.
- Evidenciarán importantes necesidades de soporte social y familiar, así como dificultades de integración en recursos socio-comunitarios.
- Necesitan intervenciones estructuradas, sistemáticas y continuas para estructurar una vida cotidiana todo lo normalizada y autónoma que sea posible.

CONTRAINDICACIONES

- personas que no cumplan el perfil de derivación
- personas que presenten problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que impidan el trabajo del CD
- personas que presenten conductas disruptivas que impidan la labor de los profesionales del CD

REQUISITOS DE DERIVACIÓN

5. Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos en su Servicio de Salud Mental de referencia siendo derivados aquellos con mayores dificultades de funcionamiento psicosocial e integración y mayor riesgo de aislamiento, deterioro o marginación.
6. Se aportará el protocolo de continuidad de cuidados en la Comisión de Derivación a Recursos, que se lleva a cabo con una frecuencia mensual. A la que asiste el director del Centro de Día.
7. Usuarios que cumplan el perfil del Centro de Día
8. Los usuarios que sean atendidos por el CD seguirán siendo atendidos por su Servicio de Salud Mental, en el marco del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Dirección. C/ Río Tajuña S/n. Centro Comercial Nueva Alcalá.

28803, Alcalá de Henares.

Tel: 91 882 22 34

Fax: 91 882 71 13

Correo electrónico: cdalcala@grupoexter.com

PISOS SUPERVISADOS

DEFINICIÓN

Constituyen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte organizado en pisos o viviendas normalizadas, insertas en el entorno comunitario en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental, recibiendo el apoyo y supervisión flexible que en cada momento necesiten, a través de profesionales.

Los Pisos Supervisados se organizan en coordinación y vinculación con las residencias.

REQUISITOS DE DERIVACIÓN A PISO SUPERVISADO

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en el piso supervisado. Desde la Residencia se valorará y propondrá usuarios que sean indicados para continuar su proceso de rehabilitación en un recurso de estas características. Es necesario:

- Tener entre 18 y 65 años
- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
- Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, y tienen dificultades para mantenerse solos en una vivienda.
- No requerir una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.
- Haber pasado previamente por intervención específica para TP o estar en atención en el momento de la derivación.
- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada.

INDICACIONES DE PISO SUPERVISADO

- Personas para los que el tratamiento ambulatorio no es suficiente, lo que genera inestabilidad psicopatológica, problemas en la convivencia etc. pero que no necesitan supervisión 24 horas.
- Personas que necesitan un entrenamiento previo a la salida al propio DOMICILIO.

CONTRAINDICACIONES

- Superar % de plazas ocupadas en el piso por personas con diagnóstico de TP
- Falta de objetivos rehabilitadores y recursos específicos.
- Encontrarse en un momento (fase de enfermedad) poco pertinente al recurso.
- Deterioro cognitivo grave o retraso mental asociado.

- Incumplimiento de plazos acordados con el CSM.

OBJETIVOS

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda necesitan un apoyo constante e indefinido.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Posibilitar la máxima autonomía posible de los residentes.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.
- Facilitar la recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
- Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
- Posibilitar la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar si esta es la mejor opción.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ENTRADA A PISO	Calendarización gradual de la salida a Mr y entrada a piso: visitas progresivas, con actividades programadas y supervisadas por el equipo de pisos.
	Seguimiento del cumplimiento de la programación acordada, para la valoración de su periodo de adaptación.
EVALUACION	Valoración individual y familiar si es pertinente ,durante el primer mes de estancia, de los distintos profesionales del equipo.
	Junta de evaluación y elaboración del PIAS
	Se valora individualmente con las herramientas del DASI Y EEFG, Calidad de vida y satisfacción con el recurso.
TRATAMIENTO	Seguimiento individualizado, mediante revisión mensual de objetivos, y de PIAS
	Autocuidado: higiene, apariencia, y cuidado personal
	AVD'S: autonomía personal, manejo de dinero, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas, hábitos alimenticios, etc...
	Pisco educación y educación para la salud: información sobre la enfermedad, seguimiento de la medicación, adherencia al tratamiento, y contacto con su CSM, hábitos saludables, autocontrol y manejo del estrés

	Habilidades sociales: mejora de las habilidades sociales básicas e interpersonales, así como la expresión de emociones para facilitar y promover el desarrollo de relaciones sociales dentro y fuera del piso y potenciar redes sociales de apoyo
	Ocio y tiempo libre: planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre, dentro y fuera del piso, dinamización de aficiones e intereses, etc
	Integración comunitaria: promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria y a través del contacto con otros recursos sociocomunitarios, actividades formativas, deportivas, culturales, etc...
	Información y apoyo a las familias: asesoramiento en trámites, aumentar el conocimiento de la enfermedad, apoyar en las necesidades que puedan surgir durante el proceso de estancia en el piso, y la posible salida del mismo.
	Coordinación continuada con los diferentes recursos tanto de la red social, sanitaria y de rehabilitación.
SALIDA	Alta: acuerdo de la fecha de salida con el usuario y el CSM; planificación de una salida progresiva según el proceso individualizado.
	Baja: Se firma el documento de la baja (previa información de las contraindicaciones de dicha baja si fuera necesario).
	Se valora individualmente con las herramientas del DASI Y EEFG, Calidad de vida y satisfacción con el recurso.
	Informe de salida en el que se detalla su proceso durante la estancia en el recurso.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

RESIDENCIA “ALCALÁ DE HENARES”

Avenida de Castilla, 31, 2ª planta
28804, Alcalá de Henares
Tlf: 91 888 18 04
Fax: 91 883 39 46
lbenito@fundacionmanantial.org

RESIDENCIA “ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES”

C/ Federico García Lorca nº 20
28806, Alcalá de Henares.
Tlf: 91 882 69 75.
Fax: 91 883 84 03.
mr.espartalesur.alcala@grupo5.net

UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

DEFINICIÓN:

La Unidad hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende una asistencia psiquiátrica integral en un régimen de hospitalización completa y prolongada, ofreciendo entre otras alternativas, contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Pueden beneficiarse del ingreso los pacientes con trastorno mental severo, mayores de 18 años y menores de 65, residentes en la CM, que necesitan un tratamiento psiquiátrico y un soporte residencial, no siendo posible realizar este tratamiento en las Unidades de Hospitalización Breve, ni en las UHTR con camas.

Indicaciones de ingreso para las UHCPP:

- Pacientes crónicos con alteraciones psicopatológicas persistentes y/o conductuales, que no han logrado adquirir autonomía personal y que carecen o es deficitario su apoyo social.
- Necesidad de contención y adecuación conductual superior a la que puede ofertar un recurso residencial.
- Estancias temporales para pacientes que no cumplen criterios de ingreso en UHTR, pero si precisan contención y estabilización sintomática en un medio protegido y por un tiempo prolongado.
- Pacientes que deban cumplir medidas de seguridad por orden judicial.

Si el ingreso es indefinido, podría ser importante, para proteger los derechos de los pacientes, que estuvieran incapacitados y tuvieran tutor.

No está indicado el ingreso para:

- Personas con retraso mental y trastornos conductuales.
- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas
- Trastornos mentales orgánicos derivado de enfermedad médica o sobrebenida.

La forma de acceso, la documentación a aportar, el sistema de coordinación es igual que en las UHTR. La única diferencia es que el cauce de acceso no es mediado por la Comisión Regional de Rehabilitación, se gestiona directamente con el H. Rodríguez Lafora.

La estancia no está limitada en el tiempo, aunque el proceso de rehabilitación y el objetivo del ingreso siempre es la vuelta al medio comunitario lo más normalizado posible.

Las plazas están asignadas al área y esta es responsable del manejo de la lista de espera y trabajar la alternativas al alta de los pacientes para tener plazas disponibles.

PRESTACIONES:

Asistencia psiquiátrica integral en un régimen de hospitalización completa y prolongada, ofreciendo entre otras alternativas, contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Hospital Dr. Rodríguez Lafora.
Ctra. de Colmenar Viejo Km. 13,800
28049 - Madrid

Teléfono: 91.586.75.00

Fax: 91.586.73.91

UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

DEFINICIÓN:

La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende promover la reinserción e integración en la comunidad de los pacientes con enfermedades mentales graves

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Pueden beneficiarse del ingreso en esta Unidad los pacientes que reúnan las siguientes características:

- Trastornos mentales graves.
- Mayores de 18 años y menores de 55 (en determinados casos que sobrepasen la edad, se valorará la pertinencia del ingreso)
- Residentes en la CAM.
- Que estén incluidos en el Programa de Rehabilitación y continuidad de cuidados de los distritos.

Este dispositivo no está indicado para:

- Personas con retraso mental (discreto, moderado y grave).

- Trastornos antisociales de la personalidad.
- Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.
- Cumplimientos de condena.
- Trastornos orgánicos cerebrales que impiden su autonomía en la vida diaria.
- Trastornos mentales orgánicos derivados de enfermedad médica o sobrevenida.

Tiempo de estancia: entre un mes y seis meses, pudiéndose prolongar dicha estancia hasta doce meses, en función de los objetivos terapéuticos establecidos.

Acceso: Los pacientes deben estar incluidos en el P. de Rehabilitación y continuidad de cuidados del distrito y éste establecerá los objetivos de rehabilitación que justifican el ingreso. El caso es presentado en *la Comisión de Seguimiento y Derivación a recursos del Área 3, que maneja la lista de espera y la asignación de plazas en el área, vinculando las camas de estas unidades a los programas de rehabilitación de los distritos*. Posteriormente se enviarán los informes a la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental y se incluirán en la lista de espera del área, así mismo el representante del Área en la Comisión Regional de Rehabilitación y Continuidad de cuidados (Oficina de Coordinación de Salud Mental), presenta el caso en la reunión con los Centros Concertados (Ciempozuelos) que gestionan estas plazas, en dicha reunión están presentes las distintas áreas sanitarias de la CM. y se hace un control y análisis global de las plazas asignadas. Si una plaza del área queda disponible, la Oficina de SM. Enviará la correspondiente autorización del ingreso al distrito que se le asigne la plaza.

Documentación a aportar:

Carpeta de Continuidad de Cuidados.

Plan de Atención Integral, dónde debe constar la alternativa residencial al alta.

Informe clínico.

Informe social.

PRESTACIONES:

Programación del ingreso:

Los responsables del caso del CSM contactarán con el servicio de admisión del Hospital para programar el ingreso e informarán a los pacientes y a las familias. En caso de ingreso involuntario se deberá contar con la autorización judicial para el mismo.

Áreas de Intervención:

Competencia personal: conciencia de enfermedad, autoguiado, hábitos de vida.

Afrontamiento personal y social: funcionamiento cognitivo, autocrontrol y técnicas de afrontamiento, autonomía básica, autonomía social.

Sistemas de coordinación:

Es condición necesaria e indispensable compartir y consensuar entre los dispositivos y profesionales el Plan de rehabilitación de cada usuario.

Se realizará una reunión mensual de presentación de casos y de seguimiento de los ingresados. Previa a la derivación, el caso ha de ser presentado y aprobado en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Clínica San Miguel

C/ Arturo Soria 204

28043 Madrid

Telef: 91.413.50.11

Fax: 91.413.56.38

Email: administracionsanmiguel@hospitalariasmadrid.org

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LOS RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL DESDE EL CSM (Pendiente)

MAPA DEL PROCESO: (Pendiente)

INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO

Sirven para saber tanto si el proceso sirve para cumplir los objetivos para los que se ha diseñado como si el proceso se está cumpliendo

Se propone empezar con los siguientes:

Fichas de pacientes con TP: al menos en el 50%

Registro de pacientes y posibilidad de pedir información sobre registro

Reuniones mensuales Comisión específica: al menos 75%

Con reuniones entre profesionales implicado en casos difíciles

Reuniones de coordinación mensuales (las que tenemos con CSM los diferentes recursos... /-) al menos 75%. Ver qué hacemos con las de HUPA que son más frecuentes..

Cumplimiento del recorrido:

1.- grado de cumplimiento de requisitos en estudio el porcentaje y como lo medimos, habría que hacer la ficha y llevara a comisión específica la información

2.- cita con CSM/CAID (o dispositivos implicados en tto en ese momento) tras alta: 90%

3.- informe al alta: 90%

Abandonos: igual o menor del 25% en ttos específicos

Mejoría: haber alcanzado al alta por fin de tratamiento: !.- en ttos específicos psicoterapéuticos un aumento de 30 puntos en el GAF o una puntuación igual o superior a 60 en al menos el 75% de los pacientes; en UHB, estabilización de crisis en 100% de los casos y en rehabilitación, cumplimiento de objetivos y/o 30 puntos de aumento en GAF-

Disminución de reingreso, días de estancia y número de asistencia a urgencias (pensamos en un 20%)

Encuestas de satisfacción: entregadas al terminar el tto en cada recurso en número igual o superior al 90%. Con resultados analizados y pensadas acciones correctivas si se detectan insatisfacciones.

Lista de espera para entrar a los recursos del proceso: se propone: 1 mes para entrar en CSM, 1 mes para HD, inmediato para atención urgente u hospitalaria, en rehabilitación se proponen 5 meses.

ANEXO 10: Proceso de Trastornos del Comportamiento Alimentario

PROCESO ASISTENCIAL TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

(Borrador MARZO 2013)

Autoras/es del Documento:

INDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN
- 2.- MISIÓN DEL PROCESO
- 3.- DEFINICIÓN DEL PROCESO
- 4.- DESTINATARIOS DEL PROCESO
- 5.- LÍMITES DEL PROCESO
- 6.- PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO
- 7.- INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO
- 8.- ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los TCA son un problema de Salud Pública, de origen multifactorial, que afecta fundamentalmente a mujeres en la edad adolescente, con unos determinantes de salud diversos y con un impacto social superior al epidemiológico. Son enfermedades mentales muy prevalentes en la actualidad, que generan una elevada demanda de recursos sanitarios y cuyo tratamiento es habitualmente largo y complejo y requiere la participación, sucesiva o simultánea de profesionales de diferentes especialidades (médicos de atención primaria, pediatras, psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos, personal de enfermería y frecuentemente otros especialistas médicos –cardiólogos, nefrólogos, etc) que van a ofrecer sus servicios en diferentes ámbitos asistenciales según las necesidades del paciente en cada momento evolutivo de la enfermedad (hospital, centro de salud, ambulatorio, centros de salud mental, recursos terciarios, etc). En el abordaje de los TCA también suelen estar implicados profesionales de otros ámbitos (colegios, institutos, gimnasios, etc) y requiere la colaboración de la familia y otras personas relacionadas.

Las graves y/o crónicas repercusiones sobre la salud física de los pacientes con un TCA generan una alarma importante en las familias que demandan una mayor implicación de los profesionales y de los agentes sociales en su abordaje. La dualidad sintomática, psíquica y somática y la comorbilidad con otros trastornos mentales generan importantes dificultades de abordaje a los que se añaden la resistencia o falta de motivación de muchos pacientes para el tratamiento. Por todo, los TCA constituyen un reto importante para los equipos multiprofesionales que se enfrentan a unas necesidades de coordinación entre profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos asistenciales (sanitarios y extrasanitarios) en un medio que no siempre cuenta con todos los recursos necesarios ni con mecanismos ni tiempos suficientes para una coordinación compleja.

No hay una única modalidad de intervención que sea considerada mejor que las demás, todos los modelos de intervención psicoterapéutica y farmacológica obtienen logros y tienen sus limitaciones pero hay amplio consenso en la necesidad de utilizar una combinación de ellas en función de las necesidades de cada momento de la evolución del cuadro. Las distintas modalidades y enfoques de tratamiento hacen que sea preciso llegar a un consenso que recoja los acuerdos mínimos entre profesionales y permita un abordaje multidisciplinar de los TCA pensando en el paciente y sus circunstancias y para cada actividad de prevención, diagnóstico y tratamiento. Existe unanimidad es en que el programa terapéutico general incorpore el apoyo y el asesoramiento de los familiares.

Este proceso plantea un modelo de coordinación que, sobre la base de líneas claras y criterios uniformes de actuación, garantice la continuidad asistencial, redefiniendo nuevos elementos que nos ayuden a mejorar la calidad de la atención de los TCA.

Visión de los Procesos:

El enfoque de los Procesos asistenciales en la UGCPySM del HUPA es conseguir una asistencia integrada e integral de la máxima calidad para los pacientes con trastornos mentales graves o prevalentes mediante la consecución de una óptima organización de los recursos disponibles que asegure un abordaje global de los problemas psicopatológicos y sus consecuencias.

El proceso de Trastornos de la Conducta alimentaria se basa en una serie de principios:

- Se sustenta en un modelo de intervención comunitario
- Pretende garantizar la asistencia integral de los pacientes desde los aspectos médicos a los psicológicos y sociales.
- Asegurar la continuidad de cuidados
- Prioriza la coordinación entre dispositivos y profesionales.
- Tiene en cuenta en su génesis y en su evaluación la opinión de los pacientes que se encuentran dentro del proceso y sus familiares, así como las asociaciones de usuarios
- Propone la utilización de intervenciones basadas en la evidencia

Razón de ser del Proceso TCA:

La asistencia a los pacientes con TCA se ofrece en un encuadre comunitario en varios recursos coordinados en red que incluyen tres equipos de SM ambulatorios situados en dos CSM, consultas específicas de Nutrición en el servicio de Endocrinología del HUPA, una unidad Funcional de ingreso de TCA con dos camas a cargo de Endocrinología y de un equipo experto en TCA, un Hospital de Día de Salud Mental de adultos y adolescentes, un

CRPS y Centro de Día, Minirresidencias, Equipo de apoyo comunitario, una UHB psiquiátrica y un servicio de Interconsulta y psiquiatría de enlace multiprofesional. El Hospital de Día de Meco (centro privado con cobertura de diferentes aseguradoras y seguro escolar) ofrece tratamiento ambulatorio intensivo a pacientes adultos y adolescentes de Alcalá de Henares con TCA. El Hospital de Día de Santa Cristina, específico de TCA, admite pacientes de todas las zonas sanitarias de Madrid. En el Hospital Ramón y Cajal existe una unidad de ingreso específica de TCA con 4 camas. El ingreso de niños y adolescentes con TCA se realiza en la Unidad de Niños y Adolescentes del HGM en Madrid. Cuenta con plazas de rehabilitación e dos Minirresidencias y en Pisos tutelados.

Esta Guía de Proceso de TCA está dirigida a los pacientes diagnosticados de TCA de todos los grupos de edad derivados para tratamiento a la UGCPySM del HUPA. Están excluidas del proceso las actividades de detección, prevención y coordinación con otros recursos asistenciales o sociales no relacionados con el tratamiento de las manifestaciones del trastorno.

Se realiza en coordinación y con la participación del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA.

2. MISIÓN DEL PROCESO

Objetivos generales:

- Mejorar la efectividad y la eficiencia de las intervenciones que se realizan en el servicio, destinadas al abordaje integral de los TCA y adecuarlas a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias.
- Homogeneizar la oferta de tratamiento en base a los conocimientos científicos sobre el tema
- Organización horizontal de los recursos asistenciales
- Flexibilizar el proceso de forma que se pueda adaptar a los cambios y progresos en el conocimiento sobre el tema ya la situación social de la población diana.
- Ser evaluable y modificable

Objetivos específicos:

- Describir el conjunto de actividades de diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que presentan los pacientes con TCA así como el conjunto de recursos asistenciales y las actividades de coordinación entre ellos.
- Describir el recorrido asistencial de cada paciente basado en un PIT
- Asegurar el conocimiento de los profesionales de los recursos asistenciales, las vías de acceso y las indicaciones.
- Describir las intervenciones terapéuticas y sus indicaciones
- Monitorizar la marcha del tratamiento y la satisfacción de los pacientes y sus familias
- Detectar necesidades asistenciales
- Detectar necesidades formativas de los profesionales

Estrategias

1.- Asegurar la coordinación y la comunicación entre

- Profesionales, equipos y dispositivos de salud mental.
- Profesionales, equipos y dispositivos de salud mental con el equipo de Endocrinología y Nutrición.
- Profesionales de atención primaria y otros especialistas.
- Otros recursos sociales (escolares, recursos residenciales)

2.- Establecer condiciones organizativas a nivel de profesionales y dispositivos que permitan dar la prioridad asistencial que les corresponde por su gravedad y complejidad a los pacientes con un TCA.

3.- Orientar las actividades terapéuticas y asistenciales para que se adapten a las recomendaciones basadas en la evidencia científica y en el consenso profesional.

4.- Generar una filosofía y una visión compartida del problema entre los distintos equipos profesionales que permita mejorar las condiciones de trabajo individualmente y en equipo y de forma que se aumente el nivel de satisfacción tanto del profesional como del paciente y su familia.

5.- Proporcionar formación continuada a los diferentes profesionales.

3. DEFINICIÓN FUNCIONAL

Es el conjunto de actividades destinadas al abordaje integral de a los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la conducta alimentaria derivados para tratamiento al UGCPySM del HUPA.

Objetivos generales

- Mejorar la salud de los pacientes diagnosticados de TCA en los supuestos incluidos
- Lograr una intervención precoz, integral e integrada de los problemas físicos, psicopatológicos, familiares y sociales derivados o asociados al trastorno.
- Facilitar la accesibilidad y la asistencia en tiempo (según indicadores de calidad)
- Incluir a las familias en el tratamiento desde su inicio
- Favorecer una orientación comunitaria de trabajo en red, con recursos sociosanitarios coordinados
- Detectar carencias y necesidades asistenciales
- Detectar carencias y necesidades formativas de los profesionales

Objetivos específicos

- Facilitar la informacional paciente y la familia de las opciones de tratamiento y hacerles partícipes de las decisiones terapéuticas Facilitar vías regladas y predecibles de comunicación entre la familia y el profesional.
- Monitorizar la marcha del tratamiento y la satisfacción de los pacientes y sus familias
- Garantizar la atención continuada de los pacientes
- Tener un registro actualizado de los pacientes en tratamiento por TCA que permita evaluar periódicamente las necesidades asistenciales
- Garantizar las existencia de intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas programadas y estables accesibles a todos la población diana del proceso
- Procurar la formación continuada de los profesionales implicados

4. DESTINATARIOS

Todos los pacientes que cumplen criterios diagnósticos de TCA como diagnóstico principal o secundario a otro proceso patológico médico o psiquiátrico (según se define en los límites) que viven en el área de influencia del Hospital Príncipe de Asturias o que solicitan canalización desde otro Hospital.

Las familias de los pacientes anteriormente descritos

5. LIMITES

LÍMITE INICIAL

- Personas de ocho o más años que cumplen criterios de los siguientes diagnósticos: AN, BN y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Los TCANE incluyen: el trastorno por atracones (TA) y las formas no específicas, incompletas o parciales, que no cumplen todos los criterios, para AN o BN y TA.
- Pacientes con TCA crónicos, refractarios al tratamiento, a los que se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas.

LÍMITES DE SALIDA

- La salida del proceso se produce por alta médica cuando el paciente ha mantenido estables durante dos años los siguientes parámetros:
 - El peso saludable y el estado nutricional.
 - Unos hábitos alimentarios normalizados sin distorsiones perturbadoras de la conducta alimentaria
 - Relaciones socio-laborales normalizadas que favorezcan su independencia
 - No presente alteraciones psicopatológicas ni una distorsión o insatisfacción corporal que interfiera con su autonomía y con su desempeño social y laboral.
- Alta voluntaria (si no cumple criterios para tratamiento involuntario, por solicitud de traslado a otro centro, por derivación a otro centro con el que no se mantiene coordinación habitual)
- Abandono
- Fallecimiento
- La salida se produce también cuando se estima que un paciente que presenta comorbilidad con un TP o TMG, presenta un estado psicopatológico que se pueda abordar mejor con los recursos ofrecidos en otro proceso siempre que se cumplan unos mínimos requisitos de estabilidad en la clínica propia del TCA:
 - El peso mínimo saludable y el estado nutricional que no comprometa la salud física y permita un tratamiento ambulatorio.
 - La autonomía y el desempeño laboral están más interferidos por las manifestaciones psicopatológicas del trastorno mental concurrente que por el propio TCA.
 - La recuperación completa de los síntomas del TCA está interferida por las manifestaciones del trastorno mental concurrente.

LIMITES MARGINALES

- La entrada de aquellos pacientes detectados en otros dispositivos médicos o socio- sanitarios se ha de producir a través de uno de los agentes definidos en los límites de entrada.
- Pacientes que consultan por sobrepeso u obesidad mórbida salvo que se detecte un TCA con clínica activa en el momento de la valoración.

- Otros trastornos alimentarios diferentes de la AN, BN, TCANE o TA (Anorexia secundaria a otro trastorno mental, hiperorexia asociada a otro trastorno mental, Ortorexia, Vigorexia, ingesta nocturna, Fobia a la alimentación, hipocondría, fobia a la deglución, alimentación selectiva, etc)
- Personas menores de 8 años con diagnósticos relacionados con los TCA propios de esas edades como la fobia a la deglución, alimentación selectiva y rechazo a la alimentación.
- Las inclusión de pacientes con comorbilidades propias de los TCA (Mentales - trastornos relacionados con sustancias, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, de la personalidad, del estado de ánimo y del control de los impulsos; y orgánicas -diabetes mellitus, obesidad, síndromes de mala absorción y enfermedades del tiroides-) estarán sujetas a una valoración individualizada caso por caso.

6. PUERTAS DEL PROCESO

Puerta de entrada en el proceso

La entrada en el proceso se produce cuando un MAP, pediatra, endocrinólogo del servicio de Nutrición o psiquiatra de urgencias o de la interconsulta detecte un caso que cumple los criterios definidos.

Las puertas de entrada en el proceso son:

- Las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil
- La urgencia del hospital general
- Las consultas de Nutrición del servicio de Endocrinología del HUPA
- La interconsulta de psiquiatría
- El programa de enlace con Endocrinología del HUPA

Puerta de salida del proceso

La salida programada del proceso se realiza hacia las consultas de atención primaria desde:

- Las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil,
- Las consultas de Nutrición del servicio de Endocrinología del HUPA
- La consulta de psiquiatría de enlace

7. INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO

Para el arranque del proceso se han definido indicadores de calidad: Fáciles de obtener, registrar y valorar; que sean relevantes; que atiendan al máximo número posible de fases del proceso.

En el Proceso TCA se tendrán en cuenta para la calidad los siguientes aspectos:

Asistenciales

- Facilidad y rapidez en la recepción del paciente en AE desde el momento de la detección en AP
- Realización de las actividades en recursos hospitalarios o intermedios adecuados a las necesidades específicas de los pacientes con TCA

Coordinación

- Que estén disponibles los aspectos básicos de la historia clínica y los resultados de las pruebas realizadas previamente al paciente para evitar duplicidades.
- Espacios de coordinación multiprofesional y vías de comunicación bien definidos y reglados
- Existencia de un plan individualizado de tratamiento y de un “responsable clínico del proceso”.
- Registros de la información generada durante el proceso.

Competencia del Personal

- Formación continuada del equipo

Comunicación con Paciente/familia

- Información sobre el modelo de atención del proceso, desde la consulta inicial, hasta la resolución final del mismo, que incluirá: pruebas, tratamientos prescritos, pronóstico y evolución; y que quedará formalizada en los informes generados en cada una de las etapas del proceso.
- La información se proporcionará de forma adecuada, de manera comprensible para el paciente y la familia.
- Toda la información facilitada a los padres y tutores estará sujeta a los aspectos legales vigentes.

Estos indicadores se revisarán anualmente para valorar su cumplimiento, modificarlos y/o incorporar otros nuevos.

El cumplimiento o incumplimiento de los indicadores propuestos deberá tener un reflejo en modificaciones y ajustes en el proceso de TCA.

En la tabla siguiente se reflejan los criterios de calidad, indicadores y estándares del proceso.

Criterio	Indicador	Estándar
Transcurrirá máximo 1 mes desde la detección en AP o en las consultas de Nutrición hasta la primera cita en Salud Mental en derivaciones Normales.	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde AP o Nutrición] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 15 días desde la detección en AP o en las consultas de Nutrición hasta la primera cita en Salud Mental en derivaciones Preferentes.	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde AP o Nutrición] ≤ 15 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 7 días desde la detección en las consultas de Nutrición hasta la primera cita en Salud Mental en derivaciones urgentes.	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde Nutrición] ≤ 15 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo de un mes desde la detección en Salud Mental hasta la primera cita en Nutrición	[Fecha detección en Salud Mental] – [Fecha de primera cita en Nutrición] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 15 días desde la primera cita en Salud Mental hasta la confirmación diagnóstica	[Fecha confirmación diagnóstica] – [Fecha de 1ª cita en Salud Mental] ≤ 15 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Todos los pacientes tendrán asignado un tutor del programa de seguimiento desde el momento de la detección	[Nº pacientes que tienen asignado un tutor en el programa de seguimiento]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 1 mes desde la confirmación diagnóstica hasta el fin de la evaluación clínica, funcional y social	[Fecha el fin de la evaluación clínica, funcional y social] – [Fecha de confirmación diagnóstica] ≤ 30 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Transcurrirá máximo 1 mes desde el fin de	[Fecha elaboración del PIT] – [Fecha de fin de	Se cumplirá en al

la evaluación clínica, funcional y social hasta la elaboración del PIT	la evaluación clínica, funcional y social] ≤ 30 días naturales	menos el 80% de los pacientes
Todos los pacientes con diagnóstico confirmado tendrán asignado un facultativo de salud mental responsable del caso a la finalización del PIT	[Nº pacientes que tienen asignado un facultativo de salud mental responsable del caso]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Todos los pacientes con diagnóstico confirmado tendrán asignado un facultativo del equipo de Nutrición del HUPA responsable del caso a la finalización del PIT	[Nº pacientes que tienen asignado un facultativo del equipo de nutrición responsable del caso]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Al finalizar el proceso de evaluación se habrá informado a la familia sobre las características del trastorno, el pronóstico inicial y los aspectos pertinentes del PIT	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha finalizado la evaluación]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Todos la información relevante acerca de la evaluación Nutricional y de Salud Mental y el PIT deben constar en la historia electrónica al finalizar la elaboración del mismo	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha finalizado la evaluación y tiene un PIT]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
Se realizará al menos una revisión al año del PIT de todos los pacientes incluidos en el proceso	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha revisado el PIT al menos una vez al año]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	≥ 80%
Se realizará al menos una reunión de coordinación anual entre todos los profesionales implicados en el tratamiento de cada paciente incluido en el proceso	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha realizado una reunión de coordinación anual]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	≥ 80%
Si procede, se dará información al menos una vez al año al paciente y la familia sobre el PIT	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que procede informar al paciente, familia sobre el PIT, y se les ha informado al menos una vez al año]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso en los que procede informar al paciente, familia sobre el PIT] x 100	≥ 80%
No existirá demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado	Nº pacientes en los que ha existido demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado/ Total de pacientes dados de alta de un recurso	≤ 20%
Transcurrirá un máximo de 3 meses desde derivación a un recurso de la red y la primera cita en dicho recurso	[Fecha primera cita en el recurso] – [Fecha de derivación al recurso] ≤ 90 días naturales	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes

La pérdida no justificada de pacientes incluidos en el proceso será mínima	$[\text{N}^\circ \text{ de pacientes dados de baja del proceso por pérdida}] / [\text{Total de pacientes que salen del proceso}] \times 100$	$\leq 10\%$
Todos los pacientes incluidos en el proceso tendrán un mínimo de 3 consultas al año en Nutrición tras la evaluación	$[\text{N}^\circ \text{ de pacientes que han tenido 3 consultas al año en nutrición}] / [\text{Total de pacientes que salen del proceso}] \times 100$	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
La Comisión multidisciplinar se reunirá al menos una vez al trimestre	Nº comisiones en un año natural	≥ 3 comisiones al año
Habrán actividades de Formación Continuada destinadas al equipo multiprofesional al menos bianuales	Nº de cursos de formación cada 2 años	≥ 2 cursos bianuales
Cuando se produzca la salida del proceso se realizará un informe de alta que se entregará al paciente en el que figuren: el diagnóstico, las intervenciones realizadas, los motivos de la salida, el dispositivo de derivación y las recomendaciones de cuidados.	$[\text{N}^\circ \text{ de pacientes que ha salido del proceso y tienen informe de alta}] / [\text{Total de pacientes que salen del proceso}] \times 100$	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes

8. ACTIVIDADES DEL PROCESO

El proceso asistencial para los trastornos de la conducta alimentaria se organizará en torno a 3 subprocesos: Las actividades incluidas en cada subproceso serían las siguientes

I.- DETECCIÓN:

1. Comprobación de que un paciente presenta signos de alerta o que cumple los criterios contemplados como límite de entrada (ver *anexo criterios*)
2. Inclusión en el proceso y derivación a EA: Salud Mental o Nutrición

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PIT

3. Confirmación del diagnóstico: entrevista específica y pruebas complementarias.
4. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas e inicio de la coordinación.
5. Elaboración del PIT
6. Presentación del PIT al paciente y la familia

III.- TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

7. Actividades asistenciales y terapéuticas.
8. Tratamiento Nutricional
9. Actividades en Salud Mental
10. Tratamiento psiquiátrico
11. Tratamiento psicoterapéutico
12. Cuidados de Enfermería
13. Trabajo Social
14. Dispositivos asistenciales y criterios de derivación
15. Actividades asistenciales

I. DETECCIÓN:

1.-Detección del paciente con potencial TCA.

2. DETECCIÓN DE PACIENTE CON POTENCIAL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

Profesional responsable

Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Las consultas de Atención Primaria, las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil, la urgencia del hospital general, las consultas de Nutrición del servicio de Endocrinología del HUPA, la interconsulta de psiquiatría, el programa de enlace con endocrino del HUPA

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

Lugar

Las consultas de AP: a través del Programa de Presencia Física de Consultor de SM en AP o mediante la derivación habitual a través del programa telefónico SCAE.

El Centro de Salud Mental: en el programa de evaluación o en el programa de atención ambulatoria en el curso del tratamiento por otro problema de salud mental o en otro proceso

En la consulta de nutrición del HUPA, por el endocrinólogo

En la hospitalización, a consulta de enlace o la urgencia del HUPA por el psiquiatra o el endocrino

Actividades:

Entrevista con el paciente o con el familiar consultante

Exploración médica y psicopatológica

En AP y Nutrición ante signos de alerta mediante cuestionarios de detección (Scoff) (anexo test)

Instrumentos de derivación:

Informe indicando: Preferencia de la derivación, motivo, diagnóstico de sospecha, actuaciones y tratamientos hasta el momento.

Registro de la actividad

Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. HP-Doctor en médicos especialistas de consultas e interconsulta, HCIS en urgencias.

Tabla 1

Crterios de sospecha de TCA

Signos y síntomas de alarma físicos:

- Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo en las chicas.
- Fallo en el crecimiento normal para la edad y peso del paciente.
- Irregularidades de la menstruación y/o amenorrea.
- Complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo.
- Osteoporosis en jóvenes.
- Hirsutismo o lanugo.
- Anomalías dentarias.
- Hipertrofia parotídea.
- Callosidades en los nudillos de las manos.

Signos y síntomas de alarma conductuales:

- Desaparición inmediatamente después de las comidas y encierro en el baño.
- Preocupación desorbitada por temas gastronómicos, ropas y modas.
- Uso de pantalones de forma exclusiva y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
- Retraimiento de amistades y compañeros.
- Aumento de actividades "útiles" y horas de estudio.
- Miembros de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, modelos, gimnastas,

2.- Inclusión en el proceso y asignación de profesional responsable en Salud Mental y Endocrinología

2. INCLUSIÓN EN EL PROCESO ASIGNACIÓN DE PROFESIONAL RESPONSABLE EN SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGÍA

Profesional responsable

Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil, la Urgencia del hospital general, las consultas de Nutrición del servicio de Endocrinología del HUPA, la Interconsulta de psiquiatría, el Programa de enlace con endocrino del HUPA

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

1.- Una vez detectado el trastorno por un agente del proceso se **solicitará la inclusión** del paciente en el mismo con los siguientes criterios de preferencia

Normal : cuando no existe riesgo físico por desnutrición o descompensación psicopatológica que halla desbordado los recursos de abordaje del nivel previo:

- ⇒ No hay criterios de desnutrición, ni alteraciones hidroelectrolíticas
- ⇒ Las pautas de alimentación están levemente distorsionadas (hace dieta estricta pero mantiene la ingesta en al menos 3 comidas del día, ingiere alimentos de todos los grupos nutricionales)
- ⇒ No hay conductas purgativas o éstas son ocasionales
- ⇒ No hay psicopatología severa

Preferente: Los recursos de abordaje en nivel asistencial previos se han desbordado o requiere abordaje por el equipo multidisciplinar específico del proceso TCA

- ⇒ Hay criterios de desnutrición leve o moderada
- ⇒ La conducta alimentaría presenta distorsiones importantes (se salta sistemáticamente comidas, ha suprimido alimentos de alto valor nutricional, hace atracones frecuentes seguidos o no de vómitos, hay una pérdida de peso rápida o significativa
- ⇒ Hay psicopatología moderada o que no se controla con los tratamientos propuestos en el nivel previo
- ⇒ Las derivaciones a otros recursos implicados en el proceso siempre serán preferentes

Urgente:

- ⇒ Desnutrición severa con riesgo vital
- ⇒ Conductas purgativas incohercibles
- ⇒ Falta de colaboración de la paciente en el tratamiento
- ⇒ Psicopatología severa

Emergente: A la urgencia del Hospital

- ⇒ Riesgo vital inminente por patología médica o psiquiátrica
- ⇒ Fracaso de medidas ambulatorias
- ⇒ Falta de colaboración del paciente y/o la familia

2. A todo paciente que cumple los criterios de inclusión

- si ha sido detectado en Salud Mental
 - se remitirá a la consulta de endocrinología, donde se le asignará **un endocrinólogo de referencia**
 - **Se le dará un volante para analítica en el HUPA con los siguientes parámetros: Bioquímica básica, Hemograma, Perfil nutricional, Cu, Zn, B12, Fólico, TSH (anexo volante analítica)**
- si ha sido detectado en la consulta de nutrición:

- se remitirá al Servicio pertinente de Salud Mental
- Se le dará una batería de cuestionarios que el paciente entregará completados al profesional que le atiende en Salud Mental

3.- En la primera cita en Salud Mental

- ⇒ Se le abrirá una **historia del programa de TCA** y se le asignará un **facultativo, psiquiatra, psicólogo o Residente MIR o PIR de referencia** (en este caso siempre deberá haber un facultativo responsable de la supervisión y que se hará cargo del resto del proceso cuando finalice la intervención del residente) **El facultativo responsable del paciente en SM será el Gestor de caso**
- ⇒ Se asignará un tutor en el programa de seguimiento
- ⇒ El facultativo de referencia proporcionará las citas y el material necesario para iniciar la fase de evaluación

Registro de la actividad

Anotación en historia según el registro que emplee cada dispositivo. Se garantizará que todos los profesionales que intervienen en el proceso tengan acceso a la información de la historia clínica y pruebas complementarias

3. Confirmación del diagnóstico: entrevista específica y pruebas complementarias.

3. CONFIRMACIÓN DE TCA: ENTREVISTA ESPECÍFICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Profesional responsable

Facultativo responsable del paciente del dispositivo de Salud Mental donde ha sido derivado el paciente. Facultativo responsable del servicio de Nutrición del HUPA

Participantes en la actividad

Equipo multidisciplinar del dispositivo de Salud Mental donde ha sido derivado el paciente.

- ⇒ Psiquiatra
- ⇒ Psicólogo
- ⇒ MIR o PIR
- ⇒ Enfermería
- ⇒ Trabajador social

Equipo multidisciplinar del servicio de Nutrición del HUPA

- ⇒ Endocrino especialista en nutrición
- ⇒ Enfermería de Nutrición

Otros especialistas médicos que sean requeridos por el equipo de Nutrición

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

1.- Evaluación psicopatológica (psiquiatra y psicólogo) :

- Se realiza la validación de los criterios de TCA (anexo criterios),
- La validación de criterios de TCA se realiza mediante entrevista con el modelo de anamnesis psiquiátrica específica para TCA (anexo anamnesis). Para completar la información se recurrirá a:
 - Entrevistas individuales con el paciente
 - Entrevistas con la familia
 - Información a través de agentes sociales implicados con el paciente que puedan tener conocimiento de su funcionamiento psicológico y social (colegio, amigos, familia extensa, actividades deportivas, otros profesionales médicos)
 - Evaluación de la situación social
 - Pruebas psicométricas (anexo cuestionarios)

2.- Evaluación de necesidades. (DUE de salud mental) (anexo historia enfermería)

- Historia de Enfermería.
- Valoración del estado físico general.
- Entrevista individual y/o familiar.
- Medición antropométrica y de constantes vitales.
- Valoración de autocuidados.
- Diagnóstico de Enfermería (NANDA).

3.- Evaluación social: Realización y registro de la historia social y la red sociofamiliar, en la que conste: (anexo historia social)

- Historia social.
- Valoración de las relaciones sociales.
- Grado de apoyo social y familiar.
- Problemática social, laboral o de formación asociadas.
- Genograma, mapa de relaciones, red social.
- Visita domiciliaria, si se precisa valorar las condiciones de la vivienda.
- Evaluación de disfunciones sociales en la familia.
- Diagnóstico de la situación social y familiar.
- Registro de la valoración e informe social en la historia clínica.

4.- Valoración orgánica y nutricional (Endocrino del servicio de Nutrición del HUPA) (anexo anamnesis endocrino y pruebas endocrino).

La confirmación de un estado nutricional patológico derivado de un TCA se realizará mediante:

- Anamnesis Nutricional específica (encuesta alimentaria)
- Exploración física
- pruebas complementarias pertinentes

La confirmación de TCA se realiza en un tiempo máximo de 1 mes desde la recepción de la derivación

5.- Inclusión en base de datos: (auxiliar administrativo)

Cuando se confirme el diagnóstico de TCA y que el paciente cumple los criterios de inclusión en el proceso, el facultativo responsable de los equipos de Salud Mental y de Nutrición lo comunicarán a la administración de la unidad, a los siguientes efectos:

- Dar de entrada al paciente en la base de datos del proceso
- Elaborar un censo de pacientes compartido con el Servicio de Nutrición que facilite el seguimiento de los pacientes y que permita detectar fallos en la coordinación o pérdida de pacientes.

<p>6. Coordinación.</p> <p>Una vez finalizado el proceso de evaluación y confirmado el diagnóstico se promoverá una coordinación (reunión, telefónica y mediante la intranet, dependiendo de la urgencia) o se presentará el caso para su discusión en las reuniones de coordinación de los equipos de SM y Nutrición.</p>
<p>Registro de la actividad</p>
<p>Anotación en historia HP-Doctor en plantillas específicas. Base de datos del proceso de TCA</p>
<p>Comité multiprofesional del proceso TCA</p>
<p>Composición del comité</p> <p>Un mínimo de un profesional de cada dispositivo implicado en el tratamiento y el coordinador del proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ CSM adultos ○ CSM Infantil ○ Programa de Enlace adultos ○ Representante del tratamiento en hospitalización en Endocrino ○ Representante de la UHB (si procede) ○ Representante del Hospital de día ○ Representante de Minirresidencia y pisis protegidos (si procede) ○ Endocrinos del servicio de Nutrición del HUPA (el coordinador del proceso en Nutrición y todos los que presenten un caso pendiente de elaboración del PIT) <p>- Se recomienda que haya al menos un representante de cada categoría profesional de ambos equipos y residentes MIR y PIR</p> <p>- El día que se presenta un nuevo caso a la coordinación acudirá el Facultativo responsable de cada caso que se presenta aunque no pertenezca al comité de forma permanente.</p> <p>- A esta reunión se invitará anualmente al profesional administrativo encargado de la gestión de la base de datos del proceso.</p> <p>- Se hará un acta de las reuniones.</p>
<p>Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los resultados de la evaluación de todos los pacientes evaluados desde la reunión anterior • Propuesta de un PIT de los pacientes nuevos • Revisión anual de los tratamientos en marcha • Seguimiento de los casos en tratamiento • Discusión de incidencias y dificultades de coordinación • Propuesta de mejoras en el proceso
<p>Lugar de reunión Unidad de psiquiatría del HUPA</p> <p>Fecha Todos los últimos martes de mes a las 8,30</p>

4. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas e inicio de la coordinación

4. PRIMERAS MEDIDAS ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS E INICIO DE LA COORDINACIÓN
Profesional responsable
Facultativo responsable del paciente del dispositivo de Salud Mental donde se inicia el proceso (CSM adultos o programa Infanto-juvenil; programa de Enlace de salud mental del HUPA). Facultativo responsable del servicio de Nutrición del HUPA
Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de Salud Mental Equipo multidisciplinar del servicio de Nutrición del HUPA
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ol style="list-style-type: none">1. Hasta la elaboración del PIT el profesional responsable de ambos equipos profesionales pondrán en marcha aquellas medidas asistenciales y terapéuticas necesarias para:<ol style="list-style-type: none">a. Construir una alianza terapéutica con el paciente y la familiab. Asegurar la estabilidad física y psicopatológicac. Contención de la ansiedadd. Motivación del paciente a tratamientoe. Ajuste de expectativas respecto a los tratamientosf. Prevenir riesgos y un mayor deteriorog. Prevenir abandonos precoces del tratamiento2. Durante esta fase la frecuencia de visitas en Salud Mental no debe ser inferior a 1/semana pudiendo alternarse, para asegurar esa frecuentación, las visitas al facultativo y al programa de seguimiento.3. Se puede agilizar la puesta en marcha de estas primeras medidas terapéuticas por parte de Nutrición como de Salud Mental si el paciente llega a la primera cita en ambos servicios habiéndose realizado las primeras pruebas diagnósticas que se le habrán solicitado en la primera visita de cada servicio respectivamente (tal como se describió en el apartado de diagnóstico)
Registro de la actividad
Anotación en historia HP-Doctor. Registro en Hupaweb de resultados de pruebas complementarias

5. Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).

5. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)
Profesional responsable
Equipo multidisciplinar de Salud Mental y de Nutrición.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none">• El PIT de un paciente con TCA debe incluir todas las intervenciones que se consideren necesarias para la recuperación de la salud física y psicológica del paciente• El PIT se elabora por los facultativos responsables del caso y se confirma en las reuniones mensuales de coordinación con las propuestas de todos los profesionales implicados en la evaluación.• Debe quedar constancia del PIT en la historia clínica de SM y de Nutrición

- El plazo máximo para la confirmación del PIT y su inclusión en la historia clínica no debe superar los 3 meses desde la primera cita.

En todo PIT debe constar:

1.- Salud Mental:

- Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
- Formulación de los objetivos psicoterapéuticos.
- Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
- Plazos para la evaluación terapéutica.

2. Endocrinología

- Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
- Formulación de los objetivos terapéuticos y el objetivo de peso
- Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
- Planificación de la dieta
- Plazos para la evaluación terapéutica.

Registro de la actividad

Documento PIT en el HPDoctor

6. Presentación del PIT al paciente y a la familia.

6. PRESENTACIÓN DEL PIT AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

Profesional responsable

Facultativo responsable y gestor de caso. Facultativo responsable de Nutrición

Participantes en la actividad

Facultativo responsable y gestor de caso. Otros profesionales implicados que se consideren en cada caso.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

- Se informará del PIT a todos los pacientes con TCA y a sus familias en entrevista en el dispositivo de SM donde se va a iniciar la intervención y que en el proceso TCA será un recurso ambulatorio. Cuando los dispositivos de Salud Mental y Endocrinología no estén ubicados en el mismo espacio, la información la proporcionará el responsable de cada dispositivo.
- La presentación del PIT al paciente y la familia debe incluir información sobre los siguientes elementos:
 - Quién es el personal implicado en el tratamiento y vías de comunicación con los profesionales.
 - Técnicas terapéuticas que se van a utilizar.
 - Tiempo de realización.
 - Plazos de evaluación.
 - Información general del trastorno que incluya el diagnóstico y pronóstico (en términos de fácil comprensión para el paciente, evitando utilizar términos clínicos que creen desesperanza). Se podrá dar información por escrito (*anexo información a las familias*)
 - Conseguir la implicación y compromiso de la familia en el tratamiento. Asegurar la colaboración de la familia para conseguir una evolución favorable.
 - Cumplimentación del contrato terapéutico (*Anexo contrato ambulatorio*).
 - Informe de Salud Mental y Endocrinología al Médico de Familia/Pediatra del diagnóstico y plan terapéutico propuesto.

Registro de la actividad

Anotación en HP-Doctor

7.- Actividades asistenciales. Aplicación del PIT.

7. ACTIVIDADES ASISTENCIALES APLICACIÓN DEL PIT.

Profesional responsable

Responsable de cada dispositivo
Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de cada dispositivo
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>La aplicación del PIT debe ser un proceso flexible sometido a reevaluación constante en función de los resultados obtenidos y las nuevas necesidades que vayan apareciendo.</p> <p>El tratamiento de los TCA se compone de los siguientes abordajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento nutricional • Tratamiento psiquiátrico • Tratamiento psicoterapéutico • Cuidados de enfermería • Trabajo social • Rehabilitación • Otros abordajes (T. Ocupacional)
Registro de a actividad
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

8.- Tratamiento nutricional.

8.- TRATAMIENTO NUTRICIONAL
Profesional responsable
Endocrino del servicio de Nutrición responsable del paciente
Participantes en la actividad
Endocrino o MIR del dispositivo asistencial correspondiente
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>1.- El tratamiento Nutricional consiste en el seguimiento terapéutico de normas y objetivos nutricionales y a la prevención de las secuelas y tiene como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La renutrición del paciente • Minimización de riesgo físico • Cambios en los hábitos alimentarios distorsionados • Prevención o tratamiento de las secuelas de la desnutrición <p>2.- Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Aporte nutricional adecuado, con suplementos nutricionales si se precisan para cubrir los requerimientos. 2.- - La educación nutricional del paciente y la familia 3.- - Tratamiento electrolítico y farmacológico <p>3.- Características y condiciones del tratamiento nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • La renutrición es el elemento central del tratamiento de los TCA. Es primordial y prioritario ya que ninguna intervención farmacológica o psicoterapéutica puede ser eficaz si no existen condiciones nutricionales suficientes. • Se basará en documentos consensuados entre Nutrición y SM (anexo información nutricional) • Se debe realizar en un contexto de seguridad y confianza y mediante pactos consensuados con el paciente para la reincorporación gradual de alimentos evitados. • Debe ser gradual para evitar riesgos físicos (Síndrome de realimentación) y el abandono precoz del tratamiento. • La renutrición debe estar sustentado <u>siempre</u> por una intervención psicoterapéutica por lo que es

imprescindible mantener un seguimiento regular en salud mental a la vez que en nutrición.

- Se debe de realizar contando con la participación de la familia que actuará como apoyo y que recibirá a su vez educación nutricional
- Puede que algunas intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas estén contraindicadas o sean impracticables si existe desnutrición importante.
- Siempre en coordinación con SM. Informar de los cambios, necesidades, riesgos o sugerencias de cambios de encuadre.
- Cada revisión debe quedar registrada en la historia electrónica de forma que se facilite la coordinación
- Se recomienda un seguimiento periódico quincenal al inicio e ir espaciándolo tras la estabilización, aunque nunca más de 6 meses.

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

9.- Actividades en salud mental

9.- ACTIVIDADES EN SALUD MENTAL

Profesional responsable

Facultativo gestor del caso

Participantes en la actividad

Equipo multidisciplinar de todos los dispositivos de salud mental: CSM programa de adultos y de infanto-juvenil, Urgencia del hospital general, la Interconsulta de psiquiatría, el Programa de enlace con endocrino del HUPA, Hospital de día de adultos e Infanto-juvenil. Dispositivos de rehabilitación

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

El abordaje psiquiátrico y psicológico es el pilar del tratamiento de los TCA y se apoya en las actividades del servicio de Nutrición

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria, fundamentalmente dispositivos de consultas externas y con un enfoque comunitario y de continuidad de cuidados.

Al elegir la modalidad de tratamiento más eficaz para alguien que sufre un TCA es preciso tener en cuenta diversas variables, entre ellas el riesgo físico y psicológico, la motivación, el apoyo social, la comorbilidad y la edad.

Las derivaciones a dispositivos de tratamiento más intensivo serán propuestas, si la situación lo permite, desde el lugar habitual de tratamiento y a través del gestor del caso. La derivación a un recurso de tratamiento intensivo no debe suponer una ruptura con el dispositivo de consultas ambulatorias y se deben establecer vías fluidas de comunicación entre dispositivos para coordinar las decisiones terapéuticas en el equipo multidisciplinar.

En todos los dispositivos que acogen pacientes con diagnóstico de TCA debe existir un protocolo de actuación diseñado específicamente para las necesidades de estos pacientes.

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

10.- Tratamiento psiquiátrico.

10.- TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Profesional responsable

Psiquiatra responsable del paciente
Participantes en la actividad
Psiquiatra o MIR del dispositivo asistencial correspondiente
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>Características del tratamiento psiquiátrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los psicofármacos no deben ser el único tratamiento en pacientes con AN y se utilizarán siempre en combinación con las intervenciones psicosociales. • Se debe diferir su uso, siempre que sea posible, hasta que se haya restablecido el peso y están resolviéndose los efectos psicológicos de la malnutrición. • En la práctica clínica se utilizan ISRS al haber demostrado mayor evidencia y menos problemas de efectos secundarios y antipsicóticos de segunda generación y de baja potencia en algunos pacientes con síntomas graves de AN, aunque su evidencia es limitada. • No se recomienda utilizar para la BN otros tratamientos farmacológicos aparte de los antidepresivos –salvo que exista otra comorbilidad- , que reducen la frecuencia de atracones y purgas y los síntomas psicológicos relacionados con el TCA y previenen las recaídas. • Los TCNE se deben tratar con las mismas recomendaciones que el TCA que más se asemeje a su problema de alimentación. Es una recomendación de alta evidencia la propuesta de un tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS a pacientes con un TA. • Los fármacos considerados se incluyen dentro de los siguientes grupos: antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, orexígenos, antagonistas opiáceos, psicoestimulantes y antieméticos. • El mantenimiento de la medicación debe considerarse para prevenir las recaídas en los pacientes con peso ya recuperado o para tratar ciertas características asociadas a la anorexia nerviosa, tales como la depresión o los problemas obsesivo-compulsivos. • Determinar síntomas o síndromes (comorbilidad) que coexisten en el momento de la valoración o que surgen durante el proceso terapéutico y aplicar protocolos de actuación psicofarmacológica. <p>Tipos de fármacos e indicaciones</p> <p>1.- Los ISRS. Su uso está justificado cuando hay síntomas acompañantes depresivos (la mayoría de las veces), síntomas leves de descontrol de impulsos y vómitos autoinducidos.</p> <p>2.- Los ansiolíticos son los más usados después de los ISRS. Están indicados para controlar los síntomas de ansiedad que normalmente acompañan a los TCA.</p> <p>3.- Los antipsicóticos. Están indicados ante determinados síntomas o trastornos acompañantes, como son: las alteraciones moderadas/graves de la conducta, ideas obsesivas y rituales graves, o que estén en el límite del trastorno delirante somatomorfo.</p> <p>4.- Los nuevos anticomiciales y el litio se utilizan por su efecto específico sobre la impulsividad, fundamentalmente en las bulimias con síntomas multi-impulsivos, robos, consumo de alcohol y tóxicos, conductas agresivas y antisociales.</p>
Registro de a actividad

11.- Tratamiento psicoterapéutico.

11.- TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
Profesional responsable
Psiquiatra o psicólogo responsable del paciente
Participantes en la actividad
Psiquiatra, psicólogo, MIR o PIR del dispositivo asistencial correspondiente
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>Características del tratamiento psicoterapéutico</p> <ul style="list-style-type: none">• La intervención psicoterapéutica es la base del tratamiento de los TCA fundamentado en el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica informada consignada en el contrato terapéutico.• Debe basarse en las recomendaciones de la evidencia científica.<ul style="list-style-type: none">• Para la AN, no hay evidencia de que un determinado tratamiento de los mencionados sea superior a otro tratamiento psicológico para adultos con AN al finalizar el tratamiento y en el seguimiento postratamiento.• En líneas generales, la evidencia existente de la eficacia del tratamiento psicológico para la AN es débil, con excepción de la encontrada en el tratamiento psicológico para adolescentes, que es moderada. En este sentido se recomienda, con una alta calidad de la evidencia, la indicación de TF en niños y adolescentes con AN.• En BN, la evidencia es fuerte para las intervenciones cognitivo-conductuales: la TCC para BN, con una muy alta calidad de evidencia, es una forma específicamente adaptada de TCC y se recomienda que se realicen entre 16 y 20 sesiones en 4 o 5 meses de tratamiento. La TCC grupal podría ser más económica y se obtienen iguales resultados que con la TCC individual. La TIP en BN, con alta calidad de evidencia, debería considerarse como una alternativa a la TCC aunque convendría informar a las personas que su realización implica de 8 a 12 meses hasta alcanzar resultados similares a los de la TCC.• Para el TA, la evidencia es moderada para las intervenciones cognitivo-conductuales• Debe ser aplicada por profesionales entrenados en tratamiento psicoterapéutico, tanto en relación con el paradigma (sistémico, cognitivo-conductual, dinámico, etc.) como con la modalidad (individual, familiar, grupal).• Su aplicación debe estar establecida en el PIT.• Se recomienda la supervisión clínica para evitar subjetividades y sortear las dificultades así como para el manejo adecuado de la cotransferencia y las dificultades en la relación con los pacientes• Las terapias consideradas en el tratamiento de los TCA han sido las siguientes: Autoayuda y autoayuda dirigida, Entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP), terapia familiar (sistémica o no) (TF), terapia psicodinámica (TPD) y terapia conductual (TC).• Suele ser útil combinar diferentes estrategias psicoterapéuticas según el momento evolutivo de la enfermedad y las necesidades detectadas.• La elección y aplicación de una u otra técnica psicoterapéutica, en función de:<ul style="list-style-type: none">○ Etapa de la enfermedad.○ El tipo de conflictos que se consideren en la génesis o mantenimiento del problema○ Complejidad de las relaciones familiares.○ Etapa del ciclo vital y edad del paciente

- El tipo de relaciones interpersonales.
- Situación educativa y laboral
- Impulsividad.
- Pautas alimentarias.
- La predisposición y motivación del paciente y la familia
- La formación y experiencia de los profesionales

- Otras recomendaciones son:
- Realizar psicoterapia individual centrada en el análisis de los síntomas y las variables relacionadas con su mantenimiento (personalidad, relaciones familiares, etc.)
- Realizar psicoterapia familiar, con niños, adolescentes, y adultos con interacciones conflictivas con sus padres o con otros miembros de la familia. El objetivo es reestructurar el funcionamiento familiar y favorecer cambios internos en el sistema.
- Desarrollar un trabajo con grupos psicoterapéuticos acotados en el tiempo y con objetivos limitados.
- Trabajar específicamente la imagen corporal con técnicas corporales
- Trabajar la fase psicoeducativa orientada a los cambios conductuales para normalizar las pautas alimentarias, en todos los pacientes y familiares de primer contacto con el dispositivo

(Anexo fichas de actividad) (anexo camino de la recuperación) (anexo programa de curso de psicoeducación)

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	TALLER DE TRABAJO CON LA IMAGEN CORPORAL
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	
Participantes en la actividad	Se incluirá un máximo de 8 pacientes y un mínimo de 4. Pacientes con diagnóstico de AN, BN y TCANE.
Profesional responsable	2 terapeutas Psiquiatra/Psicólogo
Recursos materiales necesarios	<p>Questionarios de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2; Garner, 2000) - Test de actitudes hacia la comida (EAT-26; Garfinkel, versión española: Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991; Garner, 2000) - Cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA; Beato y Rodríguez, 2003). - Escala de Sintomatología bulímica (BITE; Henderson y Freeman, 1987). - Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970. Versión adaptada de 1982). - Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaun, 1961). - Cuestionario de personalidad (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). - Aparato de Dimensiones Corporales Subjetivas, de Gila, Castro, Toro y Salamero (1998). <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sala amplia con un tatami 35 m2 . - set de materiales de expresión corporal: músicas variadas, sábanas, tizas, pañuelos, instrumentos musicales, máscaras, pelotas, túnicas, pinturas.
Modo de realizar la actividad	<p>Se realiza una adaptación del programa cognitivo-conductual no publicado que realizaron Belusci, Villalobos y Calvo en 2003. (anexo programa imagen corporal) Se trata de un taller de expresión corporal diseñado para personas con TCA, que propone la exposición por aproximaciones sucesivas al propio cuerpo (Calvo, 2012).</p> <p>Se aplican un total de 11 sesiones con una frecuencia semanal, codirigida por dos terapeutas del equipo. Cada sesión se compone de 4 a 6 ejercicios a realizar de manera individual, en pareja o en grupo durante 60 minutos. Se secuencian ejercicios con diferente potencial de activación emocional (relajación, movimiento por el espacio, verbalización de nombres en grupo siguiendo un criterio, juegos por parejas, contacto con uno mismo, contacto en parejas, etc.) siguiendo las</p>

	instrucciones de los autores. Se añade un post-grupo de 30 minutos en el que el conjunto de las participantes pueden compartir verbalmente la experiencia.
Registro de la actividad	Se llevará a cabo un informe al final del grupo refiriendo la evolución del paciente a lo largo de éste así como posibles incidencias que pudieran haberse dado. Dicho informe se incorporará a la historia clínica electrónica para que esté disponible para el terapeuta de referencia.

Bibliografía

- Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA): desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas Psiquiatría*, 31, 111-119.
- Beck, A., Ward, C.M., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaun, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belusci, A., Villalobos, A. y Calvo, R. (2003). Programa de intervención para ayudar a mejorar la imagen corporal (*no publicado*).

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	INTERVENCIÓN FAMILIAR EN TCA
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Grado de recomendación C según Guía NICE (2006)
Participantes en la actividad	Según la Guía NICE, se debe ofrecer a los niños y adolescentes con anorexia nerviosa las intervenciones familiares que abordan directamente el trastorno de la alimentación. En bulimia nerviosa también habrá que incluirlo si procede. En niños y adolescentes se incluirá a todos los miembros de la familia incluyendo hermanos. Se excluirán los casos en que la familia decline la oferta de tratamiento y el paciente designando esté en tratamiento psicológico individual.
Profesional responsable	Psiquiatra/Psicólogo
Recursos materiales necesarios	Sala con espejo unidireccional

<p>Modo de realizar la actividad</p>	<p>Primer nivel de intervención: A través del médico de atención primaria. Se deben transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre las pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.</p> <p>Segundo nivel de intervención: Deberán valorarse y registrar los siguientes aspectos familiares: - Composición del núcleo familiar, calidad de las relaciones y alianzas entre sus miembros. -Modelos de comunicación y respuesta que recibe el paciente en relación con su enfermedad. -Nivel de preocupación de la familia por la patología y grado de conocimiento sobre la misma (intentos previos de solución, actitud actual ante el problema, grado de colaboración con el tratamiento). -Historia familiar y acontecimientos del pasado que puedan estar influyendo en el problema actual. -Necesidades de los familiares ante la situación de enfermedad (reacciones emocionales y grado de adaptación y afrontamiento a la situación).</p>
<p>Registro de la actividad</p>	<p>El curso del tratamiento y los procedimientos empleados en este tipo de intervenciones deben ser descritos en las historias clínicas.</p>

Bibliografía:

Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families. Anorexia in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1978.20.

Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca; 1991.

<p>DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD</p>	<p>GRUPO DE PSICOEDUCACIÓN PARA FAMILIARES/CUIDADORES</p>
<p>Nivel de evidencia/Grado de recomendación</p>	<p>Grado de recomendación C según guía NICE (2006)</p>
<p>Participantes en la actividad</p>	<p>Se incluirán un mínimo de 6 personas en el grupo. Familiares y/o cuidadores de pacientes con diagnóstico de AN, BN y TCANE, fundamentalmente de inicio temprano del trastorno.</p>
<p>Profesional responsable</p>	<p>3 terapeutas (psicólogo/psiquiatra)</p>

<p>Recursos materiales necesarios</p>	<p>Aula Sillas Ordenador y Proyector Material “El camino a la recuperación” Instrumentos de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> - EAT - EDI-II - BITE - ABOS - TEST DE LA FIGURA - ACTA - PRUEBA DE IMAGEN CORPORAL - BDI
<p>Modo de realizar la actividad</p>	<p>Se trata de un grupo cerrado, de carácter informativo, didáctico y estructurado. Se realiza de forma paralela al grupo de pacientes. Los integrantes pueden tener o no a sus familiares en el grupo de pacientes. En cada sesión se realiza una exposición con diapositivas y un debate posterior.</p> <p>La exposición se basa en el manual de “El camino de la recuperación” disponible en la Guía Clínica para la Atención a los Trastornos del Comportamiento Alimentario del Área 3 de Madrid. Dicho documento se entrega a los asistentes al comenzar el grupo.</p> <p>Consta de 8 sesiones en las que se tratan los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Una visión general de los trastornos de la alimentación. 2) La naturaleza multideterminada de los trastornos de la alimentación. 3) La regulación del peso corporal y las consecuencias de hacer dieta. 4) Desarrollar una relación saludable con la comida: el punto de vista de no hacer dieta. 5) Afrontar los problemas de una forma eficaz: las actitudes sobre la comida, la silueta y hacer régimen puede impedir la recuperación. 6) Desarrollar una relación saludable con el cuerpo. 7) Comunicación familiar. 8) Resumen y cierre.
<p>Registro de la actividad</p>	<p>Se llevará a cabo un informe al final del grupo refiriendo la evolución del paciente a lo largo de éste así como posibles incidencias que pudieran haberse dado. Dicho informe se incorporará a la historia clínica electrónica para que esté disponible para el terapeuta de referencia.</p>

Bibliografía:

- Bell, C., Bulik, C., Clayton, P., Crow, S., Davis, D.M., DeMaso, D.R., Dogin, J., Fairburn, C.G., Fink, A.H., Fisher, M., Forman, S., Garner, D.M., Golden, N.H., Hagan, J., Kaplan, A.S., Katzman, D.K., Katzman, M.A., Keddy, D., Kottke, T.E., Kreipe, R., Lonegran, E., Motto, J.A., Mickley, D., Rubel, J.B., Schienholtz, M., Schyve, P.M., Sloan, R., Sokol, M., Sparrow, J., Strober, M., Stunkard, A., Suchinsky, R.T., Treasure, J., Westermeyer, J., Wilfley, D. Y Wonderlich, S. (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1 Suplemento, 1-39.
- Gandarillas-Grande, A y Febrel C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública*, 2002.
- Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. (2008). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*. Mar;45(2):173-8.
- Gowers S, Edwards S, Fleminger S, Massoubre C, Wallin U, Canalda G. *Treatment aims and philosophy in the treatment of adolescent anorexia nervosa in Europe*. *Eur Eat Disord Rev*. 2002;10:271-80.
- Pélaez Fernández, M.A., Labrador Encinas, F. J. y Raich Escursell, R. M. (2007). *Prevalence of Eating Disorders among an Adolescent and Young Adult Scholastic Population in the Region of Madrid (Spain)*. *Journal of Psychosomatic Research* 62, (6), 681-690.
- Saldaña, C. 2001. *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. *Psicothema*, Vol. 13, nº 3, pp. 381-392.
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families. Anorexia in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1978.20.
- Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca; 1991.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	GRUPO DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Grado de recomendación C según guía NICE (2006)
Participantes en la actividad	Se incluirá un número máximo de 12 pacientes y un mínimo de 6. Pacientes con diagnóstico de AN, BN y TCANE, fundamentalmente de inicio temprano del trastorno.
Profesional responsable	3 terapeutas (psicólogo/psiquiatra)
Recursos materiales necesarios	Aula Sillas Ordenador y Proyector Material “El camino a la recuperación” Instrumentos de evaluación <ul style="list-style-type: none"> - EAT - EDI-II - BITE - ABOS - TEST DE LA FIGURA - ACTA - PRUEBA DE IMAGEN CORPORAL - BDI
Modo de realizar la actividad	Se trata de un grupo cerrado, de carácter informativo, didáctico y estructurado. En cada sesión se realiza una exposición con diapositivas y un debate posterior. La exposición se basa en el manual de “El camino de la recuperación” disponible en la Guía Clínica para la Atención a los Trastornos del Comportamiento Alimentario del Área 3 de Madrid. Dicho documento se entrega a los asistentes al comenzar el grupo. Consta de 8 sesiones en las que se tratan los siguientes temas: 1) Una visión general de los trastornos de la alimentación. 2) La naturaleza multideterminada de los trastornos de la alimentación. 3) La regulación del peso corporal y las consecuencias de hacer dieta. 4) Desarrollar una relación saludable con la comida: el punto de vista de no hacer dieta. 5) Afrontar los problemas de una forma eficaz: las actitudes sobre la comida, la silueta y hacer régimen puede impedir la recuperación. 6) Desarrollar una relación saludable con el cuerpo. 7) Comunicación familiar. 8) Resumen y cierre.
Registro de la actividad	Se llevará a cabo un informe al final del grupo refiriendo la evolución del paciente a lo largo de éste así como posibles incidencias que pudieran haberse dado. Dicho informe se incorporará a la historia clínica electrónica para que esté disponible para el terapeuta de referencia.

Bell, C., Bulik, C., Clayton, P., Crow, S., Davis, D.M., DeMaso, D.R., Dogin, J., Fairburn, C.G., Fink, A.H., Fisher, M., Forman, S., Garner, D.M., Golden, N.H., Hagan, J., Kaplan, A.S., Katzman, D.K., Katzman, M.A., Keddy, D., Kottke, T.E., Kreipe, R., Lonegran, E., Motto, J.A., Mickley, D., Rubel, J.B., Schienholtz, M., Schyve, P.M., Sloan, R., Sokol, M., Sparrow, J., Strober, M., Stunkard, A., Suchinsky, R.T., Treasure, J., Westermeyer, J., Wilfley, D. Y Wonderlich, S. (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (revision). American Journal of Psychiatry, 157, 1 Suplemento, 1-39.

Gandarillas-Grande, A y Febrel C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2002.*

Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. (2008). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. Canadian Journal of Psychiatry. Mar;45(2):173-8.

Gowers S, Edwards S, Fleminger S, Massoubre C, Wallin U, Canalda G. *Treatment aims and philosophy in the treatment of adolescent anorexia nervosa in Europe.* Eur Eat Disord Rev. 2002;10:271-80.

Pélaez Fernández, M.A., Labrador Encinas, F. J. y Raich Escursell, R. M. (2007). *Prevalence of Eating Disorders among an Adolescent and Young Adult Scholastic Population in the Region of Madrid (Spain).* Journal of Psychosomatic Research 62, (6), 681-690.

Saldaña, C. 2001. *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario.* Psicothema, Vol. 13, nº 3, pp. 381-392.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
TIPOS DE INTERVENCIÓN	<p>Terapia cognitivo analítica (TCA): es una modalidad terapéutica de breve duración, generalmente entre 16 y 20 sesiones, que combina elementos de la terapia cognitiva y de las psicoterapias de orientación psicodinámica.</p> <p>Terapia cognitivo-conductual (TCC): Terapia psicológica diseñada para que las personas puedan establecer vínculos entre sus pensamientos, sentimientos o acciones y sus conductas actuales o pasadas y revalorar sus percepciones, creencias o razonamientos sobre ellas. La intervención debería incluir por lo menos uno de los siguientes aspectos: 1) el control de pensamientos, sentimientos o comportamientos en relación con la conducta, 2) la ayuda a utilizar formas alternativas de hacer frente a la conducta, 3) reducir el estrés. Para la BN se ha desarrollado una TCC específica (TCC-BN) que, por lo general, implica 16-20 horas de duración en sesiones individuales durante cuatro a cinco meses. Su atención se centra no sólo en ayudar a estas personas a cambiar sus hábitos alimenticios, sino también a hacer frente a sus formas de pensar (sobre todo el exceso de valoración de la figura corporal y el peso). De la TCC-BN se ha derivado la TCC para personas afectadas con TA (TCC-TA).</p> <p>Terapia interpersonal (TIP): La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficit interpersonales. Se ha adaptado para el tratamiento de la BN (TIP-BN; Fairburn, 1997). En TIP-BN no hay atención directa a la modificación de los hábitos alimentarios, sino que se espera que cambien al mejorar el comportamiento interpersonal. En el caso del TA se adapta la TIP-BN a las personas con TA (TIP-TA).</p> <p>Terapia psicodinámica (TPD): Tipo de psicoterapia basada en principios psicoanalíticos que consiste en la realización de unas sesiones regulares de terapia individual con un psicoterapeuta entrenado, o bajo su supervisión. Se utilizan una variedad de estrategias, como las acciones orientadas hacia la comprensión, de apoyo o actividad directiva.</p>
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	<p>Según la <u>guía NICE</u> las terapias que deben ser consideradas para el tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa incluyen terapia cognitivo analítica, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y terapia psicodinámica. Se plantea una duración mínima de 6 meses de intervención. Grado de recomendación C según guía NICE (2006).</p> <p>En el caso de la bulimia nerviosa debe ser considerada la terapia cognitivo conductual especialmente adaptada para BN. Se plantea una duración de 16 a 20 sesiones durante 4 o 5 meses. Grado de</p>

	recomendación A según guía NICE (2006).
Participantes en la actividad	Pacientes con diagnóstico de AN, BN y TCANE.
Profesional responsable	Psicólogo/psiquiatra
Recursos materiales necesarios	<p>Despacho - Sillas</p> <p>Instrumentos de evaluación (en el supuesto de no ser derivado al grupo de psicoeducación):</p> <ul style="list-style-type: none"> - EAT - EDI-II - BITE - ABOS - TEST DE LA FIGURA - ACTA - PRUEBA DE IMAGEN CORPORAL - BDI
Modo de realizar la actividad	<p>Sesiones individuales con su terapeuta de referencia.</p> <p>Consiste en un trabajo psicoterapéutico individual con cada paciente, que comienza con la definición del problema, las variables relacionadas con su mantenimiento y los objetivos de la intervención.</p> <p>El abordaje psicoterapéutico debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La modificación de las disfunciones relacionadas con el TCA: pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas, etc. - Abordaje de trastornos asociados: comorbilidades. - Prevención de recaídas: que incluye abordar y prevenir situaciones que puedan favorecerlas y planificar estrategias para enfrentarse a ellas.
Registro de la actividad	El curso del tratamiento y los procedimientos empleados en este tipo de intervenciones deben ser descritos en las historias clínicas.

Bell, C., Bulik, C., Clayton, P., Crow, S., Davis, D.M., DeMaso, D.R., Dogin, J., Fairburn, C.G., Fink, A.H., Fisher, M., Forman, S., Garner, D.M., Golden, N.H., Hagan, J., Kaplan, A.S., Katzman, D.K., Katzman, M.A., Keddy, D., Kottke, T.E., Kreipe, R., Lonegran, E., Motto, J.A., Mickley, D., Rubel, J.B., Schienholtz, M., Schyve, P.M., Sloan, R., Sokol, M., Sparrow, J., Strober, M., Stunkard, A., Suchinsky, R.T., Treasure, J., Westermeyer, J., Wilfley, D. Y Wonderlich, S. (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1 Suplemento, 1-39.

Saldaña, C. 2001. *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. *Psicothema*, Vol. 13, nº 3, pp. 381-392.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	TERAPIA INTERPERSONAL EN TCA
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	<p><i>Según la Guía NICE:</i> La psicoterapia interpersonal debería ser considerada como alternativa a la terapia cognitivo-conductual, pero los pacientes deberían ser informados de que lleva entre 8-12 meses que el tratamiento alcance resultados comparables a la terapia cognitivo-conductual. (B).</p> <p>Trastorno por atracón <i>Según la Guía NICE:</i> Otros tratamientos psicológicos (terapia interpersonal, terapia dialectica conductual modificada) puede ser ofrecida a adultos con trastorno por atracón persistente. (B)</p>
Participantes en la actividad	<p>Se incluirá un número máximo de 12 pacientes y un mínimo de 6.</p> <p>Pacientes con diagnóstico de AN, BN y TCANE, fundamentalmente de inicio temprano del trastorno.</p>
Profesional responsable	2 terapeutas (psicólogo/psiquiatra)
Recursos materiales necesarios	Aula Sillas
Modo de realizar la actividad	Se realiza un grupo de carácter interpersonal. La realización del mismo implica de 8 a 12 meses, en sesiones semanales de noventa minutos de duración.
Registro de la actividad	Se llevará a cabo un informe al final del grupo refiriendo la evolución del paciente a lo largo de éste así como posibles incidencias que pudieran haberse dado. Dicho informe se incorporará a la historia clínica electrónica para que esté disponible para el terapeuta de referencia.

Bibliografía:

- Bel Villar, M. T. (1997): "Grupos psicoterapéuticos en los trastornos alimentarios", en Turón Gil. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*, Barcelona, Masson, págs. 195-208.
- Fernández Moreno, L. (2000): *La familia como grupo. Abordaje interpersonal*, Material Mimeografiado del Diploma de Capacitación en Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria, EVES, Valencia.
- Harper-Giuffre, H. y MacKenzie, R. (1998): "Terapia de grupo en los trastornos de ingesta", en Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. *Terapia de grupo*, Ed. Médica Panamericana, Madrid, págs. 485-502.
- Yalom, V.J. y Vinogradov, S. (1998): "Terapia grupal interpersonal", en Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. *Terapia de grupo*, Ed. Médica Panamericana, Madrid, págs. 201-211.

12.- Cuidados de enfermería.

12.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Profesional responsable
DUE de los dispositivos de Salud mental tutor del programa de seguimiento
Participantes en la actividad
DUE y EIR de los dispositivos de Salud mental responsable del caso
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>El profesional de enfermería se encargará de las siguientes tareas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Psicoeducación nutricional al paciente y la familia (en encuadre individual y grupal) (anexo camino de la recuperación)2. Seguimiento del peso y constantes vitales a indicación del Profesional de nutrición .3. Asesoramiento en pautas de alimentación en coordinación con el profesional de nutrición. (anexo documento de educación nutricional)4. Entrenamiento en técnicas de relajación.5.- Monitorizar el cumplimiento terapéutico y favorecer la adherencia <p>(Anexo fichas de actividad)) (anexo programa de curso de psicoeducación)</p>
Registro de a actividad
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

13.- Cuidados de enfermería.

13.- TRABAJO SOCIAL
Profesional responsable
Trabajados social del CSM
Participantes en la actividad
Trabajador social del CSM
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>La intervención social tiene los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Búsqueda de recursos sociales necesarios para una mejor adaptación social, laboral y ocupacional.2. Configuración de grupos de autoayuda y apoyo: información y puesta en contacto con estos grupos.3. Participación en la planificación terapéutica.4. Registro en la historia clínica de las intervenciones realizadas.
Registro de a actividad
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

14.- Derivación a otros recursos asistenciales

14.- DERIVACIÓN A OTROS RECURSOS ASISTENCIALES
Profesional responsable
Facultativo responsable y gestor de caso
Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de Salud Mental Equipo multidisciplinar del servicio de Nutrición del HUPA
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
Derivación a otro nivel asistencial 1. Derivación a otro nivel asistencial (HD/Hospitalización) según criterios (Anexo criterios de derivación recursos) Hospitalización en Unidad específica para TCA Se determinará el ingreso de un paciente cuando sus condiciones físicas y ambientales supongan grave riesgo vital o impidan el tratamiento ambulatorio y se mantendrá hasta que se restablezcan las condiciones (físicas o ambientales) que lo hagan posible. Se realizará en las camas asignadas al servicio de endocrinología del HUPA y a cargo del personal de enfermería especialmente entrenado para ello, siempre que ello sea posible. En situaciones de desbordamiento de estos recursos (por disponibilidad o por las características clínicas de los pacientes) se derivará a la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Ramón y Cajal o a la Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría (UHB) Se llevará a cabo en las condiciones establecidas para cada caso en el contrato de hospitalización y en el contrato preliminar de ingreso (aplicable en las fases iniciales del ingreso) (anexo contratos). Hospitalización en UHB La UHB es un recurso de ingreso para casos excepcionales en el proceso TCA. Puede ser necesario cuando el paciente presenta alteraciones psicopatológicas graves en las que no se puede asegurar la contención en las camas específicas de TCA o si hay una clara indicación de ingreso por desnutrición pero el paciente no está motivado y hay indicación de ingreso involuntario o riesgo de fuga El ingreso en a UHB por falta de plaza en las camas específicas debe ser excepcional Hospital de día El Hospital de Día es un recurso de reconocida utilidad en el tratamiento de los pacientes con TP que presentan TCA. El objetivo principal de tratamiento en HD en estos casos es el de abordar los síntomas derivados con una comorbilidad con un trastorno de personalidad, si bien es imprescindible trabajar aspectos directamente relacionados con el peso y la alimentación. Objetivos de tratamiento en HD son: <ul style="list-style-type: none">▪ Facilitar el alta hospitalaria y la transición al tratamiento ambulatorio.▪ Proporcionar tratamiento psicoterapéutico intensivo del trastorno de personalidad.▪ Proporcionar soporte intensivo durante la realimentación▪ Tratamiento intensivo de los síntomas propios del TCA El informe de derivación recogerá los aspectos más significativos para la continuidad de cuidados, las razones y los objetivos del ingreso. En caso de que el paciente rechace el ingreso, solicitar autorización judicial para un internamiento por riesgo vital.
Registro de a actividad
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

Criterios y procedimiento de derivación a los dispositivos y recursos de la Red de Salud Mental

Una vez que la persona con TCA ha sido incluida en el proceso, en el transcurso del seguimiento pueden aparecer situaciones clínicas o psicosociales que requieran la intervención de otros dispositivos o recursos de la red de Salud Mental.

El procedimiento para la derivación a recursos o dispositivos de la red de Salud Mental se recoge en el subproceso 7 "Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación (PIT)" y se resume en el siguiente procedimiento:

1º- El Facultativo Responsable presenta el caso y la propuesta de Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación en la Comisión Multidisciplinar del Proceso

2º- La Comisión valora y consensúa la propuesta de PIT y los recursos y dispositivos a utilizar por el paciente

3º- El Facultativo y el Gestor de Caso cumplimentan los protocolos al uso para la derivación al recurso

4º- El caso y los protocolos son presentados en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos

5º El caso queda en lista de espera del recurso

6º- Cuando el recurso tenga una o varias plazas libres lo comunicará al programa de continuidad de cuidados, quien, en consenso con los Facultativos Responsables del Caso, decidirán que personas de la lista de espera ocupan la/s plaza/s disponible/s. Para esta decisión se barajarán dos criterios: tiempo de espera y "urgencia"/"momento idóneo" del paciente.

HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día es un recurso de reconocida utilidad en el tratamiento de los pacientes con TP que presentan TCA.

El objetivo principal de tratamiento en HD en estos casos es el de abordar el trastorno de personalidad, si bien es imprescindible trabajar aspectos directamente relacionados con el peso y la alimentación. Objetivos de tratamiento en HD son:

- Facilitar el alta hospitalaria y la transición al tratamiento ambulatorio.
- Proporcionar tratamiento psicoterapéutico intensivo del trastorno de personalidad.
- Proporcionar soporte intensivo durante la realimentación
- Tratamiento intensivo de los síntomas propios del TCA

Indicaciones para tratamiento en HD:

- Tener un IMC por encima de 17 (salvo situaciones especiales valoradas estrictamente por el servicio de endocrino).
- No presentar conductas alimentarias que pongan en grave riesgo la salud
- No presentar complicaciones médicas ni complicaciones médicas graves
- Conciencia de enfermedad en lo que respecta al TP y al TCA y motivación suficiente para el tratamiento psicoterapéutico

El instrumento básico del tratamiento es el contrato terapéutico basado en un plan individualizado de tratamiento y que incluya objetivos específicos de mejoría del peso y pautas de alimentación.

Contraindicaciones:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

HOSPITALIZACIÓN

Se determinará el ingreso de un paciente cuando sus condiciones físicas y ambientales supongan grave riesgo vital o impidan el tratamiento ambulatorio y se mantendrá hasta que se restablezcan las condiciones (físicas o ambientales) que lo hagan posible.

Serán criterios de hospitalización los siguientes

1. IMC igual o menor de 17 o pérdida progresiva de un 5% del peso en las últimas 6 semanas o del 10% en los últimos 6 meses

2. Complicaciones somáticas graves
3. Ausencia de conciencia de enfermedad o ausencia de motivación para el tratamiento.
4. Ausencia de apoyo familiar o ambiente familiar que impida la evolución favorable de la enfermedad
5. Episodios de voracidad y vómitos incontrolados o consumo peligroso de laxantes y/o diuréticos

Se realizará en las camas asignadas al servicio de endocrinología del HUPA y a cargo del personal de enfermería especialmente entrenado para ello, siempre que ello sea posible. En situaciones de desbordamiento de estos recursos (por disponibilidad o por las características clínicas de los pacientes) se derivará a la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Ramón y Cajal.

Se llevará a cabo en las condiciones establecidas para cada caso en el **contrato de hospitalización y en el contrato preliminar de ingreso** (aplicable en las fases iniciales del ingreso)

ACTIVIDADES DEL INGRESO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE TCA DEL HUPA

FASES DEL INGRESO	VALORACIÓN Y PRECONTRATO (días 1 a 3)	FASE I (desde el peso de ingreso hasta un tercio del rango diferencial con el peso de alta)	FASE II (desde el peso anterior hasta dos tercios del rango diferencial con el peso de alta)	FASE III (desde el peso anterior hasta el peso pactado de alta)
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente y la familia están informados del proceso de tratamiento y de las condiciones del ingreso y ha firmado el “Precontrato de tratamiento hospitalario” ▪ Se ha comunicado al juzgado de guardia el ingreso involuntario. ▪ No presenta alteraciones nutricionales y/o electrolíticas que supongan un riesgo para la vida ▪ Está psiquiátricamente estable ▪ Está protegido frente a actos impulsivos o rituales relativos a conductas autodestructivas o de control del peso. ▪ Al final de esta fase de ingreso la paciente ha firmado el “Contrato de régimen hospitalario”. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente recupera un tercio del peso establecido para el alta o está en el PROGRAMA ESPECIAL. ▪ La ganancia de peso es progresiva y gradual (entre 700y 1000 g /semana) ▪ La ganancia de peso no es superior a 700g /día ▪ No presenta alteraciones nutricionales y/o electrolíticas que supongan un riesgo para la vida. ▪ Está psiquiátricamente estable ▪ Está protegido frente a actos impulsivos o rituales relativos a conductas autodestructivas o de control del peso. ▪ Existe un plan individualizado de tratamiento. (PIT) * ▪ Hay una alianza terapéutica y se han pactado objetivos psicoterapéuticos ▪ La familia está informada de la evolución de la paciente ▪ Los agentes del Programa de seguimiento ambulatorio están informados de la evolución y 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente recupera dos tercios del peso establecido para el alta. ▪ La ganancia de peso es progresiva y gradual (entre 700y 1000 g /semana) ▪ La ganancia de peso no es superior a 700g /día ▪ No presenta alteraciones nutricionales y/o electrolíticas que supongan un riesgo para la vida ▪ Está psiquiátricamente estable ▪ Está protegido frente a actos impulsivos o rituales relativos a conductas autodestructivas o de control del peso ▪ Hay una buena alianza terapéutica y se está trabajando psicoterapéuticamente según el plan individualizado. ▪ La familia está informada de la evolución de la paciente. ▪ Los agentes del Programa de seguimiento ambulatorio están informados de la evolución y necesidades de la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente alcanza y mantiene el peso establecido para el alta. ▪ La ganancia de peso es progresiva y gradual (entre 700y 1000 g /semana) ▪ La ganancia de peso no es superior a 700g /día ▪ No presenta alteraciones nutricionales y/o electrolíticas. ▪ Está psiquiátricamente estable. ▪ No presenta actos impulsivos o rituales relativos al control del peso. ▪ Tiene una pauta alimentaria estructurada y ajustada a la actividad. ▪ Mantiene los logros de los puntos anteriores durante los permisos fuera del hospital. ▪ Se han logrado los objetivos psicoterapéuticos pactados según el PIT ▪ La familia está informada de la evolución y está implicada en los planes de alta. ▪ Los agentes del Programa de seguimiento ambulatorio están informados de la evolución y

FASES DEL INGRESO	VALORACIÓN Y PRECONTRATO (días 1 a 3)	FASE I (desde el peso de ingreso hasta un tercio del rango diferencial con el peso de alta)	FASE II (desde el peso anterior hasta dos tercios del rango diferencial con el peso de alta)	FASE III (desde el peso anterior hasta el peso pactado de alta)
		necesidades de la paciente		necesidades de la paciente al alta. ▪ Existe un plan de tratamiento ambulatorio al alta.
EVALUACIÓN Y ASISTENCIA	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica - Valoración ponderal. - Estimación del peso mínimo saludable y recomendación del peso de alta. - Petición de pruebas - Tratamiento de las alteraciones nutricionales. (*) <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis psiquiátrica - Anamnesis complementaria TCA - Pruebas diagnósticas - Información y firma del contrato de tratamiento hospitalario <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de acogida (**) - Información de procedimientos. - Entrega del contrato y material informativo. - Monitorizar constantes y estado psicológico. - Registro de actividades. - Registro de ingesta - Registro de peso a primera hora en ayunas y por turno aleatoriamente con la paciente de espaldas 	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración diaria de la evolución ponderal - Exploración - Control de la pauta alimentaria y corrección de dieta en función del plan individualizado. (***) - Educación alimentaria - Valoración de resultados de pruebas diagnosticas <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia individual a pie de cama. (****) - Entrevistas de seguimiento con familiares o cuidadores a familiares (al menos 1 durante esta fase). - Psicoterapia familiar (si así lo establece el PIT*) <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar constantes y estado psicológico (****) - Registro de actividades - Registro de ingesta - Registro de peso a primera hora en ayunas y por turno aleatoriamente con la paciente de espaldas - Control de pertenencias y de la habitación cuando se considere oportuno o se establezca en el plan individualizado 	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración diaria de la evolución ponderal - Exploración - Control de la pauta alimentaria y corrección de dieta en función del plan individualizado. (***) - Educación alimentaria - Valoración de resultados de pruebas diagnosticas <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia individual a pie de cama. (****) - Entrevistas de seguimiento con familiares o cuidadores a familiares (al menos 1 durante esta fase). - Psicoterapia familiar (si así lo establece el PIT*) <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar constantes y estado psicológico (****) - Registro de actividades - Registro de ingesta - Registro de peso a primera hora en ayunas y por turno aleatoriamente con la paciente de espaldas - Control de pertenencias y de la habitación cuando se considere oportuno o se establezca en el plan individualizado 	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración diaria de la evolución ponderal - Exploración - Control de la pauta alimentaria y corrección de dieta en función del plan individualizado. (*) - Educación alimentaria orientada al alta. - Valoración de resultados de pruebas diagnosticas. <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia individual a pie de cama. - Entrevistas de seguimiento con familiares o cuidadores a familiares (al menos 1 durante esta fase). - Psicoterapia familiar (si así lo establece el PIT*) <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar constantes y estado psicológico(****) - Registro de actividades. - Registro de ingesta. - Registro de peso a primera hora en ayunas y por turno aleatoriamente con la paciente de espaldas. - Control de pertenencias y de la habitación cuando se considere oportuno o se establezca en el

FASES DEL INGRESO	VALORACIÓN Y PRECONTRATO (días 1 a 3)	FASE I (desde el peso de ingreso hasta un tercio del rango diferencial con el peso de alta)	FASE II (desde el peso anterior hasta dos tercios del rango diferencial con el peso de alta)	FASE III (desde el peso anterior hasta el peso pactado de alta)
	<ul style="list-style-type: none"> - Control de pertenencias y de la habitación cuando se considere oportuno o se establezca en el plan individualizado - 			plan individualizado.
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica endocrinológica - Exploraciones complementarias <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas individuales y familiares - Test <ul style="list-style-type: none"> - EAT - EDI-2 - BITE - ABOS - Test de la figura humana - Prueba objetiva de distorsión de la imagen corporal - BDI 	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración - Exploraciones complementarias <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración psicopatológica 	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración - Exploraciones complementarias <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración psicopatológica 	<p>Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración - Exploraciones complementarias <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración psicopatológica
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral con dieta prescrita por el endocrinólogo. (*) Tiene prohibidas las comidas extras. - Restricción del acceso al cuarto de baño excepto acompañado por el personal de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral con dieta prescrita por el endocrinólogo. (*) Tiene prohibidas las comidas extras. - Restricción del acceso al cuarto de baño excepto acompañado por el personal de enfermería. - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral con dieta prescrita por el endocrinólogo. (*) Tiene prohibidas las comidas extras. - Restricción del acceso al cuarto de baño excepto acompañado por el personal de enfermería. - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral con dieta prescrita por el endocrinólogo (*). Tiene prohibidas las comidas extras. - El baño permanecerá cerrado solo el tiempo determinado por el equipo terapéutico. - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está

FASES DEL INGRESO	VALORACIÓN Y PRECONTRATO (días 1 a 3)	FASE I (desde el peso de ingreso hasta un tercio del rango diferencial con el peso de alta)	FASE II (desde el peso anterior hasta dos tercios del rango diferencial con el peso de alta)	FASE III (desde el peso anterior hasta el peso pactado de alta)
	<ul style="list-style-type: none"> - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está condicionado a la evolución del peso (según PIT) - Restricción absoluta de movimientos fuera de la habitación excepto para la realización de determinaciones médicas o actividades terapéuticas. - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después del desayuno y dos después de las comidas principales. - Restricción absoluta de visitas (excepto acuerdos específicos del PIT), cartas. - Puede recibir llamadas telefónicas los fines de semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - condicionado a la evolución del peso (según PIT). - Restricción absoluta de movimientos fuera de la habitación excepto para la realización de determinaciones médicas o actividades terapéuticas. - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después del desayuno y dos después de las comidas principales. - Restricción absoluta de visitas (excepto acuerdos específicos del PIT), cartas. - Puede recibir llamadas telefónicas solo los fines de semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - condicionado a la evolución del peso (según PIT) - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después del desayuno y dos después de las comidas principales. - Puede pasear fuera de la habitación por el pasillo de la unidad (respetando la actividad anterior) - Puede recibir visitas los fines de semana en horario de visita del hospital (excepto acuerdos específicos del PIT) - Puede enviar y recibir cartas y llamadas telefónicas a diario. 	<ul style="list-style-type: none"> - condicionado a la evolución del peso (según PIT) - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después de cada comida. - Puede pasear fuera de la habitación por el pasillo de la unidad (respetando la actividad anterior). - Puede salir del hospital fines de semana y alguna tarde según recomendaciones del equipo terapéutico. - Puede recibir visitas todos los días según la normativa del hospital (excepto acuerdos específicos del PIT) - Puede enviar y recibir cartas y llamadas telefónicas a diario.
ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN	<p>DIARIAS Con Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre el estado nutricional y emocional. - Establecer criterios de alta <p>Con Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre estado emocional de la paciente - Compartir información 	<p>DIARIAS Con Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre el estado nutricional y emocional. - Acordar modificaciones en el tratamiento dietético. - Diseñar intervenciones específicas en función de las posibles dificultades. <p>Con Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre 	<p>DIARIAS Con Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre el estado nutricional y emocional. - Acordar modificaciones en el tratamiento dietético - Diseñar intervenciones específicas en función de las posibles dificultades <p>Con Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre 	<p>DIARIAS Con Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre el estado nutricional y emocional. - Acordar la pertinencia de un alta. - Acordar modificaciones en el tratamiento dietético con vistas al alta <p>Con Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre estado emocional de la paciente.

FASES DEL INGRESO	VALORACIÓN Y PRECONTRATO (días 1 a 3)	FASE I (desde el peso de ingreso hasta un tercio del rango diferencial con el peso de alta)	FASE II (desde el peso anterior hasta dos tercios del rango diferencial con el peso de alta)	FASE III (desde el peso anterior hasta el peso pactado de alta)
	<p>sobre el cumplimiento del contrato y otras incidencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordar actividades futuras - Resolver dificultades institucionales emocionales o que puedan entorpecer la tarea <p>PUNTUALES Otros profesionales Otros especialistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar valoraciones específicas de posibles complicaciones o de procesos intercurrentes <p>Agentes de tratamiento ambulatorio habituales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordar objetivos y tareas 	<p>estado emocional de la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre el cumplimiento del contrato y otras incidencias. - Acordar actividades futuras - Resolver dificultades institucionales o emocionales del equipo que puedan entorpecer la tarea <p>PUNTUALES Otros profesionales Otros especialistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar valoraciones específicas de posibles complicaciones o de procesos intercurrentes - Compartir información sobre la evolución de la paciente. <p>Equipo de seguimiento ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre la marcha del tratamiento - Solicitar actuaciones específicas en el ámbito familiar y social 	<p>estado emocional de la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre el cumplimiento del contrato y otras incidencias. - Acordar actividades futuras - Resolver dificultades institucionales o emocionales del equipo que puedan entorpecer la tarea <p>PUNTUALES Otros profesionales Otros especialistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar valoraciones específicas de posibles complicaciones o de procesos intercurrentes - Compartir información sobre la evolución de la paciente <p>Equipo de seguimiento ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre la marcha del tratamiento - Solicitar actuaciones específicas en el ámbito familiar y social 	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir información sobre el cumplimiento del contrato y otras incidencias. - Acordar actividades futuras - Resolver dificultades institucionales o emocionales del equipo que puedan entorpecer la tarea <p>PUNTUALES Otros profesionales Otros especialistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseñar un tratamiento al alta - Acordar la forma de seguimiento al alta <p>Equipo de seguimiento ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre la marcha del tratamiento - Programar actuaciones específicas en el ámbito familiar y social - Programar las intervenciones del equipo de seguimiento - Acordar una fecha de revisión con cada uno de los agentes de tratamiento ambulatorio <p>Terapeuta ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordar la primera cita al alta - Acordar planes específicos al alta
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Suplementos nutricionales y electrolíticos según plan específico *** - Psicofármacos plan específico ***** - 	<ul style="list-style-type: none"> - Suplementos nutricionales según plan específico - Psicofármacos plan específico 	<ul style="list-style-type: none"> - Suplementos nutricionales según plan específico - Psicofármacos plan específico - 	<ul style="list-style-type: none"> - Suplementos nutricionales según plan específico - Psicofármacos plan específico -

FASES DEL INGRESO	VALORACIÓN Y PRECONTRATO (días 1 a 3)	FASE I (desde el peso de ingreso hasta un tercio del rango diferencial con el peso de alta)	FASE II (desde el peso anterior hasta dos tercios del rango diferencial con el peso de alta)	FASE III (desde el peso anterior hasta el peso pactado de alta)
TRATAMIENTO DIETÉTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta según plan específico de tratamiento nutricional (***) - Prohibición de comidas externas - Suplementos nutricionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta según plan específico de tratamiento nutricional (***) - Prohibición de comidas externas - Suplementos nutricionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta según plan específico de tratamiento nutricional (***) - Prohibición de comidas externas - Suplementos nutricionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta según plan específico de tratamiento nutricional (***) - Prohibición de comidas externas - Suplementos nutricionales
TRATAMIENTO PSICOSOCIAL	<p>(Según plan específico de tratamiento psicosocial)****</p> <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construir una alianza terapéutica con la paciente y la familia - Ofrecer información sobre el trastorno y su tratamiento - Trabajar conciencia de enfermedad. - Determinar el estadio de cambio - Establecer unos objetivos terapéuticos y diseñar un plan individualizado de tratamiento <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar conciencia de enfermedad y la motivación - Ofrecer apoyo continuo y contención emocional. - Facilitar el cumplimiento del contrato terapéutico. - Ayudar a la expresión de emociones. 	<p>(Según plan específico de tratamiento psicosocial)****</p> <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la alianza terapéutica. - Trabajar la motivación para el cambio - Explorar conflictos y defensas, pensamientos distorsionados y dificultades interpersonales. - Trabajar conciencia de enfermedad: Relacionar la enfermedad con los aspectos psicosociales. - Resignificar la enfermedad. - Facilitar la expresión de emociones - Trabajar las relaciones con el equipo terapéutico y manejar las incidencias en cuanto al cumplimiento del contrato. - Tratamiento psicoterapéutico específico de conductas purgativas <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar conciencia de enfermedad y la motivación 	<p>(Según plan específico de tratamiento psicosocial)****</p> <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la alianza terapéutica - Trabajar la pauta disfuncional. - Facilitar la expresión de emociones. - Trabajar las relaciones con el equipo terapéutico y manejar las incidencias en cuanto al cumplimiento del contrato. - Tratamiento psicoterapéutico específico de conductas purgativas <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo continuo y contención emocional. - Facilitar el cumplimiento del contrato terapéutico. - Ayudar a la expresión de emociones. 	<p>(Según plan específico de tratamiento psicosocial)****</p> <p>Psiquiatría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construir un plan de alta. - Explicitar el final del ingreso y de la relación terapéutica. - Facilitar la expresión de reacciones de duelo. - Facilitar la expresión de emociones. - Facilitar la despedida del equipo terapéutico. - Repasar el curso del tratamiento. - Feedback del logro de objetivos. - Reforzar logros. <p>Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo continuo y contención emocional. - Facilitar el cumplimiento del contrato terapéutico. - Facilitar la despedida con el equipo terapéutico. - Repasar el curso del ingreso. - Devolver un feedback y reforzar los logros conseguidos. - Ayudar a la expresión de emociones.

FASES DEL INGRESO	VALORACIÓN Y PRECONTRATO (días 1 a 3)	FASE I (desde el peso de ingreso hasta un tercio del rango diferencial con el peso de alta)	FASE II (desde el peso anterior hasta dos tercios del rango diferencial con el peso de alta)	FASE III (desde el peso anterior hasta el peso pactado de alta)
		<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo continuo y contención emocional. - Facilitar el cumplimiento del contrato terapéutico. - Ayudar a la expresión de emociones. 		
EDUCACIÓN DESTINADA AL PACIENTE	<p>Información sobre condiciones del ingreso y sobre el contrato terapéutico (según anexos)</p> <p>Información sobre la enfermedad (según anexos)</p>	Información sobre la enfermedad	Información sobre la enfermedad	<p>Información sobre recursos asistenciales tras el alta.</p> <p>Informe de alta</p>
PLAN DE ALTA	<ul style="list-style-type: none"> - Acordar con el paciente y la familia criterios de alta basados en el peso, en la pauta de alimentación y en el logro de objetivos según PIT - Acordar con el equipo de tratamiento ambulatorio los objetivos de alta y las condiciones y objetivos de tratamiento al alta 			<p>Establecer criterios de reingreso.</p> <p>Programar Primera cita tras el alta en el CSM</p> <p>Programar primera cita tras el alta en Nutrición.</p>

* **PIT**.- Plan individualizado de tratamiento

** **PCE**.- Plan de cuidados de enfermería

*** **GTN**.- Guía de tratamiento nutricional durante el ingreso de pacientes con TCA

**** **GIP**.- Guía de intervenciones psicosociales durante el ingreso para los Trastornos de la Conducta alimentaria (para enfermería y psicoterapeutas)

***** **GTF**.- Guía de tratamiento psicofarmacológico durante el ingreso en TCA

PROGRAMA ESPECIAL

FASES DEL INGRESO	FASE I ESPECIAL (peso inferior al peso de ingreso)	FASE II ESPECIAL (desde el peso actual hasta 1/3 del peso pactado para salir del programa especial)	FASE III ESPECIAL (desde el peso actual hasta 2/3 del peso pactado para salir del programa especial)	FASE IV ESPECIAL (desde el peso actual hasta el peso pactado para salir del programa especial)
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral o por SNG con dieta prescrita por el endocrinólogo. Tiene prohibidas las comidas extras. - Restricción del acceso al cuarto de baño excepto acompañado por el personal de enfermería. - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está condicionado a la evolución del peso (según PIT) - Restricción absoluta de movimientos fuera de la habitación excepto para la realización de determinaciones médicas o actividades terapéuticas. - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después del desayuno y dos después de las comidas principales. - Restricción absoluta de visitas (excepto acuerdos específicos del PIT), cartas y llamadas telefónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral o por SNG con dieta prescrita por el endocrinólogo. Tiene prohibidas las comidas extras. - Restricción del acceso al cuarto de baño excepto acompañado por el personal de enfermería. - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está condicionado a la evolución del peso (según PIT). - Puede salir de la habitación 1 hora al día. - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después del desayuno y dos después de las comidas principales. - Puede recibir visitas el fin de semana 1 hora. - No puede escribir ni recibir cartas. - Puede recibir una llamada telefónica a la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral con dieta prescrita por el endocrinólogo. Tiene prohibidas las comidas extras. - Restricción del acceso al cuarto de baño excepto acompañado por el personal de enfermería. - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está condicionado a la evolución del peso (según PIT) - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después del desayuno y dos después de las comidas principales. - Puede pasear fuera de la habitación por el pasillo de la unidad 3 horas al día - Puede recibir visitas el fin de semana 2 horas. - No puede escribir ni recibir cartas. - Puede recibir o hacer dos llamadas telefónicas a la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe alimentación oral con dieta prescrita por el endocrinólogo. Tiene prohibidas las comidas extras. - El baño permanecerá cerrado solo el tiempo determinado por el equipo terapéutico. - El uso de lectura, música, TV y entretenimientos está condicionado a la evolución del peso (según PIT) - Mantiene reposo en habitación (cama o sillón) una hora después de cada comida. - Puede pasear fuera de la habitación sin límite de horario (respetando el punto anterior) - Puede recibir visitas el fin de semana en horario de hospital.. - Puede escribir y recibir cartas. - Puede recibir o hacer tres llamadas telefónicas a la semana.

UHB

Criterios de derivación:

Pacientes en los que se requiera unas condiciones de seguridad en caso de que el paciente presente alteraciones de conducta que pongan en riesgo su vida, su integridad física o las de los que le rodean (ideación suicida o heteroagresiva, gestos autolíticos...)

Alteración grave de la pauta de alimentación, con riesgo para la salud, sin conciencia de enfermedad ni motivación para mantener un contrato ambulatorio

Los procedimientos asistenciales en la UHB son los mismos que en la Hospitalización en Nutrición con los pertinentes ajustes debidos al encuadre.

MINI-RESIDENCIA

Definición

La Residencia “Alcalá de Henares” de 20 plazas, y la Residencia “Espartales Sur Alcalá de Henares” de 30 plazas se conciben como recursos residenciales comunitarios para personas que, o bien carecen de apoyo familiar/ social, o bien por su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación, requieran servicios de este recurso.

Proporcionan con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido (estancia larga), alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario, y en su caso orientación y apoyo a las familias. Se organiza de un modo polivalente y flexible y ofrece atención y supervisión continuada (24 horas).

Requisitos de derivación a Mini-residencia

- Tener entre 18 y 65 años
- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico. Los trastornos de conducta alimentaria serán diagnósticos asociados a otra patología mental grave y crónica.
- Estar atendido en los Servicios de Salud Mental de la zona para la que sectorice la Residencia, y ser derivado por ellos.
- Mantener citas de seguimiento por el servicio de endocrinología
- Tener necesidad de alojamiento y soporte debido a dificultades en el funcionamiento psicosocial, careciendo de apoyo familiar o social adecuado.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia:
- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada.

Indicaciones de la Mini-residencia

- Personas para los que el tratamiento ambulatorio no es suficiente, lo que genera inestabilidad psicopatológica, problemas en la convivencia etc.
- Personas que necesitan un paso intermedio previo a integración en comunidad.
- Personas que necesiten iniciar proceso de rehabilitación en un recurso diurno, para favorecer su adaptación.

Contraindicaciones de la Mini-residencia

- Falta de objetivos rehabilitadores y recursos específicos
- Falta de formación especializada para profesionales.
- Encontrarse en un momento (fase de enfermedad) poco pertinente al recurso.
- Deterioro cognitivo grave o retraso mental asociado.
- Incumplimiento de plazos acordados con el CSM

Objetivos

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro en su funcionamiento o por ausencia de soporte residencial necesitan un mayor apoyo.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.

- Facilitar la recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
- Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social (psicoeducación, AVD, autocuidados, habilidades psicosociales, etc.) en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar si esta es la mejor opción.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA	-Visita previa: una primera entrevista en la que se proporciona información acerca del funcionamiento y normas del recurso y se programa una fecha para el día de acceso. -Acceso a la Mr: Se procede a la firma del contrato asistencial, y documento de aceptación del funcionamiento interno
EVALUACION	Valoración individual y familiar si es pertinente, durante el primer mes de estancia, de los distintos profesionales, educador social, psicólogo y terapeuta. Junta de evaluación y elaboración del PIAR
	Se valora individualmente con las herramientas del DASI Y EEFG, Calidad de vida y satisfacción con el recurso.
TRATAMIENTO	Seguimiento individualizado, mediante revisión mensual de objetivos, y de PIAR Autocuidado: higiene, apariencia, y cuidado personal AVD'S: autonomía personal, manejo de dinero, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas, hábitos alimenticios, etc... Psicoeducación y educación para la salud: información sobre la enfermedad, seguimiento de la medicación, adherencia al tratamiento, y contacto con su CSM, hábitos saludables, autocontrol y manejo del estrés Habilidades sociales: mejora de las habilidades sociales básicas e interpersonales, así como la expresión de emociones para facilitar y promover el desarrollo de relaciones sociales dentro y fuera de al residencia y potenciar redes sociales de apoyo Ocio y tiempo libre: planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre, dentro y fuera de la Mr, dinamización de aficiones e intereses, etc Integración comunitaria: promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria y a través del contacto con otros recursos sociocomunitarios, actividades formativas, deportivas, culturales, etc... Información y apoyo a las familias: asesoramiento en trámites, aumentar le conocimiento de la enfermedad, apoyar en las necesidades que puedan surgir, durante el proceso de estancia en el centro, salidas a domicilio o salida definitiva de la MR del familiar ingresado Coordinación continuada con los diferentes recursos tanto de la red social, sanitaria y de rehabilitación.
SALIDA	Alta: acuerdo de la fecha de salida con el usuario y el CSM; planificación de una salida progresiva según el proceso individualizado. Baja: Se firma el documento de la baja (previa información de las contraindicaciones de dicha baja si es necesario).

	Se valora individualmente con las herramientas del DASI Y EEFG, Calidad de vida y satisfacción con el recurso.
	Informe de salida en el que se detalla su proceso durante la estancia en el recurso.

Propuestas

- Necesidad de pautas de intervención y manejo (ante por ej. tiempos de comida, rechazo de la misma, conductas de purgación...) así como documento concreto y específico de la dieta a seguir desde el momento de la derivación.
- Establecimiento de vías de coordinación y comunicación frecuentes con endocrinología
- Establecimiento de contrato asistencial pactado con salud mental y/o endocrinología, y compromiso del cumplimiento del mismo en cuanto a criterios para derivación y mantenimiento en centro (se incluiría en el proceso de ACOGIDA).

Indicadores de calidad

Los indicadores que podrías establecerse en Mini-residencia son:

- **Que se recoja el 100% de los cuestionarios de satisfacción anualmente y/o al alta baja**
- **Que se analicen los resultados de los cuestionarios de satisfacción anualmente**
- **Cumplimiento de un 70% de los objetivos del PIAR**

Como indicadores de calidad en **el proceso general:**

-Cumplimiento de vías de comunicación establecidas

-Los relacionados con las propuestas anteriores

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

RESIDENCIA "ALCALÁ DE HENARES"

Avenida de Castilla, 31, 2ª planta

28804, Alcalá de Henares

Tlf: 91 888 18 04

Fax: 91 883 39 46

lbenito@fundacionmanantial.org

RESIDENCIA "ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES"

C/ Federico García Lorca nº 20

28806, Alcalá de Henares.

Tlf: 91 882 69 75.

Fax: 91 883 84 03.

mr.espartalesur.alcala@grupo5.net

PISOS SUPERVISADOS

Definición

Constituyen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte organizado en pisos o viviendas normalizadas, insertas en el entorno comunitario en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental, recibiendo el apoyo y supervisión flexible que en cada momento necesiten, a través de profesionales.

Los Pisos Supervisados se organizan en coordinación y vinculación con las residencias.

Requisitos de derivación a Piso Supervisado

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en el piso supervisado. Desde la Residencia se valorará y propondrá usuarios que sean indicados para continuar su proceso de rehabilitación en un recurso de estas características. Es necesario:

- Tener entre 18 y 65 años
- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
- Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, y tienen dificultades para mantenerse solos en una vivienda.

- No requerir una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.
- Haber pasado previamente por intervención específica para TP o estar en atención en el momento de la derivación.
- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada.

Indicaciones de Piso Supervisado

- Personas para los que el tratamiento ambulatorio no es suficiente, lo que genera inestabilidad psicopatológica, problemas en la convivencia etc. pero que no necesitan supervisión 24 horas.
- Personas que necesitan un entrenamiento previo a la salida al propio domicilio.

Contraindicaciones

- Falta de objetivos rehabilitadores y recursos específicos.
- Encontrarse en un momento (fase de enfermedad) poco pertinente al recurso.
- Deterioro cognitivo grave o retraso mental asociado.
- Incumplimiento de plazos acordados con el CSM.

Objetivos

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda necesitan un apoyo constante e indefinido.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Posibilitar la máxima autonomía posible de los residentes.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.
- Facilitar la recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
- Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
- Posibilitar la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar si esta es la mejor opción.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ENTRADA A PISO	Calendarización gradual de la salida a Mr y entrada a piso: visitas progresivas, con actividades programadas y supervisadas por el equipo de pisos.
	Seguimiento del cumplimiento de la programación acordada, para la valoración de su periodo de adaptación.
EVALUACION	Valoración individual y familiar si es pertinente, durante el primer mes de estancia, de los distintos profesionales del equipo.
	Junta de evaluación y elaboración del PIAS
	Se valora individualmente con las herramientas del DASI Y EEFG, Calidad de vida y satisfacción con el recurso.
TRATAMIENTO	Seguimiento individualizado, mediante revisión mensual de objetivos, y de PIAS
	Autocuidado: higiene, apariencia, y cuidado personal
	AVD'S: autonomía personal, manejo de dinero, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas, hábitos alimenticios, etc...
	Piso educación y educación para la salud: información sobre la enfermedad, seguimiento de la medicación, adherencia al tratamiento, y contacto con su CSM, hábitos saludables, autocontrol y manejo del estrés
	Habilidades sociales: mejora de las habilidades sociales básicas e interpersonales, así como la expresión de emociones para facilitar y promover el desarrollo de relaciones sociales dentro y fuera del piso y potenciar redes sociales de apoyo
	Ocio y tiempo libre: planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre, dentro y fuera del piso, dinamización de aficiones e intereses, etc
	Integración comunitaria: promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria y a través del contacto con otros recursos sociocomunitarios, actividades formativas, deportivas, culturales, etc...
	Información y apoyo a las familias: asesoramiento en trámites, aumentar el conocimiento de la enfermedad, apoyar en las necesidades que puedan surgir durante el proceso de estancia en el piso, y la posible salida del mismo.
	Coordinación continuada con los diferentes recursos tanto de la red social, sanitaria y de rehabilitación.
	SALIDA
Baja: Se firma el documento de la baja (previa información de las contraindicaciones de dicha baja si fuera necesario).	
Se valora individualmente con las herramientas del DASI Y EEFG, Calidad de vida y satisfacción con el recurso.	
Informe de salida en el que se detalla su proceso durante la estancia en el recurso.	

Indicadores de calidad

Los indicadores que podrías establecerse en pisos supervisados son:

- Cumplimiento de un 70% de los objetivos del PIAR
- Que sobre el cuestionario de Satisfacción, el 50% de los ítems este valorado con un 3
- Que la puntuación del EEFG, entre su evaluación inicial y la de salida mejore en un grado

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

RESIDENCIA “ALCALÁ DE HENARES”

Avenida de Castilla, 31, 2ª planta

28804, Alcalá de Henares

Tlf: 91 888 18 04

Fax: 91 883 39 46

lbenito@fundacionmanantial.org

RESIDENCIA “ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES”

C/ Federico García Lorca nº 20

28806, Alcalá de Henares.

Tlf: 91 882 69 75.

Fax: 91 883 84 03.

mr.espartalesur.alcala@grupo5.net

15.- Salida del proceso. Alta

15.- ALTA DEL PROCESO
Profesional responsable
Facultativo responsable y gestor de caso
Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de Salud Mental
Equipo multidisciplinar del servicio de Nutrición del HUPA
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>La finalización del proceso deberá acordarse en la CM TCA y tendrá lugar:</p> <p>1. Cuando la mejoría clínica sea evidente y permita la incorporación del paciente a la vida cotidiana, verificando que durante un periodo de tiempo superior a dos años cumple los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mantenimiento del peso y ausencia de alteraciones nutricionales. b. Ausencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud. c. Vida relacional adecuada. d. Relaciones familiares que permitan y favorezcan su independencia. e. Sentimientos asociados a la percepción corporal no excesivamente displacenteros, molestos o desagradables. <p>2.- Ante incumplimiento del contrato terapéutico o abandono voluntario: se comunicará al Médico de Familia/Pediatra.</p> <p>Requisitos</p> <p>Informe del Equipo de Salud Mental y Endocrinólogo para el paciente y Médico de Familia/Pediatra, que incluya los aspectos más relevantes de la evolución terapéutica y las pautas de actuación post-alta.</p>
Registro de a actividad
Anotaciones en Hp doctor. Captura de alta en registro informático. Registro de alta en la Base de datos

ANEXO 11: Memoria Docente



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias



MEMORIA ANUAL
de la
UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD
MENTAL
del
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS
CURSO 2011-2012

1. PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE DOCENCIA MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL DE ALCALÁ DE HENARES	348
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE LA UDM-SM	349
Misión	349
Visión	349
Valores	349
3. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL	349
Reuniones y actas de la Comisión de Docencia Multiprofesional y Subcomisión de Docencia de la UDM-SM 350	
4. LA FORMACIÓN EN SALUD MENTAL	356
a) La Formación en las organizaciones sanitarias.	356
b) La Formación en Salud Mental.	356
c) Plan de Formación en la Unidad de Docencia Multiprofesional del Hospital Príncipe de Asturias de la Comunidad de Madrid.	356
5. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA UDM-SM	358
6. PLAZAS OFERTADAS	358
7. PLANES DE LAS ESPECIALIDADES	358
8. FORMACIÓN CLÍNICA. ITINERARIOS ASISTENCIALES	359
Itinerario tipo del residente de Psiquiatría	359
Itinerario tipo del residente de Psicología Clínica	360
Itinerario tipo del residente de Psicología Clínica	360
Itinerario tipo del residente de Enfermería Especialista en Salud Mental	360
Cronograma de rotaciones asistenciales en planes individualizados	360
Cronograma individualizado Psiquiatría	361
Cronograma individualizado PIR	363
Cronograma individualizado EIR	365
9. LA FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIA DEL RESIDENTE	365
10. CURSOS, JORNADAS ORGANIZADAS POR EL SERVICIO	366
11. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DOCENTES	366
12. SESIONES CLÍNICAS DE ÁREA DEL AÑO 2011-2012	371
13. MES DE INMERSIÓN TEÓRICA DE LOS EIR DURANTE EL MES DE JUNIO 2011	372
14. ACTIVIDADES CIENTÍFICO INVESTIGADORAS AÑO 2011-2012	374
PROYECTOS EN CURSO	374
ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA DEL AÑO 2011:	375
COMUNICACIONES A CONGRESOS	376
DEA OBTENIDOS:	384
TESIS LEÍDAS:	384
TESIS EN CURSO:	384
Nº DE PROYECTOS EN CURSO:	385
15. CURSOS REALIZADOS POR LOS TUTORES DE LA UDM	389

1. PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE DOCENCIA MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL DE ALCALÁ DE HENARES

El modelo de organización y de trabajo bajo el que se ha desarrollado la actividad de la UDM-SM desde sus inicios ha sido la **Gestión del Conocimiento**.

Este modelo ha sido desarrollado e introducido en las últimas décadas en las organizaciones sanitarias y comprende un campo multidisciplinar en el ámbito de las llamadas "organizaciones con capacidad de aprender" y orientadas a la búsqueda de la excelencia profesional. En la actualidad se está conceptualizando a los Servicios Sanitarios como organizaciones intensivas de conocimiento que precisan de una gestión específica. Este modelo no es nuevo en el Servicio Madrileño de Salud, ni en la Consejería de Sanidad. Se basa en la "Gestión del Conocimiento" y enmarca su ámbito de trabajo en:

"La **Gestión del Conocimiento**, se constituye en la actualidad, como una de las principales **estrategias de gestión** en las organizaciones sanitarias para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria ofertada. Dentro de la Gestión del Conocimiento se incluyen aspectos que tradicionalmente han sido abordados de forma independiente, pero que en los inicios del Siglo XXI deben ser considerados desde una visión integradora (la **formación pregrado**, la **formación especializada**, la **formación continuada** y la **investigación**)."

Con esta perspectiva, las organizaciones sanitarias pasan a ser consideradas no como meras prestadoras de asistencia sanitaria, sino como generadoras permanentes de conocimiento orientado hacia una asistencia sanitaria de excelencia. Este modelo requiere una integración lo más completa posible entre las áreas de gestión, la parte asistencial/clínica y el área de formación, docencia e investigación y supone un cambio cultural imprescindible de las organizaciones sanitarias.

En este contexto, la UDM-SM se constituye como una unidad de orientación multiprofesional, en coherencia con el modelo de organización recogido en diversos foros y leyes para la asistencia sanitaria, en general, y para la organización de la Salud Mental Comunitaria, en particular. Este modelo, respaldado por todos los organismos internacionales, nacionales y regionales, como el más adecuado para la asistencia a los problemas de Salud mental, la atención se centra en el abordaje multiprofesional a estos problemas incluyendo a psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, trabajo social/ocupacional, y otros profesionales sanitarios de otras especialidades o no sanitarios.

La UDM-SM tiene la responsabilidad de la organización de:

- Formación de Especialistas en Salud Mental dependiente de la gerencia del Hospital Príncipe de Asturias;
- Formación Especializada de los MIR (Médico Interno Residente) de Psiquiatría que se forman en la región, de todos los PIR (Psicólogo Interno Residente) de Psicología Clínica y EIR (Enfermería Interna Residente) de Salud Mental;
- Área de apoyo y fomento de la investigación en Salud Mental;
- Aunque no participa directamente en la formación de pregrado, sí colabora en la coordinación de las prácticas de los estudiantes de psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional.

2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE LA UDM-SM

Misión

La UDM-SM tiene como **misión**:

"Promover una atención sanitaria de calidad a los problemas de salud mental en el Hospital Príncipe de Asturias coherente con el modelo de Salud Mental Comunitaria, mediante el desarrollo personal y profesional de los diferentes trabajadores de la red asistencial fomentando una cultura de servicio, de innovación continuada y de compromiso con la organización sanitaria y con la excelencia profesional al servicio de los ciudadanos. Para ello, se coordina, promueve y organiza el ámbito regional una adecuada docencia, investigación científica y formación continuada y especializada mediante el modelo de gestión del conocimiento que incluye un abordaje integral y multiprofesional de las mismas con un uso eficiente de los recursos humanos, estructurales y económicos".

Visión

La UDM-SM tiene como **visión**:

"Contribuir a que el Área 3 de Salud Mental de la Comunidad de Madrid sea reconocida como una de las mejores organizaciones asistenciales a los problemas de Salud Mental por sus excelentes resultados, la alta calidad asistencial prestada y por el compromiso de sus trabajadores con la excelencia profesional y con la población de la Comunidad de Madrid.

"Ser una unidad docente de referencia en la Comunidad de Madrid y nacional en la gestión del conocimiento en Salud Mental".

Valores

En la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDM-SM) tenemos como **valores** que nos guían en la realización de nuestra misión y visión:

1. Intentamos ser **acogedores** y **accesibles** para nuestros compañeros, a los que consideramos como nuestro más valioso activo.
2. Apoyamos una **cultura** centrada en la **mejora continua** desde la **gestión del conocimiento** y que implica una actitud positiva hacia el **cambio** y alienta la **innovación**.
3. Buscamos la **integración organizativa** con el fin de lograr la **utilización óptima** (eficaz y eficiente) de los recursos colectivos de la organización.
4. Nos esforzamos en proveer un ambiente que apoye y aliente el **liderazgo**, así como la **participación activa** de todos los profesionales, fomentando un **trabajo en equipos multiprofesionales** coherentes con el modelo asistencial.
5. Tenemos un **compromiso solidario y respetuoso** colaborando con otros equipos y organizaciones que compartan nuestros valores, así como con los ciudadanos de Madrid.

3. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL

La Unidad Docente Multiprofesional de Hospital Príncipe de Asturias es la responsable de la formación de los especialistas en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.

Depende jerárquica y funcionalmente de la Comisión Local de Docencia de este hospital que a su vez depende de la Gerencia del Hospital príncipe de Asturias (Gerencia Médica y Dirección de Enfermería).

Está ubicada en la Carretera Alcalá Meco s/n, pertenece al municipio de Alcalá de Henares, en la parte noreste de la Comunidad de Madrid.

Todo el personal de la Red de Atención a la Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias participa en la docencia de la UDM-SM.

Reuniones y actas de la Comisión de Docencia Multiprofesional y Subcomisión de Docencia de la UDM-SM

Las reuniones de la Comisión y Subcomisión de Docencia de la Unidad docente Multiprofesional tienen una periodicidad mensual.

Las actas están disponibles en los documentos de la carpeta compartida que lleva el nombre: "Servicios de Salud Mental" de los ordenadores de la dirección de la UGCSM.

Análisis de la Capacidad Docente

- RESUMEN ACTIVIDAD ASISTENCIAL

PERSONAL QUE FORMA PARTE DE LA RED DE SALUD MENTAL																
	Psiqui	Psicó	Médic	DUE	Traba Social	Terape. Ocupaci.	Aux. Enferm.	Admin	Aux. Control	Educad	Monito	Celad	Maest Taller	Preparad. Laboral	Mant. Lim. Cocina	Totales
HUPA	7	2		11			10	3			1	5				39
CSM Alcalá	11	4		2	3		1	4	1							26
CSM Puerta de Madrid	5	2		1	1			1								10
CRPS Alcalá		4			1			1		3						9
H. de Día Alcalá	3	1		2		2		1			2	1				12
Centro de Día Alcalá		2				1		1		2					1	7
Centro de Día Espartales		2				1		1		2					1	7
CRL Espartales		1				1							2	1		5
EASC ¹		1			1					2						4
Mini Residencia Alcalá		2				2		1		14						19
Mini Residencia Espartales		2			1	1		1		15					5	25
CAID Alcalá	1	4	2	2	1	1		2								13
Total Área	27	27	2	18	8	9	11	16	1	38	3	6	2	1	7	176

¹ (Equipo de Apoyo Social Comunitario)

- **Nº de residentes externos e internos**

LISTADO GENERAL DE RESIDENTES INTERNOS MIRES y PIRES 2012

CLARA REPETO ZILBERMANN
CARLOS ATEF HARDKOUS PEÑA
LILIA MARINAS NAVARRO
NAMDEV FREUND LLOVERA
RAMON MUNCHARAZ SANZ
SARA HERRERA RODRIGUEZ
SILVIA YAÑEZ LOPEZ
SONIA ALVAREZ FERNANDEZ
ERIKA-RUBY VALDIVIA BAZAN
BRUNO DE DIEGO LOPEZ
MARIELLA VILELA MANYARI
PATRICIA HERNÁNDEZ JUSDADO
BEATRIZ MUCHADA LÓPEZ
ANA ROSA GONZALEZ BARROSO
ROCIO GUARDIOLA WANDENBERGHE
ELENA CORDERO GUTIERREZ
IRENE GUTIÉRREZ ARANA
MARÍA SÁNCHEZ PASCUAL
MARIA DEL MAR MARTIN CABEZA
ANA M ^a MONTERO LAPIDO
PAOLA PRADA ORTIZ
MARTHA PATRICIA ZARABANDA SUAREZ
XIANA GONZALEZ MARTINEZ
CARMEN GARCÍA GUIXOT
ESTER AZUCENA RODRIGUEZ PEREZ
ANA AYALA BALLESTEROS
DIANA MARIA BASTO PACHECO
CASANDRA GALVEZ CALERO
LETICIA LEON QUISMONDO
MIRIAM SARASA ALASTUEY
ISRAEL LEONES TORRES
ARACELI GARCIA LOPEZ DE ARENOSA
AMALIA COCA BARBADO
ELENA CASTRO SÁNCHEZ
JUAN ALBERTO BELLA FERNANDEZ
M ^a JESÚS PINEDA NAVAS
SUYAI TANIA CARAVELLO HERNANDEZ
M ^a ARANZAZU MEDINA ROJO

Nº de residentes externos

Se han aprobado en las Comisiones de Docencia y Subcomisión de Docencia Multidisciplinar de Psiquiatría y Salud Mental del HUPA las rotaciones externas solicitadas por Residentes MIREs y PIREs según consta en Actas

Además rotan por los distintos dispositivos de nuestra Unidad Docente los Residentes de Neurología y Medicina de Familia de este Hospital

Nº de Residentes de Neurología: 1 residente por año

Nº de Residentes Medicina de Familia de este Hospital: 13 mires de familia y 3 eires de familia.

- **Nº de Camas de UHB: 18**

- **DISPONIBILIDAD DE TUTORES**

LISTADO TUTORES MIREs PIREs Y EIREs

		Número de Tutorizados
TUTORES MIR		
	María Dieguez Porres	3
	Deborah Ortiz Sánchez	2
Tutor MIR Dispositivo	Ana Moreno Perez	2
Tutor MIR Dispositivo	Margarita Blanco Prieto	2
Tutor MIR Dispositivo	Angeles Asiel	2
Tutor MIR Dispositivo	Salvador Ruiz Murugarren	2
Tutor MIR Dispositivo	Alejandro Merino Fernández-Pellón	1
Tutor MIR Dispositivo	Arancha Orozco San Martín	2
		Total: 16
TUTORES PIR		
	Ángela de la Hoz Martínez	5
	Eva Rodríguez Pedraza	4
	Fernando Ripoll Jarauta	3
Tutor PIR Dispositivo	Carmen Castaño Ferro	2
Tutor PIR Dispositivo	Esperanza Fernández Carballada	2
		Total: 16
TUTORES EIR		
	Araceli Rosiqué Robles	3
	Montserrat García Sastre	3
	Ana M ^a Ruiz Galan	3
	Pablo Rodrigo	3
		Total: 12

AÑO	PIRES	TUTORES
2009	Ramón Muncharaz Sanz	Ángela de la Hoz Martínez
2009	Sara Herrera Rodríguez	Ángela de la Hoz Martínez
2009	Silvia Yañez López	Eva Rodríguez Pedraza
2010	Sonia Álvarez Fernández	Eva Rodríguez Pedraza
2010	Ana Rosa González Barroso	Ángela de la Hoz Martínez
2010	Beatriz Munchada López	Eva Rodríguez Pedraza
2010	Elena Cordero Gutiérrez	Fernando Ripoll Jarauta
2011	Gutiérrez Arana, Irene	Isabel Baldor Tubet Esperanza Fernández Carballada
2011	Martin Cabeza, Maria Del Mar	Fernando Ripoll Jarauta
2011	Montero Lapido, Ana Maria	Ángela de la Hoz Martínez
2011	Sánchez Pascual, María	Carmen Castaño Ferro
2012	Araceli Garcia Lopez De Arenosa	Fernando Ripoll Jarauta
2012	Israel Leones Torres	Eva Rodríguez Pedraza
2012	Leticia León Quismondo	Carmen Castaño Ferro
2012	Miriam Sarasa Alastuey	Isabel Baldor Tubet Esperanza Fernández Carballada
AÑO	MIRES	TUTORES
2009	Clara Repeto Zilbermann	Deborah Ortiz Sánchez
2009	Carlos Atef Hardkous Peña	María Dieguez Porres
2009	Lilia Marinas Navarro	Angeles Asiel
2009	Namdev Freund Llovera	Salvador Ruiz Murugarren
2010	Erika-Ruby Valdivia Bazan	Angeles Asiel
2010	Bruno De Diego Lopez	Arancha Orozco San Martín
2010	Mariella Vilela Manyari	Margarita Blanco Prieto
2010	Patricia Hernández JUSDADO	María Dieguez Porres
2011	Paola Prada Ortiz	Ana Moreno Pérez
2011	Martha Patricia Zarabanda Suarez	Alejandro Merino Fernández-Pellón
2011	Xiana Gonzalez Martinez	María Dieguez Porres
2011	Carmen García Guixot	Salvador Ruiz Murugarren
2012	Ester Azucena Rodríguez Pérez	Deborah Ortiz Sánchez
2012	Ana Ayala Ballesteros	Ana Moreno Pérez
2012	Diana María Basto Pacheco	Margarita Blanco Prieto
2012	Casandra Gálvez Calero	Arancha Orozco San Martín
AÑO	EIRES	TUTORES
2011	Alba M ^a González Martínez	Montserrat G ^a Sastre
2012	Amalia Coca Barbado	Pablo Rodrigo Melgar
2012	Elena Castro Sánchez	Araceli Rosique Robles
2012	Juan Alberto Bella Fernández	Ana M ^a Ruiz Galán
2012	M ^a Jesús Pineda Navas	Montse G ^a Sastre
2012	Suyai Tania Caravello Hernández	Pablo Rodrigo Melgar

Respecto de las funciones de los tutores de residentes y del tiempo dedicado hemos seguido las indicaciones propuestas desde la Comisión local de Docencia del HUPA con fecha de 3 de Junio de 2011. Indicaciones derivadas de la propuesta de la Agencia Laín Entralgo

Respecto a las enfermeras, en el mes de junio próximo tendremos 12 enfermeras residentes, resultado de aumentar la duración de la especialidad de un año a dos. Por tanto cada año ingresan 6 eires.. El nº de tutores de eires es de 4, llevando cada tutor 3 residentes. La razón de esto son las peculiares condiciones de la organización del trabajo, especialmente la turnicidad, lo que dificulta enormemente el contacto entre tutores y residentes tutelados. La organización del trabajo asistencial enfermero deja pocos espacios, si es que alguno, para la preparación, exposición y evaluación de sesiones formativas, que son imprescindibles para una buena formación de los residentes. Con respecto a los enfermeros tutores la dirección no ha emitido una directriz que reconozca a los tutores de residentes de enfermería el hecho de disponer de un tiempo para ejercer sus tareas docentes, tiempo que estimamos debe situarse entre un 5% y un 10% de su jornada laboral. Por lo que la presencia de 4 tutores favorece que el contacto se asegure con más facilidad que el asignar más residentes a menos tutores.

CONCLUSIÓN ANÁLISIS de la CAPACIDAD DOCENTE

Mantenemos la oferta de plazas para residentes MIRes, PIRes y EIRes de la Unidad Docente Multiprofesional del Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental del HUPA para 2013, ya que está ajustada a nuestra capacidad docente real.

4. LA FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

a) La Formación en las organizaciones sanitarias.

En el ámbito de la Atención Sanitaria, la Formación es considerada como uno de los elementos fundamentales para garantizar una atención de salud con un nivel de calidad científico-técnica adecuada y como una estrategia de gestión y de introducción de cambios dentro de las organizaciones asistenciales. Junto con la potenciación de proyectos de investigación, se constituye como una de las armas más potentes para la mejora de la calidad en los servicios sanitarios.

El objetivo principal de la Formación es facilitar la introducción de los cambios necesarios en la práctica clínica conforme va avanzando el conocimiento científico, mediante la creación de un sistema educativo ambicioso y flexible que pueda dar respuesta a los continuos cambios que se están produciendo. En equipos multiprofesionales de trabajo puede servir como elemento de estímulo, cohesión y mejora del clima laboral, favoreciendo el contacto entre los profesionales y el flujo de información entre ellos.

b) La Formación en Salud Mental.

La composición multidisciplinar de los equipos de Salud Mental conforma un sistema de relaciones y de aprendizaje algo más complejo del habitual que debe quedar reflejado en la planificación de la Formación en Salud Mental. Esta adecuada planificación supone que se debiera fomentar una rápida y fructífera adaptación a las características del trabajo en equipos multidisciplinarios de salud mental y que la formación no sólo debe centrarse en temas clínicos propios de uno u otro estamento profesional, sino que las necesidades de aprendizaje debieran incluir otros aspectos también importantes (como estrategias de trabajo en grupos multidisciplinarios, dirección de recursos humanos, metodología de la investigación y lectura crítica de artículos científicos, ...).

c) Plan de Formación en la Unidad de Docencia Multiprofesional del Hospital Príncipe de Asturias de la Comunidad de Madrid.

Tras años de experiencias formativas previas (formación MIR y PIR, cursos, talleres, sesiones clínicas, congresos,...), en la Comisión de docencia de dicho hospital, siguiendo la guía de ALE (Agencia Laín Entralgo, encargada de la formación de especialistas en Salud de la Comunidad de Madrid ha elaborado un Plan de Formación Continuada de Salud Mental por año.

Los Planes de Formación pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

1. Contribuir a la mejora de la calidad en la atención a los problemas de Salud Mental que se prestan a la población de Madrid a través de la mejora de la competencia de los profesionales responsables de la misma.
2. Servir de marco de referencia para discutir, promover, desarrollar y mantener un Programa de Formación efectivo y eficaz, a la vez que atractivo y útil, para los profesionales a los que va dirigido.
3. Estimular y motivar los procesos de autoaprendizaje y de autoevaluación de los profesionales.

4. Promover la incorporación de actividades de Formación Continuada a las habituales de cada centro asistencial.
5. Promoción, junto a otras instituciones competentes, de las actividades docentes y de investigación en los diferentes grupos profesionales, centros y niveles asistenciales implicados en la atención sanitaria a los problemas de Salud Mental.
6. Motivar e implicar a los profesionales en la organización, impartición y desarrollo de los programas de Formación Continuada organizados o avalados por la Agencia Lain Entralgo, con la finalidad de descentralizar, en la medida de lo posible, la organización y elaboración de futuros planes de formación y de las actividades formativas que se contemplen.
7. Facilitar y regular los recursos humanos, materiales y de financiación disponibles dedicados a la Formación, así como iniciar actividades destinadas a generarlos e incrementarlos.

Como ya se ha comentado, desde el principio se ha considerado a la Formación más como una estrategia de gestión que como un fin en sí mismo, como un medio para mejorar las competencias de sus profesionales y desarrollar un sistema de gestión del conocimiento que facilite una adaptación eficiente y eficaz de la organización a un entorno cambiante y que sirva como factor de motivación y reconocimiento. Este planteamiento requiere el mantenimiento de una estrecha colaboración con el equipo de gestión del centro, la comisión de Docencia y la ALE de forma que las actividades formativas propuestas sean congruentes con los objetivos y actividades de la organización.

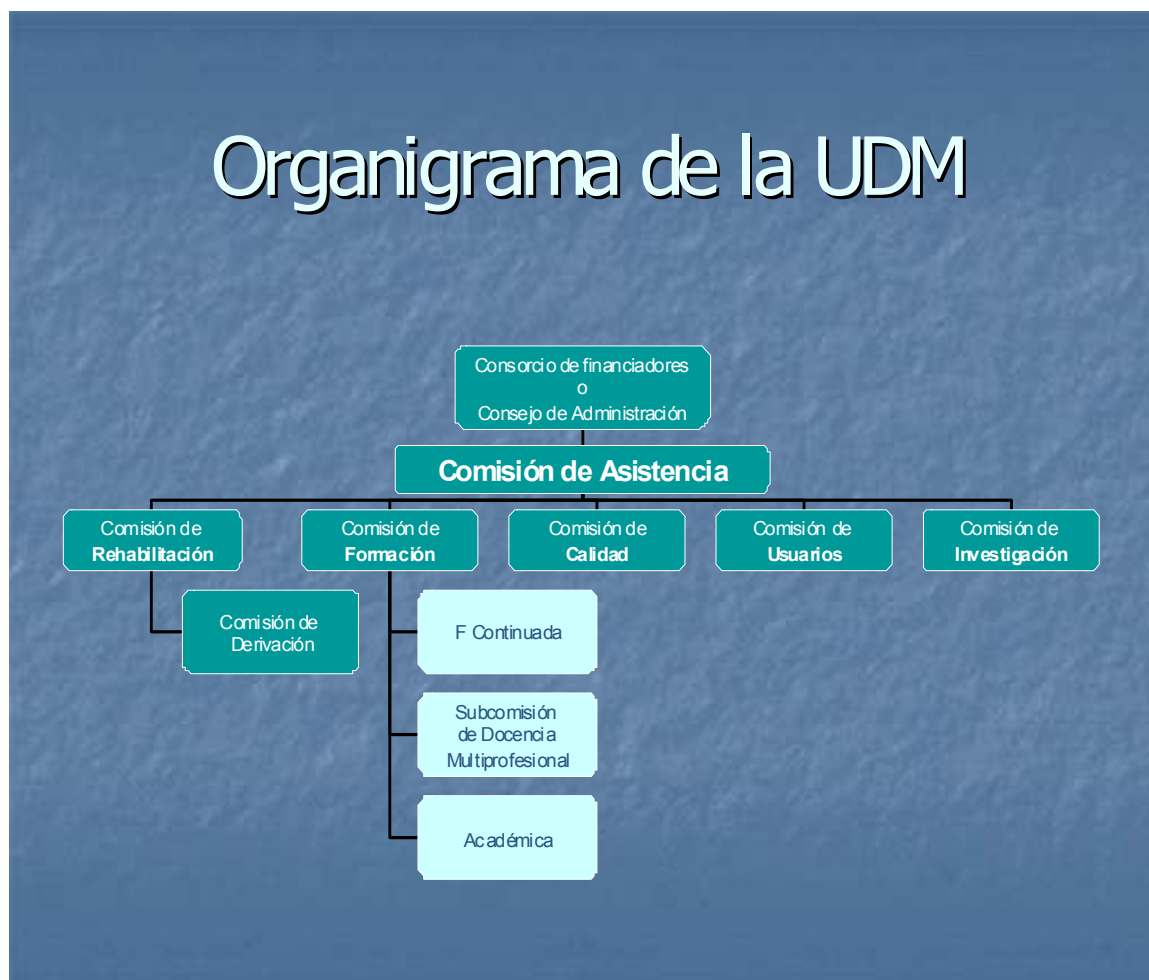
Un ejemplo ilustrativo del esfuerzo integrador que se está realizando a todos los niveles (formación-gestión-asistencia) puede ser la elaboración de diversas Guías de Práctica Clínica (Trastornos de la Alimentación, Trastorno Mental Grave, Trastorno Bipolar,...). Tras la realización de diversas actividades formativas específicas sobre el tema de trabajo en diversos planes de formación, así como la colaboración del Servicio de Formación Continuada del Hospital que facilita la realización de numerosas ediciones de cursos de formación en habilidades de búsqueda de evidencias (pruebas científicas) y análisis crítico de la literatura científica (Salud Mental Basada en Evidencias) se constituyeron diferentes grupos de trabajo formados por profesionales asistenciales de la red de Salud Mental y lideradas, en su mayoría, desde la Comisión Local de Docencia del Centro.

Somos conscientes de que queda mucho camino por recorrer y de que en esta tarea, lo importante no es llegar sino ir avanzando. Los conocimientos van quedándose obsoletos con el paso del tiempo, pero lo importante es mantener una actitud de búsqueda y mejora continuada que garantice que nuestros profesionales de Salud Mental estén en condiciones de poder adaptarse a las nuevas exigencias, dar una adecuada respuesta a los nuevos retos y poder incorporar los nuevos avances científicos a la práctica clínica habitual. Sin embargo, nos corresponde a cada uno de nosotros la posibilidad de utilizar el entorno generado por el Plan de Formación de esta Unidad como un elemento de estímulo, cohesión y mejora del clima laboral, favoreciendo el contacto entre los profesionales y el flujo de información entre ellos y la posibilidad de desarrollar un pensamiento crítico, práctico y creativo en el contexto de un trabajo en equipos multidisciplinares característico de nuestra especialidad.

La consolidación de esta iniciativa ha sido posible por el apoyo incondicional del equipo de gestión del Hospital Príncipe de Asturias (Dirección Médica y Dirección de Enfermería) y por la enorme y positiva respuesta de los profesionales de Salud Mental, tanto por parte de aquellos

que han sido invitados a participar como profesores, como por parte de los profesionales que han participado como alumnos de las diferentes actividades formativas. Cabe destacar el compromiso y esfuerzo de todos ellos en las actividades organizadas, tras los cursos, orientadas a la aplicación de los conocimientos adquiridos en la mejora de la calidad asistencial que se oferta en nuestro centro.

5. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA UDM-SM



6. PLAZAS OFERTADAS

Las plazas ofertadas por año son:

4 plazas MIR

4 plazas PIR

6 Plazas EIR

En la actualidad tenemos 38 residentes en nuestra Unidad Docente Multiprofesional realizando la Especialidad en Salud Mental. Esto supone un volumen considerable de especialistas en formación y creemos que con la Unidad Docente Multiprofesional se optimizan recursos docentes que de otro modo serían triplicados.

7. PLANES DE LAS ESPECIALIDADES

La formación en las distintas especialidades está regulada por las siguientes normas:

- Psiquiatría: Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría

- Psicología Clínica: Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
- Enfermería de Salud Mental Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

8. FORMACIÓN CLÍNICA. ITINERARIOS ASISTENCIALES

Para la formación de especialistas en Salud Mental, la UDM-SM de Hospital Príncipe de Asturias ha desarrollado un programa formativo que se fundamenta según un modelo de actuación multiprofesional coherente con la organización asistencial, y se sustenta por una parte en un Sistema de Rotaciones por los distintos servicios asistenciales. El eje principal sobre el que se articula la formación especializada es el Circuito de Rotaciones Asistenciales.

Se entrega los Residentes un Protocolo de Acogida, donde constan los itinerarios asistenciales

La UDM-SM organiza las rotaciones asistenciales según los recursos disponibles de la Red de Atención a la Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias, garantizando el cumplimiento de las rotaciones obligatorias con respecto a los tiempos mínimos de rotación señalados por las Comisiones Nacionales de las Especialidades de Salud Mental para los MIR de Psiquiatría, PIR y los EIR de Salud Mental. El formato de circuito de rotaciones se desarrolla según objetivos previamente consensuados.

La formación de los residentes de Salud Mental (MIR de Psiquiatría, PIR y EIR de Salud Mental) es eminentemente asistencial con la realización de rotaciones Clínicas por los diferentes dispositivos del área. Estos recursos están a disposición de todos los residentes de Salud Mental, independientemente del dispositivo por el que realicen sus rotaciones asistenciales. Este modelo organizativo permite incrementar y optimizar la capacidad docente de la región sin una merma de la calidad de la formación ofertada.

A continuación se exponen los itinerarios tipo de rotaciones asistenciales. También está prevista la realización de rotaciones externas, períodos formativos que no superen los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual en centros nacionales o internacionales de reconocido prestigio y no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente en los que se desarrolla.

- Itinerario tipo del MIR de psiquiatría
- Itinerario tipo del PIR (Psicología Clínica)
- Itinerario tipo del EIR (Enfermería de Salud Mental)

Itinerario tipo del residente de Psiquiatría

Formación nuclear			Formación específica
Atención Primaria/Neurología / Medicina Interna Unidad de Hospitalización Breve.			Trayecto A: Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Psicoterapias. Gerontopsiquiatría. Alcoholismo y otras adicciones. <hr/> Trayecto B: Áreas propias de la formación nuclear. Áreas propias de la formación específica. Nuevas áreas.
Psiquiatría Comunitaria (atención psiquiátrica ambulatoria y apoyo a Atención Primaria).			
Rehabilitación Psiquiátrica. Interconsulta y Psiquiatría del Enlace.			
Psiquiatría Infantil y Adolescencia.			
Alcoholismo y otras Adicciones.			
Psicoterapia.			
R-1	R-2	R-3	R-4

Itinerario tipo del residente de Enfermería Especialista en Salud Mental

Programa	N.º Meses
Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria.	12
Atención Primaria.	3
Adicciones.	4
Rehabilitación.	6
Hospitalización y urgencias.	4
Psicología clínica de la salud. Interconsulta y enlace.	6
Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia.	6
Programas para el desarrollo de Áreas de Formación Específica.	4
Rotación de libre disposición.	3

	Equipamiento	Duración
Primer año	- Unidades de Rehabilitación de larga estancia	2 meses
	- Unidad de Hospitalización de agudos	6 meses
	- Hospital de Día	3 meses

Segundo año	- Programas de Rehabilitación comunitaria - Unidades de media estancia	4 meses
	- Centro de Salud Mental Comunitario	6 meses
	- Programas o servicios de Salud mental Infanto-juvenil	2 meses

Cronograma de rotaciones asistenciales en planes individualizados

Los itinerarios tipos son adaptados a cada uno de los residentes según año y especialidad, elaborando así los planes individualizados.

Existen tantos planes individualizados como residentes en formación. Dichos planes se elaboran teniendo en cuenta los recursos del área de salud a la que pertenece cada residente y su año de residencia.

El diseño de los planes individuales se realiza de acuerdo a los recursos disponibles y a propuesta de cada uno de los tutores, siendo de carácter flexible y abierto a posibles cambios de mejora.

Dado el número de residentes, recursos, tutores y colaboradores docentes intervinientes, el cronograma resulta de gran complejidad y riqueza, por lo que es necesario que sea coordinado y supervisado frecuentemente por la Unidad Docente Multiprofesional.

Cronograma individualizado Psiquiatría

CALENDARIO DE ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA JUNIO 2011- MAYO 2012

Promoción de 2008 (MIR 3º a inicios de 2011):

JOSE ANTONIO SUAREZ:

Junio-Julio 2011, CAID Torrejón.

Agosto-Octubre 2011: UHB HUPA.

Noviembre 2011- Febrero 2012: Rotación Libre.

Marzo- Mayo 2012: Interconsulta HUPA

PALOMA GARCÍA RAMOS:

Junio-Julio 2011: CAID Alcalá.

Agosto- Noviembre 2011: Rotación Libre

Diciembre 2011- Febrero 2012: UHB HUPA

Marzo- Mayo 2012: Interconsulta HUPA

GORETTI MORÓN:

Junio- Julio 2011: CAID Alcalá.

Agosto- Octubre 2011: Interconsulta HUPA

Noviembre 2011- Febrero 2012: Rotación Libre

Marzo- Mayo 2012: UHB HUPA

MIR 3º AÑO

LARA REPETO:

Junio- Septiembre 2011: Infantil, CSM Alcalá.

Octubre-Noviembre 2011: UHB HUPA

Diciembre 2011- Mayo 2012: Hospital de Día, Alcalá de Henares.

LILIA MARINAS:

Junio (lleva desde Octubre 2010)- Septiembre 2011: Adultos, CSM Torrejón.

Octubre- Noviembre 2011: CAID Torrejón.

Diciembre 2011- Marzo 2012: Interconsulta HUPA

Abril-Mayo 2012: UHB HUPA

CARLOS HARKOUS:

Junio- Septiembre 2011: UHB HUPA

Octubre 2011- Enero 2012: Interconsulta HUPA

Febrero 2012- Mayo 2012: Infantil, CSM Alcalá.

NAMDEV FREUND:

Junio- Julio 2011: CAID Torrejón

Agosto- Noviembre 2011: Rotación libre

Diciembre 2011- Enero 2012: UHB HUPA

Febrero 2012- Mayo 2012: Infantil CSM Torrejón

MIR 2º AÑO:

PATRICIA HERNÁNDEZ JUSDADO

Junio- Septiembre 2011: Infantil, CSM Torrejón

Octubre 2011- Septiembre 2012: Adultos CSM Torrejón.

BRUNO DE DIEGO LÓPEZ

Junio 2011-Mayo 2012: Adultos. CSM Alcalá.

MARIELLA VILELA MANYARI

Junio 2011- Mayo 2012: Adultos. CSM Torrejón.

ERIKA RUBY VALDIVIA BAZAN

Junio 2011- Mayo 2012: Adultos CSM Alcalá.

MIR 1º AÑO

CARMEN GARCÍA GUIXOT:

Junio 2011- Noviembre 2011: UHB HUPA

Diciembre 2011- Marzo 2012: CRPS Torrejón.

Abril- Mayo 2012: Neurología, HUPA

MARTA PATRICIA ZARABANDA SUAREZ:

Junio 2011- Septiembre 2011: CRPS Alcalá

Octubre- Noviembre 2011: Neurología HUPA

Diciembre 2011- Mayo 2012: UHB HUPA

XIANA GONZÁLEZ MARTÍNEZ:

Junio- Noviembre 2011: UHB HUPA

Diciembre 2011- Marzo 2012: CRPS Alcalá.

Abril- Mayo 2012: Neurología HUPA

PAOLA PRADA ORTIZ

Junio 2011- Septiembre 2011: CRPS Torrejón

Octubre- Noviembre 2011: Neurología HUPA

Diciembre 2011- Mayo 2012: UHB HUPA

ROTACIONES EXTERNAS DE LOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA ENTRE JUNIO 2011 Y MAYO 2012

JOSE ANTONIO SUAREZ:

Noviembre 2011- Febrero 2012:
Unidad de Psicoterapia. Hospital Universitario La Paz.
Dra. Rodríguez Vega.

PALOMA GARCÍA RAMOS:

Septiembre- Noviembre 2011:
Orygen Youth Health.
Melbourne. Australia.

GORETTI MORÓN:

Noviembre- Diciembre 2011:
Instituto Psiquiátrico Montreal. Hospital de Día de Niños.
c/ Cardenal Herrera Oria 144. Madrid.

Enero- Febrero 2012:

Children´s Hospital Boston (Psychiatry Clinical Department)
Harvard Medical School. Boston. Estados Unidos de América.

NAMDEV FREUND:

Septiembre- Noviembre 2011:
Orygen Youth Health.
Melbourne. Australia.

Cronograma individualizado PIR

CALENDARIO DE ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLÍNICA JUNIO 2011-MAYO 2012

PIR 4º AÑO:

Mª LUZ PALACIOS ALBARSANZ:

Junio-Septiembre 2011, UHB HUPA.
Octubre 2011- Enero 2012: Área de formación específica.
Febrero- Mayo: CAID Alcalá.

ÁLVARO RUIZ RODRÍGUEZ:

Junio 2011, Interconsulta HUPA.
Julio-Octubre 2011: Área de formación específica.
Noviembre 2011- Enero 2012: Rotación Libre.
Febrero- Mayo 2012: CAID Torrejón.

PIR 3º AÑO:

SONIA ALVAREZ FERNANDEZ

Junio-Agosto 2011, Infantil CSM Alcalá.
Septiembre-Diciembre 2011: CAID Alcalá.
Enero- Abril 2012: Área de formación específica
Mayo 2012: UHB HUPA.

SILVIA YAÑEZ LOPE

Junio 2011, CAID Alcalá.

Julio-Diciembre 2011: Interconsulta HUPA.
Enero- Abril 2012: Área de formación específica
Mayo 2012: UHB HUPA.

SARA HERRERA RODRIGUEZ

Junio-Agosto 2011, Infantil CSM Alcalá.
Septiembre-Diciembre 2011: UHB HUPA.
Enero- Abril 2012: CAID Alcalá.
Mayo 2012: Interconsulta HUPA.

RAMON MUNCHARAZ SANZ

Junio 2011, Adultos CSM Torrejón.
Julio-Diciembre 2011: Infantil CSM Alcalá.
Enero- Mayo 2012: Interconsulta HUPA.

PIR 2º AÑO:

ANA ROSA GONZALEZ BARROSO

Junio 2011-Febrero 2012, Adultos CSM Alcalá.
Marzo-Mayo 2012: Infantil CSM Alcalá.

BEATRIZ MUNCHADA LOPEZ

Junio2011-Mayo 2012, Adultos CSM Torrejón.

ELENA CORDERO GUTIERREZ

Junio-Agosto 2011, Adultos CSM Alcalá.
Septiembre-Febrero 2012: Infantil CSM Alcalá.
Marzo- Mayo 2012: CRPS Alcalá.

ROCIO GUARDIOLA WANDERBERGHE

Junio 2011- Febrero 2012, Adultos CSM Alcalá.
Marzo-Mayo 2012: Infantil CSM Alcalá.

PIR 1º AÑO:

IRENE GUTIERREZ ARANA

Junio 2011-Noviembre 2011, CRPS Alcalá.
Diciembre 2011- Mayo 2012, Adultos CSM Alcalá.

MARIA DEL MAR MARTIN CABEZA

Junio 2011-Noviembre 2011, CRPS Alcalá.
Diciembre 2011- Mayo 2012, Adultos CSM Alcalá.

ANA MARIA MONTERO LAPIDO

Junio 2011- Mayo2012, Adultos CSM Alcalá.

MARÍA SANCHEZ PASCUAL

Junio 2011-Noviembre 2011, CRPS Torrejón.
Diciembre 2011- Marzo 2012, UHB HUPA.
Abril- Mayo 2012, Adultos CSM Alcalá.

ROTACIONES EXTERNAS DE LOS RESIDENTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL PERIODO DOCENTE 2011-2012

ÁLVARO RUIZ RODRÍGUEZ

Psicólogo Residente de cuarto año de la especialidad de: Psicología Clínica por el Programa de Psicooncología de la Unidad de Psicoterapia del Hospital Universitario La Paz: Pº de la Castellana, 261 28046 Madrid teléfono: 91 727 70 00 Fax: 91 727 70 50 Durante el periodo comprendido entre: 4 de Julio de 2011 al 28 de Octubre de 2011

Mª LUZ PALACIOS ALBARSANZ

Psicóloga Residente de cuarto año De la especialidad de: Psicología Clínica Por Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Santa Cristina Calle Odonell nº 53 Madrid 28009 TF: 915574300 Durante el periodo comprendido entre: 3 de Octubre de 2011 a 27 de Enero de 2012

SONIA ALVAREZ FERNANDEZ

Psicóloga Residente de tercer año De la especialidad de: Psicología Clínica Por Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Santa Cristina Calle Odonell nº 53 Madrid 28009 TF: 915574300. Durante el periodo comprendido entre: 1 de Enero de 2012 a 30 de Marzo de 2012

SILVIA YAÑEZ LOPEZ

Psicóloga Residente de tercer año De la especialidad de: Psicología Clínica. Por Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Santa Cristina Calle Odonell nº 53 Madrid 28009 TF: 915574300. Durante el periodo comprendido entre: 2 de Enero de 2012 a 30 de Marzo de 2012

Cronograma individualizado EIR

ROTACIONES ENTRE JUNIO 2011 Y MAYO 2012

RAQUEL RUIZ IÑIGUEZ:

Julio 2011- Octubre 2011: UHB. HUPA

Noviembre 2011- Enero 2012: Hospital de Día, HUPA.

Febrero 2012- Abril 2012 : CSM: La Plata

Mayo 2012: CSM: La Plata

LEONOR NEVADO CARRILLO

Julio 2011- Octubre 2011: CSM Francisco Díaz

Noviembre 2011- Enero 2012: UHB. HUPA .

Febrero 2012- Abril 2012 : Hospital de Día, HUPA

Mayo 2012: Hospital de Día de adultos. HUPA

INMACULADA GONZÁLEZ CANDEL

Julio 2011- Octubre 2011: UHB. HUPA

Noviembre 2011- Enero 2012: CSM Francisco Díaz .

Febrero 2012- Abril 2012 : Hospital de Día infanto juvenil, HUPA.

Mayo 2012: Centro de Salud Mental Francisco Díaz.

LOURDES GONZÁLEZ TAPIAS

Julio 2011- Octubre 2011: Hospital de Día de adultos. HUPA

Noviembre 2011- Enero 2012: CSM Francisco Díaz .

Febrero 2012- Abril 2012 : UHB, HUPA.

Mayo 2012: ESAD. Equipo de atención a paliativos. Atención primaria

VIRTUDES GARCÍA GUARDIOLA

Julio 2011- Octubre 2011: Hospital de Día infanto juvenil. HUPA

Noviembre 2011- Enero 2012: CSM La Plata .

Febrero 2012- Abril 2012 : UHB, HUPA.

Mayo 2012: UHB.HUPA

ALBA M^a GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Julio 2011- Octubre 2011 CSM La Plata

Noviembre 2011- Enero 2012: UHB.HUPA .

Febrero 2012- Abril 2012 : Hospital de Día Infantojuvenil.HUPA.

Mayo 2012: CSM. Puerta Madrid

9. LA FORMACIÓN COMÚN COMPLEMENTARIA DEL RESIDENTE

La Agencia Laín Entralgo junto con la Comisión de docencia del Hospital con el objetivo de asegurar que todos los residentes de ciencias de la salud reciban una formación homogénea y de calidad en diversas áreas de conocimiento, ha diseñado el Programa Transversal y Complementario del Residente

Los contenidos de dicho programa pueden verse en la HUPA WEB en la sección titulada: “docencia MIR”.

10. CURSOS, JORNADAS ORGANIZADAS POR EL SERVICIO

La extensión de la Unidad Docente, su vinculación con numerosos dispositivos y entidades y el gran número de profesionales activos supone un buen número de iniciativas (Congresos, Jornadas, Cursos, Seminarios...) que se vinculan en alguna medida al Área, y en los que los Residentes son parte activa.

Como actividades regulares con implicación directa del Servicio se organizan desde la Comisión de Docencia del Área anualmente un mínimo de dos cursos de formación continuada de contenido elegido por los profesionales del Área, patrocinados por la Agencia Laín Entralgo.

- AVANCES EN LA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO de la PSICOPATOLOGÍA EN LA RED ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL DESDE EL MODELO DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA (3,70 créditos ALE: Ver Sesiones Clínicas)
- TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN PARA PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. 3-30 mayo de 2011. 20 horas. 2,5 créditos ALE. Docentes Josefina Mas Hesse., Alejandro Merino y Ángela de la Hoz
- XII ENCUENTRO NACIONAL DE ENFERMEROS RESIDENTES DE SALUD MENTAL” Se organizó por parte de la UDM_ Enfermería de SM en el HUPA_, dicho encuentro se realiza cada año en una ciudad del territorio Nacional y en él se exponen los mejores proyectos de investigación realizados por residentes de Enfermería de Salud Mental de las unidades docentes de Enfermería de todas las comunidades autónomas. El encuentro se celebró los días 20 y 21 de Mayo del 2011.
- “TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ASPECTOS DE PRÁCTICA CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR” Organizado por la Comisión de formación continuada del

HUPA y acreditado por la ALE con 3,6 créditos de formación continuada. En Alcalá de Henares, 28, 29 y 30 de noviembre y 1 y 2 de diciembre de 2011.

- "TALLER DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA" Organizado por la Comisión de Formación Continuada de Enfermería del Hospital de Alcalá de Henares. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 2,5 créditos. Madrid, enero de 2011.

11. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DOCENTES.

Las actividades docentes del miércoles docente incluyen:

1. Fundamentos teóricos
2. Docencia teórica conjunta
3. Docencia teórica específica
4. Habilidades de entrevista
5. Supervisión de casos
6. Taller de casos
7. Supervisión de grupos
8. Revisión bibliográfica
9. Monográfico
10. Videoforum
11. Asamblea con representantes de la comisión de docencia
12. DART
13. Seminarios

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS:

Objetivos docentes:

- ⇒ Los residentes presentarán un tema concreto con un enfoque clínico, es decir aplicado a la práctica y específico o de manejo (por ejemplo el abordaje de un aspecto de trastorno, tipo Terapias de Exposición en el TOC o algo así), en el que por su experiencia clínica hayan tenido que ponerse al día.
- ⇒ Podrán utilizarse la presentación conjunta de casos clínicos que hayan tenido oportunidad de llevar en alguna rotación para apoyar la parte teórica, así como la proyección de videos.

Proceso:

- ⇒ Los residentes de 2º ciclo (MIR y PIR de 3º y 4º año) enviarán cada uno 2 propuestas de temas antes del mes de Septiembre.
- ⇒ La Comisión de Docencia de la UDM seleccionará los definitivos en orden de garantizar la mayor variedad posible de temas.
- ⇒ Una vez seleccionados y asignados a una fecha concreta, cada residente se encargará de proponer a un adjunto que pueda supervisar tanto la elaboración del tema, como el coloquio posterior a la presentación.

Duración: 13 sesiones de 1h lectiva.

Contenidos 2011:

- Revisión actualizada del tratamiento psicológico de la distorsión de la imagen corporal.
- Atención precoz en esquizofrenia
- Atención precoz en trastorno bipolar
- Terapia de grupo dialectico-conductual de Linehan para TP
- Psicoterapia existencial

- Psicooncología
- Abordaje de la enuresis y encopresis en infantil
- Terapia sensoriomotora
- Psicofarmacología en el anciano
- Resiliencia: Factores protectores
- Psicoterapias basadas en el apego
- Trance y trauma
- Abordaje del Trastorno Bipolar en la infancia

2. DOCENCIA TEÓRICA CONJUNTA

Objetivos docentes:

⇒ Abordar temas de interés común a las tres especialidades (MIR, PIR y EIR).

Proceso:

- ⇒ Un adjunto acudirá a la docencia de residentes para explicar un tema de interés. La selección de temas se puede realizar de diferentes maneras:
- Desde la Comisión de Docencia de la UDM se solicitará antes de septiembre voluntarios entre los adjuntos del área para exponer temas en los que ellos consideren que pueden aportar conocimientos y habilidades a los residentes.
 - Los residentes podrán proponer temas y adjuntos para impartirlos, contactando con ellos previamente para preguntarles si estarían dispuestos a exponerlos, mandando la propuesta a la Comisión antes del mes de septiembre.
 - La Comisión de Docencia propondrá una serie de contenidos y docentes en caso de que no se cubra el total del horario con los dos puntos anteriores.

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva.

Contenidos 2011:

- Terapia familiar sistémica: abordaje del maltrato en las familias
- Trastornos disociativos
- Historia de la reforma psiquiátrica
- Conceptualización y tratamiento de Trastornos Somatizadores
- Evaluación en infantil
- Conducta humana y teoría de la evolución
- Examen psiquiátrico pericial
- Desarrollo emocional
- Bases legales de la práctica asistencial
- Programa de continuidad de cuidados

3. DOCENCIA TEÓRICA ESPECÍFICA

Objetivos docentes:

⇒ Abordar temas de interés específico para cada una de las especialidades. La idea es tratar tanto áreas en las que se aprecien carencias formativas (por ejemplo, búsqueda bibliográfica para psicólogos), como profundizar en algún área más específica para cada especialidad (manejo farmacológico avanzado para MIRes, fármacos y embarazo, etc.) metodología de investigación o profundización de planes de cuidados individualizados (para EIRes).

Proceso:

⇒ Un adjunto presentará un tema específico, estando los residentes separados por especialidades en esta hora. La Comisión de Docencia propondrá una serie de contenidos y docentes para esta actividad.

Duración: 6 sesiones de 1 hora lectiva.

Contenidos 2011:

- MIR: Psicofarmacología a través de casos prácticos. (todo el curso)
- PIR: Manejo de los trastornos de personalidad. (todo el curso)
- EIR:
- La adherencia al tratamiento : Ejemplo de un programa para mejorar la adherencia. (2h)
- El Hospitalismo y la Enfermería
- El tratamiento asertivo comunitario. Programa de seguimiento y cuidados (Todo el curso)
- Reacciones Psicológicas ante la enfermedad (1h)
- Programa de Psicoeducación para padres y adolescentes (2h)
- La Enfermería y la Comunicación en situaciones difíciles. (10h)
- Humanización y cuidados al paciente en atención especializada (4h)
- Manejo de situaciones de alteración emocional en los pacientes.
- Cuidarse para cuidar.
- Inteligencia emocional aplicado a los cuidados enfermeros.

4. HABILIDADES DE ENTREVISTA

Objetivos docentes:

⇒ Trabajar las dificultades que el residente (MIR PIR EIR) presente en el desempeño de su práctica clínica, o situaciones clínicas que podríamos identificar como “incidentes críticos”.

Proceso:

⇒ Las técnicas utilizadas serán:

- Role playing, en el cual un residente presentará una situación en la que haya encontrado dificultades y se trabajarán diferentes alternativas de manejo.
- Supervisión en grupo de incidentes críticos

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva.

5. SUPERVISIÓN DE CASOS

Objetivos docentes:

⇒ Supervisión de un caso que el residente esté llevando o haya llevado en psicoterapia individual, con un enfoque psicoterapéutico integrador.

Proceso:

⇒ El residente asignado para dicha actividad presentará la formulación de un caso clínico, bajo la perspectiva de su especialidad.

Duración: 22 sesiones de 1 hora y media lectiva.

6. TALLER DE CASOS

Objetivos docentes:

⇒ Resolución de dudas diagnósticas.

Proceso:

⇒ Discusión clínica. El residente asignado para la actividad aportará un caso clínico que plantea dificultades diagnósticas. El formato utilizado será la historia clínica completa, con los diagnósticos principales y diferenciales posibles.

Duración: 22 sesiones de 1 hora y media lectiva.

7. SUPERVISIÓN DE GRUPOS

Objetivos docentes:

⇒ Supervisar la grabación de una sesión de grupo. Esto se puede realizar de dos maneras:

- Por un lado, los residentes que estén llevando a cabo grupos de psicoterapia podrán traer grabada una sesión del grupo, y el adjunto llevará a cabo la supervisión de la misma.
- Por otro lado, los adjuntos traerán grabaciones de grupos que se hayan llevado a cabo en el área que puedan servir para exponer distintos aspectos (tipos de intervenciones del terapeuta, fases del grupo, factores terapéuticos, roles, etc.).

Proceso:

- ⇒ Los residentes que deseen supervisar grupos que están llevando a cabo (o vayan a realizar el próximo curso) hablarán con el supervisor elegido y enviarán su propuesta antes del mes de septiembre.
- ⇒ La comisión se encargará de asignar una fecha para dicho fin, cubriendo el resto de huecos con la proyección de grupos por parte de los adjuntos.

Duración: 7 sesiones de 1 hora y media lectiva.

8. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Objetivos docentes:

- ⇒ Lectura crítica de literatura científica especializada en salud mental.

Proceso:

- ⇒ Se procederá a la lectura y exposición crítica de artículos científicos de actualidad, los cuales serán proporcionados por el adjunto encargado de esta actividad. Los residentes expondrán dicho artículo guiándose de los pasos proporcionados en la siguiente página web www.redcaspe.org.

Duración: 12 sesiones (divididas en dos grupos) de 1 ½ hora lectiva.

9. MONOGRÁFICO

Objetivos docentes:

- ⇒ Presentar un tema de interés común, desde una perspectiva multidisciplinar.

Proceso:

- ⇒ Se formarán grupos de tres residentes, en los que se intentará incluir una persona de cada especialidad (MIR, PIR, EIR), con el objetivo de plantear un abordaje interprofesional del tema elegido.

Duración: 7 sesiones de 1 hora y media lectiva.

Contenidos:

- Alcoholismo
- TOC
- Psicoterapia en prisión
- Disfunción sexual
- Psicopatología, terapeutas e intervenciones en el cine.

10. VIDEOFORUM

Objetivos docentes:

- ⇒ Visualizar documentales que aborden distintos aspectos vivenciales de la enfermedad mental y de las personas que las sufren, así como de diferentes abordajes terapéuticos.

Proceso:

⇒ Los coordinadores seleccionarán 3 documentales que por su contenido puedan tener interés, enviando información básica sobre los mismos al resto de los residentes. En cada sesión se proyectará el documental, pasando a continuación al debate/ coloquio entre los asistentes, con la participación del adjunto.

Duración: 3 sesiones de 1 hora y media lectiva.

Contenidos Videoforum 2011:

- Sólo
- El camino de la Esquizofrenia
- Voices

11. ASAMBLEA CON REPRESENTANTES DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

Objetivos docentes:

⇒ Favorecer la comunicación bidireccional y la toma de decisiones consensuada entre los representantes de los residentes (MIR, PIR y EIR) en la Comisión de Docencia y el resto de los residentes.

Proceso:

⇒ Los representantes expondrán los temas tratados en las últimas Comisiones de Docencia, facilitarán el debate entre los residentes y toma de decisiones consensuada de cara a la siguiente Comisión, y recogerán las sugerencias, quejas o reclamaciones del resto de los residentes.

Duración: 6 sesiones de 1'5h de duración.

12. DART

Objetivos docentes:

⇒ Trabajar las dificultades en la adquisición del rol de terapeuta, prestando especial atención a los aspectos vivenciales y emocionales (MIR, PIR, EIR) .

Proceso:

⇒ Los residentes plantean sus dificultades, que serán trabajadas en grupo, habiendo una terapeuta encargada de dirigir la actividad.

Duración: 16 sesiones de 1 hora y media lectiva.

13. SEMINARIOS

Objetivos docentes:

⇒ Exponer de manera teórico-práctica determinados aspectos clínicos, terapéuticos, de investigación, etc. que requieren más de las 2h de las que se dispone en la actividad Docencia Teórica.

Proceso:

⇒ La Comisión propondrá 6 seminarios para este curso, basándose en los seleccionados en años anteriores que quedaron pendientes, asignándole a cada uno de ellos un MIR un PIR y un EIR, que actúen de coordinadores del mismo, que serán los encargados de ponerse en contacto con el/ los adjuntos que van a impartirlo. Los coordinadores generales se encargarán del reparto de fechas según las posibilidades de los implicados.

Duración: 6 sesiones de 6 h de duración.

Contenidos 2011:

- Psicodrama. (2 sesiones)
- Terapia de Grupo (1 sesión)
- Metodología de investigación y búsqueda bibliográfica. (2 sesiones)
- TEC (1 sesión)
- Psicoanálisis Lacaniano (1 sesión)

12. SESIONES CLÍNICAS DE ÁREA DEL AÑO 2011-2012

Los terceros miércoles de cada mes hay sesiones clínicas de área, todas ellas están acreditadas por la ALE y el lugar de celebración es en el Salón de actos del HUPA

AVANCES EN LA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO de la PSICOPATOLOGÍA EN LA RED ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL DESDE EL MODELO DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Día y mes	Horario	Contenido	Profesorado
19- 1-11	8.30-10,30h	HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS	SALVADOR RUIZ MURUGARREN
16- 2-11	8.30-10,30h	CSM de Torrejón de Ardoz. PROGRAMA DE ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES	ABIGAIL HUERTAS PATON
16- 3-11	8.30-10,30h	CRPS de Alcalá de Henares	MARISA SANZ AGUADO
13- 4-11	8.30-10,30h	CENTRO DE DÍA y EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO	LORENA FERNANDEZ NESPEREIRA
18- 5-11	8.30-10,30h	CSM de Alcalá de Henares	ELOY MARTÍN BALLESTEROS
15- 6-11	8.30-10,30h	HOSPITAL DE DÍA de Alcalá de Henares	FERNANDO RIPOLL JARAUTA
21- 9-11	8.30-10,30h	CSM de Torrejón de Ardoz	GUILLERMO LAHERA FORTEZA
19-10-11	8.30-10,30h	MINIRESIDENCIA de Alcalá de Henares	LOLI BENITO IBAÑEZ
16-11-11	8.30-10,30h	CRPS de Torrejón de Ardoz	LIDIA LUNA RODRIGUEZ
21-12-11	8.30-10,30h	CAID de Torrejón de Ardoz	LUCIA LADERO

13. MES DE INMERSIÓN TEÓRICA DE LOS EIR DURANTE EL MES DE JUNIO 2011

Los residentes de Enfermería en Salud Mental al incorporarse a nuestra Unidad Docente tienen un mes de inmersión de docencia en el que se le proporcionan 105 horas teóricas. La formación es impartida en su totalidad por profesionales de la UDM y el lugar donde se imparten es en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alcalá de Henares. Cuyo temario y horario se presenta en el siguiente cuadro:

Docencia inicial del mes de junio
1. Historia de la Psiquiatría y la Psicopatología
2. Psicoterapias
3. Psicología de las Emociones y la Salud mental
4. Psicopatología de la percepción, memoria y motricidad
5. Psicopatología del pensamiento y lenguaje
6. Rehabilitación psicosocial
7. <u>Recursos Comunitarios</u>
8. <u>Programa de Continuidad de Cuidados</u>
9. Relación Intrapersonal
10. Relación Enfermera-Paciente
11. Relación Interpersonal
12. La comunicación humana
13. Modelos de Enfermería
14. <u>Clasificaciones diagnósticas NNN</u>
15. Legislación
16. Administración
17. Investigación
18. Los grandes cuadros psiquiátricos
19. Trast Esquizofrénicos
20. Ideas Delirantes Crónicas
21. Trastornos del Humor
22. TCA
23. TP
24. Trastornos Neuróticos
25. Trast del control de Impulsos
26. Paciente drogodependiente
27. Patología Dual
28. Trastornos del desarrollo en infancia y adolescencia
29. TDAH
30. Trastorno mental orgánico
31. Trastornos sexuales y del sueño
32. Síndrome de Münchaussen

- 33.Enuresis y Encopresis
- 34.El maltrato
- 35.Entrenamiento en HHSS
- 36.Terapias biológicas**
- 37.Fármacos antidepresivos**
- 38.Entrevista psiquiátrica
- 39.Módulos de Educación para la Salud**
- 40.La muerte y el Duelo
- 41.El psicodrama
- 42.Terapia de familia
- 43.Intervención en Crisis**
- 44.Urgencias en Psiquiatría
- 45.La Relajación
- 46.Musicoterapia
- 47.Terapia Sexual
- 48.Módulo práctico de Contención Mecánica
- 49.Intervención en UHB
- 50.Intervención en HD
- 51.Trabajo de Monitor en el HD
- 52.Protocolo de Litio
- 53.Comportamientos Adap y Desadap en la Infancia y Adolescencia
- 54.Comportamientos Adap y Desadap en la adultez y la senectud
- 55.CdE en la Esquizofrenia**
- 56.CdE en el Trastorno Bipolar**
- 57.CdE en los trastornos de la ansiedad**
- 58.CdE en trastornos de la alimentación**
- 59.CdE en TP**
- 60.El grupo**
- 61.El grupo familiar y grupos de auto ayuda**

14. ACTIVIDADES CIENTÍFICO INVESTIGADORAS AÑO 2011-2012

PROYECTOS EN CURSO

TÍTULO DEL PROYECTO: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR

ENTIDAD FINANCIADORA: Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Alcalá de Henares

DURACIÓN DESDE: 2008 **HASTA:** 2011

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Alberto Fernández Liria

FINANCIACIÓN 151.000 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: “Emoción Expresada Familiar y Déficit de Cognición Social en Familiares de Pacientes con Esquizofrenia”

ENTIDAD FINANCIADORA: Fundación Investigación Biomédica Hospital Príncipe de Asturias

DURACIÓN DESDE: 20011 HASTA: 2013.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Pedro Sopelana

FINANCIACIÓN 12000 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: “ENSAYO ALEATORIZADO SOBRE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN COGNICIÓN SOCIAL PARA PACIENTES EUTÍMICOS CON TRASTORNO BIPOLAR” (PI09/90966)

ENTIDAD FINANCIADORA: Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud (FIS)

DURACIÓN DESDE: 2009 HASTA: 2011

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza

FINANCIACIÓN 10.285 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: "Estudio de cohortes observacional para evaluar la seguridad de la agomelatina en la práctica médica habitual en los pacientes deprimidos". Estudio de cohortes prospectivo, observacional (no intervencional), internacional, multicéntrico. Protocolo SER-AGO-2009-01

ENTIDAD FINANCIADORA: SERVIER

DURACIÓN DESDE: 2010 HASTA: 2012

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza

TÍTULO DEL PROYECTO: “Respuesta subjetiva y electrofisiológica a estímulos emocionales en pacientes con ictus cerebral del hemisferio derecho”

Proyecto del Servicio de Psiquiatría HUPA en colaboración con el Servicio de Neurología del Hospital Clínico San Carlos

DURACIÓN DESDE: 20011 HASTA: 2013.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza

TÍTULO DEL PROYECTO: “Evaluación de la cognición social en pacientes con Enfermedad de Parkinson en estado ON/OFF”.

Proyecto del Servicio de Psiquiatría HUPA en colaboración con el Servicio de Neurología del Hospital de Torrejón

DURACIÓN DESDE: 20012 HASTA: 2013.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza

TÍTULO DEL PROYECTO: “Adaptación al castellano de un nuevo instrumento de evaluación audiovisual de la cognición social”

Proyecto del Servicio de Psiquiatría HUPA en colaboración con el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Corporació Parc Taulí (Barcelona)

DURACIÓN DESDE: 2010 HASTA: 2012.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza

TÍTULO DEL PROYECTO: “Violencia de género en mujeres con trastorno mental grave”.

Estrategia del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social.

DURACION: 2010-2011

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Margarita Rullas Trincado.

ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA DEL AÑO 2011:

- Evaluación de la eficacia de una intervención enfermera basada en musicoterapia como ayuda en la elaboración del duelo.
- Educación para la salud: disminuir el nivel de ansiedad en familiares de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar con riesgo autolítico.
- La detección Precoz de trastornos del espectro autista en escuelas infantiles.
- Programa integrado de intervención de enfermería al paciente con trastorno por uso de sustancias y esquizofrenia.
- Evaluación de la efectividad de un programa de educación para la salud sexual en personas esquizofrénicas con disfunción sexual.
- Intervención de educación nutricional y hábitos de vida saludables a pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide y con diagnóstico enfermero 0001: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, que inician tratamiento con olanzapina o clozapina.

COMUNICACIONES A CONGRESOS

- BENITO.A, LAHERA.G, MERINO.A, GUERRA.E "Adherencia terapeutica e insight en una muestra de pacientes esquizofrenicos" V conferencia internacional del hospital psiquiatrico de La Habana .La Habana 2011
- BENITO.A GUERRA.E Y OTROS: "Evolucion del funcionamiento del insight en una muestra de pacientes esquizofrenicos de reciente diagnostico con(ilegible)" V conferencia Internacional del Hospital psiquiatrico de la Habana .La Habana 2011
- Blanco Prieto M, Bonilla Reyes C, Vilela Mayari M, Valdivia Bazan E, Hernández Jurdado P. "Alarma, los famosos se suicidan". Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Encuentros en psiquiatria: conducta suicida, abril 2012.
- Blanco Prieto M, Bonilla Reyes C, Hernández Jurdado P, Freund Llovera N, García Ramos PR. "Tabaco y uso de antipsicóticos en la UHB. Un antes y un después de la ley". XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Marzo 2012.
- Bonilla Reyes C, Blanco Prieto M, García Ramos PR, Hernández Jurdado P, Freund Llovera N. "Relación entre cannabis y psicosis. Una revisión sistemática". XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Marzo, 2012
- Bonilla Reyes C, Blanco Prieto M, Hernández Jurdado P, Vilela Manyari M, Suárez Meneses JA. "Neuroleptización Tabáquica". XVI Curso anual de esquizofrenia: Identidad plural, disociación, psicosis, noviembre 2011.
- Bonilla Reyes C, Blanco Prieto M, Hernández Jurdado P. "Tabaco, alcohol y embarazo". XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, abril 2011.

- Bonilla Reyes C, Hernández Jurdado P, Vilela Manyari M, Suárez Meneses JA, Blanco Prieto M. “La Violencia en la Esquizofrenia”. XVI Curso anual de esquizofrenia: Identidad plural, disociación, psicosis, noviembre 2011.
- Bonilla Reyes C, Vilela Manyari M, Hernández Jurdado P, Blanco Prieto M, Suárez Meneses JA. “Primer episodio psicótico y Consumo de tóxicos, un estudio descriptivo”. XVI Curso anual de esquizofrenia: Identidad plural, disociación, psicosis, noviembre 2011
- Cordero E., González Barroso, AR., Muchada López, B., Guardiola Wander-Berghe, R., Muncharaz Sanz, R., Palacios ML., Herrera, S., Álvarez Fernández, S., Yáñez, S., Ángeles MV., Fernández Liria, A. *Grupo de psicoeducación sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Póster. I Jornadas Internacionales de Alimentación y Salud Mental de la Mujer. Madrid, Junio 2011.
- Cordero Gutiérrez, E., Herrera Rodríguez, S., Palacios Albarasanz, ML., González Barroso, AR., Álvarez Fernández, S., Fernández Liria, A. *Psicoterapia Grupal para abordar la distorsión de la imagen corporal TCAs: Resultados cuantitativos*. Póster. II Congreso de Salud Mental. Panamá 2011.
- Cordero Gutiérrez E, Montero Lapido A, Valdivia Bazán A, Castaño Ferro C, Sopelana Rodríguez P. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria en Alcalá de Henares (Madrid). En: Comunicación escrita: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- Cordero,E., González,A., Muchada,B., Guardiola,R., Muncharaz,R., Ruiz,A., Palacios,ML., Herrera,S., Alvarez,S., Yáñez,S., Angeles,V., Fernández Liria,A.. “Grupo de Psicoeducación sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria”. I Jornadas Internacionales de Alimentación y Salud Mental de la Mujer. Madrid, junio 2011.
- De Diego B, González Barroso AR, M Nozaleda, MG, García P, Cordero E, Guardiola R, Muchada B, Fernández Liria A. *Study of patterns of use in mental health services in Madrid (Spain) between 1985-2005*. Póster. 15th World Congress of Psychiatry. Buenos Aires.
- Fernández Blanco, J. Participación en la Mesa Redonda, “Lugares para vivir”, con la ponencia “Los Equipos de Apoyo Social Comunitario”. II Congreso de la Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial. Las Palmas de Gran Canaria, 24 y 25 de Marzo 2011.
- Hernández Jurdado P, García Ramos PR, Bonilla Reyes C, Vilela Manyari M, Blanco Prieto M. “Influencia del cannabis en el Trastorno Bipolar”. XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Marzo 2012
- Hernández Jurdado P, Marinas Navarro L, Huertas Patón A. “Trastorno Bipolar de inicio en la infancia: a propósito de un caso”. Hospital niversitario Alcalá de Henares, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. 57º Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Barcelona, Mayo 2012.
- Fernández. Nespereira L. Organización del simposio: “Evaluación de programas de entrenamiento y soporte social para personas con enfermedad grave y persistente y muy alto deterioro psicosocial”. Ponencias presentada: 1) “Evaluación de capacidades básicas”; 2) “Evaluación de habilidades sociales”. VII Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica y XV

Conferencia Internacional de Evaluación Psicológica: formas y contextos. Lisboa, 25-26-27 de Julio.

- Fernández. Nespereira L. Comunicación libre presentada: “No puedo mirarte y hablar al mismo tiempo, son dos cosas a la vez”: Programa de entrenamiento en hh.ss. para personas diagnosticadas de esquizofrenia y muy alto deterioro. Jornadas, XX Aniversario de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 17 y 18 de Noviembre.
- García Jiménez E. “Evaluación e intervención con personas diagnosticadas de esquizofrenia y altísimo deterioro psicosocial”: Creación y mantenimiento de redes sociales para personas con enfermedad mental grave y persistente con muy alto deterioro psicosocial”. Ponencia presentada en el simposio “Evaluación e intervención con personas diagnosticadas de esquizofrenia y altísimo deterioro psicosocial”. IX Congreso Nacional de Psicología clínica. San Sebastian, 7-8-9 de Julio.
- García Jiménez E. Ponencias presentada en el simposio “Evaluación de programas de entrenamiento y soporte social para personas con enfermedad grave y persistente y muy alto deterioro psicosocial”: 1) “Evaluación de grupos de apoyo y soporte social”. 2) “Evaluación. de redes sociales”. VII Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica y XV Conferencia Internacional de Evaluación Psicológica: formas y contextos. Lisboa, 25-26-27 de Julio.
- García Jiménez E. Comunicación libre presentada: “Esquizofrenia y 20 años de Aislamiento Social...¿cómo recuperar la vida perdida?”. Jornadas, XX Aniversario de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 17 y 18 de Noviembre.
- García Ramos PR, Freund Llovera N, de Diego López B, Hernández Jurdado P, Díaz Moreno H. “Inmigrantes en unidad de agudos de psiquiatría”. XV Congreso Mundial de Psiquiatría, septiembre 2011.
- García Ramos PR, Freund Llovera N, Bonilla Reyes C, Hernández Jurdado P, Blanco Prieto M. (Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares)“Trastorno esquizoafectivo y cannabis: a propósito de un caso clínico”. XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, marzo 2012.
- Gil Pérez JD, Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Gil Pérez L. “Aportaciones a la evaluación de la calidad de páginas Web sobre juventud. Promoción de la Salud y Drogas: El Indicador de Credibilidad como pronóstico de la aptitud de su información”. VII Congreso Nacional FAECAP y II Congreso Regional SEAPREMUR de Enfermería de Familia y Comunitaria. Murcia, 11 al 13 de mayo de 2011.
- González Barroso, A., Cordero Gutiérrez, E., Herrera Rodríguez, S., Guardiola Wanden-berghe, R., Muchada López, B., Fernández Liria, A. “Grupo de Psicoeducación para trastornos de la conducta alimentaria”. II Congreso de Salud Mental: Cerebro, Salud Mental y Género. Panamá, agosto 2011.
- Gonzalez, AR., Muncharaz, R., Muchada, B., Guardiola, R., Lahera, G., Cojedor, N., Lobo, Al., Benito, A. “Reconocimiento y discriminación facial de emociones en el Trastorno Bipolar”. XV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo, noviembre 2011
- González Barroso A, Martín Cabeza M, Montero Lapido A, Gutiérrez Aranal, Herrera S, Fernández Liria A. Psicoeducación en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Grupos para Pacientes y Familiares. En: Comunicación oral. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- González Barroso, AR. Inteligencia Emocional y estado de ánimo depresivo. Póster. I Foro de Investigadores Noveles. UNED. Madrid, 20/02/2011.
- González Barroso, AR., Cordero Gutiérrez, E., Herrera Rodríguez, S., Guardiola Wanden-Berghe, R., Muchada López, B., Fernández Liria, A. *Grupo de psicoeducación para*

trastornos de la conducta alimentaria. Póster. II Congreso de Salud Mental. Panamá 2011.

- González Barroso AR, De Diego B, M Nozaleda MG, García P, Cordero E, Guardiola R, Muchada B, Fernández Liria, A. *Study of resource consumption in mental health services in Madrid (Spain) between 1985-2005*. Póster. 15th World Congress of Psychiatry. Buenos Aires.
- González Barroso, AR., Guardiola Wanden-Berghe, R., Muchada López, B., Muncharaz Sanz, R., Lahera Forteza, G., Corredor, N., Lobo, Al., Fernández Liria, A. *La atribución de intenciones en el Trastorno Bipolar*. Póster. V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril 2012.
- González Barroso, AR. *Intervención grupal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Moderadora de mesa. V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril 2012.
- Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C; CDC-Nut SENPE. "Aportaciones a la evaluación de la calidad de páginas Web sobre trastornos de la conducta alimentaria como pronóstico de la aptitud de su información". XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Girona, 24 al 27 mayo 2011.
- Guardiola Wanden-Berghe, R., González Barroso, A.R., Muncharaz Sanz, R., Muchada López, B., Cojedor Herranz, N., Lobo Castillo, A.I.; Lahera Forteza, G., Benito Ruiz, A. *Estilo atribucional en el Trastorno Bipolar*. Comunicación Oral. XI Jornadas Nacionales ANPIR. Toledo, Mayo 2011.
- Guardiola Wanden-Berghe,R., González Barroso,A., Muncharaz Sanz,R., Muchada López,B., Cojedor Herranz,N., Lobo Castillo,A., Lahera Forteza,G., Benito Ruiz,A. "Estilo atribucional en el trastorno bipolar". XI Jornadas Anpir. Toledo, mayo 2011.
- Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Harkous Peña C. "Mindfulness: a treatment for Eating Disorders". 4 th World Congress on Women's Mental Health. Madrid (España), 16 to 19 march 2011.
- Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Harkous Peña C. "Eating Disorders or Diet Websites: assessing their quality". 4 th World Congress on Women's Mental Health. Madrid (España), 16 to 19 march 2011.
- Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Harkous Peña C. "Eating Disorders in the Web 2.0." 4 th World Congress on Women's Mental Health. Madrid (España), 16 to 19 march 2011.
- Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C; CDC-Nut SENPE. "Indización de la documentación científica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria: Medical Subject Headings (MeSH) versus American Psychological Association Terms (APA-Terms)". XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Madrid, 8 al 11 mayo 2012.
- Guardiola Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C; CDC-Nut SENPE. "Keywords versus Medical Subject Headings (MeSH) about Eating Disorders". 33 rd Congress of the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Gothenburg (Sweden), 3 to 6 September 2011.

- GUERRA.E":Trabajo con las emociones a través del psicodrama " V Conferencia Internacional del hospital psiquiatrico deLa Habana. La Habana 2011
- GUERRA.E,TEJEDOR.P,MARINAS.L "Women as victims of sexual offense in psychotherapy" (poster) 4 th World Congress on women ,s Mental Health.Madrid 2011
- GUERRA.E,BLANCO.M,BONILLA.C "View of patients and therapists of ethical aspects of group psychotherapy"(poster).World Congress of Psychotherapy Sidney 2011
- GUERRA.E,LAHERA.G Y OTROS "efectividad de la Terapia grupal en el trastorno bipolar :una revision de la evidencia" IV Encuentro internacional de Salud Mental .Buenos Aires.2012
- GUERRA.E "Vergüenza y fobia social" curso de verano de la UAH "de las emociones a la psicopatología "Dirigido por Lahera.G y Saiz Ruiz.J .Alcala de Henares 2012
- Gutiérrez Arana I, Sánchez Pascual M, Montero Lapido A, González Barroso A, Ortiz A, Baldor Turbet I. Grupo de Habilidades Sociales y Ocio en Jóvenes con Primeros Brotes de Esquizofrenia. En: Comunicación escrita: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología. Santander,2012.
- Hernández Jurdado,P., Muchada López,B., Guardiola Wandenberghe, R., Cordero Gutiérrez,E. "Mindfulness como tratamiento en fibromialgia". IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, julio 2011.
- Hernández Jurdado P, Marinas Navarro L, Vilela Manyari M, Bonilla Reyes C, "Regreso a la infancia", a propósito de un caso. XVI Curso anual de esquizofrenia: Identidad plural, disociación, psicosis, noviembre 2011.
- Hernández Jurdado P, Marinas Navarro L, García Ramos PR, Harkous Peña C, Iglesias Peiró P. Intoxicación por GHB, "Shine and Bright", a propósito de un caso. XV Congreso Nacional de Psiquiatría, noviembre 2011.
- Hernández Jurdado P, Muchada López B, Guardiola Wandenberghe R. ¿Qué ocurre con nuestros mayores?. XV Congreso Nacional de Psiquiatría, noviembre 2011.
- Hernández Jurdado, P, Muchada López B, Guardiola Wandenberghe R. "Mindfulness como tratamiento en fibromialgia", IX Congreso Nacional de Psicología Clínica, julio 2011.
- Herrera, S., González Barroso, AR., Palacios, ML., Álvarez, S., Cordero Gutiérrez, E., Fernández Liria, A. *Distorsión de la imagen corporal en TCA: abordaje grupal basado en la experiencia corporal*. Póster. V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril 2012.
- Martín Pascual C. "Programa de soporte y apoyo social". Ponencia presentada en el simposio "Evaluación e intervención con personas diagnosticadas de esquizofrenia y altísimo deterioro psicosocial". IX Congreso Nacional de Psicología clínica. San Sebastian, 7-8-9 de Julio.
- Martín Pascual C. Comunicación libre presentada: "Programa de apoyo y soporte social en esquizofrenia... Un paso más hacia la autonomía". Jornadas, XX Aniversario de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid, 17 y 18 de Noviembre.
- Martínez de Hoyos C, Pelaz Antolin A, Hernández Jurdado P (Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid). "Enuresis como posible factor premórbido en el desarrollo de la esquizofrenia" 57º Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Barcelona, mayo 2012.
- Montero Lapido, Cordero Gutiérrez E, Bardón Otero M, Gil V, Castaño Ferro C. Intervención Psicoterapéutica en Ansiedad-Depresión en Atención Primaria a través de un

- Grupo de Regulación Emocional. En: Comunicación escrita: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- Muchada López B, Montero Lapidó A, Gutiérrez Arana I, Sánchez Pascual M, Martín Cabeza M, Fernández Liria A. Grupos de Psicoeducación en Familiares de Pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria. En: Comunicación oral. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
 - Muchada López, B.; Guardiola Wander-Berghe, R.; González Barroso, AR.; Muncharaz Sanz, R.; Cojedor Herranz N.; Lobo Castillo; AI.; Lahera Forteza, G.; Benito Ruíz, A. *Reconocimiento de emociones en pacientes con Trastorno Bipolar*. Póster. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, Julio 2011.
 - Muchada B, Guardiola R, González Barroso AR, Mucharaz R, Lahera G, Cojedor N, Lobo AI, Benito A. *Estilo atribucional y patología subsindrómica en el Trastorno Bipolar*. Póster. XV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo 2011.
 - Muchada López,B., Guardiola Wanden-Berghe,R., González Barroso,A., Muncharaz Sanz,R., Lahera Forteza,G., Benito Ruiz,A.,Cojedor Herranz,N., Lobo Castillo,A. “Reconocimiento de emociones en pacientes con trastorno bipolar”. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, julio 2011.
 - Muchada, B., Guardiola, R., Gonzalez, AR., Muncharaz, R., Lahera, G., Cojedor, N., Lobo, AI., Benito, A. “Estilo atribucional y patología subsindrómica en el Trastorno Bipolar”. XV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo, noviembre 2011.
 - Muncharaz Sanz,R., Muchada López,B., Guardiola Wanden-Berghe,R., González Barroso,A., Cojedor Herranz,N., Lobo Castillo,A., Lahera Forteza,G., Benito Ruiz,A. “Estilo atribucional y patología subsindrómica en el trastorno bipolar.” IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, julio 2011.
 - Muncharaz Sanz, R.; Muchada López, B.; Guardiola Wander-Berghe, R.; González Barroso, AR.; Cojedor Herranz N.; Lobo Castillo; AI.; Lahera Forteza, G.; Benito Ruíz, A. *Estilo Atribucional y patología subsindrómica en el Trastorno Bipolar*. Póster. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, Julio 2011.
 - Palacios Albarasanz, ML., Álvarez Fernández, S., Sánchez Roldán, J., González Barroso, AR, Fernández Liria, A. *Psicoterapia Grupal para abordar la distorsión de la imagen corporal en TCAs: Resultados cualitativos y beneficios observados*. Póster. II Congreso de Salud Mental. Panamá 2011.
 - Palacios,ML., Herrera,S., Álvarez,S., Yáñez,S., Angeles,V., Muncharaz,R., Cordero,E., Gonzalez,A., Ruiz,A., Guardiola,R., Muchada,B., Fernández, A. “Grupo terapéutico de imagen corporal para personas con tca”. I Jornadas Internacionales de Alimentación y Salud Mental de la Mujer. Madrid, junio 2011.
 - Palacios ML., Herrera, S., Álvarez, S., Yáñez, S., Ángeles MV., Muncharaz, R., González Barroso, AR., Ruíz A., Guardiola, R., Muchada, B., Fernández Liria, A. *Grupo terapéutico de imagen*

corporal para personas con TCAS: Estudio preeliminar. Póster. I Jornadas Internacionales de Alimentación y Salud Mental de la Mujer. Madrid, 2011.

- Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Guardiola-Wanden-Berghe R; CDC-Nut SENPE. “Presencia y adecuación de la terminología sobre nutrición y metabolismo en Wikipedia (español e inglés)”. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Madrid, 8 al 11 mayo 2012.
- Valdivia Bazán E, Cordero Gutierrez E, Hernandez Jurdado P, Corral y Alonso M A. “Buscando una forma de olvidar”. XVI Curso anual de esquizofrenia: Identidad plural, disociación, psicosis, noviembre 2011.
- Vilela Manyari, Hernández Jurdado P, Bonilla Reyes C, Blanco Prieto M (Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares) “Internet y conducta suicida, una relación ambivalente”. Encuentros en psiquiatría: conducta suicida, abril 2012.
- Wanden-Berghe Lozano C, Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Martín-Rodero H. “Cuestionario de Cuantificación del Análisis Crítico de los Estudios Científicos: Ensayos Clínicos”. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Madrid, 8 al 11 mayo 2012.
- Wanden Berghe, R., Muchada López, B., González Barroso, AR., Hernández Jurdado, P., Sánchez Pascual, M. *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Embarazo*. Póster. V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril 2012.
- Hernández Jurdado P, Ruiz Murugarren S, Valdivia Bazan E , Bonilla Reyes C. “Gravedad y gravidez, a propósito de la psicopatología del parto”. XVI Curso anual de esquizofrenia: Identidad plural, disociación, psicosis, noviembre 2011.
- Rocío Guardiola Wanden Berghe, Beatriz Muchada López, Ana Rosa González Barroso, Patricia Hernández Jurdado y María Sánchez Pascual. *Trastornos de alimentación y embarazo*. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril del 2012.
- Irene Gutiérrez Arana, María Sánchez Pascual, Ana Montero Lapido, Ana Rosa González Barroso, Almudena Ortiz e Isabel Baldor Turbet. *Grupo de habilidades y ocio en pacientes con un primer brote psicótico*. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril del 2012.
- Mar Martín Cabeza, Irene Gutiérrez Arana, María Sánchez Pascual, Rocío Guardiola Wanden Berghe y Alberto Fernández Liria. *Grupos de psicoeducación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril del 2012.
- Ana R. González Barroso, Mar Martín Cabeza, Ana Montero Lapido, Irene Gutiérrez Arana, Sara Herrera y Alberto Fernández Liria. Comunicación oral: Psicoeducación en trastornos de la conducta alimentaria: grupos para pacientes y familiares. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Abril 2012.
- Irene Gutiérrez Arana, María Sánchez Pascual, Mar Martín Cabeza, Beatriz Muchada López, Rocío Guardiola Wanden-Berghe, Ana Montero Lapido, Ana R. González Barroso, Almudena Ortiz e Isabel Baldor Turbet. Poster: Grupo de Habilidades Sociales y Ocio en jóvenes con primeros episodios de esquizofrenia. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Abril 2012.

- Mar Martín Cabeza, Irene Gutiérrez Arana, María Sánchez Pascual, Rocío Guardiola Wanden Berghe y Alberto Fernández Liria. Comunicación oral. Psicoeducación en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. 2012
- Beatriz Muchada López, Ana Montero Lapido, Irene Gutiérrez Arana, María Sánchez Pascual, Mar Martín Cabeza y Alberto Fernández Liria. Comunicación oral. Intervención psicoeducativa en familiares de personas con trastornos de la conducta alimentaria. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Abril 2012.
- María Sánchez Pascual, M^a Mar Martín Cabeza, Rocío Guardiola Wanden Berghe, Irene Gutiérrez Arana y Beatriz Muchada López. Poster. Consumo de tabaco en personas con un trastorno de la conducta alimentaria. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Abril 2012.
- Beatriz Munchada López, Ana Montero Lapido, Irene Gutiérrez Arana, María Sánchez Pascual, Mar Martín Cabeza y Alberto Fernández Liria. *Grupos de psicoeducación en familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril del 2012.
- María Sánchez Pascual, M^a Mar Martín Cabeza, Rocío Guardiola Wanden Berghe, Irene Gutiérrez Arana y Beatriz Munchada López.
Consumo de tabaco en pacientes con trastorno de alimentación.
V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril del 2012.
- “A Propósito De Un Caso Clínico: Adolescente En Tratamiento En Hospital De Día”. Autores: Concepción González Candel, Lourdes González Tapias, Leonor Nevado Carrillo, Alba María González Martínez, Virtudes García Guardiola, Raquel Ruiz Iñiguez. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012
- “Cuidados En El Trastorno Antisocial De La Personalidad En Pacientes Ingresados En Uhb”. Autores: Pablo Rodrigo Melgar, Virtudes García Guardiola, Lourdes González Tapias, Raquel Ruiz Iñiguez, Alba María González Martínez, Concepción González Candel. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012
- Emotion facial expression in families of patients with schizophrenia Marta Bardón; Sara Herrera; Cristina Fernandez; Victoria de los Ángeles y Guillermo Lahera. 19th European Congress of Psychiatry, Vienna, March, 2011.
- Estilo atribucional y patología subsindrómica en el trastorno bipolar. Ramón Mucharaz Sanz, Beatriz Muchada López, Rocío Guardiola Wanden-Berghe, Ana Rosa González Barroso, Noelia Cojedor Herranz, Ana Isabel Lobo Castillo, Guillermo Lahera Forteza y Adolfo Benito Ruiz. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, Julio de 2011.
- Expresividad emocional en los familiares de los pacientes con esquizofrenia. Marta Bardón; Sara Herrera; Cristina Fernandez; Victoria de los Ángeles; Adolfo Benito y Guillermo Lahera. V Conferencia Internacional PsicoHabana 2011 y la Reunión Regional de la Sección de Clasificación de la Asociación Mundial de Psiquiatría. La Habana (Cuba), Marzo del 2011
- “Indicadores Psicopatológicos En El Dibujo De La Figura Humana De Una Muestra De Pacientes De La Uhb Del Hospital Universitario Príncipe De Asturias”. Autores: Pablo Rodrigo Melgar, Leonor Nevado Carrillo, Virtudes García Guardiola, Lourdes González Tapias, Raquel Ruiz Iñiguez, Alba María González Martínez. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012

- “La Figura Ausente Del Padre” . Autores: Leonor Nevado Carrillo, Alba María González Martínez, Virtudes García Guardiola, Lourdes González Tapias, Concepcion González Candel, Raquel Ruiz Íñiguez. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012
- “Rol De Enfermería En Relación Al Uso Y Abuso De Alcohol En Pacientes Ingresados En Una Uhb. A Propósito De Un Caso”. Autores: Sara Recio Hernández, Elsa María Álvarez Gallar, Víctor Enríquez Calatrava, Patricia Gonzalez Alegre, Rubén Mera Pérez, Sara García Cánovas. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012
- “Papel De La Enfermería En El Tratamiento Integrado De La Patología Dual”. Autores: Alba María González Martínez, Leonor Nevado Carrillo, Concepción González Candel, Lourdes González Tapias, Raquel Ruiz Íñiguez, Virtudes García Guardiola. XXIX Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012
- Sense of familiarity and faceemotionrecognition in schizophrenia Guillermo Lahera; Cristina Fernandez; Victoria de los Ángeles; Marta Bardón; Sara Herrera. 19th European Congress of Psychiatry, Vienna, March, 2011
- Sentido de familiaridad y reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia, de los autores: Guillermo Lahera; Cristina Fernandez; Victoria de los Ángeles; Marta Bardón; Sara Herrera y Adolfo Benito. V Conferencia Internacional PsicoHabana 2011 y la Reunión Regional de la Sección de Clasificación de la Asociación Mundial de Psiquiatría. La Habana (Cuba), Marzo del 2011
- Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar and schizoaffective disorder. Guillermo Lahera, Adolfo Benito. International Society for Affective Disorders Congress 18 - 20 April 2012, London
- Social-cognitive bias and depressive symptoms in outpatients with bipolar disorder. Guillermo Lahera, Adolfo Benito. International Society for Affective Disorders Congress 18 - 20 April 2012, London
- “Sociograma Del Comedor. Vínculos Y Afinidades”. Autores: Pablo Rodrigo Melgar, Concepción González Candel, Leonor Nevado Carrillo, Virtudes García Guardiola, Lourdes González Tapias, Raquel Ruiz Íñiguez. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012
- “Técnicas De Modificación De Conducta Adaptadas” Autores: Pablo Rodrigo Melgar, Raquel Ruiz Íñiguez, Alba M^a González Martínez, Concepción González Candel, Leonor Nevado Carrillo, Virtudes García Guardiola. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012
- “Técnicas De Reestructuración Cognitiva Y Sistemas De Organización De Contingencias Adaptadas”. Autores: Pablo Rodrigo Melgar, Lourdes González Tapias, Raquel Ruiz Íñiguez, Alba María González Martínez, Concepción González Candel, Leonor Nevado Carrillo. Xxix Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Oviedo 2012

DEA OBTENIDOS:

Número 5

- María Goretti Morón Nozaleda: El Sistema de Salud Mental de Guinea Ecuatorial. Análisis de Situación. Director: Alberto Fernández Liria (Universidad de Alcalá, 14 de Junio 2011)
- Paloma Roxana García Ramos: Procesos y Resultados en Intervenciones Psicosociales. Director: Alberto Fernández Liria (Universidad de Alcalá, 14 de Junio 2011)

- Salvador Ruiz Murugarren: “Asociación entre discriminación olfatoria y reconocimiento de las emociones en el rostro en pacientes bipolares eutímicos”. Directores: Alberto Fernández Liria, Guillermo Lahera Forteza (Universidad de Alcalá, 14 de Junio 2011)
- Sara Antón Cruz: Distorsión de la imagen corporal en pacientes diagnosticados de obesidad mórbida. Director: Alberto Fernández Liria (Universidad de Alcalá, 14 de Junio 2011)

TESIS LEÍDAS:

Número: 2

- Juan González Cases: VIOLENCIA EN LA PAREJA HACIA MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. Director/es: Alberto Fernández-Liria y Carmen Polo (Universidad de Alcalá) (Universidad de Alcalá, 13 de Marzo 2012)
- Nelson Andrade González: ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL WORKING ALLIANCE INVENTORY. ADAPTACIÓN DE LAS VERSIONES COMPLETAS DEL PACIENTE Y DEL TERAPEUTA. GENERACIÓN DE LAS VERSIONES ABREVIADAS DE AMBAS PRUEBAS EN ESPAÑOL. COMPARACIÓN DE LAS VERSIONES LARGAS ADAPTADAS CON LAS VERSIONES ABREVIADAS GENERADAS. Director/es: Alberto Fernández-Liria (Universidad de Alcalá, 13 de Marzo 2012)

TESIS EN CURSO:

Número: 5

Sonia Álvarez: RESPUESTA SUBJETIVA Y ELECTROFISIOLÓGICA A ESTÍMULOS EMOCIONALES EN PACIENTES CON ICTUS CEREBRAL DEL HEMISFERIO DERECHO. Director: Guillermo Lahera Forteza

Lorena Fernández Nespeira: CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y GRAVE DETERIORO. Director/es: Alberto Fernández Liria y Guillermo Lahera Forteza

Paloma García Ramos: EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR Y DÉFICIT DE COGNICIÓN SOCIAL EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Director: Guillermo Lahera Forteza

Ana González Barroso: EVALUACIÓN DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL EN PSICOSIS AGUDA A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO IAPS. Director: Guillermo Lahera Forteza

Beatriz Muchada: AUTO Y HETERO-RITMO Y COMPETENCIA SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA. Director: Guillermo Lahera Forteza

Nº DE PROYECTOS EN CURSO:

Número: 7 (VER PREVIO)

ARTÍCULOS INDEXADOS:

Número: 17

- Alonso Suárez M, Bravo-Ortiz MF, Fernández-Liria A, González-Juárez C. Effectiveness of continuity-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *EpidemiolPsychiatr Sci.* 2011 Mar;20(1):65-72. PubMed PMID: 21657117.
- De Val D'Espaux S, Madi B, Nasif J, Arabasi M, Raddad S, Madi A, Abu-Alrob N, Fernández-Liria A. Strengthening mental health care in the health system in the occupied Palestinian territory. *Intervention* 2011; 9 (3): Page 279 – 290ISSN: 1571-8883Online ISSN: 1872-1001
- Fernandez-Liria A, Rodriguez-Vega B, Ortiz-Sanchez D, Baldor Tubet I, Gonzalez-Juarez C. "Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews for psychiatry and clinical psychology residents", *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, vol. 20, no. 1, 2010, pp. 113-121.
- Fiorillo A, Luciano M, Giacco D, Del Vecchio V, Baldass N, De Vriendt N, Theodorides N, Piir P, Courtois AC, Gerber S, Lahera G, Riese F, Bendix M, Guloksuz S, BanuAslantas E, Oakley C. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry.* 2011 Oct;10(3):238.
- Fernández Blanco, J. Modelos de intervención con familias de personas afectadas por una enfermedad mental grave y duradera. *INFOCOP* 2010; 47: 6-10.
- Fernández Liria A, Moreno Pérez A, González Cases J. La red de atención a la salud mental correspondiente al hospital Universitario Príncipe de Asturias en Madrid (España). *Estudios de Psicología*, 16(3), septebro-dezembro/2011: 319-327
- Freund N, Moreno Pérez A: Escuchar voces... y contarlo en la red. *Átopos* 2011; 11: 18-22.
- Gomez Beneyto M, Ruiz Rodríguez A, Palacios ML, Freund Llovera N, Fernández Liria A. Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades de los familiares de personas con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría* 2012; 32 (115): 307-331
- GUERRA.E, LAHERA.G "efectividad de la terapia grupal en el trastorno bipolar :una revision de la evidencia. En *DIAGNOSTICO O ESTIGMA? :ENCRUCIJADAS ETICAS* Ed Asociacion argentina de Salud Mental.Buenos Aires 2012.2012 cap.I pag 91-93
- Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. "The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review". *CLAVE: R ISSN: 1064-0266 REVISTA: Eat Disord.* 2011;19(1):34-48. (EE.UU.)
- Guardiola-Wanden-Berghe R, Gil-Pérez JD, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. "Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders". *CLAVE: A ISSN: 1471-1834 REVISTA: Health Info Libr J.* 2011; 28(4):294-301. (USA)
- Jarrín I, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, Alvarez D, García-PinaR, Fernández-Liria A, García-Ortúzar V, Díaz D, Rodríguez-Arenas MA, Mazarrasa L, Zunzunegui MV, Llácer A, Del Amo J. Absence of protective ethnic density effect on Ecuadorian migrants' mental health in a recent migration setting: a multilevel analysis. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* 2012 Jun 21. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22717594.
- Lahera G, Benito A, González-Barroso A, Guardiola R, Herrera S, Muchada B, Cogedor N, Fernández Liria A. Social-Cognitive Bias and Depressive Symptoms in Outpatients with Bipolar Disorder. *Depression Research and Treatment.* Vol. 2012.
- Lahera G, Benito A, González-Barroso A, Guardiola R, Herrera S, Muchada B, Cojedor N. Fernández-Liria A. Social-cognitive bias and depressive symptoms in outpatients with bipolar disorder. *Depression Research and Treatment* Volume 2012, Article ID 670549, 6 pages

- Lahera G, Ruiz-Murugarren S, Iglesias P, Ruiz-Bennasar C, Herreria E, Fernandez-Liria A, Montes JM. Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2012;200: 135-141
- Lahera G., Benito A., Montes JM, Fernández-Liria A., Olbert Ch., Penn D. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. Accepted in *Journal of Affective Disorders*. Pendiente de publicación.
- Lahera G., Freund N., Sáiz-Ruiz J, Asignación de relevancia (saliencia) y desregulación del sistema dopaminérgico. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Pendiente de publicación.
- Larizgoitia I, Izarzugaza I, Markez I, Fernández I, Iraurgi I, Larizgoitia A, Ballesteros J, Fernández-Liria A, Moreno F, Retolaza A, Páez D, Martín-Beristáin C, Alonso J; en nombre del equipo ISAVIC. [How does collective violence shape the health status of its victims? Conceptual model and design of the ISAVIC study]. *Gac Sanit.* 2011 May-Jun;25(3):246-53. Epub 2011 Apr 6. Spanish. PubMed PMID: 21474214.
- Morón Nozaleda MG, A Muñoz San José, S Cebolla Lorenzo, A Fernández Liria: Consenso sobre acreditación de dispositivos de salud mental en competencia cultural. *Norte de Salud Mental*, 2011, IX (39): 105 – 116.
- Morón Nozaleda MG, Ruiz Murugarren S, Marinas Navarro L, Pelaz Antolín A: Alucinaciones en un niño no psicótico: estudio de un caso. (Aceptado para publicación en la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*)
- Morón-Nozaleda MG, Gómez deTojeiro J, Cobos-Munoz D, Fernández-Liria. Integrating mental health into primary care in Africa: the case of Equatorial Guinea. *Intervention* 2011; 9 (3): 304 – 314 ISSN: 1571-8883 Online ISSN: 1872-1001
- Pérez Sales, P., Eiroá-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A., & Vergara, M. (2011). VIVO Questionnaire. A measure of human worldviews and identity in trauma, crisis and loss. Validation and preliminary findings. *Journal of Loss and Trauma*, 17:236–259, 2012 DOI:10.1080/15325024.2011.616828
- Pérez-Sales P, Fernández-Liria A, Baingana F, Ventevogel P. Integrating mental health into existing systems of care during and after complex humanitarian emergencies: rethinking the experience. *Intervention* 2011; 9 (3): Page 345 – 357 ISSN: 1571-8883 Online ISSN: 1872-1001
- Ruiz Murugarren S, García Ramos P, Lahera Forteza G. Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: relevancia y estrategias de rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Marzo 2011, Volúmen 40, Número 1
- Sanz-Valero J, Guardiola-Wanden-Berghe R, Castiel LD. “Los lenguajes de indización en la e-Salud: su aplicación a los documentos sobre trastornos de la conducta alimentaria”. CLAVE: A ISSN: 1669-2381 REVISTA: *Salud Colectiva*. 2011;7(Supl 1):S61-S69. (Argentina)
- Vargas ML, Lahera G. A proposal for translating the english term "Saliencia" into spanish. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011 Jul;39(4):271-2
- Ventevogel P, Pérez-Sales P, Fernández-Liria A, Baingana F. An Intervention Special Issue: Integrating mental health care into existing systems of health care: during and after complex humanitarian emergencies, *Intervention* 2011; 9 (3): 195 – 210 ISSN: 1571-8883 Online ISSN: 1872-1001

LIBROS

- González Aguado F, González Cases J, López Gironés, Polo Usaola C, Rullas Trincado M. *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Salud Madrid. Comunidad de Madrid. 2011

- Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, colección Estudios 47. Madrid, 2012.
ISBN: 978-84-92848-41-6
- Diéguez M, González F, **Fernández Liria A**. Terapia Interpersonal. Madrid: Síntesis, 2012. ISBN 978-84-975636-6-6
- Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012. ISBN 978-84-330-2561-6
- Fernández Liria A, Pérez sales P (Coords). Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011. NIPO en línea: 860-11-105-3

Disponible

en:

http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/competencia_intercultural.htm

CAPITULOS DE LIBROS

- Bayón C, Fernández Liria A, Morón G. Desarrollo del self desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico. En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 150-161.
ISBN: 978-84-92848-41-6
- Bonilla Reyes C, Harkous Peña C, Hernández Jurdado P, De Diego López B. “Hacia el entendimiento de la depresión vascular”. Casos clínicos de Residentes en Psiquiatría 14, Luzán 5, S.A de Ediciones, Madrid, 2011, p. 39-43 Desviat M, Moreno A. La reforma psiquiátrica. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 28-36.
- Desviat M, Moreno A. Sistemas sanitarios y evolución del modelo de salud mental comunitario. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 49-56.
- Desviat M, Moreno A. De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 126-136.
- Desviat M, Moreno A. La razón de ser de la psicopatología. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 175-186.
- Desviat M, Moreno A. Competencia y capacidad. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 812-819.
- Desviat M, Moreno A. Situación mundial. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 851-856.

- Desviat M, Moreno A. Experiencias internacionales de buenas prácticas. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 858-866.
- De Diego López B, Bonilla Reyes C, Harkous Peña C, Hernández Jurdado P. “Reflejos de un árbol... ¿caído?”. Casos clínicos de Residentes en Psiquiatría 14, Luzán 5, S.A de Ediciones, Madrid, 2011, p. 291- 295.
- Fernández Liria A, Repeto L, Marinas L. Teoría de la crisis, En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 223-229.
ISBN: 978-84-95287-41-6
- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Muñoz A, Cebolla S. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: factores comunes y psicoterapia de grupo, En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 230-242.
ISBN: 978-84-95287-41-6
- **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B, Muñoz A, Cebolla S. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: diferentes modelos de intervención En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 243-252. ISBN: 978-84-95287-41-6
- Fernández Blanco, J. Fundamentos teóricos de la evaluación conductual y funcional. En Fernández, J., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. Coordinadores. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid: FEARP; 2010. p.31-38.
- Fernández Blanco, J. El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), evaluación y reformulación. En Fernández, J., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. Coordinadores. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid: FEARP; 2010. p.39-50.
- [Hernández Jurdado P, De Diego López B, Bonilla Reyes C, Harkous Peña C “El preparto: saliendo de cuentas de la psicopatología”. Casos clínicos de Residentes en Psiquiatría 14, Luzán 5, S.A de Ediciones, Madrid, 2011, p. 1180-1185](#)
- [Moreno A, Desviat M. Unidades de hospitalización en hospital general. En: Desviat M, Moreno A \(editores\). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 411-423.](#)
- [Moreno A, Desviat M. ¿Qué es un proceso?. En: Desviat M, Moreno A \(editores\). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 487-493.](#)
- [Moreno A, Desviat M. Del paternalismo a la ciudadanía. La dignidad y la libertad como elementos fundamentales del cuidado. En: Desviat M, Moreno A \(editores\). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 787-795.](#)
- Prego R, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, González Cases J, Gil D. Formación especializada no reglada:, En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012.
ISBN: 978-84-95287-41-6
- [Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, Bayón C. Nuevas aportaciones a la psicopatología: proceso emocional y terapia narrativa tras experiencias traumáticas, En: Desviat M, Moreno A \(Eds\). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 162-174. ISBN: 978-84-95287-41-6](#)

- Sanz–Valero J, Guardiola-Wanden-Berghe R, Wanden-Berghe C. “Appropriateness and adequacy of the Keywords listed in papers published in Eating Disorders journals indexed using the MEDLINE database”. CLAVE: CL ISBN: 978-953-307-555-6 EN: Gargiulo GD, McEwan A (editores). Advanced Biomedical Engineering. Rijeca, Croacia: InTech; 2011. p. 247-260.

15. CURSOS REALIZADOS POR LOS TUTORES DE LA UDM

Relacionados con metodología docente

- Agencia Laín Entralgo: Asistencia a “II JORNADA DE TUTORES HOSPITALARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID”
- Agencia Laín Entralgo: Asistencia al curso “FORMACIÓN DE TUTORES I: APRENDIENDO A DISEÑAR FORMACIÓN”.
- Agencia Laín Entralgo: Asistencia a “ II JORNADA DE TUTORES HOSPITALARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID”
- Agencia Laín Entralgo: Asistencia al curso “TENDENCIAS EN LA EVALUACIÓN” FORMATIVA DE POSTGRADO: EL PORTAFOLIO DOCENTE”
- Agencia Laín Entralgo: Asistencia al curso “METODOLOGÍA DOCENTE Y EVALUATIVA PARA TUTORES DE ESPECIALISTAS”.
- AREDA. Asistencia al IX ENCUENTRO DE TUTORES Y JEFES DE ESTUDIOS. REFORZANDO EL PAPEL Y LAS TAREAS DE LOS TUTORES.

16. EVALUACION DE LOS RESIDENTES

La evaluación de los residentes se realiza utilizando los siguientes instrumentos:

- Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado.
- Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo, así como de los objetivos individualizados.
- El libro del residente como soporte operativo de la evaluación formativa del residente. En él se registrarán las actividades y se incorporarán datos cuantitativos y cualitativos. También se incluyen las rotaciones realizadas. Este libro es propiedad del residente y en él constarán las anotaciones pertinentes firmadas por el tutor.

Los residentes son evaluados anualmente por un Comité de Evaluación, que asigna una calificación positiva o negativa y esta integrado por:

- El jefe de estudios
- El presidente de la subcomisión
- Por el tutor del residente
- Por un profesional que preste servicios en el centro.
- Por uno de los vocales de la comisión de docencia.

En el preceptivo informe que haga el tutor anual debe constar:

- Informes de evaluación formativa, incluyendo los informes de las rotaciones.
- Informes de rotaciones externas
- Informes de los jefes de las unidades asistenciales por las que roten.

En caso de haber evaluaciones negativas se procederá de acuerdo con lo establecido en el real Decreto del 21 de febrero del 2008.

Entrevistas de tutoría

- A lo largo del 2011 se han continuado realizando, por parte de los tutores MIR PIR y EIR, entrevistas individualizadas de tutoría (4 al año), y una entrevista semiestructurada de tutoría individualizada diseñada por la Comisión de Docencia de nuestro hospital.

Encuestas de satisfacción

Los residentes de la UDMSM en último semestre de 2011 responden a la Encuesta de Satisfacción Anual Docente diseñada por la comisión de Docencia

ANEXO 12: Memoria de Investigación

Memoria de investigación 2012

PUBLICACIONES

Artículos

Caballero R, Calvo R, Domingo R, Gómez Crespo E, Sanz ML. La Rehabilitación en Patología Dual. Revista Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial 2012, 22(1): 24-27

Fernández C, Fernández S, Molina A, Moreno A, Pecharromán Y, Román T, Santos B. Del aquelarre al reconocimiento clínico. Clínica y Análisis Grupal 2012; 2 (3): 23-41. ISSN: 02010-0657.

Fernández Liria A. Salud (mental) de la economía y economía de la salud (mental): pongamos que hablo de Madrid (Editorial). Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 2013. 33 (117): 3-8

Fernández Liria C, Fernández Liria A. El imperio de la Sinrazón: Primer Acto 2012; 343: 6-13
ISSN: 00328367

Fernández Liria A: Lecciones de Medicina para políticos y gestores. El País 23/12/2012
Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/12/22/madrid/1356182753_017092.html

Fernández Liria A, Moreno A, González Cases J. La red de atención a la salud mental correspondiente al hospital universitario Príncipe de Asturias en Madrid (España). Estud. psicol. (Natal), Dic 2011, vol.16, no.3, p.319-327. ISSN 1413-294X.

Freund Llovera N, García Ramos P, Harkous Peña C, Brañas González A, Pelaz Antolín A. Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR). Vulnerabilidad genética y trauma infantil. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2012;4:47-51.
ISSN: 1130-9512. Ranking - Impact Factor –

García Ramos PR, Moreno Pérez A, Freund Llovera Na, Lahera Forteza G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (116), 739-756. ISSN: 0211-5735.

Gomez Beneyto M, Ruiz Rodríguez A, Palacios ML, Freund Llovera N, Fernández Liria A. Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades de los familiares de personas con trastorno mental grave. Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría 2012; 32 (115): 307-331
Disponible en: <http://ww.revistaaen.es/index.php/aen/>
ISSN: 0211-5735

Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Quality assessment of the Website for Eating Disorders: a systematic review of a pending challenge. Cien Saude Colet. 2012;17(9):2489-97. (Brasil)
CLAVE: R
ISSN: 1413-8123

Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Medical subject headings versus American Psychological Association Index Terms: indexing eating disorders. *Scientometrics*. 2013;94(1):305-11 (Hungria).

CLAVE: A

ISSN: 0138-9130

DOI: 10.1007/s11192-012-0866-7

Jarrín I, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, Alvarez D, García-Pina R, Fernández-Liria A, García-Ortiz V, Díaz D, Rodríguez-Arenas A, Mazarrasa L, Zunzunegui MV, Llácer A, Del Amo J. Absence of protective ethnic density effect on Ecuadorian migrants' mental health in a recent migration setting: a multilevel analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.

DOI 10.1007/s00127-012-0523-8

Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/227708966_Absence_of_protective_ethnic_density_effect_on_Ecuadorian_migrants%27_mental_health_in_a_recent_migration_setting_a_multilevel_analysis

ISSN: 0933-7954 (print version)

ISSN: 1433-9285 (electronic version)

Impact Factor: 2.696

Lahera G, Benito, A, Montes JM, Fernández-Liria A, Olbert CM, Penn DL. Social cognition and interaction training(SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* (Accepted 19 June 2012)

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.032>

ISSN: 0165-0327

Impact Factor: 3.911

Lahera G, Benito A, González-Barroso A, Guardiola R, Herrera S, Muchada B, Cojedor, N, Fernández-Liria A. Social-Cognitive Bias and Depressive Symptoms in Outpatients with Bipolar Disorder. *Depression Research and Treatment*, 2012, Article ID 670549, 6 pages

doi:10.1155/2012/670549

ISSN: 2090-1321 (Print)

ISSN: 2090-133X (Online)

IF:

Lahera G, Ruiz-Murugarren S, Iglesias P, Ruiz-Bennasar C, Herreria E, Fernandez-Liria A, Montes JM. Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2012;200: 135-141

Lahera G, Freund N, Saiz-Ruiz J. Salience and dysregulation of the dopaminergic system. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012. Epub 2012/10/23. Asignación de relevancia (salience) y desregulación del sistema dopaminérgico.

ISSN: 1888-9891. Ranking - Impact Factor: 0,308.

Morón Nozaleda MG, Álvarez Fernández S, Freund N, Martín Ballesteros E, Fernández Liria A. La formación de especialistas de Psiquiatría en Europa. A propósito de auditoría docente realizada por la Unión Europea de Médicos Especialistas en la unidad docente multiprofesional

del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría 2012; 32, (114) : 349-362.

Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16337>

ISSN: 0211-5735

Pérez Sales, P., Eiroá-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A., & Vergara, M. (2011). VIVO Questionnaire. A measure of human worldviews and identity in trauma, crisis and loss. Validation and preliminary findings. *Journal of Loss and Trauma*, 17:236–259, 2012

DOI:10.1080/15325024.2011.616828

Available online:27 Sep 2011

Print ISSN: 1532-5024

Online ISSN: 1532-5032

Impact Factor: 0.412

Rodríguez Vega B, Orgaz Barnie P, Bayón C, Palao A, Torres G, Hospital A, Benito G, Dieguez M, Fernández Liria A. Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psycho-Oncology* (2012) 21(12):1292-8

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.2036

ISSN (printed): 1057-9249.

ISSN (electronic): 1099-1611

IF: 2,874

Sanz-Valero J, Guardiola-Wanden-Berghe R, Castiel LD. Presencia y adecuación de la terminología sobre desórdenes nutricionales y trastornos de la conducta alimentaria en las ediciones española e inglesa de la Wikipedia. *Nutr Hosp.* 2012;27(Supl. 2):54-58. (España).

CLAVE: A

ISSN: 0212-1611

DOI: 10.3305/nh.2012.27.sup2.6274

Wanden-Berghe C, Martín-Rodero H, Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Galindo-Villardón P. Cuestionario de calidad de vida relacionado con el estado nutricional (CaVEN). *Nutr Hosp.* 2012;27(6):1876-85 (España)

CLAVE: A

ISSN: 0212-1611

DOI: 10.3305/nh.2012.27.6.6025

Libros

Diéguez M, González F, Fernández Liria A. *Terapia Interpersonal*. Madrid: Síntesis, 2012
ISBN 978-84-975636-6-6

Desviat M, Moreno A (editores). *Acciones de Salud Mental en la comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012.

ISBN: 978-84-92848-41-6.

González Cases, Juan. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012/1. ISBN: 978-84-95287-64-9

Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012
ISBN 978-84-330-2561-6

Capítulos

Alday Muñoz J, Diéguez Porres M. La atención a las personas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria. En: Desviat M, Moreno Pérez A (eds) Acciones en salud mental en la comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012
ISBN: 978-84-92848-41-6

Bayón C, Fernández Liria A, Morón G. Desarrollo del self desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico. En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 150-161
ISBN: 978-84-92848-41-6

Conde Pizarro A, Manzano Felipe C, Perea Castro L, Rosales Sánchez L, Rubio Jiménez de los Galanes I, Sánchez Vicente M. Mesa Técnica de empleo del municipio de Alcalá de Henares. Trabajo Social Hoy 2012, 65: 49-6

Desviat M, Moreno A. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 21-27.

Desviat M, Moreno A. La reforma psiquiátrica. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 28-36.

Desviat M, Moreno A. Sistemas sanitarios y evolución del modelo de salud mental comunitario. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 49-56.

Desviat M, Moreno A. De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 126-136.

Desviat M, Moreno A. La razón de ser de la psicopatología. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 175-186.

Desviat M, Moreno A. Competencia y capacidad. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 812-819.

Desviat M, Moreno A. Situación mundial. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 851-856.

Desviat M, Moreno A. Experiencias internacionales de buenas prácticas. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 858-866.

Diéguez Porres M, Alday Muñoz J. La salud mental en la pérdida de la salud física: procesos crónicos. En: Desviat M, Moreno Pérez A (eds) Acciones en salud mental en la comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012
ISBN: 978-84-92848-41-6

Fernández Liria A, Repeto L, Marinas L. Teoría de la crisis, En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 223-229
ISBN: 978-84-95287-41-6

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Muñoz A, Cebolla S. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: factores comunes y psicoterapia de grupo, En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 230-242
ISBN: 978-84-95287-41-6

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Muñoz A, Cebolla S. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: diferentes modelos de intervención En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 243-252
ISBN: 978-84-95287-41-6

Freundz, N. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Red asistencial para la atención a los pacientes con trastorno bipolar, dispositivos, programas y servicios. En: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, (Eds). Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid 2012: 153-170.
ISBN: 978-84-95287-64-9

Freund Llovera N, González Barroso A, García Ramos P, Lahera Forteza G. Psicosis: Síndrome de asignación de relevancia aberrante. Psicoterapia y epigenética. En: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), (Eds). Avances en Psicología Clínica. Libro de capítulos del V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Granada, España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC); 2012: 844-847.
ISBN: 978-84-695-3599-8

González-Barroso A R, Martín M, Montero Lapido A, Gutiérrez Arana I, y Fernández-Liria A. Psicoeducación en trastornos de la conducta alimentaria: grupos para pacientes y familiares. En: Quevedo-Blasco R, Quevedo-Blasco V (Eds). Avances en psicología clínica. Asociación española de psicología conductual (AEPC), Santander, 2012: 40-43. ISBN: 978-84-695-3599-8.

González Cases J, Rullas M. Técnicas específicas de rehabilitación I. En Desviat M, Moreno A (ed.). Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) 2012: 283-292.

ISBN: 978-84-92848-41-6

González Cases J, Rullas M,. Técnicas específicas de rehabilitación II. En Desviat M, Moreno A (ed.). Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) 2012: 293-301.
ISBN: 978-84-92848-41-6

GUERRA.E ,LAHERA.G. Efectividad de la terapia grupal en el trastorno bipolar: Revisión de la evidencia. En Diagnostico o estigma : Encrucijadas éticas. Ed.AASM. Buenos Aires 2012 pp 91-93 (ISBN INTERNACIONAL

Herrera S, González-Barroso A R, Palacios L, Álvarez S, Cordero-Gutiérrez E y Fernández-Liria A. Distorsión de la imagen corporal en tca: abordaje grupal basado en la experiencia corporal. En: Quevedo-Blasco R, Quevedo-Blasco V (Eds). Avances en psicología clínica. Asociación española de psicología conductual (AEPC), Santander, 2012: 100-104. ISBN: 978-84-695-3599-8.

Guillermo Lahera, Patricia Hernández, Mariella Vilela. Psychotic Features in Bipolar Disorder. In: "Affective Disorders: Epidemiology, Signs/Symptoms and Prognoses" Nova Science Publishers, Inc. New York, 2013 (In Press)

Merino A. y Sánchez Pascual M. "Trastorno Límite de Personalidad: Mentalización y Psicoterapia" en el libro titulado Cognición Social y Trastornos Psiquiátricos, editado en 2012 por la editorial Académica Española.

Moreno A, Desviat M. Unidades de hospitalización en hospital general. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 411-423.

Moreno A, Desviat M. ¿Qué es un proceso?. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 487-493.

Moreno A, Desviat M. Del paternalismo a la ciudadanía. La dignidad y la libertad como elementos fundamentales del cuidado. En: Desviat M, Moreno A (editores). Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, colección Estudios 47. Madrid, 2012: 787-795.

Prego R, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, González Cases J, Gil D. Formación especializada no reglada:, En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012
ISBN: 978-84-95287-41-6

Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, Bayón C. Nuevas aportaciones a la psicopatología: proceso emocional y terapia narrativa tras experiencias traumáticas, En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 162-174
ISBN: 978-84-95287-41-6

Sanfeliu I, Díaz L, Fernández-Belinchón C, Fernández-Sarcos S, Gaco M, Moreno A, Pecharromáan Y, Román, T, Santos B. Vincularse en bucle: de la leche a la manzana. En:

Alemán I, Jiménez M, Martínez N, Sosa CD (eds). Del vínculo a la palabra. Litografía Imprenta Arteara. Las Palmas de Gran Canaria, 2012.

TESIS DOCTORALES LEIDAS

TÍTULO:

“Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave”

DOCTORANDO:

Juan González Cases

DIRECTOR:

Alberto Fernández Liria y Cristina Polo Usaola

PROGRAMA:

Psiquiatría

UNIVERSIDAD:

Universidad de Alcalá

AÑO:

13 de marzo de 2012

CALIFICACIÓN:

Sobresaliente cum laudem por unanimidad

MIEMBROS DEL TRIBUNAL:

Jerónimo Sainz (Catedrático de Psiquiatría Departamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá)

Guillermo Lahera Forteza (Profesora Asociado; Departamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá)

María Fé Bravo Ortiz (Profesora Asociada. Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid)

Mariano Hernández Monsalve (Profesor Tutor de la Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Beatriz Rodríguez Vega (Profesora Asociada de la Universidad Autónoma de Madrid)

TÍTULO:

“Adaptación española del Working Alliance Inventory. Adaptación de las versiones completas del paciente y del terapeuta. Generación de las versiones abreviadas de ambas pruebas en español. Comparación de las versiones largas adaptadas con las versiones abreviadas generadas”

DOCTORANDO:

Nelson Andrade González

DIRECTOR:

Alberto Fernández Liria

PROGRAMA:

Psiquiatría

UNIVERSIDAD:

Universidad de Alcalá

AÑO:

13 de marzo de 2012

CALIFICACIÓN:

Sobresaliente cum laudem por unanimidad

MIEMBROS DEL TRIBUNAL:

Jerónimo Sainz (Catedrático de Psiquiatría Departamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá)

Guillermo Lahera Forteza (Profesora Asociado; Departamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá)

Miguel Ángel González Torres (Profesor Titular del Departamento de Neurociencias de la Universidad del País Vasco)

Mariano Hernández Monsalve (Profesor Tutor de la Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Beatriz Rodríguez Vega (Profesora Asociada de la Universidad Autónoma de Madrid)

PARTICIPACIONES EN CONGRESOS

AUTOR: Sonia Álvarez, Victoria Ángeles, Sara Herrera, Rocío Guardiola, María Luz Palacios, Alberto Fernández-Liria. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Abordaje ambulatorio de los trastornos de la conducta alimentaria: grupos de psicoeducación. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Poster- CONGRESO o EVENTO: Jornadas ANPIR 2012: Tiempo de crisis, futuro abierto. LUGAR Y FECHA: Valladolid del 12 al 14 de junio de 2012

Blanco Prieto M, Bonilla Reyes C, Vilela Manyari M, Valdivia Bazan E, Hernández Jurdado P. Alarma, los famosos se suicidan. Comunicación en formato póster. Encuentros en Psiquiatría: Conducta Suicida. Sevilla, abril 2012.

Blanco Prieto M, Bonilla Reyes C, Hernández Jurdado P, Freund Llovera N, García Ramos PR. Tabaco y uso de antipsicóticos en la UHB. Un antes y un después de la ley. Comunicación en formato póster. XXXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Barcelona, marzo 2012.

Bonilla Reyes C, Blanco Prieto M, García Ramos PR, Hernández Jurdado P, Freund Llovera N. Relación entre cannabis y psicosis. Una revisión sistemática. Comunicación en formato póster. XXXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Barcelona, marzo 2012.

Elena Cordero, Ana María Montero, Erika Ruby Valdivia, Carmen Castaño y Pedro Sopelana. Comunicación escrita: Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria en Alcalá de Henares. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, 2012

- Manuel Desviat, Ana Moreno. Acciones de Salud Mental en la comunidad. En el XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría "Subjetividad e identidad de las experiencias. Discursos y contextos". Tenerife, 7-9 de junio de 2012.

Juan Fernández Blanco, Lorena Fernández. Nespereira. Taller de control de crisis psicóticas, hostilidad y conductas disruptivas en personas con esquizofrenia y altísimo deterioro. En el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología clínica. Santander. 26,27 y 28 de Abril de 2012.

AUTORES: Fernández Liria, A. TÍTULO: ¿Em qué modelo hay que formar?. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENTE INVITADO. CONGRESO: XVII European Congress of Psychotherapy: Improving mental Health and emotional well being in Europe PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Valencia. AÑO: 4-7 de julio de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Retos actuales de la Salud Mental TIPO DE PARTICIPACIÓN: Conferencia CONGRESO: "LA MEJOR INVERSIÓN, TU SALUD MENTAL". DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2012. PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Ministerio De Sanidad Servicios Sociales e Igualdad 8 de octubre de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Tratamiento psicoterapéutico en pacientes víctimas de trauma crónico. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Taller (4 horas) CONGRESO: I Jornadas sobre Violencia de Género del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Alcalá de Henares 4 y 5 de octubre de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: DEBATE: ¿Cuándo, qué y para qué denunciar? ¿Por qué no denuncian las mujeres?. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA CONGRESO: I Jornadas sobre Violencia de Género del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Alcalá de Henares 4 y 5 de octubre de 2012

Fernández Liria, A. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Miembro del Comité Científico. CONGRESO: IV JORNADAS SECCION DE DDHH de la AEN. PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Gandía, 20, 21 y 22 de septiembre 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Emigración TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: IV JORNADAS SECCION DE DDHH de la AEN. PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Gandía, 20, 21 y 22 de septiembre 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Psicopatología, psicoterapia, economía y política: una relación delirante a una oportunidad para la crítica?. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: 7-9 de Junio de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Identidad desde la neurobiología interpersonal. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: 7-9 de Junio de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Presentación de la Guía de Competencia Intercultural en salud Mental. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: 7-9 de Junio de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Competencias básicas de los psiquiatras: la formación en psicoterapia. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: 7-9 de Junio de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Presentación de la Guía de Trastorno Bipolar: Metodología resultados y recomendaciones y organización asistencial. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: 7-9 de Junio de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: actuaciones psicosociales y salud mental en la acción internacional. TIPO DE PARTICIPACIÓN: MODERADOR DE LA MESA REDONDA. CONGRESO: XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: 7-9 de Junio de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: Trabajo con las emociones y suicidio. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: encuentros En Psiquiatría: Conducta Suicida PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Sevilla. AÑO: 20-21 de abril de 2012

Fernández Liria, A. TÍTULO: La población ante una catástrofe humanitaria. TIPO DE PARTICIPACIÓN: PONENCIA. CONGRESO: III Jornadas sobre Enfermedades Tropicales y salud Internacional PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Madrid. AÑO: 23 de Febrero de 2012

Lorena Fernández. Nespereira. Evaluación del déficit en capacidades básicas en personas con esquizofrenia y altísimo deterioro. En el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología clínica. Santander. 26,27 y 28 de Abril de 2012.

Esther García Jiménez. Esquizofrenia, altísimo deterioro, aislamiento social extremo, estigma... ¿Cómo recuperar mi vida? En el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología clínica. Santander. 26,27 y 28 de Abril de 2012.

AUTORES: Araceli García López de Arenosa, Miriam Sarasa Alastuey, Israel Leonés Torres, José María Rodríguez Lizcano, Guillermo Lahera, Alberto Fernández Liria. TÍTULO: Cognición social en pacientes psicóticos derivados a recursos de rehabilitación: errores por hipo/hipermentalización y no mentalización TIPO DE PARTICIPACIÓN: poster. CONGRESO: IV Congreso De La Federación Española de Asociaciones De Rehabilitación Psicosocial. PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Zaragoza. AÑO: 25, 26 Y 27 De Octubre 2012
García Ramos PR, Freund Llovera N, Bonilla Reyes C, Hernández Jurdado P, Blanco Prieto M. Trastorno esquizoafectivo y cannabis: a propósito de un caso clínico. Comunicación en formato póster. XXXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Barcelona, marzo 2012.

González Barroso, AR. Moderador de mesa. Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril 2012.

AUTORES: González-Barroso A, Guardiola-Wanden-Berghe R, Muchada-López B, Muncharaz R, Lahera G, Cojedor N, Lobo A y Fernández-Liria A. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Atribución de Intenciones en el Trastorno Bipolar. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Poster CONGRESO o EVENTO: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. LUGAR Y FECHA: Santander (Spain), 26 al 28 Abril 2012

Ana R. González Barroso, Mar Martín Cabeza, Ana Montero Lapido, Irene Gutiérrez Arana, Sara Herrera y Alberto Fernández Liria. Comunicación oral: Psicoeducación en trastornos de la conducta alimentaria: grupos para pacientes y familiares. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Abril 2012.

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: "Tipología y criterios de actuación y aplicación de las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental frente al empleo y la formación"¿En qué modelo hay que formar?. TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: I Jornada Técnica Henared LUGAR DE CELEBRACIÓN: Coslada. AÑO: 12 de Junio de 2012

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: "El Master Universitario de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental". TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: XXV Congreso de Salud Mental AEN. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: 9 de Junio de 2012

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: Ponencia "Experiencia del programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Kosovo" TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: IV Jornadas Sección Derechos Humanos de la AEN LUGAR DE CELEBRACIÓN: Gandía. AÑO: 21 de Septiembre de 2012

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: Ponencia "Prevalencia de la violencia de género en mujeres con Trastorno Mental Grave". TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: I Jornadas sobre violencia de género del Hospital Universitario Príncipe de Asturias LUGAR DE CELEBRACIÓN: Alcalá de Henares. AÑO: 4 de octubre de 2012.

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: Ponencia "Evaluación función". TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: IV Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Zaragoza. AÑO: 27 de octubre de 2012

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: Conferencia "Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave". TIPO DE PARTICIPACIÓN: Conferencia inaugural. CONGRESO: Jornada "Mujer y Salud Mental" LUGAR DE CELEBRACIÓN: Getafe. AÑO: 15 de noviembre de 2012

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: Ponencia "Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave". TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: II Foro AMRP. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Madrid. AÑO: 19 de noviembre de 2012

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: Ponencia "La violencia hacia las mujeres afectadas por enfermedades mentales graves y duraderas". TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: II Jornadas de investigación en Rehabilitación Psicosocial LUGAR DE CELEBRACIÓN: Ciempozuelos. AÑO: 23 de noviembre de 2012

AUTORES: González Cases, J. TÍTULO: Ponencia "Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave". TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente invitado mesa. CONGRESO: IV Jornadas de Jóvenes Investigadores de la Universidad de Alcalá LUGAR DE CELEBRACIÓN: Alcalá de Henares. AÑO: 29 de noviembre de 2012

AUTORES: Guardiola-Wanden-Berghe R, Muchada-López B, González-Barroso A, Hernández Jurdado P y Sánchez-Pascual M. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Embarazo en Mujeres Diagnosticadas de Trastorno del Comportamiento Alimentario: Revisión. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Poster CONGRESO o EVENTO: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. LUGAR Y FECHA: Santander (Spain), 26 al 28 Abril 2012.

-AUTORES: Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C; CDC-Nut SENPE.. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Indización de la documentación científica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria: Medical Subject Headings (MeSH) versus American Psychological Association Terms (APA-Terms). TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación. CONGRESO o EVENTO: XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). LUGAR Y FECHA: Madrid, 8 al 11 mayo 2012.

Guerra, E.: Comunicación sobre "Efectividad de la Terapia Grupal en el trastorno bipolar :Revisión de la evidencia"
VII Congreso de la AASM Buenos Aires 2012 (Internacional)

AUTORES: Gutiérrez-Arana I, Sánchez-Pascual M, Martín M, Muchada-López B, Guardiola-Wanden-Berghe R, Montero-Lapido A, González-Barroso A, Ortiz A y Baldor-Turbet I. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Grupo de Habilidades Sociales y Ocio en Jóvenes con Primeros Episodios de Esquizofrenia. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Poster CONGRESO o EVENTO: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. LUGAR Y FECHA: Santander (Spain), 26 al 28 Abril 2012.

Gutiérrez-Arana I, Sánchez-Pascual M, Montero-Lapido A, González-Barroso A, Ortiz A, Baldor-Turbet I. Comunicación escrita: Grupo de Habilidades Sociales y Ocio en Jóvenes con Primeros Brotes de Esquizofrenia. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, 2012.

Harkous Peña C, Hernández Jurdado P, Sopelana Rodríguez P. Resultados clínicos obtenidos tras el cambio de otros tratamientos antipsicóticos a Palmitato de Paliperidona". IX Encuentro ADHES. Las Palmas de Gran Canaria, octubre 2012.

Hernández Jurdado P, García Ramos PR, Bonilla Reyes C, Vilela Manyari M, Blanco Prieto M. Influencia del cannabis en el Trastorno Bipolar. Comunicación en formato póster. XXXIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Barcelona, marzo 2012.

Hernández Jurdado P, Harkous Peña C, Sopelana Rodriguez P. Perfil del paciente en tratamiento con Palmitato de Paliperidona. Comunicación en formato póster. IX Encuentro ADHES. Las Palmas de Gran Canaria, octubre 2012.

Hernández Jurdado P, Marinas Navarro L, Huertas Patón A. Trastorno Bipolar de inicio en la infancia: a propósito de un caso. Comunicación en formato póster. 57º Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Barcelona, mayo 2012.

Herrera, S., González Barroso, AR., Palacios, ML., Álvarez, S., Cordero Gutiérrez, E., Fernández Liria, A. Distorsión de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: aproximación grupal basada en la experiencia corporal. Poster. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril 2012.

AUTOR: Herrera S, Valdivia E, Guardiola-Wanden-Berghe R, Dieguez-Porres M. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: La anorexia y la obesidad como factor regulador en el sistema familiar. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Poster CONGRESO o EVENTO: XVII Curso Anual de Esquizofrenia. LUGAR Y FECHA: Madrid del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2012

AUTORES: Guillermo Lahera Forteza TÍTULO: Razones para evaluar la cognición social en el trastorno bipolar. Participación en el taller "Hacia una evaluación integral de la evolución del trastorno bipolar. ¿Qué más podemos hacer en las revisiones?" TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente. CONGRESO: XVI Congreso Nacional de Psiquiatría PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Bilbao. AÑO: Septiembre 2012

AUTORES: Guillermo Lahera Forteza TÍTULO: Recomendaciones de intervenciones clínicas y de organización asistencial TIPO DE PARTICIPACIÓN: ponente. CONGRESO: XVI Congreso Nacional de Psiquiatría PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Bilbao. AÑO: Septiembre 2012

AUTORES: Lahera G, Benito A, Montes JM, Fernández-Liria A. TÍTULO: Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar and schizoaffective disorder TIPO DE PARTICIPACIÓN: poster. CONGRESO: International Society for Affective Disorders Congress PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: London. AÑO: April 2012

AUTORES: Lahera G, Benito A, González-Barroso A, Guardiola R, Herrera S, Muchada B, Cojedor N, Fernández-Liria A TÍTULO: Social-cognitive bias and depressive symptoms in outpatients with bipolar disorder TIPO DE PARTICIPACIÓN: poster. CONGRESO: International Society for Affective Disorders Congress PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: London. AÑO: April 2012

AUTORES: Guillermo Lahera Forteza TÍTULO: Evaluación e intervención en cognición social en el trastorno mental grave TIPO DE PARTICIPACIÓN: taller. CONGRESO: IV Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Zaragoza. AÑO: Octubre 2012

AUTORES: Guillermo Lahera Forteza TÍTULO: Cognición social en las psicosis bipolares: SCIT TIPO DE PARTICIPACIÓN: simposium. CONGRESO: IV Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Zaragoza. AÑO: Octubre 2012

AUTORES: Guillermo Lahera Forteza TÍTULO: Oxitocina, apego y cognición social TIPO DE PARTICIPACIÓN: simposium. CONGRESO: XXV Congreso Nacional de Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: Junio 2012

AUTORES: Lluís Lalucat, Guillermo Lahera, Alberto Fernández-Liria TÍTULO: Metodología, resultados y recomendaciones, y organización asistencial de la GPC de Trastorno Bipolar TIPO DE PARTICIPACIÓN: simposium. CONGRESO: XXV Congreso Nacional de Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Tenerife. AÑO: Junio 2012

AUTORES: Israel Leonés Torres, Araceli García López de Arenosa, Miriam Sarasa Alastuey, José María Rodríguez Lizcano, Guillermo Lahera, Alberto Fernández Liria. TÍTULO: Diferencias de perfil cognitivo de usuarios derivados a un centro de rehabilitación psicosocial y centro de día TIPO DE PARTICIPACIÓN: poster. CONGRESO: IV Congreso De La Federación Española de Asociaciones De Rehabilitación Psicosocial. PUBLICACIÓN: - LUGAR DE CELEBRACIÓN: Zaragoza. AÑO: 25, 26 Y 27 De Octubre 2012

AUTORES: Martín M, Gutiérrez-Arana I, Sánchez-Pascual M, Guardiola-Wanden-Berghe R y Fernández-Liria A. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Psicoeducación en pacientes diagnosticados de Trastorno de la Conducta Alimentaria. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación- CONGRESO o EVENTO: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. LUGAR Y FECHA: Santander (Spain), 26 al 28 Abril 2012.

Carolina Martín Pascual. Programa de apoyo y soporte social en esquizofrenia... un paso más hacia la autonomía. En el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología clínica. Santander. 26,27 y 28 de Abril de 2012.

Merino Fernández-Pellón A. "Consecuencias del abuso sexual infantil en la vida adulta". Jornadas sobre el abordaje integral del abuso sexual infantil, organizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid en marzo de 2012.

Ana M^a Montero, Elena Cordero, Marta Bardón, Victoria Ángeles Gil y Carmen Castaño. Comunicación escrita: Intervención Psicoterapéutica en Ansiedad-Depresión en Atención Primaria a través de un Grupo de Regulación Emocional. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, 2012.

AUTORES: Muchada-López B, Montero-Lapido A, Gutiérrez-Arana I, Sánchez-Pascual M, Martín-Cabeza M, Fernández-Liria A. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Grupos de Psicoeducación en Familiares de Pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación. CONGRESO o EVENTO: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. LUGAR Y FECHA: Santander (España), 26 to 29 abril 2012.

Orozco Sanmartín, A. Poster: "Actitud frente a la medicación antipsicótica depot en una consulta ambulatoria". Proyecto ADHES. Gran Canarias. Octubre 2012

María Sánchez Pascual, M^a Mar Martín Cabeza, Rocío Guardiola Wanden Berghe, Irene Gutiérrez Arana y Beatriz Muchada López. Poster. Consumo de tabaco en personas con un trastorno de la conducta alimentaria. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Abril 2012.

Sanfeliu I, Díaz L, Fernández-Belinchón C, Fernández-Sarcos S, Gaco M, Moreno A, Pecharromáan Y, Román, T, Santos B. Vincularse en bucle: de la leche a la manzana. XIII Congreso Internacional para el desarrollo del grupo, la psicoterapia y el psicoanálisis. Las Palmas de Gran Canaria, 1 a 3 de noviembre de 2012. Del vínculo a la palabra.

Sanfeliu I, Díaz L, Fernández-Belinchón C, Fernández-Sarcos S, Gaco M, Moreno A, Pecharromáan Y, Román, T, Santos B. Del aquelarre al reconocimiento clínico: presiones frente al cambio en psicoterapia de grupo. XIII Congreso Internacional para el desarrollo del grupo, la psicoterapia y el psicoanálisis. Las Palmas de Gran Canaria, 1 a 3 de noviembre de 2012. Del vínculo a la palabra.

Sanz Aguado M.L. XVII Curso Anual de Esquizofrenia. Biografía, familia, narrativas y psicoterapia de la psicosis. Comunicación formato póster: Áreas específicas de intervención en Patología Dual desde la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. (29 Noviembre y 1 Diciembre 2012).

AUTORES: Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Guardiola-Wanden-Berghe R; CDC-Nut SENPE. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Presencia y adecuación de la terminología sobre nutrición y metabolismo en Wikipedia (español e inglés). TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación. CONGRESO o EVENTO: XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). LUGAR Y FECHA: Madrid, 8 al 11 mayo 2012.

AUTORES: Valdivia Bazán E, Zarabanda Suarez M, Herrera Rodríguez S, Cordero Gutierrez E. TÍTULO: No soy la preferida de mamá. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Póster. CONGRESO: XVII Curso Anual de Esquizofrenia. PUBLICACIÓN: -. LUGAR DE CELEBRACIÓN: Madrid. AÑO: del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2012.

Vilela Manyari M, Hernández Jurdado P, Bonilla Reyes C, Blanco Prieto M. Internet y conducta suicida, una relación ambivalente. Comunicación en formato póster. Encuentros en Psiquiatría: Conducta Suicida. Sevilla, abril 2012.

AUTORES: Wanden-Berghe Lozano C, Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Martín-Rodero H. TÍTULO DE LA CONTRIBUCIÓN: Cuestionario de Cuantificación del Análisis Crítico de los Estudios Científicos: Ensayos Clínicos. TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación. CONGRESO o EVENTO: XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). LUGAR Y FECHA: Madrid, 8 al 11 mayo 2012

Wanden Berghe, R., Muchada López, B., González Barroso, AR., Hernández Jurdado, P., Sánchez Pascual, M. Trastornos de la Alimentación y Embarazo. Póster. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander. Abril 2012.

PARTICIPACIÓN EN CURSOS COMO DOCENTE

ISABEL BALDOR TUBET. Tutora de Psicología Clínica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Servicio de de Psiquiatría. Desde Diciembre 2011 hasta Diciembre 2012.

Isabel Baldor Tubet. Universidad de Alcalá. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. *“Los programas de entrenamiento en habilidades sociales para personas con enfermedad mental grave y crónica”*: Programa de Formación de Enfermeras Especialistas en Salud Mental. 2 horas. Junio de 2012.

Maria Dieguez Porres Profesora en el **MASTER de Especialista en Psicoterapia. Perspectiva integradora**, (Seminario de formulación, 5 horas, Seminario de Duelo, 10 h; Seminario de Terapia Interpersonal, 10 Horas, Supervisión 5 horas) Título propio de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, curso 2011/12

Maria Dieguez Porres Docente en el Taller sobre **Duelo en situaciones traumáticas y malos tratos** en el Curso Violencia y malos tratos como problema de salud organizado por la Escuela Nacional de Sanidad y celebrado en la ENS el 5 de noviembre de 2012.

Maria Dieguez Porres **“Terapia interpersonal: aplicaciones clínicas”**. Organizado por la Asociación Canaria de Psiquiatría y psicología clínica, declarado de interés sanitario por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias con un total de 12 horas lectivas. Celebrado en Las Palmas de Gran Canaria los días 13 y 14 de abril de 2012

Maria Dieguez Porres **“Corporalidad, identidad y apego en los trastornos de la conducta alimentaria”**, ponencia en el curso Actualización en clínica psicopatológica organizado por la Agencia Lain Entralgo en colaboración con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental SERMAS y celebrado en Madrid en abril de 2012. El curso cuenta con una acreditación de 3,60 créditos de Formación continuada.

Alberto Fernández Liria (Director y profesor). CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Especialidades Médicas. LOCALIDAD: Alcalá de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: 2001-2011. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: **MASTER (600 horas) en Psicoterapia (perspectiva integradora)** DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Psiquiatras y psicólogos con práctica clínica. DURACIÓN: 3 cursos académicos. CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicoterapia. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <http://www.pregracon.com/psicoterapia/> Libros: **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001. Y **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

Alberto Fernández Liria (Director y profesor). CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Especialidades Médicas. LOCALIDAD: Alcalá de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: desde 1997. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: **ESPECIALISTA (antes ESPECIALISTA de PRIMER GRADO) (200 horas) en Psicoterapia (perspectiva integradora)** . DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Psiquiatras y psicólogos con práctica clínica. DURACIÓN: Un curso académico (200 HORAS). CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicoterapia. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <http://www.pregracon.com/psicoterapia/> Libros: **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001. Y **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

Alberto Fernández Liria (Director y profesor). CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Especialidades Médicas. LOCALIDAD: Alcalá de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: desde 1999. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: **EXPERTO (Antes ESPECIALISTA DE SEGUNDO GRADO) (250 horas) en Psicoterapia (perspectiva integradora)**. DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Psiquiatras y psicólogos con práctica clínica. DURACIÓN: Un curso académico (250 HORAS). CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicoterapia MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <http://www.pregracon.com/psicoterapia/> Libros: **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001. Y **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

Alberto Fernández Liria. CENTRO: Escuela Nacional de Sanidad. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: --. LOCALIDAD: Madrid. PAIS: España. AÑO: 2011-2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: CURSO **Violencia y malos tratos como problema de salud.** DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Licenciados en profesiones sanitarias. DURACIÓN: 2,5 horas en un curso académico. CONTENIDOS PRINCIPALES: la visión de la salud mental desde la salud pública internacional

Alberto Fernández Liria. CENTRO: Escuela Nacional de Sanidad. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: --. LOCALIDAD: Madrid. PAIS: España. AÑO: 2011-2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: CURSO **Master de Salud Pública Internacional: Módulo políticas y servicios de salud mental.** DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Licenciados en profesiones sanitarias. DURACIÓN: 5 horas (13 de abril de 2012) en un curso académico. CONTENIDOS PRINCIPALES: la visión de la salud mental desde la salud pública internacional

Alberto Fernández Liria. CENTRO: UNED. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Facultad de Psicología. LOCALIDAD: Internet. PAIS: España. AÑO: desde 2004. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: **Programa Modular Virtual de Intervención Psicoterapéutica (Master-Especialista Experto): Módulos de “Proceso Terapéutico” (38 horas = 3,8 créditos) e Intervención Integradora (53 horas = 5,3 créditos)** COORDINADOR DE LOS DOS MÓDULOS. DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título propio. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Licenciados en Psicología. DURACIÓN: 3000 horas (dos a cinco cursos académicos). CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicoterapia EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA DOCENCIA IMPARTIDA: -. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: www.uned.es/intervencion-psicoterapeutica .

Alberto Fernández Liria. CENTRO: Grupo de Acción Comunitaria – Universidad Complutense de Madrid. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Aula Virtual. LOCALIDAD: Madrid. PAIS: España. AÑO: desde 2004. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: **ACTUACIONES PSICOSOCIALES EN VIOLENCIA POLÍTICA Y CATÁSTROFES (Coordinador del módulo de clínica 15 horas).** DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Título Propio NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Estudiantes de Psicología. DURACIÓN: Curso académico. CONTENIDOS PRINCIPALES: Intervenciones sobre duelo en situaciones de violencia política y catástrofe. EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA DOCENCIA IMPARTIDA: -. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/:

Alberto Fernández Liria (Director y profesor). CENTRO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: - LOCALIDAD: Santander. PAIS: España. AÑO: 2011-2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: Programa de formación continuada en psicoterapia basada en la evidencia, modulo 1: Introducción a la psicoterapia desde una perspectiva integradora DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Formación Continuada. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS: Profesionales de la Salud Mental DURACIÓN: 120 horas. CONTENIDOS PRINCIPALES: Entrenamiento en habilidades psicoterapéuticas para profesionales (Psiquiatras y psicólogos clínicos) de la red de atención pública a la salud mental. EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA DOCENCIA IMPARTIDA: -. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: Libros: **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002

Alberto Fernández Liria (Director y profesor). CENTRO: Instituto Psiquiátrico Pere Mata. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: - LOCALIDAD: Reus (Tarragona). PAIS: España. AÑO: 2010-2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: Especialización en Psicoterapia DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Formación Continuada. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS: Profesionales de la Salud Mental DURACIÓN: 315 horas. CONTENIDOS PRINCIPALES: Entrenamiento en habilidades psicoterapéuticas para profesionales (Psiquiatras y psicólogos clínicos) de la red de atención pública a la salud mental. EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA DOCENCIA IMPARTIDA: -. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: Libros: **Fernández Liria A**, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

Alberto Fernández Liria. CENTRO: Agencia Laín Entralgo. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Escuela de Verano LOCALIDAD: Alcalá de Henares. PAIS: España. AÑO: 2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: De las emociones a la psicopatología: “Del sentimiento de indefensión al trauma” DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Curso de Verano. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS: Postgraduados DURACIÓN: 2 de 20 horas. CONTENIDOS PRINCIPALES: Emociones

implicadas en las experiencias traumáticas. EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA DOCENCIA IMPARTIDA: -. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: Presentación PPT: -.

Alberto Fernández Liria. CENTRO: Universidad de Alcalá. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: - LOCALIDAD: Madrid. PAIS: España. AÑO: 2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: Actualizaciones en psicopatología DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Formación Continuada. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS: Profesionales de la Salud Mental DURACIÓN: 2,5 de 20 horas. CONTENIDOS PRINCIPALES: Aspectos críticos de la psicopatología. EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA DOCENCIA IMPARTIDA: -. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: Libros: -.

Alberto Fernández Liria. CENTRO: Grupo de Acción Comunitaria – Asociación Española de Neuropsiquiatría. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Aula Virtual. LOCALIDAD: Madrid. PAIS: España. AÑO: 2005-2006. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: **ACTUACIONES PSICOSOCIALES EN VIOLENCIA POLÍTICA Y CATÁSTROFES (Coordinador del módulo de psicoterapia del duelo: 30 horas).** DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Formación continuada NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Estudiantes de Psicología. DURACIÓN: Curso académico. CONTENIDOS PRINCIPALES: Intervenciones sobre duelo en situaciones de violencia política y catástrofe. EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA DOCENCIA IMPARTIDA: -. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: <http://www.psicosocial.net/index.php?option=content&task=view&id=8&Itemid=32>

Juan González Cases. CENTRO: Universitat Jaume I Castellón de la Plana. DEPARTAMENTO/FACULTAD O ESCUELA/INSTITUTO: Departamento de psicología Basica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. LOCALIDAD: Castellón de la Plana de Henares (Madrid). PAIS: España. AÑO: 2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: Master Universitario oficial “Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental” 60 créditos ECTS Comunitaria”. DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: master universitario oficial. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Licenciados, diplomados y graduados universitarios DURACIÓN: 1 cursos académicos. CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en rehabilitación psicosocial. MATERIAL DOCENTE ORIGINAL/TIPO/SOPORTE/: En página web: <http://rsm.evai.net>

Guerra, E. Profesor Ponente del Curso de verano “De las emociones a la psicopatología” Dirigido por Prof. Guillermo Lahera Forteza y Prof.. Jerónimo Saiz Ruiz. Universidad de Alcalá de Henares-2012

Guillermo Lahera Forteza. CENTRO: Agencia Laín Entralgo. LOCALIDAD: Madrid. PAIS: España. AÑO: 2012. TÍTULO DEL CURSO IMPARTIDO: “Actualizaciones Clínicas para Inspección: Salud Mental” DIPLOMATURA/LICENCIATURA/INGENIERÍA/DOCTORADO: Formación continuada. NIVEL DEL CURSO (DESTINATARIOS): Médicos. DURACIÓN: 11 horas. CONTENIDOS PRINCIPALES: Formación teórico-práctica en psicopatología.

Alejandro Merino: Profesor del Taller sobre “Psicoterapia basada en la Mentalización en el TLP”, en el IV Simposio sobre Trastorno de Personalidad , organizado por el Institut Trastorn Límit perteneciente al Hospital General de Catalunya celebrado en Sant Cugat del Vallés (Barcelona) en Marzo de 2012.

Alejandro Merino: Profesor en el Curso de verano 2012 de la Universidad de Alcalá de Henares “De las emociones a la Psicopatología” con la conferencia “Del apego y desapego en el desarrollo de la personalidad adulta”, celebrado en la Universidad de Alcalá de Henares en julio de 2012.

Alejandro Merino: Profesor del Curso “Psicoterapia basada en la Mentalización” (9 horas), organizado por el Institut Trastorn Límit perteneciente al Hospital General de Catalunya, celebrado en Sant Cugat del Vallés (Barcelona) el 21 y 22 de septiembre de 2012.

Alejandro Merino: Profesor del Seminario “Técnicas Psicoterapéuticas basadas en la Mentalización para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad” (5 horas), organizado por el Departamento de Psiquiatría de Vitoria (Osakidetza). Vitoria, 24 de septiembre de 2012.

Alejandro Merino: Profesor del Taller Intensivo Teórico-Práctico “Introducción a la Psicoterapia basada en la Mentalización”(6,5 horas), dentro del “Curso de especialización en psicoterapia integrada de los trastornos de personalidad” organizado por la Universidad de Deusto, celebrado en Santander el 15 de diciembre de 2012.

Taller: **Merino Fernández-Pellón, A.** “Psicoterapia basada en la Mentalización en el TLP”, en el IV Simposio sobre Trastorno de Personalidad , celebrado en Sant Cugat del Vallés (Barcelona) en Marzo de 2012.

PROYECTOS DE INVESTIGACION

ISABEL BALDOR - Proyecto de tesis doctoral: "Evaluación de un Programa de Intervención Psicosocial en Psicosis Inicial". Aprobado mediante resolución de la Comisión de Doctorado de la Universidad de Alcalá, con fecha 28 de Mayo de 2009.

Ana R. González Barroso: TÍTULO DEL PROYECTO: Evaluación subjetiva y psicofisiológica a estímulos emocionales en psicosis aguda. ENTIDAD FINANCIADORA: Ninguna. DURACIÓN DESDE: 2010 HASTA: 2014. INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Rosa González Barroso (Tesis Doctoral)

Ana R. González Barroso: TÍTULO DEL PROYECTO: Eficacia de un programa psicoeducativo en Trastornos de la Conducta Alimentaria para pacientes y familiares. ENTIDAD FINANCIADORA: Ninguna
DURACIÓN DESDE: 2010 HASTA: Actualidad INVESTIGADOR PRINCIPAL: Alberto Fernández Liria
PARTICIPACIÓN: Investigador colaborador.

Ana R. González Barroso: TÍTULO DEL PROYECTO: Eficacia de un programa de entrenamiento en cognición social en pacientes eutímicos con Trastorno Bipolar. ENTIDAD FINANCIADORA: FIS
DURACIÓN DESDE: 2010 HASTA: 2012. INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza
PARTICIPACIÓN: colaboración.

Ana R. González Barroso: TÍTULO DEL PROYECTO: Eficacia de un programa de entrenamiento en cognición social para pacientes con esquizofrenia. ENTIDAD FINANCIADORA: DURACIÓN DESDE: 2011 HASTA: 2012. INVESTIGADOR PRINCIPAL: Juan González Cases
PARTICIPACIÓN: colaboración

Alejandro Merino: Proyecto de investigación sobre "Evolución Neuropsicológica tras la Psicoterapia basada en la Mentalización en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad". Hospital de Día Alcalá de Henares.
Ana Montero Lapidó: Grupo Trastorno Pánico y Agorafobia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2012.

Ana Montero Lapidó: TÍTULO DEL PROYECTO: "Emoción Expresada Familiar Y Déficit De Cognición Social En Familiares De Pacientes Con Esquizofrenia" ENTIDAD FINANCIADORA: Fundacion Investigacion Biomedica Hospital Principe de Asturias DURACIÓN DESDE: 20011 HASTA: 2013. INVESTIGADOR PRINCIPAL: Pedro Sopolana TIPO DE PARTICIPACIÓN: Co- Investigador. FINANCIACIÓN 12000 euros

IRENE GUTIERREZ ARANA. - Investigación sobre la eficacia y líneas futuras de organización en la red de las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Investigador principal: Alberto Fernandez Liria. Desde: Septiembre de 2011.

IRENE GUTIERREZ ARANA. - Investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con trastorno de pánico y agorafobia. Investigador principal: Eva Rodríguez Pedraza. Desde: Abril de 2012.

i Brimblecombe N. Developing intensive home treatment services: problems and issues. En: Brimblecome N (ed). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 187-210. Citado en: Megías, Aguilar, Silvestre. Hospitalización domiciliaria. Salud Mental. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, 2004.

ii Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD001087.

iii Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. Br J Psychiatry 2006; 189: 441- 5.

iv Jacobs R , Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. Br J Psychiatry. 2011 Jul;199(1):71-6.

v NIMHE. Crisis resolution and home treatment. NIMHE West Midlands. Worcestershire B97 4DE. http://www.bcu.ac.uk/_media/docs/ccmh_crht_full_report.pdf

⁽¹⁾ Lalucat et als (coordinadores) Guia de pràctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad de la Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Agència d'Informació, avaluació i qualitat en Salut .2011.

⁽²⁾ Bayón C, Cabrera C, Mas Hesse J, Rodríguez Cahill C. Red de Salud Mental y tratamiento de los pacientes com TLP. En Granados JJ y Cabrera: Guía del Trastorno Límite de la Personalidad. (Guía para el profesional. Servicio Madrileño de Salud. IMC 2009

⁽³⁾Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder mentalization-based treatment. Oxford 2004

(4)Clarkin, J.F. PhD; K.N. Levy, PhD, M. F. Lenzenweger, PhD, et al. (Junio 2007). "Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study". *The American Journal of Psychiatry* (164): 922-928.

(5) Linehan Dialectical Behavioral Therapy