



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

 Comunidad de Madrid

PROCESO DE ATENCIÓN A PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL CLUSTER B

HAN INTERVENIDO EN LA REALIZACIÓN DEL DOCUMENTO:

Marisa García, Sara Herrera, Carmen Moragrega, Déborah Ortiz, Almudena Ortiz, Paz Villalba, Cristina Linares, Miriam Pavo, Lourdes Rodríguez, Fernando Ripoll, Arantxa Orozco. Coordinadora: Josefina Mas Hesse

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.

Aunque no es fácil delimitarla, los datos de que disponemos nos muestran que en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, a la que se dirige este documento, se han atendido en el año 2011, a 614 pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad.

De ellos a 464 se les diagnosticado de TP por primera vez en este año, lo que probablemente sea un artefacto, ya que anteriormente no se introducía apenas este diagnóstico, y probablemente aparecen como diagnosticados por primera vez pacientes que llevaban ya tiempo en tratamiento. De hecho, el número de pacientes nuevos, que entran en la red por primera vez en 2011, diagnosticados de TPs es de 66.

La cifra de 614 pacientes supone el 5.8% de pacientes en tratamiento en la red, y, por tanto, en el CSM.

De ellos han requerido hospitalización en la Unidad de Salud Mental Hospitalaria 87 casos, lo que supuso un 31.75% de los ingresos. Estos 87 ingresos corresponden a 64 pacientes.

En CAID se han atendido a 72 personas diagnosticadas de TPs (11.7% del total de pacientes atendidos)

En Hospital de Día, a 28 pacientes diagnosticados de TP

En el CRL se han atendido 9 pacientes diagnosticados de TP

En el CD, a 5 pacientes diagnosticados de TP

En Miniresidencia de Espartales, a 9 pacientes diagnosticados de TP

En Miniresidencia de Alcalá a 12 pacientes diagnosticados de TP

En EASC a 10 pacientes diagnosticados de TP

En CRPS a 11 pacientes diagnosticados de TP

En UTP a 4 pacientes diagnosticados de TP

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) ⁱestablecen, 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.

Las cifras de TP en el CAID coinciden con los que aparecen en la literatura, no así los de los CSM del área, que son inferiores, lo que indica diferencias con lo referido en ella respecto a la evaluación y diagnósticos que se realizan.

El curso clínico de los pacientes límite 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 no solo entre distintos momentos de la vida de cada paciente sino entre pacientes. En esta variabilidad clínica influyen, de manera importante, cuestiones derivadas de las clasificaciones actuales¹: en el 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.

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 es 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 pero también de roles sociales.

¹ Thomas Insel, director del The National Institute of Mental Health, ha cuestionado recientemente la validez del DSM, no considerándolo útil para investigación.

En la clínica se encuentra que 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 se incluyan problemáticas muy diferentes.

En las últimas décadas se ha producido un aumento, en los distintos niveles de los recursos 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 cotidiana de los profesionales, ya que los límites no encajaban bien en los servicios de salud mental, dificultando el tratamiento a otros pacientes y se les daban respuestas que no les ayudaban, con resultados frustrantes, estrés profesional y un alto consumo de recursos (2).

Pero recientemente 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), con escasa evaluación de sus resultados.

Con la redacción de este Proceso se pretende facilitar la organización de los distintos recursos y programas en la red de atención a la salud mental del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 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 respondiendo a ellas.
- 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.
- Se ha de tener en cuenta el respeto a los derechos humanos de los intervinientes en el proceso.
- Se ha de incluir la perspectiva de género.
- Se pretende detectar carencias y necesidades de formación de los profesionales.
- Dada la situación de no crecimiento en los dispositivos sanitarios, pretendemos redactar este Proceso 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, intervenciones familiares 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) (1). Estos autores 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 ya que consideramos que deben incluirse algunas más por estar suficientemente avaladas para ello por investigaciones de resultados. En lo demás estamos de acuerdo, por lo que no añadimos nada más.

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS. Podemos sostener con ellos que las intervenciones psicoterapéuticas “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 (3) ya que su recopilación de las características comunes a diferentes tratamientos efectivos tiene completa actualidad. Estas características son:

- 1.- Buena integración de cada servicio con el resto de recursos sociosanitarios que utilice el paciente.
- 2.- Tratamientos muy estructurados, con coherencia teórica.
- 3.- Focalizados
- 4.- Que tengan en cuenta la importancia de las relaciones interpersonales, promoviendo el vínculo entre paciente y terapeuta.
- 5.- Flexibles, capaces de adaptarse a las necesidades y posibilidades del paciente en cada momento.
- 6.- Individualizados, con un plan de tratamiento personalizado para cada paciente.
- 7.- Su duración es larga.

Actualmente hay un número ya importante de intervenciones psicoterapéuticas que pueden considerarse eficaces, por contar con estudios que las avalan, aunque las conclusiones no sean totalmente evidentes y se requiera más información. Las más reconocidas son: la terapia dialéctico conductual, la terapia cognitiva centrada en esquemas y la terapia basada en la mentalización (1), la terapia focalizada en la transferencia (4) y la terapia cognitivo analítica (5). 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 la capacidad de relación y la funcionalidad, así como la integración social y laboral. 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. Al inicio del tratamiento conviene realizar psicoeducación, para informar al paciente sobre su trastorno mental, pero también para acordar con él un encuadre y una óptica de trabajo terapéutico.

De acuerdo con la literatura sobre el tema, se recomiendan las siguientes cuestiones generales:

1.- En las intervenciones psicoterapéuticas, siguiendo la GPC-Catalunya (1), se recomienda:

- 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 los profesionales 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.

2.- En cuanto a la rehabilitación funcional e integración laboral, siguiendo la GPC-Catalunya (1), se recomienda:

- Ofrecer programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria a aquellas personas con TLP que presentan deterioro funcional con objeto de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida.
- Ofrecer programas de apoyo a la ocupación del 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.

3.- 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 Administración (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 preceptuales. 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 GPC NICE y

no se encuentra ninguna evidencia para cambiar esta opinión. Se hace énfasis en la importancia de evitar los ansiolíticos. Se recomienda lo siguiente:

- 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

4.- En cuanto a la actitud de los profesionales con pacientes límite, los principios de las intervenciones que están mostrando ser útiles a los pacientes con esta patología (3, 6), y que se recomiendan en este proceso, son:

- Mantener las intervenciones dentro del umbral de tolerancia del paciente, ayudándole a tranquilizarse en situaciones de desbordamiento emocional.
- Mantener una actitud de interés por su subjetividad. Focalizar las intervenciones en las vivencias, motivaciones y el proceso mental del paciente más que en sus acciones.
- Reconocer y adecuarse a los déficits de los pacientes, que pueden quedar camuflados por una aparente competencia.

DEFINICIÓN FUNCIONAL:

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 301.83, algunos 301.50 y 301.59, y algunos 301.9 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.

Para que éstos puedan intervenir de manera adecuada, se tardará al menos una semana en dar el alta administrativa, aunque puede prolongarse cuando la petición de alta voluntaria de un recurso se de en el contexto de una reactivación de la sintomatología, fundamentalmente si requiere ingreso

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, cómo y cuándo 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 epígrafe del CSM se aporta información sobre los recursos existentes actualmente en el área.

- En el programa de prevención de riesgo suicida se atiende a pacientes con TP establecidos o que pueden acabar desarrollándolos.

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. Profesionales del CAID.

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 yatrogenia.
- 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, Psiquiatra de urgencias, 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.

Profesional responsable

- Facultativo del CSM o CAID 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 y mantenedores, y qué capacidad tiene el paciente de recuperar la regulación emocional cuando la pierde, como son sus relaciones significativas, como les afectan, vicisitudes significativas en sus relaciones, tratamientos previos, si hay presencia traumas en su historia personal.

Ante el diagnóstico de TP 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.

El facultativo que se haga cargo de su tratamiento entregará a los pacientes diagnosticados de alguno de los TPs incluidos en este proceso un folleto informativo sobre el mismo (ANEXO 1). Además establecerá con él/ella un contrato del proceso (ANEXO 2).

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”, tanto en CSM como en CAID, 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 un paciente con criterios para ser diagnosticado como TP presenta un consumo significativo de sustancias que requiera atención prioritaria, se derivará para tratamiento al CAID.

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 (anexo3)

Registro de la actividad

Anotación en historia HP-Doctor. Censo del proceso de TP(L)

5.- DERIVACIÓN A OTROS NIVELES.

COMISION DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Esta comisión estará compuesta por un miembro de cada uno de los recursos del proceso, exceptuando la Unidad de Trastornos de la personalidad y la Unidad de Media Estancia. Se reunirá con una periodicidad mensual, al menos al inicio.

Sus funciones serán:

Elaborar un listado de pacientes con los diagnósticos de Trastornos de la personalidad incluidos en el proceso (301.8 y 301.9 y mantenerla actualizada (incluyendo pacientes de CSM y CAID)

Realizar un seguimiento de los recursos que van usando estos pacientes, de manera que pueda identificarse en un momento dado donde están los pacientes con este diagnóstico y cuáles y cuando los ha utilizado un paciente dado.

Elaborar, con este fin y con apoyo de informática, una ficha de los pacientes.

Ofrecerse como “grupo reflexivo” donde pensar sobre el tratamiento a ofrecer a pacientes difíciles o que requieran el uso coordinado de varios dispositivos.

Realizar un plan piloto con pacientes nuevos durante el año 2014

Valorar y discutir indicadores ofertados en el proceso.

La derivación entre recursos seguirá haciéndose en la comisión de derivación a recursos

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 del proceso, se informará de ello a la Comisión de TPs.

También se informará de pacientes con derivaciones entre niveles I II que no pasan por la comisión de derivación.

También se informará de cuando son admitidos los pacientes en los diferentes tratamientos o recursos a los que son derivados

Para la derivación entre recursos se requiere, según los casos, uno o ambos de los siguientes documentos: informe de derivación clínico (anexo 1) , 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)

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 para este recurso, en el que se acuerden objetivos, acciones a realizar para lograrlos y, en los casos en que se estime oportuno, duración aproximada de este tratamiento. El contrato se reevaluará periódicamente, adaptándose a la evolución del paciente.

6.- ALTA DE ACTIVIDADES O DEL PROCESO

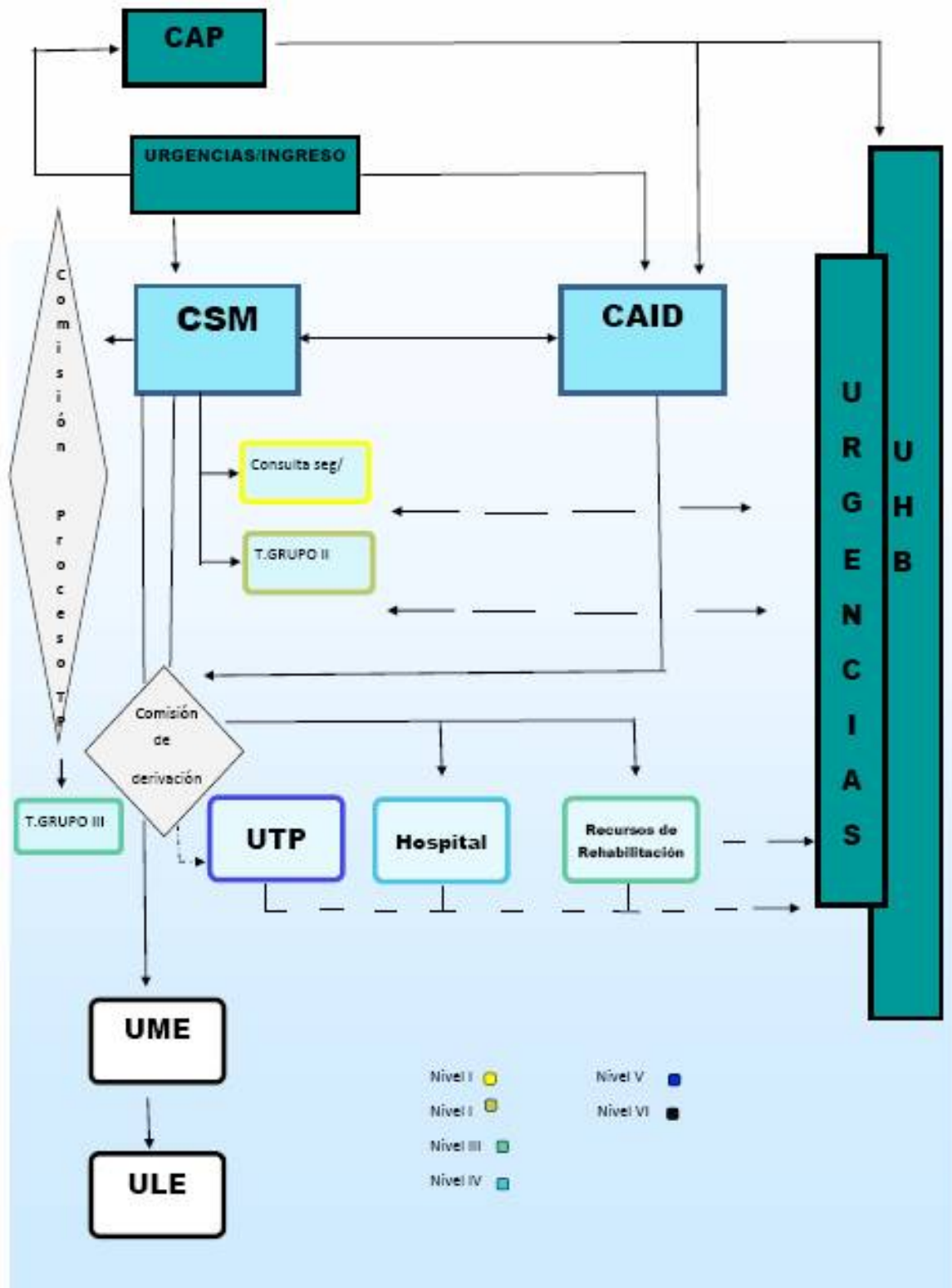
Ver “límite de salida”

7.- 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

ESQUEMA DE RECURSOS:



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

- A) Pertenencia al AGCPSM
- B) 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 (anexo 5)

- 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 del proceso (anexo 2)
- L) Hoja de Actividad (“captura” de la actividad HPdoc)

REUNIONES COORDINACIÓN

1.- 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
- Los pacientes derivados a Psicoterapia de familia.
- Los pacientes derivados del CSM al CAID o de este al CSM

2.- Reuniones de derivación a Comunidad Terapéutica Hospitalaria para Trastornos de Personalidad y a recursos rehabilitadotes/residenciales/Unidad de Media Estancia.

Los pacientes derivados a dispositivos de nivel V y VI (programadas mensualmente) con coordinador para derivación a Comunidad Terapéutica Hospitalaria para Trastornos de Personalidad (en adelante CTHTP), y las programadas mensualmente con coordinador para derivación a recursos rehabilitadotes/residenciales/Unidad de Media Estancia (en adelante UME)

3.- Coordinaciones de CSM con Unidad de Hospitalización Breve (en adelante UHB) bisemanalmente.

4.- Coordinación de CSM con HD: 1) el terapeuta de referencia con HD cuando derive a este dispositivo, 2) mensualmente los miembros designados para ello en el CSM con el 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 médico 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 Prevención de TP: grupos de padres con trastorno mental grave
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.- PREVENCIÓN DE TP

Se está haciendo un grupo de escuela de padres para pacientes con enfermedad mental grave con menores a su cargo. La responsable del programa es la psicóloga del CSM Puerta de Madrid. Para derivar se concierta una cita con el paciente derivado se decide si se incorpora o no al grupo. Este es cerrado, de 11 sesiones. Puede derivar cualquier facultativo de adultos

2.- 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. Incluye atención al paciente y a su familia (por cuestiones relacionadas con los problemas del paciente)

3.- NIVEL II Y III incluye psicoterapias específicas individuales y grupales ambulatorias, intervenciones específicas de rehabilitación social o laboral ambulatorias o que requieran soporte residencial temporal.

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 (anexo 6)

- 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 (anexo 7)

- 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 Hp Doctor

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...

4.- DERIVACIÓN A NIVELES IV, V Y VI:

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.- Tratamiento continuado hospitalario involuntario.

Si el paciente requiere atención preferente y específica por consumo de sustancias, esta se realizará en el CAID de Alcalá de Henares.

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 cumplimiento de alternativas 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
-----------------------------------	--

DOCUMENTOS DEL CAID: (anexo 8)

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 PSIQUIÁTRICO PARA 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 deTPs 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. Se discute y acuerda el PTI con el paciente</p>
<p>RATAMIENTO: FASES MEDIA Y DE FINALIZACIÓN</p>	<p>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</p> <p>Manejo clínico y tratamiento farmacológico</p> <p>Psicoterapia individual y grupal</p> <p>Intervenciones y/o tratamiento familiar</p> <p>Grupo de relajación</p> <p>Grupos de terapias somatosensoriales</p> <p>Actividades encaminadas a organizar la vida cotidiana ya facilitar metas laborales y/u ocupacionales en los casos en que sea necesario</p> <p>Consultas de enfermería: problemas con autocuidados, con pautas de alimentación, seguimiento analíticas, seguimiento toma de medicación (si es preciso)</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>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>

<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 o personas designadas 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.

DOCUMENTOS DEL HD ADULTOS: (ANEXO 9)

UBICACIÓN

Calle Alfonso de Alcalá s/n
Alcalá de Henares
Madrid.....
Tfno: 918771505

HORARIO

Días laborables, de 9 a 16 hs

HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO PARA ADOLESCENTES

DEFINICIÓN

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	
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	o Reuniones, entrevistas y comunicaciones con pacientes, familiares u otros profesionales	

<p>miembros del equipo. Pueden realizarse fuera del Hospital de Día y sobre personas involucradas</p>	<p>implicados que se pueden realizar por teléfono, en el H de Día, en el domicilio, en el Centro escolar o en otros lugares.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación de enfermería (paciente, en domicilio u Hospital de Día) ○ 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) <ul style="list-style-type: none"> ○ 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	Asegurar seguimiento en CSM Elaboración de informe de Alta

DOCUMENTOS: anexo 10

UBICACIÓN

Calle Alfonso de Alcalá S/N

Alcalá de Henares

Madrid 28802

Tlf: 918771505

Fax: 918880584

DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS: UHB Y URGENCIA/OBSERVACIÓN DEL HUPA Y PROGRAMA DE APOYO EN DOMICILIO Y ATENCIÓN AL ALTA PRECOZ

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 (solos 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 EN UHB

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.

Ante la imposibilidad de ingreso por falta de camas en la UHB 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 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 sin necesidad de ingreso en UHB.

b) Programa de apoyo domiciliario y atención al alta precoz

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL INGRESO EN UHB

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 EN LA UHB

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 cuándo 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

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.

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.

PROCESOS EN UHB	PROCEDIMIENTOS
ACOGIDA	<p>Recepción del paciente (personal UHB), información a paciente y familiares sobre funcionamiento UHB, datos administrativos, resolución de posibles errores. Evaluación de enfermería.</p>
EVALUACIÓN	<p>Identificación del facultativo responsable Entrevista individual/familiar Apertura historia clínica (identificación de la demanda, anamnesis y exploración psicopatológica, consignar antecedentes médico psiquiátricos personales y familiares, historia consumo tóxicos, biografía, contexto social y familiar. Elaboración diagnóstico de presunción en V ejes. Realización de analíticas y pruebas complementarias. Interconsulta a otros especialistas si es necesario. Elaboración plan de intervención y del plan de cuidados de enfermería.</p>
TRATAMIENTO (posibilidades de tratamientos en función de necesidades)	<p>Manejo clínico y tratamiento farmacológico Intervenciones psicoterapéuticas individuales Psicoterapia de grupo Entrevistas familiares Programación de permisos progresivos. Grupo semanal de apoyo a familiares. Actividades grupales de terapia ocupacional: grupo de buenos días, terapia ocupacional, salida terapéutica. Actividades grupales desarrolladas por enfermería: relajación, taller de salud... Coordinación con otros dispositivos sociales y sanitarios y planificación del seguimiento alta.</p>
ALTA	<p>Elaboración de Informe de Alta en el que conste: motivo de ingreso, historia actual, antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares, datos biográficos relevantes, exploración psicopatológica, evolución durante el ingreso, pruebas complementarias, diagnósticos al alta, motivo del alta, tratamiento y cita en CSM). Elaboración de informe de alta de enfermería.</p>

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:

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.

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

UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. UTP.

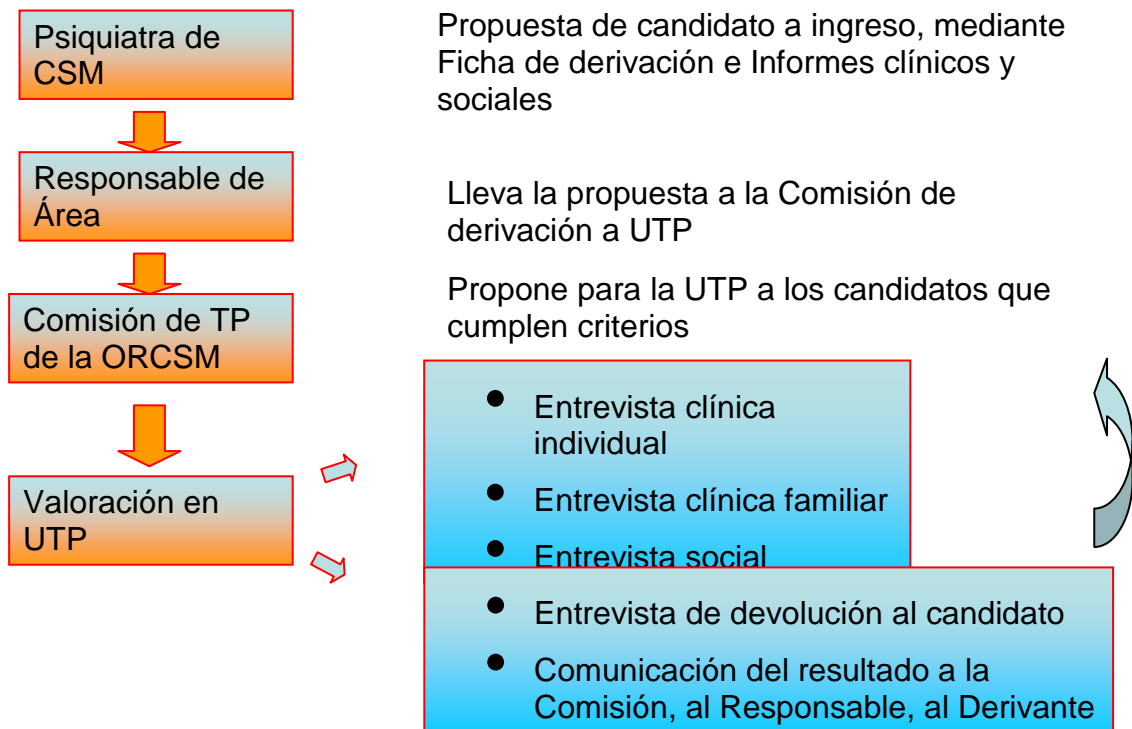
DEFINICION

La Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) es un espacio independiente dentro del Hospital Dr. R. Lafora, especializado en el tratamiento de los Trastornos graves de la Personalidad.

Este recurso se propone como una forma intensiva de tratamiento cuando otros formatos (tratamientos ambulatorios, ingresos en unidades de hospitalización breve...) se han mostrado insuficientes.

Ofrece un tratamiento multiprofesional, basado en el modelo de comunidad terapéutica

REQUISITOS DE DERIVACIÓN



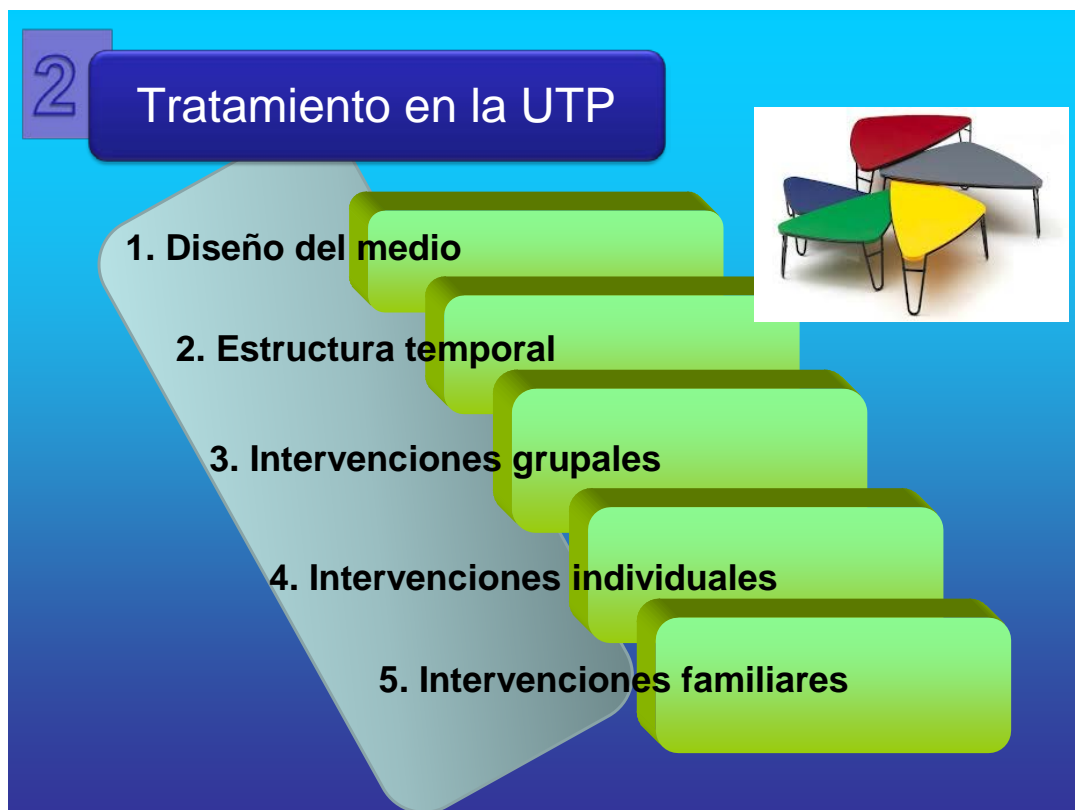
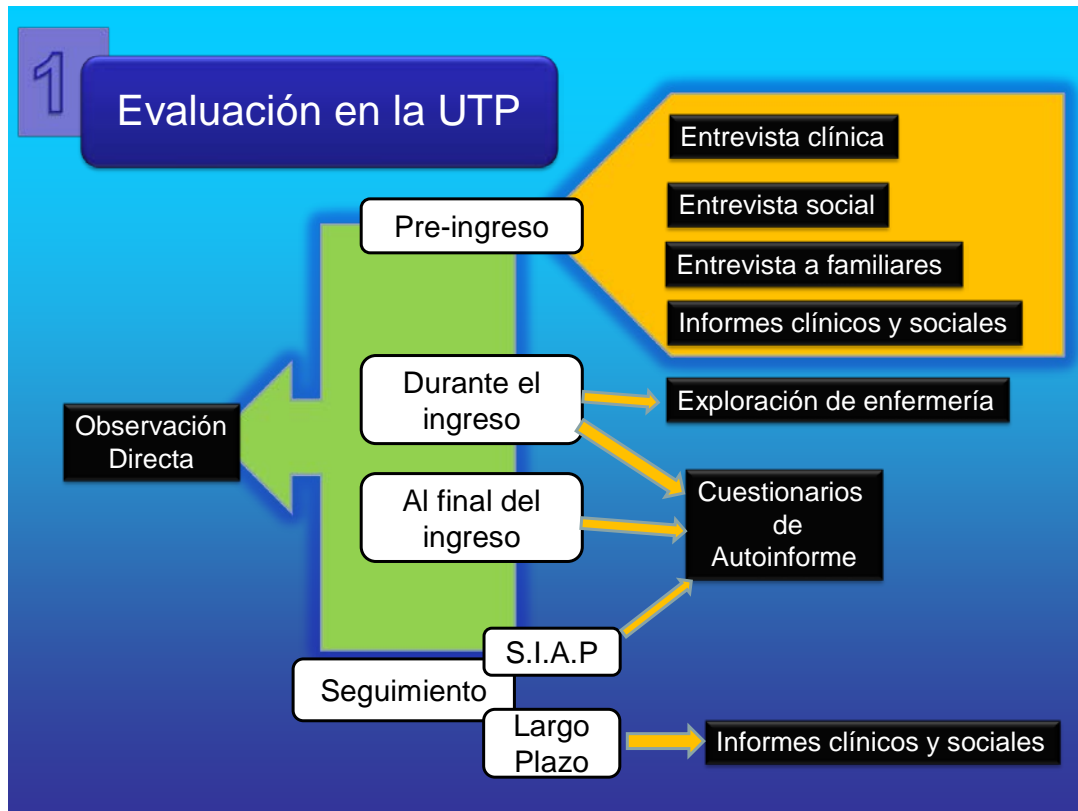
INDICACIONES

- Pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad que, por la gravedad de su psicopatología, hayan fracasado en otros dispositivos ambulatorios previos y puedan beneficiarse de un tratamiento intensivo hospitalario.
- Empadronados en la Comunidad de Madrid y con domicilio en la áreas sanitarias 3, 4, 5 ó 6.
- De edad entre 18 y 65 años.
- Vinculados a un programa de tratamiento en su CSM de referencia.
- Con capacidad de aceptar voluntariamente su ingreso y las condiciones del mismo por medio de un Contrato Terapéutico.

CONTRAINDICACIONES

- Pacientes con retraso mental leve, moderado o profundo.
- Trastorno Antisocial de la Personalidad y conductas disociales estructuradas de larga duración.
- Patrón de dependencia de drogas que impida que se cumplan las condiciones de tratamiento y que precise un abordaje prioritario en los recursos de toxicomanías.
- Cumplimiento de condena o medidas de seguridad.
- Trastorno Orgánico cerebral que impida su autonomía en la vida diaria.
- Trastorno Orgánico de Personalidad
- Enfermedades somáticas que precisen un tratamiento hospitalario.

PROCESO PROCEDIMIENTOS



DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN:

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

	<p>Atención y apoyo social en su propio domicilio y en su entorno familiar y social sobre las siguientes áreas:</p> <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	<p>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.</p>

INDICACIONES:

- 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.

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

CRPS DE ALCALA DE HENARES

DEFINICIÓN DEL RECURSO

De acuerdo al diseño general en los Centros de Rehabilitación Psicosocial se ofrecerán y desarrollarán los siguientes servicios o áreas de actuación:

- **Apoyo a la Rehabilitación psicosocial y a la Integración social:** Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de intervención encaminado a facilitar la recuperación o adquisición del conjunto de capacidades y habilidades personales y sociales que le permitan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, fomentando el desempeño de roles sociales normalizados y su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

- **Seguimiento y soporte comunitario:** Asimismo se ofrecerá el 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 especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de déficit o deterioros psicosociales o de dificultades de integración comunitaria. Asimismo en esta línea, se optimizará, lo máximo posible, la utilización de recursos socio-comunitarios normalizados. Para ello, desde el CRPS se trabajará en estrecha colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, así como con los Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos comunitarios sean relevantes.

- **Apoyo a las Familias:** Desde cada CRPS se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar enfermo mental crónico y contribuir a mejorar la situación y calidad de vida de la propia familia. Asimismo se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración de la persona enferma mental crónica. Además desde el Centro se fomentará y apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre los familiares y enfermos mentales crónicos.

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ACOGIDA	Se trabajará activa y específicamente para asegurar el adecuado enganche de los usuarios que les sean derivados desarrollando para ello las actividades que resulten pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, 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 conductual y social que permita conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social así como sus demandas, objetivos y expectativas; asimismo se tratará de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su medio familiar y social.</p> <p>La metodología de evaluación se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación en contextos naturales, etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos del proceso de rehabilitación psicosocial.</p>
	Realización del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) como resultado de la evaluación
INTERVENCIÓN	<p>Utilización de diferentes estrategias tanto con el usuario como con su familia y (en) el entorno social en el que vive o puede vivir el usuario.</p> <p>Intervención a nivel individual y/o grupal sobre las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prerrequisitos y rehabilitación cognitiva - Psicomotricidad - Autocuidado y actividades de la vida diaria - Psicoeducación, administración de la medicación y prevención de recaídas - Manejo y afrontamiento de la ansiedad y el malestar - Habilidades Sociales - Ocio y tiempo libre - Integración comunitaria - Orientación e inserción laboral - Intervención en el medio comunitario: realización de las actividades de contacto, coordinación y apoyo con los recursos que sean necesarias, así como, apoyo y si es necesario se acompañamiento a los usuarios para promover su incorporación en el conjunto de recursos comunitarios (sociales, culturales, educativos, etc) - Intervención individual y/o grupal para familiares de usuarios - Coordinación continuada con personal de Salud Mental que interviene con el usuario (psiquiatra, enfermero, trabajador social y/o responsable del programa de continuidad de cuidados), Servicios Sociales Generales y cuantos recursos comunitarios sean relevantes.

SEGUIMIENTO	Seguimiento y apoyo sociocomunitario para asegurar el mantenimiento de los objetivos conseguidos (mediante contactos telefónicos, visitas domiciliarias, reuniones de seguimiento en el propio centro, actividades de apoyo social con el usuario y su familia, etc.) y en coordinación con los Servicios de Salud Mental.
--------------------	--

INDICACIONES:

- Personas de edad, entre 18 y 65 años de ambos sexos, con diagnóstico de trastorno de personalidad y que presentan deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares. La indicación al recurso deberá hacerse desde el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental del distrito de Alcalá de Henares.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada y por tanto no estar en una situación de crisis psiquiátrica
- No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el Centro.

CONTRAINDICACIONES

- personas menores de 18 años o mayores de 65
- personas que presenten problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el Centro.

REQUISITOS DE DERIVACIÓN

- Las personas que sean derivadas al CRPS deben ser atendidos por el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares dentro del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Deben cumplir el perfil de población anteriormente citado.
- Serán derivados por el facultativo responsable (psiquiatra o psicólogo) del CSM de Alcalá de Henares en la Comisión de derivación a recursos que se realiza con una frecuencia mensual. En ella están presentes los responsables de los Servicios de Salud Mental de los casos que se presentan para derivar y los profesionales de los diferentes recursos de la red de Salud Mental

(incluidos los recursos de Media y Larga Estancia). La derivación se materializa cuando se entrega el informe de derivación al director o la trabajadora social del CRPS. Una vez derivado el caso, pasa a lista de espera para entrar al recurso; en ocasiones, por las características que presenta el caso, esta derivación se realiza con carácter urgente, por lo que su entrada se intenta que sea inmediata.

INDICADORES DE CALIDAD

- En la fase de enganche y acogida, se ofrecerá un proceso que permita al usuario conocer el Centro, los objetivos del mismo y la ayuda que desde aquí se le puede ofrecer en relación a su autonomía e integración social. Con el objetivo de facilitar su incorporación paulatina al Centro se le ofrecerán actividades abiertas (grupo de acogida, actividades de enganche, actividades abiertas de ocio, u otras pertinentes, etc); en los casos de usuarios que presentan grandes dificultades en esta primera fase, se diseñará un proceso específico e individualizado de enganche en el que se hagan los intentos pertinentes (y como mínimo al menos 3) de contacto individualizado bien en el domicilio del usuario o en su entorno comunitario (cafeterías, parques, recursos, etc).
- El proceso inicial de evaluación se realizará en el menor tiempo posible y en todo caso en un tiempo máximo de 45 días desde el primer contacto del usuario con el centro.
- En cuanto a la elaboración del PIR, se realizará en un plazo máximo de 15 días una vez finalizada la evaluación inicial. En todo caso en un plazo máximo de 2 meses desde el primer contacto se deberá haber realizado el proceso inicial de evaluación y la elaboración y formulación por escrito del Plan Individualizado de Rehabilitación. Durante este tiempo se ofrecerán a los usuarios algunas actividades a la semana (grupo de acogida, actividades de enganche, actividades abiertas de ocio, u otras pertinentes, etc) que faciliten su vinculación al centro y el contacto e integración al mismo.
- En lo que respecta a la tutorización, todos los usuarios tendrán desde el primer contacto asignado un profesional de referencia. Como mínimo se ofrecerá a cada usuario una sesión mensual de tutoría para seguimiento y valoración de la situación de cada caso. El tutor elaborará como mínimo cada 12 meses, un informe de valoración y seguimiento de la evolución del usuario en el Centro y del grado de avance o consecución de los objetivos planteados en el

PIR. Este informe se remitirá a los facultativos responsables del caso dentro del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

- En lo referente a la intervención propiamente dicha, en función de los objetivos planteados, se le ofrecerá a cada usuario la atención individualizada precisa así como su participación en programas u otras actividades grupales. Se priorizará y enfatizará el trabajo en el entorno comunitario y la inclusión y utilización de recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer su progresiva integración social y la recuperación de redes sociales de apoyo. Las familias recibirán el apoyo y asesoramiento individualizado que sea necesario. Además se les ofrecerá participar en programas grupales de psicoeducación o escuelas de familias, salvo que ya hubieran participado en alguna actividad similar. Además como mínimo una vez cada cuatro meses se informará a la familia de la evolución del usuario y se potenciará la colaboración de la familia en el proceso.
- En lo que respecta al seguimiento, durante los momentos iniciales de esta fase de seguimiento se mantendrán los contactos y apoyos que sean necesarios en cada caso. Durante los momentos finales del proceso de seguimiento y previo al alta del Centro, se mantendrá como mínimo una entrevista trimestral de seguimiento tanto con el usuario como en su caso con su familia.

UBICACIÓN

C/ PABLO CORONEL, 18, LOCAL

TELS. 91 882 38 84/ 39 84 FAX: 91 880 68 50

MAIL: crpsalcala@grupoexter.com

CENTROS DE DÍA

2.- 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	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. 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 y Soporte Social como resultado de la evaluación
INTERVENCIÓN	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>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.
<p>SEGUIMIENTO Y APOYO COMUNITARIO</p>	<p>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.</p>

INDICACIONES:

- 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

- 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.
- 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.
- Usuarios que cumplan el perfil del Centro de Día
- 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

2.- CD ESPARTALES SUR

DEFINICION

El Centro de día “Espartales Sur Alcalá de Henares” de 30 plazas es un recurso social encaminado a reforzar, mantener, y mejorar capacidades y habilidades que favorezcan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, dando apoyo y soporte social necesarios para facilitar la estructuración de la vida cotidiana.

REQUISITOS DE DERIVACION AL CENTRO DE DIA

- Tener entre 18 y 65 años
- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico.
- Estar atendido en los Servicios de Salud Mental de la zona para la que sectorice la Residencia, y ser derivado por ellos.
- Tener graves dificultades en el funcionamiento psicosocial, e integración y mayor riesgo de aislamiento, deterioro o exclusión.
- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- HABER PASADO PREVIAMENTE POR INTERVENCIÓN ESPECÍFICA TP.

INDICACIONES DEL CENTRO DE DIA

- Soporte familiar y social

CONTRAINDICACIONES DEL CENTRO DE DÍA

- Consumos de tóxicos
- Presentar conductas disruptivas que impidan la labor de los profesionales.

OBJETIVOS

- Aumentar el nivel de autonomía e integración social.
- Ofrecer soporte social que favorezca el mantenimiento en la comunidad.
- Desarrollo y potenciación de habilidades sociales básicas.
- Mantener o conseguir un nivel mínimo de autocuidados y autonomía.
- Incremento de las redes sociales.
- Fomentar las actividades de ocio y tiempo libre.
- Estructuración de la vida cotidiana del paciente
- 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 mantenimiento y apoyo comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.

• **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. - Se procede a la firma de diferentes documentos, así como entrega de fotocopias de documentación personal. - El cierre de la acogida termina, con el pase de un cuestionario de satisfacción de dicho proceso.
EVALUACION	Valoración individual y familiar si es pertinente, durante los primeros 45 días, de los distintos profesionales, educador social, psicólogo y terapeuta. Junta de evaluación y elaboración del PIASS
	Se valora individualmente con las herramientas del WHO-DAS Y EEFG, Calidad de vida y satisfacción con el recurso.
TRATAMIENTO	Seguimiento individualizado, mediante revisión mensual de objetivos, y de PIASS Apoyo de familias: Programa de apoyo a las familias, información y asesoramiento en trámites, aumentar el conocimiento de la enfermedad, apoyar en las necesidades que puedan surgir, durante el proceso de recuperación. 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 en el entorno comunitario, y entorno más próximo. Ocio y tiempo libre: planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre. Integración comunitaria: promoción de la normalización de las pautas de vida y su progresiva integración comunitaria a través del contacto con otros recursos sociocomunitarios, actividades formativas, deportivas, culturales, etc... Coordinación continuada con los diferentes recursos tanto de la red social, sanitaria y de rehabilitación.
SALIDA	Alta: por cumplimiento de objetivos. 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 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

- Cumplimiento de un 70% de los objetivos del PIASS
- Que sobre el cuestionario de Satisfacción, el 50% de los ítems este valorado con un 4 (Algo satisfecho)
- Que la puntuación del EEFG, entre su evaluación inicial y la de salida mejore en un grado

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CENTRO DE DIA“ESPARTALES SUR – ALCALÁ DE HENARES”

C/ Federico García Lorca nº 20
28806, Alcalá de Henares.

Tlf: 91 879 75 91.

Fax: 91 882 92 51.

cd.espartalesur.alcala@grupo5.net

MINI-RESIDENCIA

DEFINICION

La Residencia “Alcalá de Henares” de 20 plazas, y la Residencia “Espanales 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 DERIVACION A MINIRESIDENCIA

- Tener entre 18 y 65 años
- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico.
- Estar atendido en los Servicios de Salud Mental de la zona para la que sectorice la Residencia, y ser derivado por ellos.
- Haber pasado previamente por intervención específica para TP o estar en atención en el momento de la derivación
- Tener necesidad de alojamiento y soporte social 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 MINIRESIDENCIA

- 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, tras ingreso en unidad de larga o media estancia.
- Personas que necesiten iniciar proceso de rehabilitación en un recurso diurno, para favorecer su adaptación.

CONTRAINDICACIONES MINIRESIDENCIA

Superar % de plazas ocupadas 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.

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 socioafectivo.
- 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 DASÍ 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 el 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 DASÍ 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

- Cumplimiento de porcentaje del 10% de TP en residencia
- Cumplimiento de un 70% de los objetivos del PIAR
- Que las bajas voluntarias no superen más del 35% , de las personas con diagnóstico TP
- 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

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...
	Pisico 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

ibenito@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 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, autocontrol 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

acionsanmiguel@hospitalariasmadrid.org

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

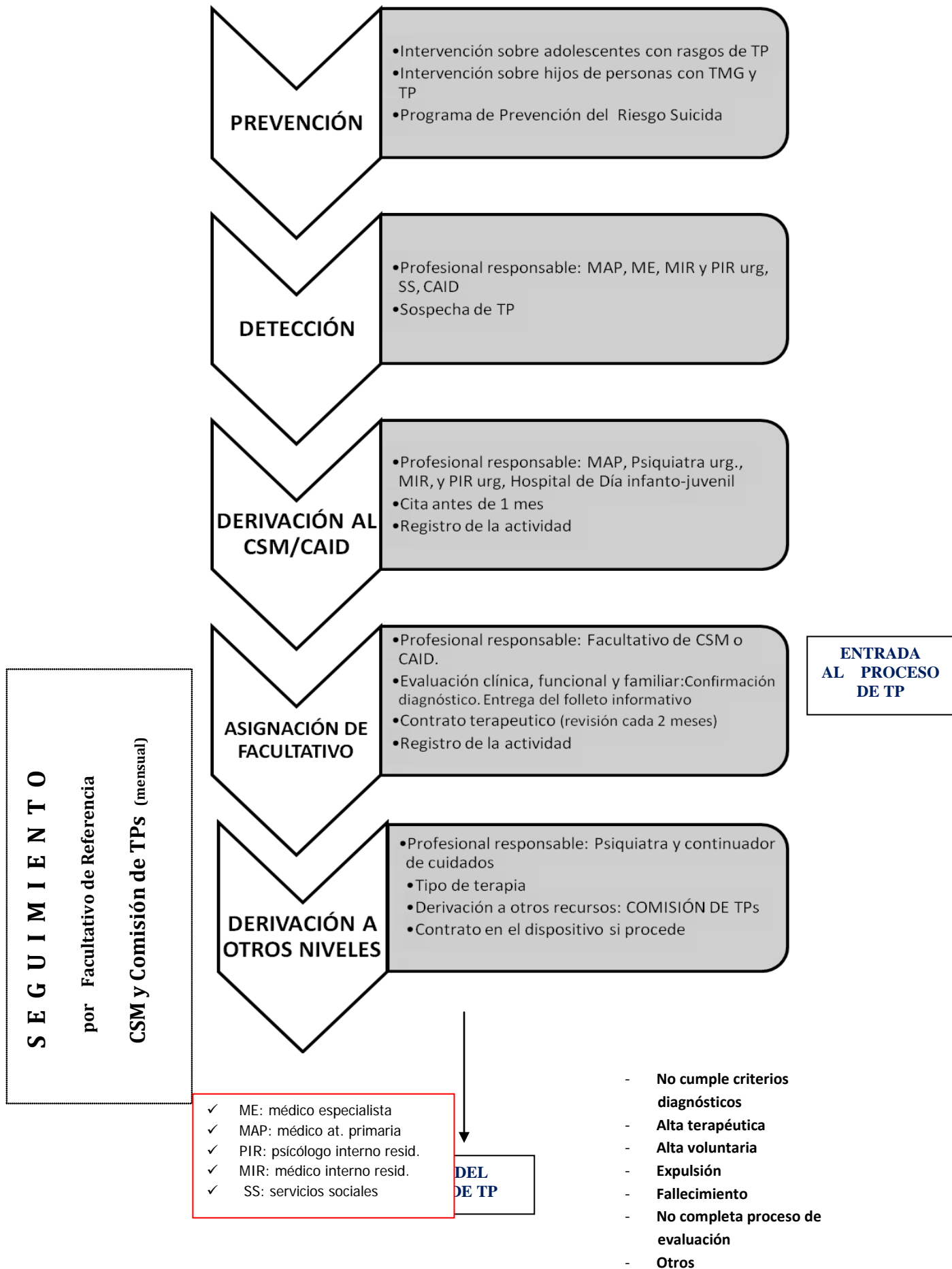
UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Hospital Dr. Rodríguez Lafora.
Ctra. de Colmenar Viejo Km. 13,800
28049 - Madrid

Teléfono: 91.586.75.00

Fax: 91.586.73.91

MAPA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO:



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 de la Comisión específica: al menos 75%.,

con reuniones entre profesionales implicado en casos difíciles

Reuniones mensuales de coordinación entre el CSM y HD en al menos 75% de los meses.

Reuniones trimestrales del CSM con recursos de rehabilitación en al menos un 75%.

Reuniones semanales entre el CSM y la UHB, en al menos un 75%

Cumplimiento del recorrido:

1.- Elaborar un indicadores del grado de cumplimiento de requisitos: en estudio el porcentaje y como lo medimos, habría que hacer una ficha y llevara a comisión específica de trastornos de la personalidad la información que se vaya recogiendo para elaborarlos

2.- cita con CSM/CAID (o dispositivos implicados en tto en ese momento) tras alta en cualquier dispositivo de la red en al menos el 90% de los casos

3.- Informe al alta: de cualquiera de los dispositivos de la red en al menos el 90% de los casos

4.- Abandonos en tratamientos específicos: igual o menor del 25%

5.- Mejoría: haber alcanzado al alta por fin de tratamiento:

- En tratamientos 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.
- En rehabilitación, cumplimiento de objetivos y/o 30 puntos de aumento en GAF-

6.- Disminución de reingresos, días de estancia y número de asistencia a urgencias con tratamientos específicos psicoterapéuticos: se pone de manera tentativa el indicador de un 20% de casos que realizan tratamiento

7.- Encuestas de satisfacción: entregadas al terminar el tratamiento en cada recurso en número igual o superior al 90%. Con resultados analizados y pensadas acciones correctivas si se detectan insatisfacciones.

8.- 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.

9.- Valorar cifra para tener como indicador el retraso para dar alta de un recurso por no tener cabida en otro

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Lalucat et als (coordinadores) Guía de práctica 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 con 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) Clarke, S; Thomas, P; James, K. Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry BJP* published online December 6, 2012: [10.1192/bjp.bp.112.108670](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.108670)
 - (6) Linehan Dialectical Behavioral Therapy
-