

PROCESO ASISTENCIAL

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS (PEP)



Área de Derechos Sociales y servicios Públicos

Concejalía de Educación, Salud y Consumo



Autoras/es del Documento:

Silvia Parrabera (Coordina)

Sira Orviz

Juan González

Dolores Benito

Ángeles Asiel

Isabel Ferrerueta

Ana Moreno

Pablo Fernández

Rus Moreno

Mar García

Cristina Lozano

Dolores Benito

Pilar Linares

Miguel Cruz

Namdev Freund

Isabel Pastor

Sara García

Isabel Rodríguez

Pedro Sopelana

Sara García

Irene Moreno

Mario Mínguez

Juan Ignacio Fernández

Fernando Ripoll

M^a Teresa Ruiz

Abigail Huertas

Alba Calonge

Olaia Fernández

Carlos Martín

María Chico

Mar Martín

M^a Cristina Pérez

Sergio Belinchón

Xiana González

Javier Marín

Irene Moreno

Katherine Lazo

Miriam Maza

Alba M^a González

Miren Murgoitio

M^a Ángeles Corral

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
2.	MISIÓN/DEFINICIÓN DEL PROCESO	5
3.	DESTINATARIOS DEL PROCESO	5
4.	PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO	7
5.	INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO PEP.....	10
6.	ACTIVIDADES DEL PROCESO	11
6.1.	DETECCIÓN:	13
6.2.	VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN TEMPRANA (PIAT).....	20
6.3.	TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	27
7.	MAPA DEL PROCESO PEP	37
8.	ANEXOS:	38
8.1.	ANEXO I: Árbol de decisión.	38
8.2.	ANEXO II: Fichas de los Recursos	39
8.3.	ANEXO III: Escalas de evaluación	60
8.4.	ANEXO IV: Planificación de decisiones anticipadas en salud mental	94
9.	OBSTÁCULOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO	102

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los estudios más recientes han mostrado que existe un importante periodo de tiempo antes de que las personas que atraviesan un episodio psicótico por primera vez (PEP) inicien el tratamiento. Este periodo inicial, conocido como duración de la psicosis sin tratar, se refiere al periodo que incluye el tiempo en el que la persona manifiesta una crisis psicótica franca, pero que no está recibiendo tratamiento y que se conoce como duración de la psicosis sin tratar (DUP). Esta etapa se ha convertido en la justificación de la intervención temprana en la medida en que se muestra clave para el posterior curso y recuperación de un trastorno psicótico incipiente.

La atención temprana en la psicosis tiene dos elementos que la diferencian de las formas habituales de asistencia: La detección temprana y la aplicación de un tratamiento específico que se ofrece de manera añadida a los cuidados habituales, o bien a través de equipos especializados en intervención temprana.

Por tratamientos específicos se entienden aquellos tratamientos (psicológicos, sociales o farmacológicos) que van específicamente dirigidos a impedir la progresión hacia la psicosis en aquellas personas con síntomas anticipatorios o bien a promover la recuperación en aquellas otras personas que han experimentado recientemente un episodio de psicosis por primera vez.

Algunos principios que han guiado la elaboración de este proceso han sido:

- El actor principal del proceso debe ser la persona con primeros episodios psicóticos, en la lógica de manejar la prioridad e intensidad de las intervenciones en función de la gravedad de la problemática.
- La persona atendida y sus necesidades deben ocupar el lugar central del proceso y los recursos/prestaciones/profesionales han de estar orientados hacia ella y sus necesidades.
- Las necesidades de la persona atendida pueden ser sanitarias, sociales y psicológicas, por lo el abordaje debe ser integral.
- La variedad de prestaciones y servicios disponibles hacen imprescindible la coordinación.
- El proceso debe sustentarse sobre los principios de la atención comunitaria a la salud mental.
- El diseño del proceso debe ser consensuado entre todos los agentes intervinientes.
- El proceso resultante no debe ser estático, sino que deberá ser evaluado periódicamente y adaptado según los resultados de esas evaluaciones.
- Perspectiva de género. Es importante asegurar que las mujeres con PEP puedan acceder a los recursos especializados en igualdad de condiciones que los hombres, y así favorecer que estas mujeres puedan recibir las prestaciones y actividades adecuadas para atender las diferentes necesidades sanitarias y sociales que presenten.

2. MISIÓN/DEFINICIÓN DEL PROCESO

La misión del Proceso Asistencial de Primeros Episodios Psicóticos en la Red de Salud Mental dependiente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias es mejorar el abordaje integral de la psicosis incipiente mediante una mejor organización y coordinación de los recursos y prestaciones disponibles, con el fin último de mejorar la calidad de vida de la persona y evitar el desarrollo de un posible trastorno mental grave de larga duración.

El proceso asistencial se define como el conjunto de actividades encaminadas a la atención de la persona con primeros episodios psicóticos y comprende los siguientes puntos:

1. Evaluación clínica y funcional de la persona atendida, su familia y el entorno.
2. Elaboración consensuada de un plan de atención integral.
3. Aplicación de distintas intervenciones y seguimiento periódico.
4. Coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

3. DESTINATARIOS DEL PROCESO

Una primera experiencia psicótica consiste en la presencia, por primera vez, de una sintomatología psicótica definida como la existencia o sospecha clínica de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

El proceso para la atención específica en salud mental de las personas que atraviesan por primera vez una experiencia psicótica va dirigido a **personas mayores de 14 años que han tenido un primer episodio de psicosis franco y se encuentra en la franja de los 3 primeros años de evolución.**

Para poder realizar una definición lo más precisa posible, debemos tener en cuenta los siguientes criterios:

- A. El diagnóstico clínico
- B. La duración del trastorno
- C. La actividad social, familiar y laboral de la persona

A. **El diagnóstico clínico:** Todos los diagnósticos asociados a un trastorno psicótico no orgánico incluyendo los tóxicos.

El conjunto de diagnósticos prioritariamente asociados puede comprender los siguientes (según criterios DSM o CIE):

- Psicosis no especificada
- Episodio psicótico
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizotípico
- Trastornos de ideas delirantes
- Trastornos psicóticos agudos
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastorno esquizofreniforme

- Trastornos psicóticos no orgánicos
- Episodio maníaco con síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos

B. **Duración del trastorno:** la duración del trastorno desde el primer episodio psicótico no debe ser superior a 3 años. Este criterio de duración se elige teniendo en cuenta que los tres primeros años de evolución sumados a 2 años de tratamiento de media que se puede recibir al incluirse en el Proceso agotan los primeros 5 años, coincidiendo con el periodo crítico de alta vulnerabilidad en el que los estudios aconsejan la atención temprana. Con posterioridad a este periodo se considerará la entrada en la calificación de trastorno mental grave (TMG) y deberá ser derivado al proceso específico de TMG.

C. **Funcionamiento laboral, social y familiar:** aun no siendo imprescindible como criterio de entrada en el proceso de primeros episodios, se debe valorar el deterioro en el ámbito familiar, social y laboral para un mejor conocimiento de la gravedad del episodio y de las circunstancias de vida de la persona. Del mismo modo sirve como criterio para valorar un tipo de dispositivo u otro para el tratamiento. Para ello se podrá utilizar de forma estándar la escala GAF.

Quedarán excluidos del proceso de primeros episodios las personas que cumplan los siguientes criterios:

- Edad, menor de 14 años
- Personas que presentan síntomas psicóticos con más de tres años de evolución tras diagnóstico
- Diagnósticos de exclusión: Trastornos psicóticos orgánicos.

No se considerará un criterio de exclusión del proceso la discapacidad mental en ningún grado. Los casos dudosos se llevarán a la comisión multidisciplinar de primeros episodios psicóticos para dialogar sobre la conveniencia de incluirles en el proceso.

4. PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO

4.1. Puerta de Entrada:

Las personas entre 14 y 16 años con sospecha de Primer Episodio Psicótico (PEP) que sean detectadas en los equipos de Atención Primaria (MAP) o en los Centros de Salud Mental (CSM), realizarán un proceso de valoración en el **programa Infanto-Juvenil del CSM** para confirmar la sospecha, y se solicitarán las pruebas necesarias para el despistaje orgánico, tras lo que se realizará un proceso de valoración y se decidirá si por sus características es necesaria la derivación a otro dispositivo o se realiza el tratamiento en el mismo CSM.

Las personas mayores de 16 años con sospecha de Primer Episodio Psicótico (PEP) que sean detectadas en los equipos de Atención Primaria (MAP), o en los Centros de Salud Mental (CSM), podrán acceder a la UAT, **programa de atención temprana del CSM**, a través de un correo (silvia.parrabera@salud.madrid.org) adjuntando la **Ficha de Derivación de la UAT** (anexo II, pág. 58). Tras lo que se realizarán las reuniones de valoración pertinentes para confirmar la sospecha de PEP.

Siempre que sea posible, el equipo de la UAT realizará una primera reunión en el CS junto con el MAP que consulta, o en el CSM junto al facultativo que solicita la atención de la UAT.

Las pruebas necesarias para el despistaje orgánico serán solicitadas a través del servicio que detecta el PEP (MAP o CSM), asegurándose la UAT de consultarlas e informar al CSM o MAP acerca de la pertinencia del tratamiento. Si alguna de las pruebas no hubiera sido solicitada se hará desde la UAT.

En el caso de que el equipo de la UAT tras la valoración inicial descartará la sospecha de PEP redirigirá a la persona al programa general de CSM.

En el caso de que la detección se diera en la Urgencia Psiquiátrica del Hospital, el Centro de Atención Integral a las Drogodependencias (CAID), la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), la Hospitalización Domiciliaria o Interconsulta se podrá realizar una derivación a la UAT **por vía urgente**, a través de una llamada al **teléfono de derivación 681 075 622** (anexo II, Pág.57), para facilitar la intervención en el momento de crisis. De cualquier forma, en un momento posterior, se enviará la Ficha de Derivación de la UAT al correo citado con anterioridad.

En el caso de que **la detección en Urgencias se diera fuera del horario de la UAT** (de 9.00h a 16.00h, de Lunes a Viernes), **el facultativo de guardia dejará enviado un correo electrónico** (silvia.parrabera@salud.madrid.org) con el aviso para que el equipo de la UAT pueda atender a las 10.45h de la mañana siguiente si es entre semana o el primer día laborable si es festivo.

Igualmente, siempre que sea posible, el equipo de la UAT realizará una primera reunión en el servicio que hace la solicitud junto con el profesional que solicita la atención. Las pruebas para el despistaje orgánico se solicitarán, como comentamos anteriormente, a través del servicio que detecta el PEP.

Personas que acuden desde Atención Primaria: crear una vía prioritaria

Cuando un MAP tiene sospecha de PEP, debe avisar **en primer lugar al Especialista Consultor** que acude semanalmente al Centro de Salud (CS) en el que caso de que lo haya. Si es un CS que no cuenta con esta figura deberá **solicitar atención en el CSM por vía preferente añadiendo en el volante “sospecha PEP”** para que el coordinador de CSM lo asigne al equipo de la UAT que realizará las reuniones de valoración necesarias, en un periodo inferior a 2 semanas. El equipo de la UAT deberá seguir el caso con el objetivo de confirmar la vinculación al tratamiento de la persona atendida, y si no acudiera informar al MAP de la no asistencia.

Para facilitar la entrada de personas con PEP e intentar evitar abandonos, es importante:

Priorizar la vía entre Atención Primaria y CSM para estos casos, creando una conexión entre ambos dispositivos. Tratando de reducir el tiempo de espera e intentando, una vez realizada la valoración, informar y dar una devolución sobre el caso al MAP.

Además, la comisión deberá desarrollar la **formación de los MAP** sobre la detección y atención de esta patología, al igual que en equipos educativos y otros dispositivos. Para lo que se podría contar con la figura del especialista consultor siempre que sea posible. Como primera medida será importante ofrecer información por escrito que los MAP puedan tener a mano para consultar los signos que apuntan a una posible sospecha de PEP y el procedimiento para su derivación urgente a CSM.

4.2. Puerta de Salida:

La salida del proceso tendrá lugar cuando se dé alguna de las circunstancias siguientes:

- Actividad social adecuada a su fase vital con remisión de síntomas (bien sea total o no interfiriente con las actividades adaptativas e integradoras). El periodo de tiempo durante el que la persona atendida debe ser apoyada o seguida tras la consecución de los logros señalados anteriormente se decide según el criterio de la persona en tratamiento y su red familiar de acuerdo con los profesionales responsables que acompañan el proceso de salida de la crisis, que proponen a la comisión la salida del proceso de acuerdo a las necesidades individuales de la persona.
- Remisión o convivencia con los síntomas psicóticos durante un periodo máximo de 3 años.
- Sobrepasar los criterios de primer episodio psicótico en cuanto al tiempo de permanencia en el proceso PEP, que no debe ser mayor a los 5 primeros años de evolución, coincidiendo con la etapa crítica definida en los estudios como el tiempo de mayor plasticidad para la recuperación.
- Entrada en otro proceso distinto al del primer episodio psicótico, dentro del Área sanitaria como el Proceso TMG.
- Causas administrativas como traslado de domicilio, traslado de atención sanitaria, atención en red privada incompatible con la red de atención pública, abandono o fallecimiento.

La salida del proceso se decide en las reuniones con la propia persona y su red sociofamiliar, y se formalizará a través de la Comisión Multidisciplinar del proceso PEP a partir de la solicitud de la UAT o del CSM en adultos o infanto-juvenil, según donde esté realizando el tratamiento.

Es de especial importancia tener en cuenta que el seguimiento tras el alta (siempre que no dé paso a la entrada en el Proceso TMG) dependerá del acuerdo establecido con cada persona y su red y que siempre deberá estar adaptado a las necesidades individuales de forma que deje la puerta abierta a la vuelta al Proceso PEP en caso de ser necesario y siempre teniendo en cuenta el plazo de 5 años desde el PEP.

El documento de referencia será la **Planificación de Decisiones Anticipadas en Salud Mental**, que reflejará el modo de actuar con la persona en caso de sufrir una nueva crisis y que se adjunta en un anexo a este documento. Este documento podrá completarse en cualquiera de los dispositivos en los que la persona atendida reciba tratamiento con la intención de que se encuentre disponible en su Historia Clínica en caso de ser necesaria su consulta.

Tanto la UAT, como programa de Atención Temprana del CSM, **como el mismo CSM funcionarán como lugares de referencia** en el caso de que las personas atendidas requieran de un seguimiento o necesiten acudir tras el alta (por demanda de la persona atendida o de su red). En el caso de que en el momento de la nueva solicitud de atención a la UAT ya no cumpla con los criterios de PEP o haya agotado los dos años de tratamiento, el equipo de la UAT se encargaría de solicitar atención en el CSM vía preferente, acompañando la nueva vinculación con una o varias reuniones de la persona atendida, su red, los profesionales de referencia en la UAT y el nuevo profesional de referencia del CSM.

Se incide en la necesidad de ser flexibles con los procesos de tratamiento en curso, valorando en todo momento el aprovechamiento del tratamiento en el dispositivo en el momento de la revisión del caso.

El límite máximo del proceso será la remisión completa de síntomas durante un máximo de 5 años.

4.3. La Comisión Multidisciplinar del Proceso:

En la Comisión Multidisciplinar del Proceso (CMP) participarán todos los dispositivos de la Red de Salud Mental implicados en la atención de las personas que atraviesan por primera vez una experiencia psicótica.

Se reunirá con una periodicidad trimestral, aunque puede que durante la puesta en marcha del proceso sea necesario que lo haga con una frecuencia mayor.

Será deseable que en cada dispositivo exista un referente del Proceso de PEP y en el caso de los CSM un representante por cada subequipo. Su mandato puede ser temporal siendo recomendable una duración no inferior a un año. Será el profesional que acuda a la CMP y centralizará, en su propio recurso, la información sobre el proceso.

Se considera relevante que los residentes MIR, PIR y EIR tengan, a lo largo de su periodo de formación, experiencia en el proceso y participación en la CMP.

La CMP tendrá entre sus cometidos principales valorar:

- Las personas que entran al proceso PEP.
- Los planes de intervención de cada persona.
- Los seguimientos de las personas incluidas en el proceso PEP.
- Las salidas de cada persona del proceso PEP.

Una de las funciones de dicha comisión será la revisión de casos, a los tres años de haber entrado en el proceso. Prestará especial atención a las personas que no han conseguido beneficiarse del tratamiento. Si una persona incluida en el Proceso PEP no se beneficia del tratamiento en el dispositivo en el que está derivado se valorará el caso en comisión de seguimiento para decidir si

continua en el recurso, si se deriva a otro dispositivo que se adapte mejor a sus necesidades o se decide la salida del proceso.

5. INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO PEP

Para el arranque del proceso se han definido indicadores de calidad con los siguientes criterios:

- Que no sean excesivos
- Que sean fáciles de obtener, registrar y valorar
- Que sean relevantes
- Que atiendan al máximo número posible de fases del proceso

Los indicadores propuestos se revisarán anualmente para valorar su cumplimiento, modificarlos y/o incorporar nuevos indicadores.

El cumplimiento o incumplimiento de los indicadores propuestos deberá traducirse en modificaciones y ajustes del proceso de PEP.

Criterio	Indicador	Estándar
Transcurrirá máximo 15 días desde la detección en AP hasta la 1ª cita en CSM o UAT.	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde AP] ≤ 15 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de las personas atendidas.
Transcurrirá máximo 1 mes desde la 1ª cita en CSM o la UAT hasta la confirmación diagnóstica.	[Fecha confirmación diagnóstica] – [Fecha de 1ª cita en Salud Mental] ≤ 30 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de las personas atendidas.
Transcurrirá máximo 1 mes desde la confirmación diagnóstica hasta el fin de la valoración clínica, funcional y social en CSM o UAT.	[Fecha el fin de la evaluación clínica, funcional y social] – [Fecha de confirmación diagnóstica] ≤ 30 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de las personas atendidas.
Transcurrirá máximo 1 mes desde el fin de la valoración clínica, funcional y social hasta la elaboración del PIAT.	[Fecha elaboración del PITR] – [Fecha de fin de la evaluación clínica, funcional y social] ≤ 30 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de las personas atendidas.
Se realizará al menos 1 revisión anual del PIAT de todas las personas.	[Nº personas incluidas en el proceso en los que se ha revisado el PIAT al menos una vez al año]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100.	≥ 80%
Si procede, se dará información al menos una vez al año a la persona atendida, la familia y MAP sobre el PIAT.	[Nº personas incluidas en el proceso en los que procede informar a la persona, la familia y MAP sobre el PIAT, y se les ha informado al menos 1 vez al año]/ [Total de personas incluidas en el proceso en los que procede informar a la persona, la familia y	≥ 80%

	AP sobre el PIAT] x 100.	
Evitar la demora de un alta en un recurso de la Red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado.	Nº personas atendidas en las que ha existido demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado/ Total de personas dadas de alta de un recurso.	≤ 20%
Transcurrirá un máximo de 3 meses desde derivación a un recurso de la Red y la 1ª cita en el recurso.	[Fecha primera cita en el recurso] – [Fecha de derivación al recurso] ≤ 90 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de las personas atendidas.
Las personas incluidas en el proceso PEP tendrán al menos 1 cita al mes en cualquier prestación/recurso al que hayan sido derivados.	[Nº personas con al menos 1 cita al trimestre en todos las prestaciones/ recursos a los que ha sido derivada] / [Total de personas incluidas en el proceso que han sido derivadas a alguna prestación/ recurso] x 100.	≥ 80%
El abandono no justificado de personas incluidas en el proceso será mínimo.	[Nº de personas atendidas dadas de baja del proceso por abandono] / [Total de personas que salen del proceso] x 100.	≤ 10%
Las mujeres tendrán un acceso equitativo al proceso de PEP.	<p>a. [Nº de mujeres con diagnóstico de PEP y que cumplen criterios de inclusión, incluidas en el proceso] / [Nº mujeres con diagnóstico de PEP y criterios de inclusión en el proceso en tratamiento en el CSM] x 100.</p> <p>b. [Nº de hombres con diagnóstico de PEP y que cumplen criterios de inclusión, incluidos en el proceso] / [Nº hombres con diagnóstico de PEP y criterios de inclusión en el proceso en tratamiento en el CSM] x 100.</p>	La diferencia entre a y b será ≤1%
La CMP se reunirá al menos una vez al trimestre.	Nº comisiones en un año natural.	≥3 comisiones al año.

6. ACTIVIDADES DEL PROCESO

El proceso asistencial para personas que enfrentan por primera vez un episodio psicótico (PEP) se organiza en torno a 3 subprocesos. Las actividades incluidas en cada subproceso son las siguientes

6.1 DETECCIÓN:

1. Detección de la persona con potencial PEP.
2. Información a la persona atendida y a la familia.
3. Derivación a la Red de Salud Mental y asignación de facultativo de referencia.

6.2 VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PIAT:

4. Confirmación de diagnóstico: entrevista de validación.
5. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas.
6. Valoración clínica, familiar y social. Propuesta de derivación.
7. Elaboración del plan individualizado de atención temprana (PIAT).
8. Presentación del PIAT a la persona atendida y a la familia.
9. Devolución a MAP y a otros dispositivos fuera de la Red de Salud Mental si fuera necesario.

6.3 TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO:

10. Aplicación del PIAT.
11. Revisión y evaluación del PIAT.
12. Información a la persona atendida, familia, MAP.
13. Seguimiento del proceso.
14. Actividades asistenciales y terapéuticas.

A continuación, se presenta tabla resumen de cada actividad.

6.1. DETECCIÓN:

1. Detección de la persona con potencial PEP.

1. DETECCIÓN DE LA PERSONA CON POTENCIAL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativos de referencia en las puertas de entrada de la Red Sanitaria: Médicos de Atención Primaria (MAP), Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la Red tanto desde la Urgencia, UHB, Hospitalización Domiciliaria, Interconsulta, CSM, CAID, etc.</p>
<p>Modo de realizar la actividad. Características de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • En los dispositivos sanitarios y sociales ya mencionados en el caso de atender a una persona con sospecha de PEP se realizará: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entrevista y exploración psicopatológica básica en la que se revisarán criterios de sospecha según tabla 1. • Para mejorar la detección, se contará con la información de familiares y de otras fuentes de información relevantes. • Hay que destacar la importancia de la entrevista, que en sí misma ya tiene un carácter terapéutico e irá dirigida a fortalecer el vínculo de la persona con posible PEP con la red sanitaria, facilitar la confianza con el sistema para no perderle y contenerle si fuese necesario. En casos de dudas o cualquier problema asegurar otra cita y ponerse en contacto con el profesional de salud mental de la Red asignado a esa área de salud para supervisar esta actividad. En el caso que en MAP tenga el Programa de Presencia Física de Especialista Consultor (EC) de Salud Mental en el propio centro se deberá consultar directamente con este equipo. • Es importante, en esta red de profesionales, la formación continuada en entrevista, exploración psicopatológica y derivación.
<p>Registro de la actividad</p> <p>Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y de la UAT, HCIS en urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la Red. Todo ello en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.</p>

Tabla 1

Criterios de sospecha de PEP

Se considerará que la persona manifiesta sospecha de PEP si presenta alguna de las siguientes características:

1) Pródromos (Phillips, Yung et al. 2000)

- Aislamiento social
- Limitación en el desempeño de roles
- Comportamiento peculiar
- Alteraciones del autocuidado
- Aplanamiento o afecto inadecuado
- Alteraciones del discurso (disgregado, vago, sobre elaborado, pobreza)
- Pensamiento mágico
- Experiencias perceptivas inusuales
- Falta de iniciativa, interés o energía

2) Primer Episodio Psicótico

- Alteraciones senso-perceptivas
- Ideación delirante
- Desorganización cognitiva
- Alteraciones psicomotoras
- Inadecuación conductual

3) Sospecha diagnóstica, diagnóstico establecido y situación clínica:

- Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico, Trastornos delirantes persistentes, Trastornos psicóticos agudos y transitorios, Trastorno delirante inducido, Trastornos esquizoafectivos, Trastorno psicótico no orgánico, Psicosis de origen no orgánico, no especificada, Episodio maniaco, con síntomas psicóticos, Trastorno afectivo bipolar, con síntomas psicóticos, Trastorno depresivo recurrente, con síntomas psicóticos
- Se descartan trastornos mentales causados por enfermedades médicas o causas orgánicas

4) Una puntuación en la escala de funcionamiento global (GAF) menos a 60

5) Evolución de síntomas menor a 3 años

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

2. Información a la persona atendida y a la familia.

2. INFORMACIÓN A LA PERSONA CON PEP Y A LA FAMILIA
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativos de referencia en las puertas de entrada de la Red Sanitaria: Médicos de Atención Primaria (MAP), Profesionales de los Servicios Sociales, Médicos Especialistas de la Red tanto desde la Urgencia, UHB, Hospitalización Domiciliaria, Interconsulta, CSMs, CAID, UAT, etc.</p>
<p>Participantes en la actividad</p> <p>Se realizará en cada puerta de entrada al proceso de forma inmediata y siempre asociada a la confirmación de criterios de sospecha PEP.</p>
<p>Modo de realizar la actividad. Características de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se proporcionará información básica a la persona atendida y de acuerdo con ella, a la familia, acerca del sufrimiento observado a través de los relatos recogidos y de la necesidad de hacer una valoración en Salud Mental para recibir apoyo. • Valorar la necesidad de prestar apoyo específico para que la persona atendida y la familia asuman la situación (tabla 2).
<p>Registro de la actividad</p> <p>Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y UAT, HCIS en urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.</p>

Tabla 2

Sobre la Información al paciente y a la familia

Consideraciones generales

- Ante la sospecha de haber detectado un PEP y para asegurar la derivación a Salud Mental cuando sea necesario. Se informa del sufrimiento observado en la persona y en la familia y de la necesidad de ser valorado en Salud Mental teniendo en cuenta las siguientes pautas:
- No es conveniente dar la información sin haber construido previamente una buena alianza terapéutica con la persona atendida y la familia. En ocasiones es preferible esperar unas pocas citas antes de dar la información.
- Hay que dar la información con palabras que puedan ser entendidas tanto por la persona atendida como por la familia. Debemos estar atentos a las reacciones emocionales que aparezcan al darla para atenderlas y parar la información siempre que sea necesario. Y tenemos que solicitar un feedback de lo que han entendido que le hemos dicho.

En relación con una persona con PEP

- Muchas personas no tienen conciencia de su vulnerabilidad ni de tener un problema. La entrevista, por tanto, no es fácil, y no podemos esperar que la persona atendida reciba la información, en este caso, tal y como otras personas reciben otros diagnósticos.
- En caso de que se den todos los elementos necesarios para que la persona reciba esta información es preferible referirnos a que lo está pasando mal, está sufriendo y necesita ayuda para intentar que sufra menos, que devolverle términos muy cargados de estigma socialmente y que probablemente provocará que se defienda de ellos (como esquizofrenia, psicosis). En el caso de que la persona atendida no esté de acuerdo con la visión que tenemos nosotros de lo que le ocurre es preferible cambiar la terminología y hablar con ella de algo más general como que está nerviosa o sufre mucho, o que está teniendo experiencias inusuales, extrañas y que no está pudiendo distanciarse de ellas. Se puede intentar aludir a las consecuencias que está teniendo en su vida por lo que le ocurre: aislamiento, soledad, angustia u obsesión con lo que le pasa, y ofrecer ayuda en estos campos. Todo esto en lugar de asegurarle que tiene un trastorno mental grave y ponernos a discutir con ella. El objetivo de la entrevista una vez detectado el caso es asegurarnos de que acude a Salud Mental. En caso que no quiera y la persona no tenga graves alteraciones de conducta, asegurarnos el vínculo, esperar a un momento mejor, dar tiempo, y no perder la relación construida hasta el momento. Citarla con cierta periodicidad e informar al equipo de Salud Mental.
- La entrevista de detección es preferible hacerla con la persona a solas, luego es conveniente escuchar a la familia. Con la familia es importante en primer lugar recabar información y confirmar la detección. A la hora de informar, en el caso de que la familia esté delante de la persona atendida, mantenemos la misma línea ya explicada. Respetando el derecho a la intimidad, acordando con ella previamente, siempre que sea posible, la información que se va a trasladar a la familia.

3. DERIVACIÓN A LA RED DE SALUD MENTAL

Profesional responsable

Facultativos de referencia en las puertas de entrada de la Red Sanitaria: Médicos de Atención Primaria (MAP), Profesionales de los Servicios Sociales (SS.SS), Médicos Especialistas de la Red además de la Urgencias, UHB, Hospitalización Domiciliaria, Interconsulta, consultas y CAID.

Modo de realizar la actividad. Características de calidad

- Para todos aquellos casos en los que la detección no se produzca en el CSM:
 - **Desde dispositivo sanitario:** EAP o HUPA: Activar mecanismo de derivación a CSM por vía preferente, a la UAT si es mayor de 16 años.
 - **Desde dispositivos de SS.SS.:** Se informará a los usuarios de los mecanismos de derivación a CSM vía MAP. En los casos de pacientes se nieguen a acudir a los servicios del MAP, los trabajadores sociales del Centro de SS.SS. se pondrán en contacto con el Departamento de Trabajo Social del CSM a través de teléfono o correo electrónico. En estas coordinaciones se decidirán las actuaciones más eficaces para que estas personas sean atendidas por un médico que pueda valorar un diagnóstico previo.
 - En ambos casos y como norma general, la **derivación PREFERENTE** debe hacerse, necesariamente antes de quinde días añadiendo en la nota “sospecha PEP”. En caso de existir el Programa de Presencia Física de Consultor de SM en AP se utilizará de manera prioritaria. Si no es así se optará por la derivación habitual a través del programa telefónico SCAE.
 - En ambos supuestos, derivación a urgencias si el caso lo requiere.
 - En ambos supuestos el derivante comprobará que la derivación se ha hecho efectiva.
- El Responsable Técnico del Área de Salud Mental dispondrá de las medidas necesarias dentro de su ámbito competencial para asegurar estos tiempos de demora y la transmisión de la información. Con respecto a MAP y SS.SS., acordará con sus órganos directivos correspondientes el método a emplear.
- **Para todos aquellos casos mayores de 16 años** en los que la detección se produzca en la UHB, urgencias hospitalarias, hospitalización domiciliaria o CAID se establece una VÍA URGENTE de derivación a la UAT, Unidad en la que se realizará la valoración a través del equipo de atención temprana a la psicosis.

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. UAT y urgencias o Registro personal en los dispositivos de SS.SS. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.

Ubicación del Centro de Salud Mental y de la UAT

- Cualquier persona puede elegir especialista. En ese caso lo realizará a través del SCAE.
- Hay 3 subequipos terapéuticos dentro del CSM de Alcalá, 2 de ellos se ubican en el Centro Integrado de Diagnóstico y Tratamiento (CIDT), c/Octavio Paz s/n, telf.: 918303870 y 1 subequipo en el CSM Puerta de Madrid c/ Alfonso de Alcalá s/n, telf.: 918871506.
- La UAT se ubica en el Centro de Salud La Garena c/Arturo Soria 12, telf.: 681 075 622
- En el área existe un programa denominado **Programa de Presencia Física de Consultor de SM** en AP, donde un psiquiatra se desplaza a AP una vez a la semana, y una psicóloga una vez al mes a atender pacientes nuevos y supervisar con los MAP. Este programa creemos que es ideal para mantener la coordinación y facilitar la derivación a los CSM o la UAT de estas personas, en ocasiones, difíciles de derivar. Siempre que sea posible, desde los MAP que cuentan con este programa se debería priorizar este tipo de relación y

derivación en lugar de la habitual.

Tabla 3

Sobre la Derivación al Centro de Salud Mental

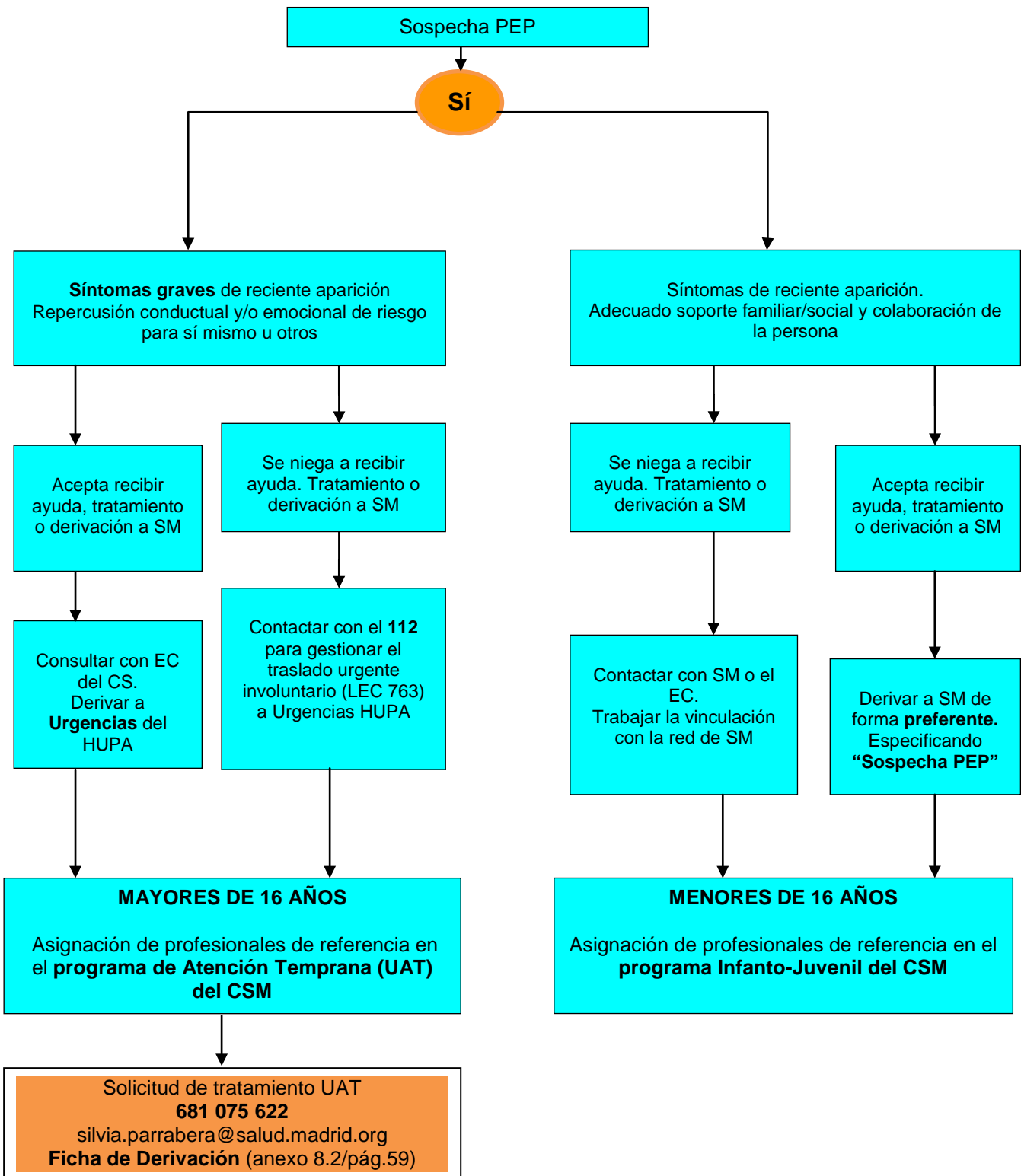
Consideraciones generales

- La derivación es el objetivo más importante tras la detección del posible PEP.
- En ocasiones no es fácil porque la persona no tiene conciencia de su vulnerabilidad y se niega en rotundo a acudir a Salud Mental. En esta situación:
 - **Desde dispositivos de SS. SS:** Se informará a los usuarios de los mecanismos de derivación a CSM vía MAP. En los casos de las personas que se nieguen a acudir a los servicios del MAP, los trabajadores sociales del Centro de SS. SS se pondrán en contacto con el Departamento de Trabajo Social del CSM a través de teléfono o correo electrónico. En estas coordinaciones se decidirán las actuaciones más eficaces para que las personas sean atendidas por un médico que pueda valorar un diagnóstico previo.
 - **En AP:** hablar y supervisar el caso con el responsable de SM del equipo, mejor si existe en AP el Programa de Presencia Física del especialista consultor en salud mental. Intentar mejorar la relación y tener localizada a la persona con sospecha de PEP. Informar a la familia. Dar un poco de tiempo. En caso de gravedad clínica valorar con el equipo de Salud Mental si hacer una intervención urgente y derivar a las Urgencias del HUPA para valorar un ingreso en la UHB.

Criterios de urgencia

- Síntomas muy graves (tanto “positivos”: delirios, alucinaciones, etc., como “negativos”: aislamiento, deterioro social muy grave, etc.) que pueden poner en peligro a otras personas o/y a si mismo.
- Síntomas moderados-graves sin intervención de Salud Mental desde hace más de un año y sin tratamiento ni contactos con la Red.
- En el resto de casos, si no quiere acudir a SM, es preferible dar algo de tiempo y mejorar la relación con la persona y la familia. Dar citas frecuentes y esperar siempre bajo supervisión de Salud Mental.

Tabla 4. Puerta de Entrada:



6.2. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN TEMPRANA (PIAT)

4. Confirmación del diagnóstico: entrevista de validación.

4. CONFIRMACIÓN DE PEP: ENTREVISTA DE VALIDACIÓN Y ASIGNACIÓN DE FACULTATIVO RESPONSABLE
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativo del CSM que evalúa a la persona derivada desde AP, consulta de especialidades o SS. SS o desde Urgencias, UHB, o CAID. Equipo de UAT y se deriva desde Urgencias, UHB, Hospitalización Domiciliaria, Interconsulta o CAID.</p>
<p>Participantes en la actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta actividad se realizará siempre por un facultativo del CSM o por el equipo de la UAT • En cuanto al CSM, cuando la persona atendida sea nueva la validación se hará dentro de las consultas como preferente. Si la persona ya está siendo tratado en el CSM la confirmación la hará el facultativo asignado, habitualmente el que lo evaluó. En aquellos casos que haya más de un facultativo, la validación se hará de acuerdo al procedimiento que establezca cada CSM. En el caso que sea un MIR o PIR necesariamente deberá tener un facultativo responsable que supervise al residente. • El Facultativo de referencia (CSM o UAT) será, por tanto, aquel que realiza la confirmación del diagnóstico de sospecha. Se mantendrá en esta función hasta la ratificación en ese puesto con motivo de la reunión de la Comisión Multidisciplinar de Casos del Proceso PEP (CMP).
<p>Modo de realizar la actividad. Características de Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza la validación de los criterios de PEP, confirmándose que se cumplen los límites de entrada al proceso: diagnóstico clínico, nivel de actividades psicosociales y laborales, uso de recursos socio-sanitarios. • La validación de criterios de PEP se realiza mediante entrevista o reuniones, en la que se exploran las siguientes áreas: clínica, social, funcional, afrontamiento social y personal, ocupacional y laboral • Se recomienda emplear instrumentos estandarizados dirigidos a establecer diagnósticos y a la evaluación de la actividad psicosocial. • La confirmación de PEP se realiza en un tiempo máximo de <u>1 mes desde la recepción de la derivación</u>: • Tanto si procede confirmar el diagnóstico de sospecha como si no, el facultativo correspondiente dará cuenta de ello a la CMP, a los siguientes efectos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dar de entrada a la persona atendida en la base de datos del proceso, en caso de confirmación del diagnóstico de sospecha. • En los casos en los que no proceda confirmación, la información se acumulará bien en la misma base o en otra distinta, al objeto de que estos datos sirvan para perfeccionar el sistema de detección de casos.
<p>Registro de la actividad</p> <p>Anotación en HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y UAT. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.</p>

5. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas.

5. PRIMERAS MEDIDAS ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS	
Profesional responsable	Facultativo de referencia del CSM (FR), equipo de la UAT
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> Equipo asistencial del CSM y de la UAT
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> Hasta que el caso no sea visto por la CMP y se elabore y apruebe el PIAT, el FR activará por sí mismo o a través de otros profesionales todas aquellas medidas terapéuticas y asistenciales que la persona necesite en función de su estado. En general las fundamentales son: favorecer la alianza de trabajo, asegurarse la continuidad del proceso, la derivación a la CMP, la derivación al Programa de Continuidad de Cuidados del CSM y la asignación del gestor del caso (GC).
Registro de la actividad	Anotación en HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y UAT. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.

6. Evaluación clínica, funcional, familiar y social. Propuesta de derivación.

6. EVALUACIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL, FAMILIAR Y SOCIAL Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativo de referencia (FR) del CSM o equipo de la UAT</p>
<p>Participantes en la actividad</p> <p>Profesionales del CSM y UAT: terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogo/a clínico/a, trabajador/a social, enfermería. Además, pueden participar profesionales de otros recursos (CRPS, HD, etc.) que complementan la valoración de aspectos funcionales con mayor profundidad. Se puede recurrir a los servicios sanitarios primarios o especializados para complementar la exploración somática.</p>
<p>Modo de realizar la actividad. Características de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras realizar la confirmación del diagnóstico de sospecha, el FR/UAT decidirá si ya se cuenta con información suficiente como para realizar el PIAT o es necesario realizar exploraciones y evaluaciones en más profundidad. • Los profesionales implicados realizarán la evaluación solicitada y propondrán las áreas de intervención (terapéutica y asistencial) que consideren pertinentes, haciendo llegar al FR/UAT la “valoración y propuesta de intervención PEP” debidamente cumplimentado. • La valoración clínica, funcional y familiar, estará orientada a la obtención de información suficiente para realizar el PIAT. • Conforme a estos objetivos, se explorarán las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración clínica: información de carácter general, valoración clínica, funcionamiento cognitivo, tratamiento, conciencia de vulnerabilidad y riesgo de suicidio ○ Valoración social: red de apoyo social, red familiar, situación social ○ Valoración de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales o complejas ○ Valoración ocupacional y laboral ○ Valoraciones complementarias: quedan a juicio del clínico su solicitud <p>Esta actividad se realizará en un periodo máximo de 1 mes. Este plazo, siendo corto, permitiría orientar y trabajar rápidamente con la persona atendida y así optimizar el pronóstico. Habría que contar con huecos preferentes para poder cumplir este plazo. Siendo 1 mes como máximo un periodo adecuado para este proceso, hay que considerar que con algunas personas este plazo puede ser desaconsejable y habría que adaptarlo a las peculiaridades de la persona en atención, primando la vinculación más que la evaluación.</p>
<p>Registro de la actividad</p> <p>Anotación HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y de la UAT. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.</p>

Tabla 5. Escalas de detección y evaluación

Sobre las Escalas Validadas

Consideraciones Generales:

Escalas para la detección del PEP y para la evaluación de resultados tras el tratamiento:

Las escalas que se presentan en el documento del proceso asistencial para primeros episodios psicóticos se ofrecen como selección recomendada en el caso de que los profesionales quieran consultarlas como herramientas de apoyo en la detección de PEP y/o en la valoración del proceso de salida de la crisis.

En el anexo se incluyen las siguientes escalas:

1. Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (*Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE)*)
2. Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF
3. Cuestionario de Estilo de Recuperación (*Recovery Style Questionnaire (RSQ)*)

Evaluación de la eficacia del proceso de salida de la crisis:

Por otro lado, para evaluar la eficacia del proceso, sería necesario contar con algunos criterios valorables de forma objetiva, antes, durante y después del proceso. Para ello es útil el diseño de investigación que se propone en el anexo.

Diseño de Investigación de Fundación Manantial para la UAT, cedida para el Proceso PEP:

1. Adaptación digitalizada de la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG) y de la Escala de Impresión Clínica Global CGI para la persona incluida en el Proceso PEP
2. Adaptación Digitalizada del Cuestionario Familiar (*Family Questionnaire (FQ)*) para la red familiar
3. Inclusión de datos sociodemográficos en ambas adaptaciones

7. Elaboración del Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT)

7. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN TEMPRANA (PIAT)
Profesional responsable
Facultativo de referencia (FR) del CSM, equipo de la UAT y Comisión Multidisciplinar del Proceso (CMP)
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<ul style="list-style-type: none"> • El PIAT incluirá todas aquellas intervenciones a realizar con la persona atendida, tanto las de carácter sanitario (Red Sanitaria) como sociales (incluyendo la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental y las de la Red General de Servicios Sociales) • Los miembros de la CMP, con antelación de una semana, deberán contar con la información enviada previamente por el FR/UAT y tenerla estudiada. • El FR/UAT presentará el caso a la comisión de acuerdo a la información previa disponible sobre la persona atendida. • La CMP valorará de manera consensuada y a propuesta del FR/UAT las diferentes áreas de intervención y actividades concretas de tipo asistencial y terapéutico a aplicar. • El FR/UAT será también es el encargado de cumplimentar el documento PIAT con los acuerdos de la CMP. • En este momento la CMP podrá proponer nuevas áreas de valoración si lo considera pertinente y posponer si procede la elaboración del PIAT. • Si es adecuado, se decidirá el dispositivo al cual es derivado la persona atendida en primera instancia, para comenzar el plan de tratamiento. Los criterios para realizar la derivación serán: <ul style="list-style-type: none"> ○ La edad, el tiempo de evolución desde el PEP (máximo 3 años de evolución) ○ Tipo de actividades a realizar y dispositivo más adecuado. Se podrá considerar la posibilidad de que una persona y/o su familia puedan realizar distintas actividades simultáneamente en diferentes dispositivos, con independencia del dispositivo al que se le deriva. ○ Estado general de la persona atendida, que pudiera condicionar su derivación a un dispositivo concreto, con independencia de las actividades a realizar. • A todas las personas incluidas en el proceso se les asignará un gestor de caso del Programa de Continuidad de Cuidados. • Se recomienda en este momento realizar la confirmación o cambio del profesional que ejerce la figura de FR, si fuera necesario por la distribución de cargas de trabajo. • Se acordará, según las características del caso, cual es la fecha en la cual deberá ser revisado de nuevo en la Comisión. Esta revisión deberá hacerse antes de que pase un año de la elaboración del PIAT. • Se seguirán los procedimientos habituales para la derivación a los dispositivos que correspondan. La derivación deberá incorporar toda la documentación generada hasta el momento. En el caso de derivación a otro recurso diferente al CSM o la UAT se llevará la propuesta de derivación, con sus protocolos de derivación habituales, a la Comisión de Seguimiento y Derivación • 3 meses de tiempo máximo de elaboración del PIAT desde la primera cita en Salud Mental
Registro de la actividad
Anotación en HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y de la UAT. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.

8. Presentación del PIAT a la persona atendida y a la familia.


8 PRESENTACIÓN DEL PIAT A LA PERSONA ATENDIDA Y A LA FAMILIA
Profesional responsable
Facultativo de referencia del CSM (FR) o equipo de la UAT y/o gestor del caso.
Participantes en la actividad
Facultativo de referencia del CSM (FR) o equipo de la UAT y/o gestor de caso.
Modo de realizar la actividad. Características de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Se informará del PIAT a todas las personas atendidas con PEP y a sus familias en entrevista en el CSM o UAT. • La presentación del PIAT a la familia estará determinada por: <ul style="list-style-type: none"> ○ La valoración del responsable del caso ○ Consentimiento de la persona atendida • Se establece un contrato terapéutico de palabra, con todas las personas con PEP • La presentación del PIAT a la persona atendida y/o a la familia tiene lugar en un periodo máximo de 20 días. • Se procurará buscar el consenso y la colaboración, en lugar de una imposición, en la presentación del PIAT.
Registro de la actividad
Anotación en HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y de la UAT. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.

9. Devolución a Atención Primaria y a otros dispositivos fuera de la red de Salud Mental.

9 DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA Y/U OTROS DISPOSITIVOS DERIVANTES
Profesional responsable
Facultativo de referencia del CSM (FR) o equipo de la UAT y/o gestor del caso.
Modo de realizar la actividad. Características de calidad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se devolverá la información al MAP y a otros dispositivos que, aunque no sean de la Red hayan realizado la derivación o participen en el PIAT. 2. Para la comunicación al MAP y/o desde este dispositivo se utilizará el HP-Doctor para consultar el PIAT y su seguimiento. Con el resto de los dispositivos se hará a través del programa de continuidad de cuidados en las reuniones de coordinación externas. En ellas se informará del PIAT, haciendo especial hincapié en los objetivos generales de tratamiento y actividades de seguimiento en los que pudiera estar implicada Atención Primaria u otro dispositivo. 3. Tiempo máximo para realizar esta actividad: 20 días.
Registro de la actividad
Anotación en el HP-Doctor en médicos especialistas de consultas de CMS o de la UAT. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario asegurar su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.

6.3. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

10. Aplicación del PIAT.

10. APLICACIÓN DEL PIAT EN LOS CORRESPONDIENTES DISPOSITIVOS
Profesional responsable Responsable de cada dispositivo
Participantes en la actividad Equipo interdisciplinar de cada dispositivo
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad <ul style="list-style-type: none"> • Cada dispositivo por el que pase la persona atendida (incluida el CSM), aplicará el esquema básico de actuación contenida en el proceso: <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>EVALUACIÓN → PIAT → INTERVENCIÓN → REEVALUACIÓN → SEGUIMIENTO</p>  </div> • Igualmente, toda la actividad asistencial y en especial las actividades terapéuticas, contendrán todos los principios generales de la filosofía de los procesos asistenciales, en particular, la aplicación de principios basados en la evidencia y en el consenso profesional. • En sus diferentes fases se realizará una adecuación del PIAT remitido desde la CMP, en el que se podrán incorporar modificaciones, que serán consensuadas con el FR y gestor de caso (GC), si suponen alteraciones importantes del plan inicial. • Además, tanto al FR/UAT como al GC se les mantendrá informados de todos los eventos e incidencias importantes relativas a la persona atendida y en particular: inicio y final de las distintas actividades terapéuticas, preparación al alta, derivaciones y alteraciones importantes de su estado general. • La información del PIAT elaborada por la CMP, junto con el resto de la información sobre actuaciones previas, evaluaciones e informes clínicos, sociales, etc. deberá estar en poder del dispositivo, con antelación a la llegada de la persona atendida. • La adecuación de la evaluación, el PIAT y el inicio de su aplicación, tendrá que estar realizada en el plazo de 45 días, desde la recepción en el dispositivo de derivación. • En cada dispositivo y de acuerdo a sus modos de organización, cada persona contará con un profesional responsable del PIAT, al margen de la aplicación de otros sistemas de gestión de casos. • Cada dispositivo arbitrará el procedimiento más oportuno para informar a la persona atendida y en su caso a la familia de la adecuación del PIAT al dispositivo, debiendo anotarse en la historia clínica la realización de este acto. • Si una persona con consumo de drogas está en el proceso podrá utilizar de forma coordinada y complementaria los recursos de la red de drogas. • Al alta por cualquier motivo, se elaborará el correspondiente informe de alta.
Registro de la actividad Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la Red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación. Se puede escanear el documento y adjuntarlo.

11. Revisión y evaluación del PIAT.

11. REVISIÓN Y REEVALUACIÓN DEL PIAT
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativo de referencia (FR), equipo de la UAT, gestor del caso (GC) y Comisión Multidisciplinar del Proceso (CMP)</p>
<p>Participantes en la actividad</p> <p>FR, GC y CMP</p>
<p>Modo de realizar la actividad. Características de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanto el FR/UAT, como el GC deberán disponer de una agenda, preferentemente con alarmas automáticas, en la que figure la fecha de reevaluación del caso por la CMP. • Con la antelación necesaria recopilarán la información suficiente como para presentar de nuevo el caso a la CMP. En la presentación se incluirán las propuestas de actuación. • Estas propuestas pueden derivar en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesidad de una nueva evaluación ○ Modificación del PIAT o elaboración de uno nuevo. ○ Plan de seguimiento del caso, con indicación de actividades asistenciales y terapéuticas de baja intensidad. Este plan seguirá teniendo carácter de PIAT. ○ Salida del proceso
<p>Registro de a actividad</p> <p>Anotación en HP-Doctor en médicos especialistas de consultas. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación. Se puede escanear el documento y adjuntarlo.</p>

12. Información a la persona atendida, familia, AP.

12. INFORMACIÓN AL PACIENTE, FAMILIA Y AP
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativo de referencia (FR), equipo de la UAT, gestor del caso (GC)</p>
<p>Modo de realizar la actividad. Características de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras cada reevaluación y cuando se produzcan incidencias o cambios importantes en el PIAT o en el estado de la persona atendida, el FR/UAT y el GC informarán de ello tanto a la familia (si procede) como a AP.
<p>Registro de la actividad</p> <p>Anotación en HP-Doctor en médicos especialistas de consultas y de la UAT IC. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red, en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación. Se puede escanear el documento y adjuntarlo.</p>

13. Seguimiento del proceso

13 SEGUIMIENTO DEL PROCESO
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativo de referencia (FR), equipo de la UAT, gestor del caso (GC).</p>
<p>Modo de realizar la actividad. Características de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al margen de las actividades de seguimiento clínico de cada caso, por los respectivos profesionales que atienden, tanto el FR/UAT como el GC realizarán un seguimiento de la persona atendida a lo largo de toda su andadura en el proceso. • Se debe registrar información procesal y menos de tipo clínico. • Para ello ambas figuras cumplimentarán los documentos que se incluyan en HP-Doctor para el seguimiento del proceso (incidencias y eventos importantes en el discurrir del paciente).
<p>Registro de la actividad</p> <p>Documentos maestros del proceso, HP-Doctor en médicos especialistas de consultas. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red. Todo ello en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación.</p>

14. Actividades asistenciales y terapéuticas.

14. ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS
<p>Profesional responsable</p> <p>Facultativo de referencia de la persona atendida en cada actividad o dispositivo. Diferenciar del Facultativo de referencia del paciente en CSM (FR).</p>
<p>Participantes en la actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo asistencial del dispositivo implicado
<p>Modo de realizar la actividad. Características de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Cada dispositivo desarrollará una oferta terapéutica que pondrá a disposición de todos los Procesos Asistenciales de Salud Mental y en concreto del PEP. Tras ello, los responsables de las Áreas de Salud Mental y de los dispositivos, gestionarán la progresiva capacitación, perfeccionamiento y actualización de la competencia de los profesionales en las diferentes actividades, generando entre otras propuestas, indicaciones para la conformación de los planes anuales de formación continuada. Conviene aclarar la diferencia existente entre que un dispositivo aplique un programa o lo gestione. Por ejemplo, un programa de tiempo libre y ocio, es presumible que sea ejecutado en su mayoría en el CRPS o en una UME, para lo que contará con medios propios, con independencia de utilizar también recursos ajenos, por ejemplo, en la comunidad. En el CSM, sin embargo, para tal programa no contarán con ningún medio propio a pesar de que las personas con PEP sean susceptibles de necesitarlo; en este caso, desde el CSM se podrá diseñar un programa de gestión de tiempo libre y ocio individualizado, orientando y enseñando a la persona atendida a utilizar los recursos comunitarios disponibles en su entorno. Igual observación cabe hacer de la utilización de recursos asistenciales o terapéuticos, que pudieran aportar algunas ONGs, asociaciones o fundaciones tutelares. No obstante, es propio de la implantación de la filosofía de los procesos, que se realice una adecuación del proceso general a cada ámbito. Desde esta perspectiva, el modelo general de Proceso Asistencial para el PEP que se presenta en este documento, puede ser considerado como el punto de partida mínimo, a partir del cual se pueden tomar iniciativas de reorganización funcional de sus recursos, para ofrecer otras alternativas asistenciales más avanzadas.
<p>Registro de la actividad</p> <p>Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. AP- Madrid en caso de AP, HP- Doctor en médicos especialistas de consultas y de la UAT IC, HCIS en urgencias o registro personal en los dispositivos de SS.SS. Resulta imprescindible asegurar la coordinación entre los distintos dispositivos implicados por lo que es necesario su registro y el acceso a ellos desde cualquier punto de la red. Todo ello en lo que se refiere a las anotaciones de coordinación, aunque no tanto para la historia, los anexos o la documentación. Documentación de cada actividad en su apartado propio por parte del profesional que realiza la actividad terapéutica.</p>

Tabla 6. Cuadro de actividades de cada dispositivo

DISPOSITIVOS ACTIVIDADES	CSM y Progr ama de Segu imien to y CC	UHB y Hosp italiz ación Domi ciliari a	HD	CR PS	EAS C	CD	RE SID EN CIA	CRL	UH TR	UH CP P	CAI D	PIS OS	AP	UAT
Terapia Farmacológica	X	X	X								X			X
TEC		X												
Adherencia al Tratamiento	X	X	X	X			X				X			X
Atención Urgente	X	X												X
Psicoterapia Individual	X	X	X	X			X				X			
Psicoeducación	X	X	X	X			X				X			
TCC de síntomas psicóticos	X	X	X	X			X				X			
Entrenamiento en HHSS	X	X	X	X		X	X				X			
Entrenamiento Afrontamiento de Estrés y Resolución de Problemas	X		X	X	X	X	X				X			
Rehabilitación Cognitiva	X			X	X	X	X							
Programas de AVD	X			X	X	X	X							
Programas de Tutela	X													
Consultas Programadas	X	X	X	X							X		X	X
Programas de Ocio y Tiempo Libre		X		X	X	X	X							
Atención Residencial							X							
Intervenciones Familiares	X	X	X	X		X	X	X			X			X
Atención Domiciliaria	X	X		X	X									X
Información y apoyo a la familia	X	X	X	X	X	X	X				X		X	X
Psicoterapia de Grupo/ GAM	X	X	X	X							X			X
Rehabilitación Laboral								X						
Actividades Ocupacionales		X				X	X				X			
Apoyo al Empleo o a la Formación				X			X	X			X			X
Intervención Comunitaria	X		X	X	X									X
Terapia Multifamiliar		X									X			X
Actividades Grupales	X	X	X	X	X	X					X			X

Criterios y procedimiento de derivación a los dispositivos y recursos de la Red de Salud Mental desde el CSM

Una vez que la persona con PEP ha sido incluida en el proceso pueden aparecer situaciones clínicas o psicosociales que requieran la intervención de otros dispositivos o recursos de la Red de Salud Mental.

El procedimiento para la derivación a recursos o dispositivos de la Red de Salud Mental se recoge en el subproceso 7 “Elaboración del Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT)” y se resume en el siguiente procedimiento:

1º El Facultativo de referencia o el equipo de la UAT IC presenta el caso y la propuesta de Plan Individualizado de Atención Temprana en la Comisión Multidisciplinar del Proceso.

2º La Comisión valora y consensúa la propuesta de PIAT y los recursos y dispositivos a utilizar por la persona atendida.

3º El Facultativo y el Gestor de Caso cumplimentan los protocolos al uso para la derivación al recurso, en caso de ser necesario.

4º El caso y los protocolos son presentados en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos.

5º El caso queda en lista de espera del recurso.

6º Cuando el recurso tenga una o varias plazas libres lo comunicará al programa de continuidad de cuidados, quien, en consenso con los facultativos de referencia del caso, decidirán qué personas de la lista de espera ocupan la/s plaza/s disponible/s. Para esta decisión se barajarán dos criterios: tiempo de espera y “urgencia” / “momento idóneo” de la persona atendida.

Centro de Rehabilitación Psicosocial

Criterios de derivación:

Personas mayores de edad con PEP y no más de 3 años de evolución, con dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y/o en su integración social normalizada que necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su recuperación e integración en la comunidad.

Centro de Rehabilitación Laboral

Criterios de derivación:

Personas mayores de edad con PEP que no están en una situación psicopatológica activa no controlada, que no tienen ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral, con un nivel adecuado de autonomía personal y social y que presentan un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

Equipo de Apoyo Sociocomunitario

Criterios de derivación:

Personas con PEP que evidencian gran dificultad para vincularse a cualquier recurso del área, haciéndose de este modo inviable su derivación de acuerdo a los procedimientos y protocolos estándar. Personas que viven solas o con padres muy mayores y que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio y personas que por presentar una pérdida o deterioro leve o moderado en sus capacidades y habilidades no necesitan procesos estructurados, sistemáticos e integrales de rehabilitación psicosocial, bastando con intervenciones de apoyo social y comunitario para prevenir una pérdida o deterioro severo de sus capacidades y habilidades, y facilitar su integración sociocomunitaria.

Residencia

Criterios de derivación:

Personas mayores de edad con PEP cuyos déficit o deterioros en su funcionamiento psicosocial les impide vivir de un modo independiente. Con ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social. En una edad entre 18 y 65 años que haya sido atendidos y derivados desde su Servicio de Salud Mental. Que no presenten problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la residencia:

- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.

Pisos tutelados

Criterios de derivación:

Personas mayores de edad con PEP entre 18 y 65 años atendidas y derivadas por los servicios de salud mental, que tienen un nivel mínimo de autonomía personal y social, pero necesitan un apoyo residencial debido a:

- Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
- Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, o presente dificultades para mantenerse solos en una vivienda.
- No requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.

Además, no presentan problemas que impidan dar cobertura mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la residencia:

- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada

Hospital de Día

Criterios de derivación:

Las indicaciones de HD para pacientes con trastornos psicóticos (esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos etc.) son:

Personas con PEP, con complicaciones derivadas de éste hecho (ideas o intentos de suicidio, no cumplimiento del tratamiento etc.), en los que se valora la posibilidad de mejoría con terapia intensiva en régimen de día. Personas que no mejoran ambulatoriamente de la sintomatología positiva, y en los que se presupone que, en un medio terapéutico, con un tratamiento más intensivo y con interacciones interpersonales tendrán mejor evolución.

No está indicado el dispositivo:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa
- Trastorno orgánico
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo

UHB

Criterios de derivación:

- Personas con PEP sin conciencia de su vulnerabilidad, que requieren un tratamiento específico en alguno de los recursos de Salud Mental, sin que exista una buena adherencia al tratamiento. La hospitalización tiene el objetivo de garantizar las condiciones de tratamiento que la persona necesita.
- Personas con PEP que requieran unas condiciones de seguridad en caso de que presenten alteraciones de conducta que pongan en riesgo su vida, su integridad física o las de los que le rodean (ideación suicida o heteroagresiva, gestos autolíticos, etc.), o que presenten sintomatología activa que induzca a conductas de riesgo (alucinaciones auditivas, ideas delirantes, etc.)

- Personas con PEP en los que se ha producido una quiebra de sus sistemas de soporte (familiar, social o asistencial). La hospitalización tendría una función de contención temporal, y alternativa de soporte, hasta el momento en el que el sistema de soporte del paciente pueda volver a cumplir su función. En el caso de que esta situación se prolongue en el tiempo sería adecuado la derivación a otros dispositivos del área para que puedan cumplir esta función más a largo plazo.
- Personas con PEP en los que se tengan dudas sobre el diagnóstico (no se sabe si no esconden la medicación o no la toman, conviene descartar una base orgánica como etiología, etc.). La hospitalización en este caso tendría el objetivo de favorecer la clarificación del diagnóstico y el ajuste del tratamiento en el caso de que se considere adecuado.
- Personas con PEP del espectro esquizofrénico, en los que por diversos motivos (resistencia al tratamiento, patología orgánica concomitante, embarazo...) se indica la aplicación de TEC u otra terapia que se tenga que aplicar en el hospital, o en los que debidos a su sintomatología se requiere una vigilancia intensiva.

Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación

Criterios de derivación:

Personas con PEP diagnosticadas de 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 Comunidad de Madrid y 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.

Centro de Atención Integral a las drogodependencias (CAID)

Criterios de derivación:

Personas con PEP en riesgo de presentar problemas adictivos y/o con problemas de uso, abuso o dependencia de sustancias.

No está indicado el ingreso para:

- Personas 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
- Personas con patología orgánica y/o mental que requieran atención urgente o prioridad de atención en otros servicios de salud

Unidad de Atención Temprana (UAT)

Criterios de inclusión:

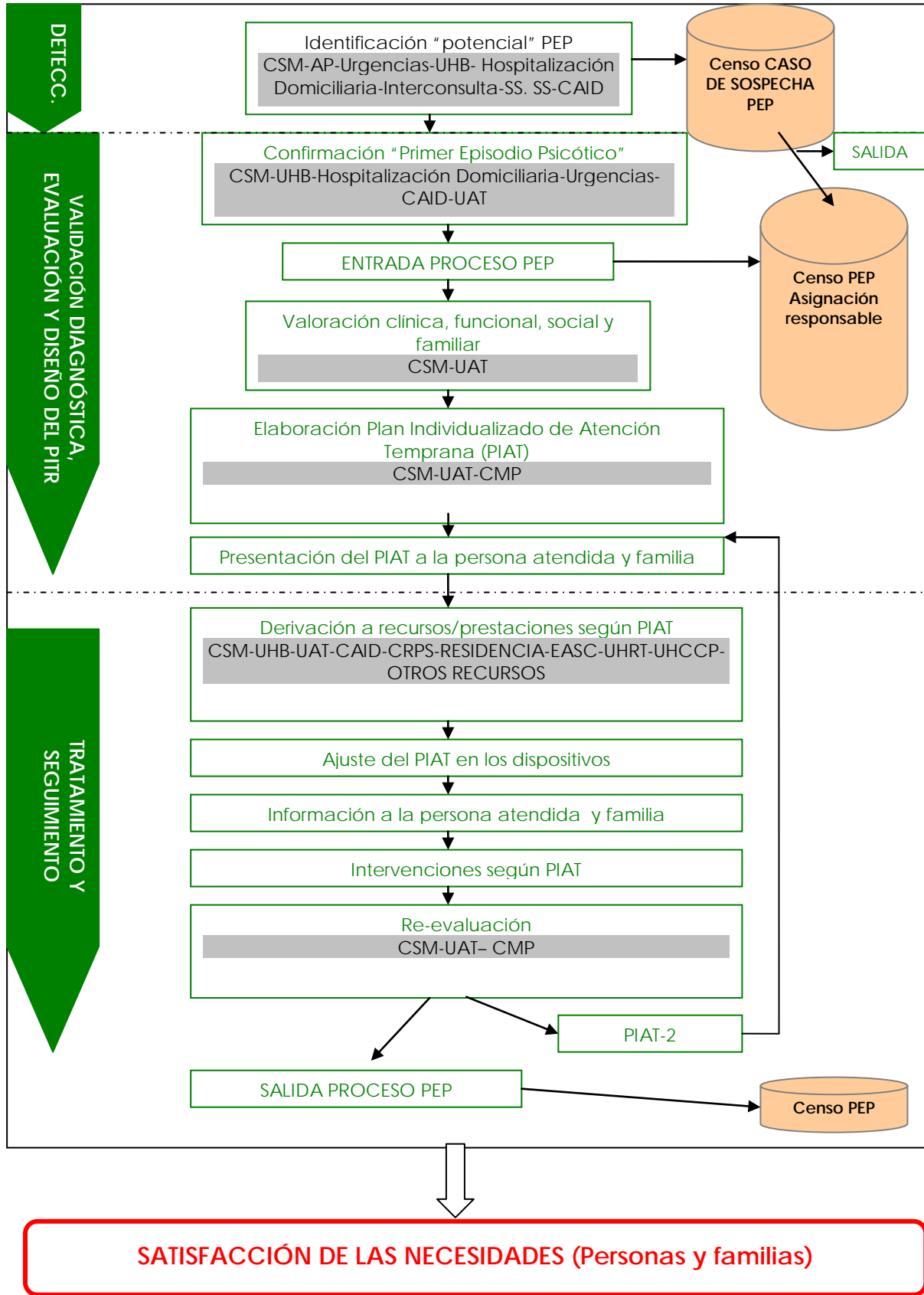
Personas con PEP mayores de 16 años, con no más de tres años de evolución desde el primer episodio psicótico y que pueden beneficiarse de un tratamiento integral.

En el caso de personas con sospecha PEP, mayores de 16 años de edad y que se detecten en las Urgencias, UHB, Hospitalización Domiciliaria, Interconsulta o CAID, la derivación será por vía urgente (Derivaciones por tlf: 681 075 622) a la UAT (sin necesidad de ser evaluados con anterioridad en el programa general de CSM) siendo el equipo el responsable de referencia.

No está indicado el dispositivo:

- Capacidad intelectual que no permita un abordaje psicoterapéutico
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa
- Trastorno orgánico
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera gravemente con el tratamiento
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución

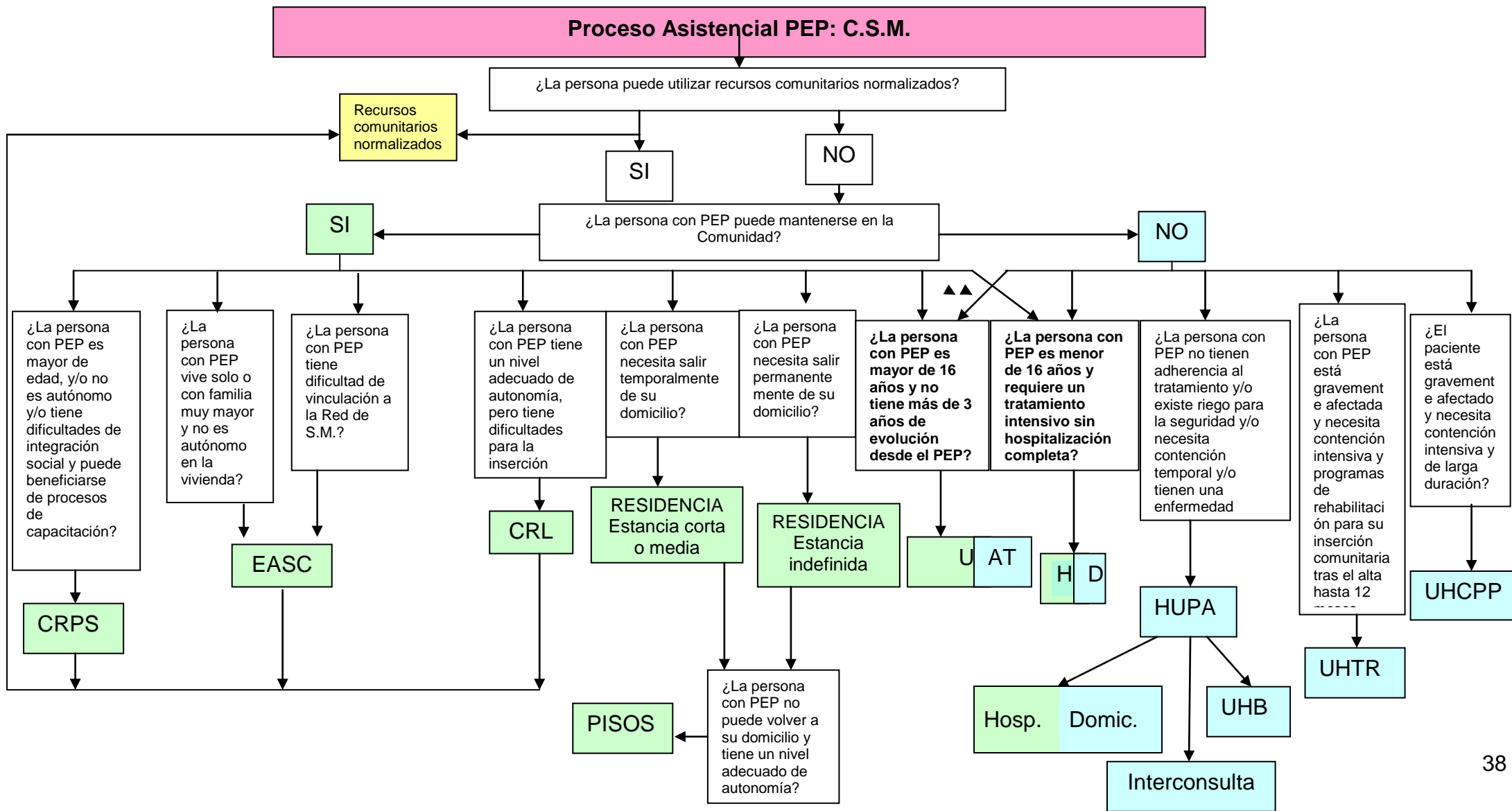
7. MAPA DEL PROCESO PEP



8. ANEXOS:

8.1. ANEXO I: Árbol de decisión.

Para el uso racional de los dispositivos del Proceso Asistencial PEP



8.2. ANEXO II: Fichas de los Recursos

RECURSO: Centro de Salud Mental (Programa de Adultos) (CSM)
<p>DEFINICIÓN:</p> <p>Elemento central de la Red. En ellos se basan los programas de evaluación de problemas de salud mental, atención ambulatoria, atención ambulatoria urgente, atención domiciliaria, coordinación y apoyo con atención primaria, coordinación y apoyo con Servicios Sociales y Rehabilitación. Constituyen la vía de entrada a la Red, trabajando en segunda línea respecto a la Atención Primaria de Salud.</p> <p>El personal que trabaja en estos es personal público, que depende en su mayor parte de la Gerencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, aunque hay quien depende de la Gerencia de Atención Primaria. Tienen habilitados turnos de mañana y tarde.</p> <p>El 95% de las personas atendidas son derivadas por atención primaria directamente a través de un sistema de telecita. Con algunos equipos de Atención Primaria de Alcalá se está desarrollando un programa de especialista consultor por el que los facultativos de los Servicios de Salud Mental se desplazan al centro de salud a valorar las personas nuevas y prestar apoyo a los profesionales de primaria.</p>
<p>PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:</p> <p>Personas mayores de 18 años residentes en Alcalá de Henares y municipios adscritos al área de atención de dicha localidad.</p>
<p>PRESTACIONES:</p> <p>Evaluación y diagnóstico Manejo clínico de tratamiento farmacológico Psicoterapia individual Psicoterapia de familia Psicoterapia de grupo Atención ambulatoria urgente Plan Individualizado de Coordinación de Cuidados para Pacientes Graves y Crónicos o en riesgo de cronicidad Consulta de enfermería Entrenamiento en relajación Extracciones y gestión de analíticas para determinaciones protocolizadas Intervención domiciliaria Orientación y apoyo social</p>
<p>UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:</p> <p>Centro de Salud Mental Puerta de Madrid: Calle Alfonso de Alcalá s/n 28802 Alcalá de Henares. Tlf 918771506 CIDT Francisco Díaz: Calle Octavio Paz s/n Alcalá de Henares, tlf 918303870</p>

RECURSO: Centro de Salud Mental (Programa Infanto Juvenil) (CSM)

DEFINICIÓN:

El Centro de Salud Mental es el elemento central de la Red. En él se centralizan los programas de evaluación de problemas de salud mental, atención ambulatoria, atención ambulatoria preferente, atención domiciliaria, coordinación y con atención primaria, coordinación y apoyo con Servicios Sociales y Rehabilitación. Constituye la vía de entrada a la Red, trabajando en segunda línea respecto a la Atención Primaria de Salud. El 95% de los pacientes atendidos es derivado de Atención Primaria (el resto desde urgencias u otros servicios del hospital) a través del sistema de Telecita. Con algunos equipos de atención primaria de Alcalá se está desarrollando el programa de especialista consultor por el que los facultativos de los Servicios de Salud Mental se desplazan al Centro de Salud para valorar a las personas nuevas y prestar apoyo a los profesionales de Atención Primaria.

El programa infanto juvenil es un programa básico, longitudinal, específico y permanente, que regula las actividades de Salud Mental referidas a la población de 0 a 18 años.

Por la naturaleza de la población atendida tiene unas **características específicas**: el desarrollo evolutivo del niño implica un proceso constante de cambios y la familia es un punto de referencia básico, así como el entorno próximo del menor. Por tanto, es importante tener en cuenta que la psicopatología que aparece en la infancia y adolescencia está relacionada con el fracaso en la adaptación al proceso de desarrollo.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Personas de 0 a 18 años residentes en Alcalá de Henares y municipios adscritos al área de atención de dicha localidad.

Motivos de Derivación a Salud Mental para evaluación:

Fracaso en la Adaptación al proceso de desarrollo
Trastorno Generalizado del Desarrollo
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
TICS
Trastorno de Conducta Alimentaria
Trastornos de Conducta
Trastornos Emocionales
Somatizaciones
Problemas de Relación
Trastornos del Pensamiento y Sensopercepción
Ideas Autolíticas
Víctimas de Abusos sexuales y malos tratos
Conductas Sexuales inadecuadas para el momento evolutivo

Motivos de NO Derivación: (Aunque en ocasiones acuden a consulta por error en la derivación)

Bajo rendimiento escolar
Dificultad para cumplir normas
Dificultad en comunicación con padres o profesores
Dislexia
Realización de CI

Padres separados

PRESTACIONES:

Programa de atención a niños con **TDAH** (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Tratamiento cognitivo-conductual

Psicoeducación a padres

Asesoramiento e información a docentes

Relajación

Medicación

Hábitos, rutinas, límites

Programa de **Trastornos de Conducta Alimentaria**

Seguimiento y control de peso (Enfermería)

Intercambio de información con el Servicio de Nutrición

Abordaje psicológico integral (apoyo, control de atracones y purgas)

Abordaje familiar

Medicación

Ansiedad (Fobias, Ansiedad, TOC (trastorno obsesivo compulsivo), Tics

Terapia cognitivo-conductual

Medicación

Estrategias de afrontamiento

Relajación

Apoyo/ Prevención de patología en hijos de enfermos mentales

Intervenciones familiares

Seguimiento por enfermería

Evaluación social y asesoramiento. Derivación a recursos sociales si procede.

Coordinación con psiquiatra de adultos

Coordinación con Servicios Sociales y dispositivos relacionados, con el Centro de Apoyo a la Infancia y la Familia, el Centro de Atención al drogodependiente, centros educativos de Alcalá y municipios del área de influencia

Coordinación con Programas de Seguimiento: Centro de Rehabilitación psicosocial, Equipo de apoyo social y comunitario, centro de rehabilitación laboral

Programa de **Trastornos de Conducta**

Estrategias de resolución de conflictos

Abordaje familiar

Medicación

Psicoeducación

Coordinación interinstitucional, principalmente Servicios Sociales y Educación.

Programa de **Autismo**

Detección precoz/signos de alarma

Coordinación con neuropediatría

Medicación

Derivación a atención temprana

Coordinación con asociaciones (CETEA/ASTEVA), colegio de educación especial Pablo Picasso y programa AMI-TEA el Hospital Gregorio Marañón.

Información, valoración de recursos sociales.

Seguimiento social relacionado con esta patología. Apoyo a cuidadores.

Programa de **Violencia Intrafamiliar**/ Atención a personas expuestas a situaciones traumáticas

Prioridad en la asistencia

Evaluación específica a pacientes en situación de trauma agudo/crónico

Coordinación con servicios sociales

Intervención conjunta con Atención Primaria

Psicoeducación

Apoyo psicoterapéutico

Medicación

Derivación a Observatorio de Violencia / CIASI

Prevención de patología en personas expuestas

Seguimiento social, información de recursos sociales

Derivación a centros especializados de referencia

Coordinación si procede con las fuerzas de seguridad del estado.

Duelo Complicado

Terapia de apoyo

Medicación

Coordinación con centros docentes

Intervención familiar

Intervención por enfermería (relajación, acompañamiento en duelo, afrontamiento, etc.)

Seguimiento social, información, valoración y orientación a recursos sociales.

Programa de **Seguimiento de enfermos crónicos**

Consulta de enfermería: seguimiento de salud con analíticas, medicación intramuscular, etc.

Intervención por dispositivos de rehabilitación

Intervención social

Derivación a hospitalización parcial

Derivación a otros dispositivos del área (centro de día, Centro de rehabilitación laboral, centro de rehabilitación psicosocial, equipo de calle, etc.) y de otras áreas. (media estancia, etc.)

Seguimiento, información, coordinación principalmente con recursos de rehabilitación

OTRAS ACTIVIDADES:

Coordinación con los Centros Educativos (Equipo de Orientación y Psicopedagógico, EOEP). Reuniones trimestrales en la sede del EOEP con los orientadores de los Centros Públicos de Educación Primaria y reuniones trimestrales con los Orientadores Escolares de los Institutos de Enseñanza Secundaria Públicos en el Centro de Salud Mental. Comunicación telefónica con los Centros privados o concertados cuando se considere necesario. Siempre previa autorización verbal o escrita de los padres del paciente.

Coordinación regular con diferentes dispositivos de la Concejalía de Educación. (Centro de Ocio, Programa I+I)

Coordinación con el Centro de Educación Especial Pablo Picasso, centro educativo de la CAM donde están escolarizados algunos de nuestros pacientes y con el Equipo de Atención Temprana para la atención psicopedagógica de niños en edad preescolar.

Comunicación fluida de nuestro Trabajador Social y los profesionales implicados en la asistencia con los distintos dispositivos de Servicios Sociales:

Centro de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF)

Observatorio de Violencia contra las mujeres

Punto de Encuentro familiar

Agencia Antidroga

CIASI, (centro especializado de intervención en abusos sexuales)

Trabajadores Sociales de Zona

Reuniones bimensuales entre los distintos programas infanto juveniles de zona (subequipos del CSM, Hospital de día, Consulta de Psicología del hospital, equipo de Primer Apoyo)

Reuniones semanales con el resto del Equipo de Salud Mental

Atención /formación de **Residentes** (Psicología, Psiquiatría, Medicina de Familia y Enfermería) y estudiantes de Medicina. Asistencia a las consultas programadas de evaluación y seguimiento de los distintos profesionales que componen el equipo. Conocimiento del funcionamiento del programa.

Consultas programadas (residentes) bajo supervisión de los profesionales

Docencia: Participación en las sesiones clínicas del área según el calendario acordado.

Asistencia a Cursos de **Formación** relacionados con la especialidad. Estas actividades están dirigidas a mejorar la capacitación de los profesionales responsables del programa para atender las necesidades específicas de la población a la que va dirigido

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Centro de Salud Mental Puerta de Madrid: Calle Alfonso de Alcalá s/n 28802 Alcalá de Henares. Tlf 918771506

CIDT Francisco Díaz: Calle Octavio Paz s/n Alcalá de Henares, tlf 918303870

RECURSO: CENTRO DE REHABILITACION LABORAL (CRL) "ESPARTALES SUR"

DEFINICIÓN:

El CRL es un recurso de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familias de la Comunidad de Madrid. Su misión fundamental es la de favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas afectadas por un trastorno mental grave, de modo que propicie su integración laboral en la empresa ordinaria o en empleo protegido (centros especiales de empleo) o sistemas de autoempleo. Su capacidad de atención es de 20 personas.

PERFIL DE POBLACIÓN DEL CRL:

Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los Servicios de Salud Mental del área sanitaria de referencia asignada al Centro.

Tener una edad entre 18 y 55 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad. Ambos sexos.

No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.

Personas que han experimentado una recuperación significativa con el tratamiento aplicado desde la UAT y/o CRPS (según criterios de edad), en coordinación con los Servicios de Salud Mental.

No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.

Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.

Presentar un nivel óptimo de motivación respecto a la integración laboral.

PRESTACIONES:

Las prestaciones que se desarrollan son las siguientes:

Programa de Acogida: a través de él se procede la vinculación de la persona con el recurso. Dura aproximadamente 45 días y en este tiempo se lleva a cabo la valoración de las capacidades psicosociales, ocupacionales y profesionales.

Programa de Fortalecimiento psicológico. El objetivo general de este programa es fomentar y reforzar las habilidades de competencia personal que mejoren la capacidad para afrontar el estrés producido por situaciones de la vida diaria, teniendo en cuenta siempre que esta capacidad es fundamental en un ambiente laboral.

Programa de Familias: programa psicoeducativo dirigido a propiciar en las familias información realista sobre la rehabilitación laboral de sus familiares y el desarrollo de actitudes facilitadoras hacia la integración laboral.

Programa de Entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral. Permite la adquisición gradual de competencias laborales con la inclusión en las áreas prelaborales (Servicios Múltiples y Tecnología).

Programa de Orientación Vocacional. Tiene como objetivo general acompañar a la persona en la elección vocacional-ocupacional significativa, productiva y satisfactoria.

Programa de Adquisición y manejo de habilidades para el desarrollo profesional. Se Mejora la competencia personal mediante el fortalecimiento de destrezas psicosociales, favoreciendo el desempeño profesional y permitiendo de este modo, afrontar con éxito las exigencias del entorno laboral.

Programa de Apoyo a la Formación laboral. El objetivo general es aumentar y actualizar la cualificación profesional. Desde este programa se ofrecen los apoyos necesarios para lograr el mantenimiento y la finalización de la formación y permite comprobar hasta que punto se han adquirido y generalizado las habilidades entrenadas en el CRL en un contexto diferente

Programa de Apoyo a la Inserción laboral. El objetivo general es desarrollar las estrategias de búsqueda activa de empleo para que sean generalizables en la búsqueda autónoma de empleo, pudiendo usar la intermediación laboral como herramienta de apoyo a la colocación. A este programa, llegan todos aquellos usuarios que tienen un nivel óptimo en sus competencias, una orientación vocacional definida y una auténtica motivación para el empleo.

Programa de Intermediación y prospección de recursos formativo-laborales. Entre sus objetivos se encuentra el facilitar al empresario trabajadores ajustados a las vacantes laborales y derivar a los usuarios a recursos que favorezcan necesidades relacionadas con su proyecto profesional.

Programa de Mantenimiento en el Empleo. El objetivo general de este programa es detectar dificultades que se puedan dar en los distintos puestos de trabajo para ayudar al trabajador a resolverlas y la reflexión sobre las aportaciones que tiene la inserción laboral para el proyecto de vida.

Programa de Ocio Saludable. Este programa conecta con un objetivo básico del Centro de Rehabilitación Laboral que es la apertura a empresas para que, a través del Voluntariado corporativo en temas de ocio, se sensibilicen y tomen conciencia de una imagen ajustada de las posibilidades de inserción laboral para las personas que atendemos. Al mismo tiempo, se generan espacios para introducir el uso de un ocio saludable, una vez finalizada la jornada de entrenamiento laboral.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CENTRO DE REHABILITACION LABORAL “ESPARTALES SUR”.
Avenida Federico García Lorca 20
28806 Alcalá de Henares (Madrid)

Tlf: 91 8797591
Fax: 91 8829251
crl.alcala@grupo5.net

RECURSO: EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (Río Tajuña) (EASC)

DEFINICIÓN:

Los EASC son un Equipo social multiprofesional, cuyo trabajo ha de hacerse en coordinación y complementariedad con el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

Su capacidad de atención es de 30 personas.

Están integrados en la red pública de Salud Mental, debiendo coordinarse y colaborar con los recursos específicos de atención social y con los Servicios Sociales Generales

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.

Han de estar en tratamiento en los Servicios de Salud Mental e incluidos en el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados.

Presentarán enfermedad mental severa o grave de curso crónico (principalmente esquizofrenia y otras psicosis).

Evidenciarán gran dificultad para vincularse a cualquier recurso del área, haciéndose de este modo inviable su derivación de acuerdo a los procedimientos y protocolos estándar.

Usuarios que viven solos o con padres muy mayores y que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.

Usuarios que por presentar una pérdida o deterioro leve o moderado en sus capacidades y habilidades no necesitan procesos estructurados, sistemáticos e integrales de rehabilitación psicosocial, bastando con intervenciones de apoyo social y comunitario para prevenir una pérdida o deterioro severo de sus capacidades y habilidades, y facilitar su integración sociocomunitaria.

PRESTACIONES:

Evaluación funcional y Programas Individualizados de Atención Social y Apoyo Comunitario en su propio domicilio y en su entorno familiar y social encaminado a:

Que los usuarios se vinculen con los recursos de la red.

aprendan y/o recuperen las habilidades y capacidades necesarias para vivir autónoma y normalizadamente en su domicilio.

Orientar a los familiares para que la convivencia con el usuario sea más normalizada y desproblematizada.

“Descargar” a los familiares de las responsabilidades y exigencias a las que se ven abocados en la convivencia con el usuario.

Los principales procedimientos y estrategias de intervención que se pueden utilizar son:

Estrategias de Vinculación a Recursos, sistematizadas y asertivas.

Atención y Apoyo Social en el Domicilio y en su entorno familiar y social:

Autocuidado (vestido, higiene personal, hábitos de alimentación, hábitos de sueño, etc.).

Actividades de la Vida Diaria (manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes, preparación de comidas y otras tareas domésticas).

Psicoeducación (información clara y asequible sobre su problemática y su condición de vulnerabilidad, enseñándoles a conocer factores de riesgo, así como informándoles sobre la medicación neuroléptica como factor protector).

Facilitar la colaboración e implicación de **Recursos Sociales y Comunitarios** que puedan favorecer el proceso de rehabilitación e integración social de los usuarios.

Fomentar el desarrollo de las **Redes Sociales** de los usuarios.

Apoyo a las Familias que conviven con los usuarios. Se ofrecerá la información, asesoramiento y el apoyo individualizado necesario para facilitar la mejora de la convivencia y aumentar sus recursos y capacidades para aliviar la sobrecarga y resolver los problemas existentes.

Seguimiento para asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad, es necesario articular un sistema de apoyo social y seguimiento flexible y continuado que se ajuste a las necesidades de los usuarios.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Dirección. C/ Río Tajuña S/n. Centro Comercial Nueva Alcalá.
28803, Alcalá de Henares.

Tel: 91 882 22 34

Fax: 91 882 71 13

Correo electrónico: eascalcala@grupoexter.com

RECURSO: CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDIENTES (CAID)

DEFINICIÓN:

El CAID de Alcalá de Henares es una entidad pública de dependencia municipal en convenio con la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, cuya 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. Es un dispositivo asistencial ambulatorio multidisciplinar de primer nivel desde un modelo de intervención comunitario y puerta de acceso a la Red de recursos de la Comunidad de Madrid, integrados en la Dirección General de Salud Pública.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Personas de ambos sexos con problemas de uso, abuso o dependencia de sustancias ilegales.
Mayores de 16 años que firman el consentimiento informado.
En caso de menores de 16 años, firma del padre o tutor legal.
Pacientes que no presenten patología orgánica y/o trastorno mental que requieran atención urgente o prioridad de atención en otros servicios de salud.
Los pacientes que están en tratamiento en salud mental y son derivados por su psiquiatra de referencia.

PRESTACIONES:

Acogida: Realización de entrevista individual, recogida de la demanda, explicación del proceso de asistencia y firma del consentimiento.

Evaluación: Entrevista individual y familiar (si procede) para la evaluación psicológica. Valoración de la pertinencia de evaluación médica y social, dependiendo de las necesidades del paciente. Diseño del plan de tratamiento individualizado.

Tratamiento: Manejo clínico y tratamiento farmacológico. Desintoxicación ambulatoria, psicoterapia individual, apoyo familiar, grupos terapéuticos, grupo psicoeducativo y tratamientos directamente supervisados.

Seguimiento: Análisis toxicológicos. Seguimiento en el medio de pacientes en tratamiento. Asistencia al metabús y farmacias concertadas. Intervención individual para asesoría, orientación laboral y realización de cursos de formación. Información y búsqueda de recursos de ocio y tiempo libre. Acompañamientos a recursos socio- sanitarios y órganos judiciales. 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 tanto para tratamiento como para prevención.

Asesoría y orientación: Consulta individual para familiares y población general para asesorar y orientar cuando hay sospecha o situaciones de consumo de sustancias.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CAID ALCALÁ DE HENARES

Dirección. C/ Santiago nº 13.

28801, Alcalá de Henares.

Tel: 91 877 17 40

Fax: 91 877 17 41

Correo electrónico: plandrogas@ayto-alcaladehenares.es

RECURSO: Hospital de Día Psiquiátrico para Adolescentes (HD)

DEFINICIÓN:

El HD 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 (12-18años) 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.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

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.

OBJETIVOS:

Mejorar la salud mental de los pacientes
Favorecer la sensibilización y detección de la patología indicada
Capacitar y movilizar recursos mediante asesoría, formación, y apoyo en los entornos institucionales (principalmente educativo) adecuados
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:

Reuniones, entrevistas y comunicaciones con pacientes, familiares u otros profesionales implicados que se pueden realizar por teléfono, en el HD, en el domicilio, en el centro escolar o en otros lugares.
Evaluación de enfermería
Seguimiento y control de Enfermería
Taller de Salud (en el Hospital de día para el paciente)
Psicoterapia individual
Entrevistas familiares
Grupo Terapéutico (terapia interpersonal)
Grupo Entrenamiento Metacognitivo para psicosis (Steffen Moritz 2010)
Grupo de Habilidades Sociales (diferentes formatos)
Grupo Grande asambleario
Taller Creativo
Taller de Psicomotricidad
Taller Expresivo
Taller de Ocio
Grupo de Padres

Grupo Informativos o psicoeducativos (en el HD o fuera de él, para pacientes, familiares u otros profesionales implicados)
Grupos para ensayar y adiestrar habilidades específicas (en el HD para pacientes o para sus familiares)
Intervención Farmacológica
Actividad Escolar
Comida
Comedor Terapéutico

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

Calle Alfonso de Alcalá S/N
Alcalá de Henares
Madrid 28802
Tlf: 918771505/Fax: 918880584

PROGRAMA DE CSM: UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA (UAT)

DEFINICIÓN:

La Unidad de Atención Temprana (UAT) para personas con una primera experiencia psicótica es un servicio para la atención temprana de personas mayores de 16 años que hayan sufrido un primer episodio psicótico con no más de tres años de evolución.

Con la intención de reducir al máximo el tiempo sin recibir un tratamiento adaptado a sus necesidades y de facilitar a estas personas y a sus familias un tratamiento integral dentro de su propia comunidad.

La UAT ofrece un tratamiento adaptado a una etapa inicial en psicosis con la intención de redirigir el curso de un posible trastorno psicótico incipiente, buscando la mayor recuperación y un mejor pronóstico que evite el curso hacia el TMG y la cronicidad.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

EDAD: >16 años

DIAGNÓSTICO: Personas que han atravesado un primer episodio psicótico franco

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: Menos de tres años desde una primera experiencia psicótica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Retraso mental que impida un abordaje psicoterapéutico

Trastorno mental orgánico

Abuso o dependencia grave de drogas que impida el abordaje en atención temprana

Psicopatía grave

PRESTACIONES:

Intervenciones de Tipo Individual

Acompañamiento Terapéutico: consistente en atender a la persona y a su familia en su propio entorno, ayuda a vincularse al tratamiento en etapas iniciales, sostiene en momentos puntuales de afrontamiento de nuevos retos y apoya momentos de crisis.

Apoyo Psicofarmacológico: Funciona como un espacio disponible para las personas que quieran tomar decisiones informadas sobre emplear o no la medicación, qué medicación y cuánto tiempo, así como acompañar procesos de discontinuación.

Intervención de Tipo Grupal

Reuniones Dialógicas: reuniones que acompañan todo el proceso de tratamiento de principio a fin con la persona atendida y su entorno más cercano, de frecuencia variable en las que la atención dedicada persigue comprender la situación de crisis compartida a través de la escucha de las experiencias individuales de cada asistente, la definición de las necesidades de los asistentes, la toma de decisiones conjunta acerca del tratamiento a seguir en paralelo al proceso terapéutico de la familia para restablecer un sistema equilibrado y saludable trabajando aspectos anteriores a la crisis y las consecuencias de la

experiencia vivida en torno al episodio psicótico.

Grupo de Terapia Multifamiliar: reuniones semanales abiertas de las familias junto con las personas atendidas y el equipo de la Unidad para compartir las experiencias personales en torno a los problemas de salud mental. Con la intención de tomar conciencia acerca de la forma de actuar de uno mismo y de pensar junto con los demás qué aspectos de las relaciones familiares habría que mejorar en esta nueva etapa que atraviesa la vida familiar para favorecer la recuperación.

Grupo de Deportes: actividad grupal abierta de frecuencia semanal que fomenta la creación de red entre las personas atendidas y el autoconocimiento personal a través del cuerpo y de las relaciones en grupo.

Grupo de Apoyo Mutuo: asesorados por el experto en primera persona del equipo, con la intención de fomentar el cuidado mutuo por fuera de la Red de salud Mental.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO UAT:

Tlf.: 681 075 622

C/ Arturo Soria 12. La Garena. 28806 Alcalá de Henares

silvia.parrabera@salud.madrid.org

Ficha de Derivación: página 58

Agenda telefónica y de correo electrónicos: página 57

AGENDA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA (UAT: programa de CSM)
HORARIO DE ATENCIÓN; lunes a viernes 9.00h – 16.00h

DERIVACIONES Y URGENCIAS EN LA UAT: 681 075 622

EQUIPO:

SILVIA PARRABERA (PSICÓLOGA/COORDINADORA)

silvia.parrabera@salud.madrid.org

681 075 622

CARLOS MARTÍN (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

carlosmartin.fernandez@salud.madrid.org

682 577 007

MARÍA CHICO (ENFERMERA)

mariajose.chico@salud.madrid.org

650 107 762

MARINA DE LA HERMOSA (PSIQUIATRA)

marina.hermosa@salud.madrid.org

648 976 911

UBICACIÓN:

Centro de Salud La Garena, 1ª planta. C/ Arturo Soria 12. 28806 Alcalá de Henares. Madrid

FICHA DE DERIVACIÓN: UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA (UAT: Programa de CSM)

FECHA DE DERIVACIÓN:

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA ATENCIÓN

Nombre y Apellidos:

NHC:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Lugar de residencia:

Teléfono personal:

Tiempo de evolución desde la primera crisis:

Estudia/Trabaja:

Red personal:

¿La persona y su red están informadas acerca de la Unidad de Atención Temprana?:

¿Nos ponemos en contacto telefónico para convocar una primera reunión?:

Diagnóstico diferencial:

¿Se ha descartado patología orgánica?:

Pruebas solicitadas hasta ahora:

Diagnóstico a la derivación:

¿Ha tenido ingresos anteriores?, fechas y duración:

Consumo de tóxicos en la actualidad:

Si desea comentar o añadir información:

DATOS DEL PROFESIONAL DERIVANTE

Facultativo:

Lugar de trabajo:

Teléfono de contacto:

Dirección de correo:

RECURSO: CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)

DEFINICIÓN:

El CRPS es un recurso de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familias. Su misión es ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así como apoyar y asesorar a sus familias. Su capacidad de atención es de 90 usuarios. Los CRPS trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, así como con los Servicios Sociales Generales y con los recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer la integración de los usuarios atendidos.

Además de los programas habituales que se desarrollan en los Centros De Rehabilitación, el CRPS de Alcalá de Henares ofrece un **programa de intervención psicosocial**, complementario con el tratamiento que se ofrece en el CSM para **personas que han experimentado un primer brote psicótico**. El programa ha sido diseñado para intervenir con usuarios, que tras haber sufrido un primer episodio no presentan buena evolución en lo relacionado con la superación o manejo de la sintomatología o bien en la recuperación de su proyecto vital e integración en la comunidad. El objetivo general del programa es ayudar a los usuarios en el proceso de recuperación a través de los siguientes **objetivos específicos**:

Prevenir o disminuir la discapacidad a largo plazo

Prevenir posibles recaídas

Proporcionar apoyo emocional ante la experiencia de la psicosis

Promover el conocimiento de la psicosis, la participación activa en el tratamiento y la adherencia a la medicación

Disminuir el impacto de la psicosis en los roles que el usuario venía ejerciendo o, en su caso, recuperar roles significativos

Favorecer la comprensión, manejo y control de la experiencia psicótica y de sus consecuencias

Proteger la autoestima y el sentido de identidad

Afrontar los síntomas positivos persistentes y los síntomas negativos

Prevenir la comorbilidad secundaria e intervenir de forma específica sobre la misma

Evitar la ruptura de relaciones sociales o la pérdida de la red social

Proporcionar apoyo a la familia y favorecer su implicación activa en todo el proceso

Intervención individual en la comunidad y entrenamiento o apoyo en la recuperación de habilidades específicas

Enlace con recursos comunitarios, coordinación con dispositivos de la red de salud mental y servicios sociales

Orientación, búsqueda de empleo y/o reincorporación laboral

PERFIL DE LA POBLACIÓN A DERIVAR:

Personas mayores de edad que hayan sufrido un primer episodio psicótico, con una evolución máxima de tres años desde el inicio del trastorno.

Estas personas no han experimentado recuperación significativa con el tratamiento aplicado desde el CSM, y precisan de otras intervenciones.

Los pacientes deben estar derivados desde el CSM, de Alcalá de Henares.

Criterios de **exclusión** para la participación en el programa de atención a primeros episodios psicóticos:

- Retraso mental
- Trastorno generalizado del desarrollo
- Psicosis orgánicas
- Historia previa de patologías graves (TDP, TOC, TCA)
- Consumo de drogas que interfiera en el proceso de rehabilitación

Se trata de una intervención individualizada con flexibilidad horaria y orientada a la integración comunitaria.

No está limitado el tiempo de estancia en el programa.

PRESTACIONES:

Evaluación inicial en la que se valora su estado clínico y sus capacidades funcionales

Evaluación de la familia

Elaboración del Plan Individual de rehabilitación

Intervención psicosocial grupal y/o individual, donde se abordan todos los aspectos relacionados con la psicosis y las principales áreas de intervención son las siguientes:

Psicoeducación: información y orientación sobre el tema, tanto para usuarios como para sus familiares, Prevención de recaídas, manejo de síntomas psicóticos y aceptación del problema.

Afrontamiento de situaciones estresantes, manejo de emociones

Recuperación de su red social

Actividades de ocio

Integración formativo- laboral

Actividades de apoyo y soporte social: estas actividades se desarrollarán tanto dentro como fuera del centro y serán de índole variada dependiendo de las necesidades y características del usuario. (Pueden abarcar desde la aportación de información sobre diferentes recursos, apoyo en el estudio, ayuda en la búsqueda de empleo, acompañamiento físico en determinadas gestiones y apoyo emocional ante la dificultad para gestionar sus propias emociones).

Seguimiento: una vez finalizado el proceso específico se desarrolla un proceso flexible de seguimiento y apoyo en los aspectos personales y en lo relativo a su integración. Se pone en marcha cuando la persona y su familia hayan alcanzado los objetivos planteados con la finalidad de desvincularse progresivamente del programa.

UBICACIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CRPS Alcalá de Henares. C/ Pablo Coronel, 18 bajo. 28802 Alcalá de Henares.

Tel.: 91 882 38 84 - 91 882 39 84. Fax: 91 880 68 50

Correo electrónico: crpsalcala@grupoexter.com

RECURSOS: RESIDENCIA ALCALÁ DE HENARES

RESIDENCIA ESPARTEALES SUR – ALCALÁ DE HENARES

DEFINICIÓN:

La Residencia “Alcalá de Henares” de 20 plazas, y la Residencia “Espartales Sur Alcalá de Henares” de 30 plazas, se conciben y organizan como un recurso residencial comunitario destinado a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con deterioro en su autonomía personal y social que no cuentan con apoyo familiar o social o que debido a su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación requieran los servicios de este recurso residencial.

Proporciona con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido (estancia larga), alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario, y en su caso orientación y apoyo a las familias. Se organiza de un modo polivalente y flexible y ofrece atención y supervisión continuada (24 horas).

OBJETIVOS:

Brindar al usuario PEP un entorno estructurado desde el que desarrollar la intervención terapéutica en los distintos recursos.

Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por el proceso de su enfermedad no puedan permanecer en el domicilio de origen o carezcan de este.

Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, favoreciendo el uso de recursos comunitarios relevantes en su proceso (laborales, formativos, socioculturales, etc).

Posibilitar la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.

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.

ACCESO:

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en la MR.

Todos los usuarios que se plantee su acceso a la misma deberán estar siendo atendidos en un Servicio de Salud Mental. El equipo del Servicio de Salud Mental propondrá la derivación y acceso de un usuario mediante la cumplimentación de la ficha individualizada de continuidad de cuidados, o en su caso, un informe de derivación que incluirá información sobre la situación clínico-psiquiátrica, situación social y familiar, nivel de funcionamiento psicosocial, motivos que justifican la demanda de acceso, previsión de duración de la estancia y funciones y objetivos de la misma, así como previsión residencial a la salida de la MR. También se presentará la documentación requerida por el Proceso de Primeros Episodios Psicóticos.

PERFIL DE POBLACIÓN A DERIVAR:

Personas entre 17 y 35 afectadas por psicosis con una evolución máxima de 3 años desde el primer episodio psicótico.

Estar atendido en un recurso diurno de los contemplados dentro del Proceso PEP (CRPS, Hospital de Día, UAT).

Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social.

Criterios de exclusión:

Retraso mental.

Trastornos generalizados del desarrollo.

Psicosis orgánicas.

Historia previa de patologías graves que hayan requerido tratamiento psiquiátrico de larga duración (trastornos de personalidad, trastornos obsesivos graves, trastornos de alimentación, ...).

No presentar alteraciones graves de conducta ni patrones agresivos.

No mantener en el momento del ingreso consumo habitual de alcohol o tóxicos.

No presentar patologías orgánicas que requieran de cuidados continuados.

PRESTACIONES:

Dada la naturaleza de las Residencias de la Red de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid, los servicios a proporcionar a la población susceptible de acceder a las mismas por este proceso son:

Cobertura de las necesidades básicas de alojamiento y manutención.

Apoyo a la toma de medicación y el seguimiento de los cuidados médicos

Apoyo en el acceso y mantenimiento de recursos comunitarios

Estructuración del tiempo y las rutinas

De forma complementaria a las prestaciones enumeradas, se contempla la intervención en AVDs y autocuidados para la mejora del funcionamiento psicosocial, no siendo estos objetivos suficientes en sí mismos para justificar el acceso a la MR.

Se considera que el resto de prestaciones habitualmente proporcionadas por las MR's deben cubrirse en recursos especializados en PEP. La baja incidencia de perfiles de este tipo en MR's no permite aportar un trabajo específico ni organizar un abordaje grupal dentro del 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

mrascaladehenares@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

8.3. ANEXO III: Escalas de evaluación

Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (community Assessment of Psychic Experiences, CAPE)

Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Escala de Evolución de la Actividad Global (EEAG)

Cuestionario Familiar (FQ)

Cuestionario de estilo de recuperación, Recovery Style Questionnaire (RSQ)

Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF

8.4. ANEXO IV: Planificación de decisiones anticipadas en salud mental

9. OBSTÁCULOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO

Se señalan algunos obstáculos o dificultades que pueden dificultar la implantación del proceso:

1. Soporte informático con acceso desde los diferentes recursos de la Red de Salud Mental para:
 - a. La creación del censo de pacientes en el proceso
 - b. Sistema de alertas en las agendas electrónicas
 - c. Volcado y archivo de documentos que el proceso genere
2. Posibilidad de escanear y archivar electrónicamente documentos del proceso.
3. Tiempo de los profesionales implicados (por ejemplo, con huecos en agenda específicos para el proceso) y personal de apoyo (por ejemplo, para el escaneo y archivo de documentos).
4. Área Sanitaria Única: la inclusión de personas con PEP en el proceso, pero residentes en municipios diferentes a la influencia del HUPA, dificultará la coordinación y desarrollo de los procesos asistenciales.