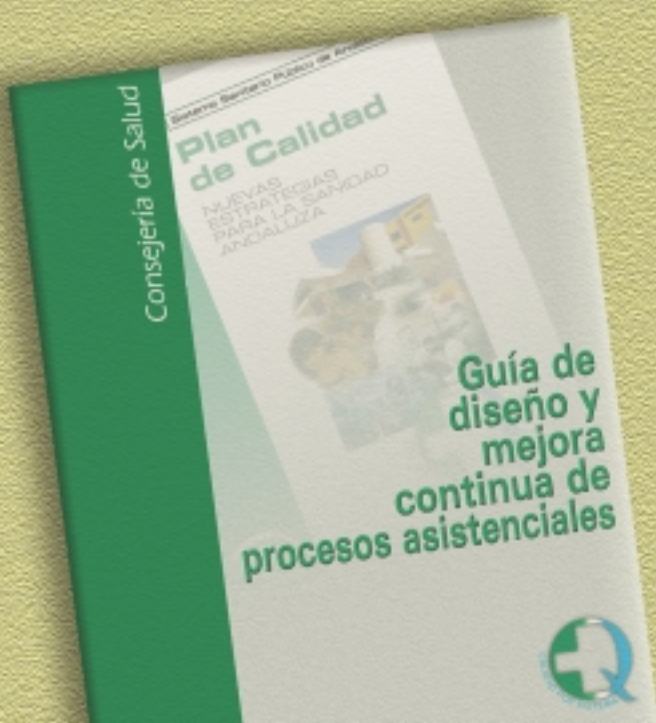


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

TRASTORNO MENTAL GRAVE



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

TRASTORNO MENTAL GRAVE



TRASTORNO mental grave: proceso
asistencial integrado. - [Sevilla] :
Consejería de Salud, [2006]
199 p. : tablas; 24 cm + 1 CDROM
1. Trastornos mentales 2. Trastornos
Psicóticos Afectivos 3. Calidad de la atención
de salud 4. Andalucía I. Andalucía. Consejería
de Salud
WM 40

TRASTORNO MENTAL GRAVE

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Depósito Legal: S-1544-2006

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento



EQUIPO DE TRABAJO

Francisco del Río Noriega (Coordinador); Dolores Aguilera Prieto; Concha Caballos Gutiérrez; José Carmona Calvo; Ana Chinchilla Marín; Eudoxia Gay Pamos; Josefa Guerra Arévalo; Marcelino López Álvarez; Marta López Narbona; Carlos Martín Pérez; Fermín Pérez Pérez; Reyes Sanz Amores; Amalia Tesoro Amate; Eulalio Valmisa Gómez de Iara.

AGRADECIMIENTOS

María Escudero y María Ángeles Prieto (Escuela Andaluza de Salud Pública) y Equipo de trabajo del Plan de Cuidados.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	15
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	17
Destinatarios y expectativas	17
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	26
4. COMPONENTES	29
1. DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN	29
Profesionales. Actividades. Características de calidad	29
2. EVALUACIÓN PARA LA CONFIRMACIÓN DE TMG	33
Profesionales. Actividades. Características de calidad	33
3. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO	37
Profesionales. Actividades. Características de calidad	37
4. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO	41
Profesionales. Actividades. Características de calidad	43
Competencias profesionales	76
Recursos. Características generales. Requisitos	91
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	95
6. INDICADORES	101
ANEXOS	
Anexo 1. Criterios diagnósticos, según CIE-10, para los trastornos incluidos en el TMG	107
Anexo 2. Guión para la exploración psicopatológica	121
Anexo 3. Instrumentos de apoyo a la evaluación	125
Anexo 4. Valoración enfermera. Plan de cuidados estandarizado	145
Anexo 5. Modelo de formulario para el PIT	159
Anexo 6. Normas de calidad en la contención mecánica de pacientes con TMG	163
Anexo 7. Resolución del SAS sobre urgencias y traslados	169
Anexo 8. Criterios de periodicidad para seguimiento	175
Anexo 9. Criterios de aplicación de intervenciones según la situación clínica y de evolución de los pacientes	179
Anexo 10. Criterios de intervención de AP y de los dispositivos de Salud Mental y FAISEM	183
Anexo 11. La terapia electroconvulsiva (TEC)	189
Anexo 12. Clasificación de las evidencias de las GPC utilizadas	191
Bibliografía	193
Abreviaturas	199

1 INTRODUCCIÓN

El término enfermo mental crónico se ha venido utilizando, en gran parte del pasado siglo, para referirse a una población generalmente asilada en hospitales psiquiátricos y con enfermedad mental persistente a lo largo de la vida. Esta terminología responde a un enfoque asistencial restringido, por cuanto se centra en el diagnóstico clínico y, sobre todo, en la duración de la enfermedad, obviando otros parámetros relacionados con la discapacidad y el desempeño social, necesarios para la organización de la atención de estos pacientes. De hecho, con este enfoque, el hospital psiquiátrico se constituye en la práctica como el eje de la atención, con la consiguiente discriminación sanitaria y social para estas personas.

Por el contrario, el concepto Trastorno Mental Grave (TMG) ha venido a sustituir, más recientemente a la visión anterior designando a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes, pero que además, presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad producida por la enfermedad. De esta manera, se ha querido trascender el diagnóstico clínico, teniendo en cuenta otros parámetros, sanitarios y sociosanitarios, como base para organizar la atención, en cuanto a procedimientos e intervenciones, que dichas personas necesitan.

El impacto del TMG, así entendido es enorme en cuanto a la calidad de vida de las pacientes y sus familiares. Este tradicionalmente se ha medido con relación a la morbilidad, es decir, prevalencia/incidencia, con independencia de que estos términos sean más adecuados para enfermedades agudas y que en relación con enfermedades discapacitantes tienen importantes limitaciones.

La información de que disponemos en Andalucía no permite una estimación fiable. El SISMA ofrece datos diagnósticos, no de discapacidad y extrapolar datos de otros países nos resulta atrevido, porque manejan también datos de prevalencia administrativa y, por tanto, en relación con las características de los servicios. No obstante, hay consenso en que torno a 1,5 a 2,5 por 1000 personas de la población general sufre trastornos mentales graves, aunque éste es un dato que habrá que confirmar en la fase de implantación del proceso y con la ayuda de programas de investigación específicos. Por otro lado, hay que añadir que estos programas deberán incluir otras medidas más apropiadas para la repercusión del TMG en sentido amplio: años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), coste económico, problemas legales, etc.

En la literatura especializada podemos encontrar numerosas definiciones de TMG. Todas hacen referencia, además del diagnóstico clínico y la duración del trastorno, al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. El proceso asistencial TMG, que se desarrolla a continuación, concreta, en la definición del mismo, todos estos parámetros, adecuándolos a la realidad asistencial de nuestra comunidad autónoma.

Así, quedan incluidas en el límite de entrada de la definición una serie de categorías diagnósticas, con duración prolongada de más de dos años, que producen afectación en una o más áreas del funcionamiento personal y social, y que necesitan un abordaje desde la complejidad. Dicha complejidad se concreta, no solo en los diferentes tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles, sino en la necesidad de intervención en el entorno más cercano del paciente y en otros sectores que le conciernen: necesidades sociales básicas, formación, inserción laboral, disponibilidad de ocio, etc. A lo que habría que añadir la garantía de protección jurídica de los derechos de la persona afectada. Todo ello con la adecuada cooperación para garantizar la continuidad de la atención.

Se entiende, pues, que en la definición se incluyan aquellos trastornos que cumplen las características mencionadas y se excluyan las entidades nosológicas que no constituyen un TMG si carecen de algunas de las características mencionadas. Desde un punto de vista general, puede decirse que no toda psicosis es un TMG, pero que el TMG exige una psicosis como condición necesaria para su verificación.

Esta aseveración exige, a su vez, algunas puntualizaciones.

- En *primer lugar*, todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal, no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. De ahí que en la definición aparezca la calificación de sintomatología psicótica o prepsicótica, con la intención de abordar todos los comportamientos gravemente perturbados en el sentido apuntado. Es el caso de los trastornos de personalidad que se incluyen en la definición y, en particular, del trastorno límite. Pero también es el caso de los trastornos del humor, en los que a veces no aparecen producciones delirante-alucinatorias, pero sí una afectividad gravemente alterada, que lleva aparejada una pérdida del sentido de realidad, bien de sí mismo, bien del entorno.

- En *segundo lugar*, existen categorías claramente psicóticas, pero transitorias o episódicas. En estos casos hemos optado por su inclusión en el proceso en primera instancia hasta que se confirmen dichos diagnósticos. La razón de esta inclusión, por decirlo así, provisional, es meramente clínica, dado que cuando estos cuadros se presentan, en la mayoría de las ocasiones no puede saberse a ciencia cierta si se trata de trastornos episódicos o constituyen el inicio de un proceso persistente, siendo la evolución en el tiempo la que dilucida el diagnóstico.

Se han considerado cuatro componentes, atendiendo a la secuencia lógica que debe seguirse desde la detección de un posible caso hasta las intervenciones que se aplican. Se trata de disponer de una herramienta consensuada entre los distintos dispositivos y profesionales que intervienen, lo que requiere la coordinación entre todos ellos para lograr la continuidad de la atención.

La plasmación de la herramienta se concreta en el Plan individualizado de tratamiento (PIT), donde se especificarán las necesidades detectadas y, en función de las mismas, las intervenciones que habrán de aplicarse. Para garantizar el acceso a estas intervenciones se establece la Comisión de TMG, estructura de Área cuya misión principal reside en el conocimiento y ratificación de los distintos PIT de las personas afectadas. Se asignan, además, otras responsabilidades individuales, como el responsable del caso, el referente personal del paciente y el responsable del paciente en cada dispositivo, según se considere.

Las intervenciones que se incluyen en los planes individuales están basadas en algún grado de evidencia empírica sobre su efectividad y eficiencia. Es cierto que la evidencia disponible sobre intervenciones efectivas en salud mental tiene todavía algunos problemas añadidos a las aplicables a otro tipo de intervenciones sanitarias, pero hay un acúmulo significativo de información a este respecto que debe ser considerada. Así, hay datos disponibles no solo sobre intervenciones farmacológicas sino también psicosociales que permiten delimitar con relativa claridad intervenciones que deben ser aplicadas con un grado de evidencia razonable, intervenciones que sin tenerlas, tienen un consenso internacional suficiente para recomendar su utilización e intervenciones que nadie ha sido capaz de demostrar su efectividad, con los mecanismos de evaluación aceptables por la comunidad científica.

El tratamiento biológico permite controlar determinados síntomas y reducir los riesgos de recaídas, presumiblemente mediante una disminución de la vulnerabilidad de la persona afectada. Pero no permite por sí mismo mejorar muchos otros ámbitos afectados por los trastornos mentales graves, especialmente los relacionados con el funcionamiento en distintas áreas de la conducta, la capacidad de enfrentar dificultades y problemas y la integración en la vida social.

Para modificar esos aspectos, que al final son determinantes tanto para la estabilidad clínica como para la calidad de vida de la persona afectada por este tipo de problemas, se han desarrollado distintos tipos de intervenciones psicológicas y de apoyo social, algunas de las cuales cuentan hoy con importantes evidencias experimentales sobre su efectividad, por lo que deben formar parte del tratamiento estándar de los distintos tipos de problemas incluidos en el proceso.

Es obvio que no todas las intervenciones son imprescindibles, pero sí que debe exigirse un conjunto mínimo en todo paciente con TMG. Se consideran así el tratamiento farmacológico, el plan de cuidados de enfermería, la psicoeducación a pacientes y familiares y aquellas medidas de apoyo social dirigidas a la reinserción en el más amplio sentido del término.

El Proceso asistencial se complementa con varios anexos, donde se pueden encontrar detalles referidos a distintos instrumentos destinados a facilitar las actividades. Unos, referidos a escalas de evaluación, otros a modelaje, protocolos o criterios específicos de diversa índole.

La necesidad de abordar el TMG en toda su dimensión se estableció desde el principio, aunque los condicionantes del TMG en el niño y en el adolescente hicieron que se planteara, posteriormente, como un límite marginal por su complejidad en el abordaje conjunto. En consecuencia creemos muy necesaria la descripción del Proceso Asistencial TMG de la infancia y adolescencia en el futuro.

No quisiéramos soslayar la importancia que supone la implantación de este proceso en nuestra comunidad. El disponer de una herramienta que disminuya la variabilidad de la práctica clínica en todo el territorio, que extienda los procedimientos aquí contemplados a toda persona con TMG y que sirva de soporte para la inserción de personas con grave afectación mental, representa un elemento esencial contra las tendencias asilares y de discriminación de todos los destinatarios del proceso.

Por último, queremos expresar que esta primera versión es un punto de partida y que, por tanto, queda abierta, a partir de este momento, a las aportaciones que puedan incorporarse en virtud de su implantación o de aquellas intervenciones que en lo sucesivo demuestren la suficiente eficacia y efectividad para que los principales protagonistas del proceso puedan beneficiarse de ellas.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación: Proceso de atención al paciente con trastorno mental grave.

Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas a la atención del paciente con trastorno mental grave, incluyendo:

- La detección, identificación y diagnóstico precoces de las personas con trastorno mental grave o en riesgo de evolucionar hacia el mismo.
- La evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno más próximo.
- La elaboración consensuada de un Plan individualizado de tratamiento.
- La aplicación de distintas intervenciones sanitarias e intersectoriales basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico.

Garantizándose en todo momento la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

Límites de entrada:

- Paciente con trastorno mental grave, entendiéndose por tal aquella persona que:
 - Presenta una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que:
 - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
 - Distorsiona la relación con los otros.

- Supone o puede suponer riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).
- Necesita un abordaje complejo, incluyendo:
 - Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
 - Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
 - Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.
- Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.
- Paciente que presenta inicialmente alguna de las manifestaciones sintomatológicas anteriores y por tanto tiene riesgo de evolucionar de forma prolongada, presentar discapacidad y necesitar abordaje complejo de la atención.

Los criterios citados hacen referencia a las siguientes categorías diagnósticas: F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, F60.1 (CIE-10)

Los pacientes con criterios de las categorías diagnósticas F23, F30 y F32, a pesar de ser trastornos episódicos serán incluidos en el proceso hasta que se confirmen de forma definitiva dichas categorías.

Límite final:

- Paciente en el que no se confirma un TMG tras la Evaluación.
- Pacientes en los que se confirma diagnóstico F23, F30 y F32.
- Curación, o mejoría suficiente, desde el punto de vista sintomático y funcional, por lo que no requiere intervenciones complejas en un periodo mínimo de 2 años.

Límites marginales:

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (F00-F09).
- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19).
- Trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTES Y FAMILIARES¹

Accesibilidad

- No tener que realizar excesivos trámites para la consecución de las citas.
- Que se fijen las citas de seguimiento de forma automática, pero con flexibilidad para casos de urgencias.
- Salir de la Unidad de hospitalización, tras un ingreso, con una cita de seguimiento en el Equipo de Salud Mental. (ESMD)
- Posibilidad de acceder al psiquiatra o persona de referencia en el Equipo de Salud Mental en situaciones de crisis, tanto pacientes como sus familiares, para consultar dudas.
- Acceder a todos los miembros del Equipo de Salud Mental, lo que implica tener citas, no sólo con el psiquiatra, sino con el psicólogo, trabajador social y otros miembros.

¹ Las expectativas proceden de 2 grupos focales realizados por la EASP. Un grupo focal con pacientes de TMG, cuyas patologías eran, fundamentalmente, esquizofrenia y psicosis afectivas, de edades comprendidas entre los 28 y 48 años, procedentes de diferentes provincias andaluzas y un grupo focal, realizado también por la EASP, con familiares de pacientes con TMG que participan activamente en asociaciones de familiares. Las expectativas se han agrupado por dimensiones de calidad percibida, según el modelo SERVQUAL.

- Aumentar la frecuencia de las citas con el psiquiatra.
- Disminuir o extinguir la lista de espera para el Equipo de Salud Mental.
- Reducir o minimizar la lista de espera para la Comunidad Terapéutica.
- Accesibilidad a psiquiatras de guardia en distintos servicios.
- Que los ingresos por urgencias sean más rápidos y eficaces: si acuden que les atiendan pronto y directamente les evalúe un psiquiatra y les ingrese, sin esperas, sin descontrol, sin exámenes de otros profesionales, etc.

Capacidad de respuesta

- Que se diseñe un abordaje integral, continuado y adecuado para cada paciente y que se disponga de los medios necesarios para su implantación.
- Que se mejore la atención a enfermos crónicos y desestabilizados durante largas temporadas, promoviendo recursos adecuados para esas situaciones y descargando a las familias del peso de su cuidado en soledad.
- Homogeneizar la atención sanitaria a los trastornos mentales graves en toda la comunidad andaluza para terminar con la desigualdad actual entre las distintas provincias.
- Recibir atención psicológica, no sólo psiquiátrica, y terapias grupales no sólo individuales.

Cortesía

- Que el médico de familia les dispense un trato agradable y amable.
- Que el psiquiatra y, en general, el personal del Equipo de Salud Mental, les traten con consideración y cariño, mostrándoles interés por su evolución y recordando su nombre y pequeños detalles sobre su persona.
- Que el personal de la Unidad de hospitalización empatice con su situación y les traten con cariño y paciencia.
- Que en la Comunidad Terapéutica les continúen tratando como hasta ahora, con amabilidad y respeto, empatizando con su situación y ayudándoles a avanzar en su proceso terapéutico.
- Que todo el personal que les trate en todos los servicios tenga conocimientos específicos sobre el trastorno mental grave, incluido el personal de la Unidad de hospitalización.
- Que se utilicen, en todos los servicios, pero especialmente, en la Unidad de hospitalización, todos los medios posibles para tratarlos antes de recurrir a la sedación o a otros métodos más drásticos, como atarles.
- Que todo el personal sanitario con el que tratan cuide su lenguaje y las expresiones y comentarios que utilizan para hablar de estos pacientes, tanto con ellos como con

sus familiares: no insultar, no reirse de ellos, no hacer comentarios despectivos o mordaces.

- Que no se cuestione su derecho a utilizar los servicios sanitarios cuando los necesiten o les informen adecuadamente sobre cómo utilizarlos.

Comunicación

- Tanto pacientes como familiares, demandan que se cuide más el momento en que se comunica el diagnóstico, tanto en la forma de decirlo, como en las informaciones que se aportan. Se debe transmitir desdramatizando, aportando informaciones tranquilizadoras y esclarecedoras y aportando alternativas y soluciones.
- Propiciar en las consultas un clima que permita el planteamiento de todas las dudas y preguntas que surjan a los pacientes.
- Que se expliquen ampliamente los tratamientos prescritos, sus interacciones, efectos secundarios y alteraciones, especialmente, a las familias.
- Que se habilite un teléfono o servicio de consulta al que recurrir ante dudas sobre el tratamiento o cualquier otro tipo de consulta que hayan de realizar los familiares de forma urgente.
- Que se proporcione información suficiente sobre el Proceso y la enfermedad en todos los dispositivos, en la Unidad de hospitalización, en las Comunidades Terapéuticas, etc.
- Que se posibilite y facilite la información también en contextos informales, como pueden ser las asociaciones, colaborando estrechamente con ellas desde las instancias sanitarias.
- Que se hagan terapias familiares en las que se trabaje no sólo con los padres y madres y/o cuidadores principales, sino también con otros miembros del grupo como hermanos y hermanas.
- Que les enseñen a cuidar la dignidad de la persona.

Competencia profesional

- Que el personal sanitario y no sanitario que les atienden acrediten competencia técnica y cualificación para ello.
- Que la competencia profesional en todos los casos esté complementada con un elevado componente de humanidad.
- Que el facultativo tengan capacidad para prescribir un tratamiento acertado y modificarlo, cuando sea necesario, con igual eficiencia.
- Que el Equipo de Salud Mental diseñe un abordaje del proceso de cada paciente continuado y adecuado a su trastorno y circunstancias y pueda contar con los recursos necesarios para implementarlo.
- Que el ESMD tenga capacidad para solucionar sus problemas e imprevistos sobre la marcha. Accesibilidad a los profesionales, telefónica o personalmente, para solventar consultas y dudas.

- Que se busquen soluciones para la saturación de los servicios de Salud Mental y que se encuentren fórmulas para motivar a los profesionales en el tratamiento de estos trastornos.
- Proporcionar atención psicológica o psiquiátrica también para familiares y cuidadoras.
- Promoción y habilitación de lugares de relación de los pacientes con otras personas, de ambientes sociales y ocupacionales mixtos.
- Más programas de reinserción social y laboral para las personas con trastornos mentales graves.
- Que se realicen terapias familiares en las que se les ayude a sobrellevar la situación y se les forme e informe para ello.
- Que se amplíe la concepción del abordaje de estos trastornos incluyendo aspectos sociales, laborales y otros e incluyendo, en un lugar clave, el tratamiento y formación de las familias como parte del tratamiento de los pacientes.
- Reconocimiento y valoración de los conocimientos y del papel de las personas cuidadoras.
- Programas de ayuda a domicilio para tratar a estas personas y ayudar a las personas cuidadoras, entre otras cosas, con las tomas de medicación.
- Proporcionar a la familia pautas de medicación adecuadas e información sobre contingencias.
- Cuidar los aspectos relacionados con la coordinación entre profesionales de distintos niveles asistenciales y entre profesionales del mismo nivel.
- Cuidar especialmente la coordinación entre familiares y profesionales, que se impliquen más en el trabajo de las asociaciones y se organicen formas de trabajo conjunto.
- Que se valore la actuación de las asociaciones de familiares.
- Que exista y se manifieste voluntad por parte de la administración pública para coordinarse con las asociaciones.

Seguridad

- Diseño de abordajes integrales y flexibles para cada paciente con un trastorno mental grave basado en la concepción de un proceso continuado que permita al paciente estabilizarse y normalizar su vida lo más posible.
- Que se habiliten todos los centros especializados necesarios para proporcionar dicho abordaje.
- Que siempre puedan contar con un lugar al que acudir o llamar en caso de dudas o imprevistos donde reciban una opinión especializada.
- Accesibilidad al personal sanitario cuando los necesiten, tanto para pacientes como para familiares.

- Que los profesionales les dediquen todo el tiempo que les haga falta.
- Que los profesionales les dispensen un trato basado, fundamentalmente, en la humanidad y en la capacidad de empatizar.
- Que los profesionales les transmitan muchos ánimos e informaciones tranquilizadoras, que siempre les ofrezcan alternativas.
- Información sobre todos los aspectos de la enfermedad, el tratamiento y el proceso asistencial. Especialmente, para los familiares, información exhaustiva sobre todas las cuestiones relacionadas con los cuidados que han de proporcionar a estos pacientes.
- Información sobre los dispositivos de atención existentes y cómo y cuando utilizarlos.
- Realización de terapias familiares y atención especializada también para ellos y ellas.
- Terapias individuales y grupales para los pacientes, psiquiátricas y psicológicas, abordando también aspectos sociales, laborales, recreativos y familiares.
- Competencia y experiencia de los profesionales que les tratan.
- Igualdad de oportunidades para todos los pacientes de Andalucía, es decir, homogeneización de la oferta y protocolización de la atención.
- Que el personal esté pendiente en todo momento de sus necesidades, especialmente, cuando les mantienen inmovilizados.
- Que cuiden el aspecto y la higiene de los pacientes durante los ingresos.
- Que se cuide y vigile celosamente la seguridad de los pacientes.

Tangibilidad

- Que se dote a los servicios de Salud Mental de todos los recursos necesarios y suficientes para atender adecuadamente a toda la población con trastornos mentales graves.
- Que se habiliten suficientes centros: comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación, etc. para los pacientes con TMG sin que soporten largas listas de espera.
- Que dichos centros sean agradables e incluyan en todos los casos espacios al aire libre, también las Unidades de hospitalización.
- Disponer de un centro donde derivar a algunos pacientes no estabilizados cuando les dan el alta en la Unidad de hospitalización.
- Que se habiliten centros para todos los perfiles de pacientes con TMG, incluyendo a los crónicos y a los de reciente diagnóstico.
- Que se inviertan recursos, imaginación y esfuerzo en la atención a los pacientes más jóvenes para que puedan sobrellevar bien su enfermedad y normalizar lo más posible su existencia.
- Que existan residencias o lugares donde estas personas puedan vivir acompañadas si les faltara su familia.

- Que haya centros donde se trate a las personas que combinen trastornos mentales graves con drogodependencias.
- Que se habiliten centros para personas sin hogar con trastornos mentales graves.
- Apoyo y fomento de experiencias innovadoras y creativas para estos pacientes en los ámbitos ocupacional y laboral.
- Creación de más recursos de empleo en buenas condiciones laborales y con sueldos dignos.
- Que las unidades de hospitalización sean espacios agradables, con posibilidad de que los pacientes salgan al aire libre.
- Seguimiento y tratamiento de los pacientes de zonas rurales en su propio ámbito, habilitando centros adecuados con talleres, rehabilitación, psicoterapia y todos los programas necesarios, además de transporte, en su caso.
- Gestión de ayudas para acceso e, incluso, compra de vivienda para cuando estos pacientes puedan independizarse.
- Información sobre los centros existentes para tratamiento de TMG y cómo y cuando utilizarlos, así como los distintos centros sanitarios.
- Hacer más visible y utilizar más la figura del trabajador social en los Equipos de Salud Mental.
- Que se contrate a más psiquiatras, psicólogos y personal de enfermería en los ESMD.
- Posibilidad de implementar programas a domicilio que incluyan la visita de los psiquiatras.
- Obtener todas sus recetas sin problemas y que las puedan recoger sus familiares en caso de que los pacientes no puedan.

Asociaciones y FAISEM

- Que se apoyen y refuercen los programas puestos en marcha por las asociaciones.
- Que la administración y los equipos médicos se impliquen en el trabajo con las asociaciones y colaboren más estrechamente con ellas.
- Que se amplíe la oferta de FAISEM de atención a domicilio y de formación laboral.
- Que se habiliten suficientes pisos tutelados para hacer frente a la demanda.
- Que se fomenten las buenas relaciones con los compañeros del piso.

PROFESIONALES²

Equipos de Salud Mental de Distrito

- Que se definan cuáles son los criterios de inclusión en el Proceso.

¹. Las expectativas proceden de un grupo focal realizado por la EASP, en el que se reunieron 10 profesionales que trabajan en un amplio espectro de centros sanitarios (Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Comunidad Terapéutica, Unidad de Agudos, URA) y FAISEM.

- Introducir la flexibilidad como un factor clave en la intervención con pacientes con TMG.
- Afinar y cuidar especialmente la evaluación inicial de los pacientes y tener posibilidades de diseñar intervenciones completas y adecuadas.
- Facilitar el paso por los recursos en función de las necesidades de los pacientes en cada etapa de su enfermedad.
- Que haya subequipos integrados de distintos profesionales de distintos niveles asistenciales.
- En el tratamiento del primer brote considerar la necesidad de redistribuir el trabajo dentro de los equipos y la periodicidad de la revisión de ciertas patologías, que se haga más trabajo en grupo e incidir en la prevención del deterioro psicótico incluyendo la rehabilitación del paciente desde el principio de su proceso.
- Trabajar más y mejor con las familias, formarlas para cuidar a sus pacientes, informarlas sobre todos los aspectos de los TMG con detalle y diseño de un abordaje integral clarificando su papel. Detección precoz.
- Realización de una evaluación inicial y de un diseño adecuado, coherente, integral de la intervención.
- Protocolizar las evaluaciones consensuadamente.
- Dar entrada, más y más pronto, en la intervención a la figura del psicólogo, tanto para terapias individuales como grupales. Dar importancia al trabajo en terapias de grupo.
- Es fundamental trazar un abordaje familiar del trastorno y protocolizar la psicoeducación.
- Esclarecer los perfiles de los profesionales.

USMHG

- Ubicar estas unidades en lugares agradables, bien ventilados, con espacios al aire libre, luminosos, etc.
- Cuidar los ingresos por urgencias para que se produzcan en las mejores, más tranquilas y seguras condiciones para los pacientes y los profesionales, tanto cuando los pacientes acuden al Hospital.
- Disponer de más información en general sobre el proceso.
- Aclarar el circuito de asistencia a los pacientes con TMG.
- Dar continuidad al proceso terapéutico de los TMG.
- Formación y sensibilización de todo el personal, especialmente, con la formación del personal de enfermería.

Comunidad Terapéutica

- Que se ubiquen estos centros en espacios adecuados y agradables.
- Que los centros dispongan de algún espacio al aire libre, en buenas condiciones, para uso de los pacientes.

- Que los centros dispongan de varios despachos para los profesionales donde puedan realizar las terapias y reuniones con tranquilidad e intimidad.
- Mayor conocimiento sobre el recurso, al menos, entre los profesionales, y familiares.
- Dar continuidad al proceso, aclarando las vías de salida del centro.
- Mejorar y pautar la coordinación con los Equipos de Salud Mental.
- Homogeneizar entre centros de distintas provincias.

Unidad de Rehabilitación de Área

- Que las URA estén en el propio medio del paciente.
- Aclarar los límites de utilización, criterios de salida, etc.
- Establecer criterios de derivación homogéneos.
- Cuidar la formación de los profesionales que trabajan en estos servicios, seleccionarlos también en base a criterios que consideren su actitud hacia estos pacientes y su nivel de sensibilidad.
- Mantener siempre claro el objetivo de la rehabilitación y dirigir los esfuerzos y programar las actividades a lograrla.
- Optimizar los recursos, tiempos, trabajo, etc.
- Definición clara y uniforme de las funciones de las URAs.
- Es fundamental que se dé prioridad a las intervenciones precoces con los pacientes.

FAISEM

- Más flexibilidad en el tratamiento a todos los pacientes.
- Concebir una atención para la rehabilitación y reinserción que contemple aspectos laborales, pero también de otros tipo, más sociales, lúdicos, etc.
- Cuidar especialmente la formación y sensibilización del personal.
- Negociar los criterios de atención.
- Planificar adecuadamente la intervención con cada paciente, en función también de criterios personales y flexibles y de las posibilidades.
- Mejorar la coordinación con los servicios sociales y con los servicios sanitarios.
- Mejorar y afinar el seguimiento que se realiza de los pacientes que viven en pisos tutelados.

Médicos de Familia

- Mejorar los canales de comunicación con Salud Mental.
- Establecer formas de trabajo conjunto y fórmulas de apoyo mutuo.
- Clarificar protocolos y criterios de actuación.

- Conocer los recursos sociosanitarios disponibles para esos pacientes, aunque la accesibilidad no sea directa.
- Tiempo y espacio para abordar a estos pacientes.
- Mejorar la coordinación con otros servicios sanitarios y unidades.

Enfermeras

- Que se trabaje con el proceso enfermero (V. Henderson)
- Que se utilice un lenguaje enfermero común codificado (NANDA, NIC, NOC).
- Que se garantice la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles (informes de derivación...)
- Que se implique al paciente y familia en la toma de decisiones sobre su plan terapéutico.
- Que se utilicen herramientas de gestión de personas como los mapas de competencias de los profesionales (profesionales capacitados y con conocimientos actualizados)
- Que se detecten las necesidades de formación y se favorezca ésta.
- Que se propicie la investigación.
- Que los recursos sean los adecuados (materiales y humanos)
- Que la incorporación al proceso sea a través de los ESMD, sin demora en su atención.
- Que la atención tenga como objetivo la rehabilitación e integración del paciente en la comunidad.
- Que el paciente tenga desde el inicio de su incorporación al proceso unos referentes.
- Que se requiera en la evaluación inicial que se contemplen aspectos clínicos, de funcionamiento, de dinámica familiar y red de apoyo social.
- Que se aporten sistemas de evaluación funcional y de la red de apoyo social que estén consensuados.
- Que se establezca la necesidad de desarrollar planes terapéuticos Individualizados, en función de las necesidades de atención del paciente detectadas en la evaluación inicial.
- Que los planes terapéuticos incluyan aspectos psicofarmacológicos, de rehabilitación psicosocial y familiares que tengan contrastada evidencia científica.
- Que en los planes terapéuticos deba reflejarse, según las necesidades de atención al paciente, su inclusión en Comunidad Terapéutica, Hospital de Día, Unidades de Rehabilitación de Área o Equipos de tratamiento comunitario intensivo.
- Que se definan de forma clara los criterios para la derivación a los dispositivos referidos anteriormente.
- Que en el acceso a estos espacios terapéuticos no existan demoras, dotándose de los recursos personales y materiales necesarios.

- Que estos dispositivos, junto con los equipos comunitarios, las Unidades de hospitalización y los recursos sociales específicos, conformen una red, que se adapte a las necesidades cambiantes de los pacientes en el curso de su enfermedad, facilitando el paso de un recurso a otro, con una coordinación ágil, manteniendo la continuidad en los cuidados.
- Que se incluyan intervenciones familiares que ayuden al fortalecimiento de la red de apoyo, aportando una mayor contención y mayor capacidad en la resolución de conflictos.
- Que se definan de forma clara los criterios de salida del proceso asistencial.

Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: PACIENTE CON TMG Y FAMILIA

FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Garantizar un entorno adecuado que favorezca el ambiente y el clima terapéutico contenedor y que debe ser privado, digno, confortable, que respete la dignidad del ser humano y los derechos básicos de la persona.
- Garantizar la concurrencia de todos los recursos sociosanitarios (humanos y dispositivos) que favorecen la evolución y el pronóstico de la enfermedad.
- Garantizar que se cumpla la libre elección de facultativos en Salud mental (psiquiatra y psicólogo clínico).
- Garantizar horarios amplios de atención en todos los dispositivos.
- Asegurar la cita al alta de la USMHG en el ESMD, previa programación conjunta, con tiempo de respuesta acorde a la situación clínica del paciente.
- Garantizar la homogeneidad de criterios en los diferentes dispositivos de SM.
- Facilitar el acceso a dispositivos de media-larga estancia (CT, URA y HD) y sociosanitarios gestionada por comisiones internas del servicio.
- Crear espacios de coordinación-cooperación entre AP y SM para garantizar la atención centrada en el paciente y/o su familia.

- Discriminar la necesidad de atención según situación clínica:
 - Inmediata
 - demorada-acordada
- Garantizar la evaluación inicial del paciente con TMG en menos de 30 días con elaboración de un plan individualizado de tratamiento con unos objetivos explícitos a cumplir y que garantice la continuidad de cuidados desde la AP a todos los dispositivos de SM.
- Dar una respuesta coherente a los objetivos terapéuticos en los distintos dispositivos de SM, incluida la reinserción laboral, cuando así sea posible.
- Garantizar la atención domiciliaria de los dispositivos de SM a los pacientes con TMG.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.¹
- Cuando el paciente, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.²

DESTINATARIO: PROFESIONALES DE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

FLUJOS DE SALIDA: COORDINACIÓN CON DIFERENTES PROFESIONALES

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Garantizar la continuidad de cuidados entre los niveles de AP y Salud Mental mediante la creación de espacios de coordinación que contemple la consultoría, la interconsulta, el uso de herramientas, protocolos, etc. que respondan a situaciones concretas, especialmente en la desvinculación de pacientes.
- El Médico de Familia tiene que estar informado del plan individualizado de tratamiento.
- Necesidad de censo coordinado de pacientes con diagnósticos CIE-10 susceptibles de ser catalogados de TMG, como base para la realización de un registro dinámico de pacientes con TMG.

^{1,2} LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4 COMPONENTES

1. DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN

- La rápida detección e identificación de la persona con trastorno mental grave es clave dada su importancia como factor pronóstico de la evolución y el habitual retraso con que se produce.
- La detección, en general, tiene lugar en el sistema sanitario aunque puede basarse en muchas ocasiones en información que proviene de otras agencias comunitarias como los servicios educativos, los servicios sociales, jurídicos, fuerzas de seguridad, etc.
- La identificación, podrá realizarse en:
 - Consultas de Atención primaria
 - ESMD y/o USMHG

Profesionales. Actividades. Características de calidad

Profesionales de AP y ESMD/Profesionales de DCCU-AP, SCCU-H

Actividades	Características de calidad
Detección	<ul style="list-style-type: none">• Implica la localización de personas que tienen posibilidades de cumplir los criterios de los límites de entrada del proceso para su identificación:<ul style="list-style-type: none">– Por demanda de atención de un paciente.– Por demanda de atención de familiares, vecinos y agentes sociales.– Por la búsqueda activa entre familiares de pacientes con TMG.

- Para asegurar una detección rápida y efectiva de personas con TMG es esencial una buena relación de cooperación y apoyo a agentes sociales clave, como son profesionales del sistema educativo, servicios sociales comunitarios y Policía local.
- Se mantendrá una actitud abierta y colaboradora, estableciéndose contactos periódicos y mecanismos de formación y apoyo.
- En estos casos, cualquier profesional sanitario, o no sanitario que localizase a un paciente con estas características debe ponerlo inmediatamente en conocimiento del Médico de Familia para llevar a cabo su correcta identificación.

IDENTIFICACIÓN

Unidad de Atención al Usuario AP/AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita	<ul style="list-style-type: none"> • Accesible al usuario. • Atención personalizada, amable y correcta.

Médico de Familia/Psiquiatras/Psicólogos Clínicos de ESMD/USMHG

Actividades	Características de calidad
Exploración clínica y funcional	<ul style="list-style-type: none"> • La exploración tendrá en cuenta los aspectos incluidos en la definición de trastorno mental grave: <ul style="list-style-type: none"> – Diagnóstico clínico, siguiendo criterios de la CIE-10 (Anexo 1) – Evaluación funcional, que contemple: <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades y problemas en áreas como la vida cotidiana, la educación y/o el empleo y las relaciones sociales. - Valoración subjetiva y estrategias de manejo desarrolladas por el paciente. – Evaluación de la familia y el medio próximo. – Tiempo de evolución e intervenciones previas. • La entrevista se desarrollará en la medida de lo posible en un ambiente seguro, confortable y tranquilo. • Se preservará en todo momento el derecho a la intimidad del enfermo y su familia. • El profesional se mostrará respetuoso y empático. • Se contrastará la información con el paciente y los familiares, preferiblemente en presencia del paciente.

- Siempre se registrará la fuente de información tanto en la historia clínica como en los informes clínicos.

Enfermera de AP y ESMD/USMHG

Actividades	Características de calidad
Exploración funcional y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará mediante una valoración enfermera, haciendo hincapié en la capacidad para el autocuidado y en la detección de necesidades no cubiertas del paciente, así como la capacidad de cuidados del medio familiar. (Anexo 4) • Se utilizarán instrumentos estandarizados y taxonomía NANDA.

Trabajador social AP y ESMD

Actividades	Características de calidad
Exploración familiar y social	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una exploración sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Las características sociales. – Las características económicas. – El funcionamiento familiar (relaciones, actitud ante la enfermedad, conflictos, acontecimientos vitales estresantes en el ámbito familiar y capacidad de manejo de los problemas del paciente). – Los factores de riesgo y protección en las relaciones interpersonales, las condiciones de vida, la ocupación y las actividades.

Médico de Familia/Enfermera y Trabajador social/Psiquiatras/Psicólogos Clínicos/ Enfermera y Trabajador social de ESMD

Actividades	Características de calidad
Identificación a pacientes y familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez realizadas las exploraciones, que pueden llevarse a cabo a través de una o varias entrevistas, se elaborará un diagnóstico de presunción y una previsión de evolución que llevará o no a identificar al paciente que tenga un TMG • La identificación del TMG no debe demorarse más allá de una semana. • Si se identifica, se derivará al paciente, con carácter general, al ESMD para la evaluación o a la USMHG si hay criterios de hospitalización urgente.

- Cuando se realiza la identificación en el ESMD y/o USMHG, continuará la evaluación a partir de los datos obtenidos en la identificación.

Médico de Familia/Psiquiatras/Psicólogos Clínicos de ESMD/USMHG

Actividades	Características de calidad
Información al paciente y familiares	<ul style="list-style-type: none"> • La información tiene que tener unos contenidos mínimos en relación con las manifestaciones clínicas, la evolución, la necesidad de evaluación completa en el ESMD para la confirmación del TMG y el planteamiento del PIT para los distintos tipos de problemas incluidos en el grupo de trastornos mentales graves. • El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.¹ • Cuando el paciente, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.² • Se manifestará una actitud de disponibilidad para responder razonablemente (en relación con conocimientos y situación clínica) a las demandas complementarias de información.

Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
Derivación al ESMD	<ul style="list-style-type: none"> • Se derivarán aquellos pacientes en los que se ha identificado el TMG. • Si la situación lo permite la derivación se efectuará de manera programada al ESMD y siempre en un plazo no superior a una semana. • Se realizará siempre contacto telefónico con el referente del ESMD para iniciar la gestión del caso y/o a través de los espacios de coordinación entre profesionales de Atención Primaria y del ESMD.

^{1,2} LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquiera de las circunstancias, hay que realizar un informe completo que recoja los datos de la exploración clínica, familiar, funcional y social, que tendrá que estar a disposición del ESMD.
Derivación al hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevará a cabo, cuando se prevea la necesidad de valoración especializada con carácter de urgencia por: <ul style="list-style-type: none"> – Gravedad de la sintomatología – Riesgos de auto y/o herteroagresión – Dificultades de manejo en el medio habitual • Se realizará siempre esta derivación tras consulta con ESMD, salvo imposibilidad horaria. • Se realizará siempre contacto telefónico inmediato y se seguirá en procedimiento establecido para la atención urgente. • En cualquiera de las circunstancias, hay que realizar un informe completo que recoja los datos de la exploración clínica, familiar, funcional y social, que se tendrá que estar también a disposición del ESMD.

2. EVALUACIÓN PARA CONFIRMACIÓN DEL TMG

- Esta evaluación especializada pretende obtener la información necesaria para confirmar el TMG, y en su caso, realizar el Plan individual de tratamiento (PIT). Debe concluirse en el plazo máximo de 1 mes y se realizará en el ESMD y/o la USMHG.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico de ESMD/USMHG	
Actividades	Características de calidad
Entrevistas de evaluación individual y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Las entrevistas incluirán necesariamente los aspectos siguientes, teniendo siempre en cuenta no duplicar innecesariamente información ya disponible: <ul style="list-style-type: none"> – Situación que motiva la consulta. – Antecedentes personales y familiares tanto somáticos como psíquicos. – Exploración psicopatológica reglada de todas las áreas (Anexo 2). – Posibles factores de riesgo, especialmente consumo de tóxicos y acontecimientos vitales actuales y/o anteriores. – Evaluación funcional que contemple: <ul style="list-style-type: none"> - Capacidades y alteraciones funcionales actuales en áreas básicas (vida cotidiana, habilidades sociales, relaciones interpersonales, estudios, actividad y empleo). - Antecedentes de pérdida y recuperación de dichas capacidades. - Sus repercusiones en la vida cotidiana del paciente, así como su valoración subjetiva sobre las mismas.

- Estrategias personales desarrolladas por el paciente para el manejo de los síntomas y discapacidades.
- Evaluación familiar incluyendo:
 - Genograma.
 - Eventos familiares significativos.
 - Pautas de relación entre sí y específicamente con el paciente.
 - Impacto de la enfermedad en la vida familiar y grado de estrés que genera.
 - Conocimiento de la familia sobre la enfermedad y estrategias que ha puesto en marcha para solucionar los problemas, (especialmente en los pacientes que no tienen adherencia al tratamiento)
- Evaluación social incluyendo:
 - Datos sobre nivel de estudios y profesión actual.
 - Situación económica global.
 - Grado de integración en su medio.
 - Si es inmigrante evaluar conocimiento de la lengua y adaptación cultural.
- La evaluación deberá ser completada, con el empleo de instrumentos estandarizados de uso compatible con el contexto clínico habitual: BPRS, DAS, LSP. En todos los casos se cumplimentará al menos la escala HONOS. (Anexo 3)
- Una vez finalizada la Evaluación, se realizará un diagnóstico clínico, utilizando los criterios de la CIE 10, así como una primera valoración global de la situación funcional personal y familiar.
- Toda la información debe quedar registrada en la historia clínica.
- Estas entrevistas de evaluación deben concluir con la elaboración de un informe clínico que incluya: circunstancias y motivación de la evaluación, resumen de la clínica presente y de la exploración realizada y sus resultados, evolución habida, juicio diagnóstico y el tratamiento aplicado.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico de la Unidad de Rehabilitación de Área

Actividades	Características de calidad
Interconsulta para evaluación funcional complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Con el fin de completar la evaluación funcional, con instrumentos estandarizados más complejos, se podrá recurrir a profesionales de la URA tanto en entrevistas en el ESMD como en la propia USMHG

Psiquiatra de ESMD/USMHG

Actividades	Características de calidad
Exploración somática	<ul style="list-style-type: none">• La situación somática del paciente debe ser tenida en cuenta de manera específica en la exploración para:<ul style="list-style-type: none">– Confirmar el diagnóstico clínico y permitir el diagnóstico diferencial con procesos orgánicos.– Controlar riesgos somáticos en las intervenciones.– Controlar patología somática asociada.• Con el fin de completar la evaluación somática, cuando se sospeche o conozca la existencia de una patología específica, se recurrirá a los servicios sanitarios generales pertinentes (Atención Primaria y/o especializada).

Enfermera de ESMD/USMHG

Actividades	Características de calidad
Valoración paciente y familia y/o persona cuidadora	<ul style="list-style-type: none">• Esta valoración busca completar, desde la perspectiva enfermera, la evaluación inicial o periódica del paciente y sus cuidadores para elaborar y hacer el seguimiento de los correspondientes planes de cuidados.• Debe explorar la capacidad para el autocuidado y detectar necesidades no cubiertas del paciente, familia o persona cuidadora a través de la entrevista, exploración y la observación.• Se usarán instrumentos estandarizados para la valoración enfermera (Virginia Henderson o patrones funcionales de M. Gordon) y cuestionarios focalizados cuando se requiera completar información en una necesidad/patrón específico para el plan de cuidados (Anexo 4).• Identificará las fuentes de datos (historia clínica, paciente, familia).• Describirá problemas usando taxonomía NANDA.• En los pacientes ingresados en la USMHG la valoración debe estar concluida en el plazo de 24-48 horas.• Toda la información debe quedar registrada en la historia clínica.• Estas entrevistas de evaluación deben concluir con la elaboración de un informe enfermero que incluya: exploración realizada y sus resultados. En el caso de pacientes ingresados en USMHG, la evolución habida y el plan de cuidados aplicado.

Trabajador social de ESMD

Actividades	Características de calidad
Valoración del paciente, familia y/o cuidador principal	<ul style="list-style-type: none">• Esta valoración busca completar, desde la perspectiva propia del trabajo social, la evaluación inicial de la situación social del paciente y de su medio habitual. Debe servir para una mejor valoración de los aspectos sociales del caso, a la vez que permitir la elaboración de estrategias de abordaje de los mismos.• Se realizará mediante entrevistas individuales y familiares, siendo aconsejable al menos una visita al domicilio, e incluyendo información de otros servicios sanitarios y no sanitarios (sistema educativo, empleo, servicios sociales, FAISEM, iniciativas comunitarias, etc.).• La evaluación debe incluir información, tanto actual como evolutiva (incluyendo previsiones de futuro) sobre:<ul style="list-style-type: none">– Relaciones sociales, tanto interpersonales como de participación en actividades comunitarias.– Mecanismos de apoyo social formal e informal.– Situación económica.– Empleo.– Vivienda.• Toda la información debe quedar registrada en la historia clínica.• Estas entrevistas de evaluación deben concluir con la elaboración de un informe de trabajo social que incluya: exploración realizada y sus resultados, juicio sobre la situación socio-familiar y recomendaciones.

Profesionales de ESMD

Actividades	Características de calidad
Integración de la información y evaluación global	<ul style="list-style-type: none">• Una vez realizada la Evaluación por los diferentes profesionales, se debe realizar una integración de la información que permita la confirmación del TMG.• Esta Evaluación debe ser realizada en un plazo máximo de un mes.• Debe servir para tomar al menos las siguientes decisiones:<ul style="list-style-type: none">– Confirmar o no el diagnóstico de TMG.– Iniciar la elaboración del PIT.– Iniciar las intervenciones pertinentes, incluyendo eventuales derivaciones a otros dispositivos de la red.

- Toda la información debe quedar registrada en la historia clínica y un amplio resumen de la misma deberá figurar en los informes de derivación entre dispositivos de SM y entre estos y los de Atención Primaria.

3. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO

- El PIT se concretará en un documento que deberá especificar para todas y cada una de las áreas evaluadas los datos más relevantes sobre: necesidades detectadas, intervenciones previstas, profesionales responsables, dispositivos implicados y mecanismos de seguimiento y revisión periódica.
- Será consensuado entre los profesionales y el paciente y precisa de la implicación de los distintos dispositivos.
- El PIT se revisará periódicamente y servirá como guión operativo del conjunto de intervenciones necesarias para la atención continuada del paciente.
- Tanto el proceso de elaboración como su desarrollo posterior implica la puesta en funcionamiento de una estructura de coordinación (Comisión del TMG) a nivel de Área, así como una doble asignación de responsabilidades individuales (Psiquiatra o Psicólogo Clínico responsable y referente personal).

Profesionales del ESMD

Actividades	Características de calidad
Elaboración del Plan individualizado de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los pacientes con trastorno mental grave (TMG) confirmado tras la Evaluación, contarán con un plan personal de atención que denominamos Plan individualizado de tratamiento (PIT). • Es el proceso que integra la información obtenida durante la Evaluación, estableciendo el inventario de problemas, objetivos e intervenciones que se consideren adecuadas para modificar favorablemente la situación del usuario y su entorno próximo. • Se concreta en un documento, o serie de documentos (Anexo 5), que fije en cada momento la visión general de los principales problemas del paciente, de las estrategias establecidas para abordarlos y de las intervenciones concretas que se considera adecuado aplicar. Por ello debe: <ul style="list-style-type: none"> - Incluir un resumen de la evaluación, recogiendo las características más relevantes de: <ul style="list-style-type: none"> - Sintomatología clínica. - Funcionamiento y discapacidad. - Contexto familiar. - Apoyos sociales formales e informales. - Situaciones o riesgos específicos (suicidio, agresión, abandono, etc.). - Factores específicos de riesgo/protección en relación con la evolución de la enfermedad (tanto individuales como del entorno). - Previsiones evolutivas.

- Concretar, en función del estadio evolutivo y de la patología específica de que se trate y para las distintas áreas anteriores que lo precisen, un inventario correlacionado, con prioridades a corto, medio y largo plazo, de:
 - Problemas detectados
 - Objetivos a conseguir
 - Intervenciones necesarias
 - Dispositivos donde realizar las intervenciones y su responsable
 - Seguimiento y revisión periódica (Monitorización)
- Con carácter general todo PIT deberá incluir:
 - Intervenciones biológicas y psicoterapéuticas
 - Plan de cuidados enfermeros
 - Rehabilitación psicosocial
 - Intervenciones de apoyo a la familia
 - Intervenciones de apoyo social
- El PIT puede tener distintas intervenciones-tipo atendiendo a la situación clínica y de evolución de los pacientes, que se desarrollan en el [Anexo 9](#):
 - Atención en situaciones de crisis
 - Atención en período de estado
 - Atención a situaciones especiales:
 - Período pre-psicótico
 - Pacientes con alto riesgo de suicidio
 - Pacientes con conductas disruptivas, situaciones de aislamiento social/abandono/baja adherencia
 - Pacientes con consumo importante de sustancias generadoras de dependencia
- El conjunto de las intervenciones que contempla el PIT podrá ser realizado en todos los sectores y dispositivos implicados en el abordaje integral del paciente (AP; Salud Mental; FAISEM; Servicios Sociales, etc.), con recursos específicos para la intervención y debidamente coordinados. ([Anexo 10](#))
- Debe ser elaborado en un tiempo máximo de 2 meses tras la realización de la Evaluación.
- Para su desarrollo debe tener un *Facultativo responsable* (Psiquiatra o Psicólogo Clínico del ESMD), que tiene como funciones:
 - Coordinar la elaboración del PIT.
 - Actuar de interlocutor con los distintos dispositivos y/o profesionales.
 - Supervisar que las intervenciones programadas se realicen conforme a lo previsto.

- Evaluar periódicamente y en su caso reestructurar el PIT.
- Seleccionar y consensuar al referente personal.
- Debe recoger también un referente personal, designado de acuerdo a su disponibilidad y cercanía al paciente, y que tiene como funciones:
 - Actuar como "cara visible" de la Red para el paciente y sus cuidadores.
 - Ayudar al paciente y a sus cuidadores para una correcta utilización de la red de servicios.
 - Alertar a la red sobre problemas por situaciones nuevas o dificultades de uso.
- En los casos en que sea necesaria la intervención de otros dispositivos sanitarios el paciente tendrá un Psiquiatra/ Psicólogo Clínico de referencia en cada uno de ellos, siendo sus funciones:
 - Ser responsable del cumplimiento del PIT durante el paso del paciente por el dispositivo correspondiente.
 - Coordinarse con el responsable del PIT, y el gestor del caso para el seguimiento y la evaluación continua del PIT.
- El PIT debe ser acordado, consensuado o negociado con el paciente y, en su caso, con los cuidadores y/o los responsables legales ateniéndose, siempre, a lo establecido en la ley de Autonomía del paciente.

Profesionales de la USMHG

Actividades	Características de calidad
Aportación de información	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el primer contacto con el Servicio de Salud Mental tenga lugar durante un episodio de hospitalización, los profesionales de este dispositivo realizarán las actividades para la Identificación y la Evaluación, tendentes a la elaboración del PIT, y aquellas intervenciones ya definidas, mientras dure la hospitalización, siempre en coordinación con el ESMD al que transferirá la información pertinente, antes del alta de hospitalización.

COMISIÓN DE TMG

Actividades	Características de calidad
Ratificación del PIT	<ul style="list-style-type: none">• La ratificación del PIT debe ser realizada por la Comisión de TMG, que es el espacio de coordinación de los dispositivos del Área presidida por el Coordinador del Área y en la que participan representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental, de Atención Primaria y FAISEM.• Su composición concreta (con miembros fijos y variables en función de los casos que vayan a abordarse) se fijará en cada Área de Salud mental, así como su periodicidad y mecanismos de funcionamiento.• La Comisión tiene como funciones generales:<ul style="list-style-type: none">– Conocer y ratificar el PIT inicial de los pacientes del Área.– Contribuir a establecer en el Área criterios generales de funcionamiento interno y coordinación externa para la atención a personas con TMG.– Establecer criterios concretos de coordinación en aquellos planes de especial complejidad.• La ratificación del PIT debe asegurar que se ha tenido en cuenta toda la información relevante, se han establecido las intervenciones pertinentes con criterios comunes para toda el área y se han determinado los responsables.• La ratificación del PIT se debe realizar en un periodo máximo de dos meses.• La Comisión, con la periodicidad que se decida, reevaluará el PIT de los pacientes que requieran las intervenciones más complejas, según los criterios elaborados por ella misma.

Profesionales del ESMD

Actividades	Características de calidad
Evaluación y revisión del PIT	<ul style="list-style-type: none">• El Plan incluye un periodo de revisión para cada uno de sus objetivos y deberá revisarse globalmente al menos anualmente, así como cuando se produzcan variaciones significativas en la situación que, a juicio del Psiquiatra/Psicólogo Clínico responsable así lo aconsejen.• La revisión incluirá la valoración del grado de consecución de cada uno de los objetivos propuestos, estableciendo en su caso correcciones y/o nuevas estrategias teniendo en cuenta

ta logros, fracasos, dificultades y modificaciones en factores de riesgo y protección.

- Una vez revisado el PIT, solo en el caso en que la consecución de objetivos, a pesar de las intervenciones, no se consigan en el plazo establecido, el nuevo PIT que se plantee debe ser ratificado, de nuevo por la Comisión.

4. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO

- Organización de este componente:

Está integrado por la descripción de las diferentes intervenciones recomendadas, con sus características de calidad correspondientes.

- Al inicio del inventario de intervenciones se describen una característica de calidad y tres actividades de carácter general que deben poseer todas y cada una de las mismas.
- El inventario de intervenciones está estructurado de la manera siguiente:

4.1 Intervenciones generales

- 4.1.1. Atención urgente
- 4.1.2. Seguimiento
- 4.1.3. Interconsulta

4.2 Intervenciones biológicas

- 4.2.1. Tratamiento farmacológico
- 4.2.2. Terapia Electro-Convulsiva

4.3 Intervenciones psicológicas

- 4.3.1. Psicoterapias
- 4.3.2. Entrenamiento en habilidades sociales
- 4.3.3. Rehabilitación cognitiva
- 4.3.4. Psicoeducación a pacientes
- 4.3.5. Psicoeducación familiar
- 4.3.6. Técnicas integradas

4.4 Intervenciones de apoyo social

- 4.4.1. Ingresos económicos
- 4.4.2. Programa residencial
- 4.4.3. Programa ocupacional
- 4.4.4. Servicio de orientación y apoyo al empleo
- 4.4.5. Programas de relaciones sociales y empleo del tiempo libre
- 4.4.6. Programa de provisión de tutela

Todas las intervenciones deberán tener como característica común de calidad:

Actitud empática y de apoyo

- Es una característica de calidad incluida en todas las intervenciones que llevan a cabo todos los profesionales y a lo largo de todo el proceso.
- Con el paciente y su familia o cuidadores debe mantenerse una relación psicoterapéutica básica (empatía, serenidad, interés por lo que les ocurre y receptividad ante la expresión de sentimientos y temores), que al mismo tiempo que favorece una evolución del proceso de atención, sirva para facilitar el establecimiento o mantenimiento de una alianza terapéutica a largo plazo.
- Debe contribuir a que el paciente y su familia o persona cuidadora puedan examinar con cierta objetividad las dimensiones de su situación presente y valorar posibles opciones, transmitiendo serenidad, sensación de control de la situación y seguridad.

Todas las intervenciones incluyen además tres actividades de carácter general:

Información a pacientes y familiares o persona cuidadora

- Paciente:
 - En la medida en que la situación clínica del paciente lo vaya permitiendo se le informará en términos claros y asimilables de su situación y las implicaciones que tiene en relación con tratamiento, vida cotidiana y estrategias de afrontamiento.
 - Se explicarán de modo específico la necesidad de los fármacos y sus posibles efectos secundarios.
 - Se le informará de manera explícita sobre las características de las actividades de la intervención que se le esté aplicando.
 - Se manifestará una actitud de disponibilidad para responder a las demandas de información complementarias.
 - Se informará también de la necesidad de implicar a la familia en el proceso de atención.
 - Se respetará en todo momento lo establecido en la Ley de Autonomía del paciente.
- Familia o persona cuidadora:
 - Se informará en términos claros y asimilables sobre la situación y las previsible implicaciones que el trastorno va a tener en relación con el tratamiento, el desarrollo de la vida cotidiana del paciente, sus necesidades de cuidados y sus posibles repercusiones sobre el entorno familiar, a corto y largo plazo.
 - Se le informará de las características de las actividades de la intervención que se le esté aplicando.
 - Así mismo se explicará el papel contradictorio que puede jugar el entorno familiar, las estrategias de manejo razonables y la necesidad de integrar a la familia en un programa de psicoeducación y apoyo.

Coordinación

- Es una actividad que llevan a cabo todos los profesionales y a lo largo de todo el proceso y dirigida a la mejor efectividad y eficiencia de las intervenciones a aplicar en el PIT.
- Se llevará a cabo a través de reuniones de coordinación multiprofesionales intradispositivos, interdispositivos e intersectoriales.
- Debe existir una coordinación periódica en el ESMD entre los profesionales que atienden a un paciente con TMG para seguimiento del PIT acordado, incluyendo un flujo permanente de información y una distribución de trabajo flexible.
- Además de este nivel de coordinación, en función del PIT del paciente abarcará a profesionales de:
 - Atención Primaria (Médico de Familia, Enfermera o Trabajador Social).
 - Profesionales de otros dispositivos de Salud Mental, cuando el paciente se halle en ellos, con el fin de que las decisiones de índole terapéutica, de régimen de funcionamiento, así como su situación de legalidad sean consensuadas con el Facultativo responsable del caso con el fin de evitar efectos indeseables. Comunicándose en todo caso a la mayor brevedad posible si se tuvieran que establecer con carácter urgente, por si hubiera de reevaluarse y modificarse el PIT.
 - Responsables de Programas o Monitores de FAISEM
- El alta de cualquier dispositivo sanitario de Salud Mental y de recursos de los dispositivos de apoyo social (FAISEM) deberá realizarse de manera consensuada con el responsable del PIT.
- Para garantizar esta característica de calidad de la atención a pacientes con TMG se asegurará la coordinación y la estimulación de actividades de formación y debate a través de:
 - La Comisión de Trastorno Mental Grave del Área.
 - La Comisión Provincial de Coordinación (FAISEM, SAS, Bienestar Social) para el acceso a los programas.
- Para garantizar una buena coordinación deberá prestarse especial atención al flujo recíproco de información y a los canales más específicos que permitan intervenciones flexibles ante situaciones de urgencia.

Registro de la actividad

- Se utilizarán los procedimientos establecidos: historia clínica, sistemas de información, informes etc y facilita la coordinación, la información a pacientes y familia o persona cuidadora y la evaluación del PIT.

4.1. INTERVENCIONES GENERALES

4.1.1. ATENCIÓN URGENTE

- **Intervención estructurada ante la demanda de atención inmediata de una persona con TMG.**
- **La demanda puede ser presentada por el propio individuo, su familia, personas de su entorno social o agentes sociales.**

- Al ser una intervención concebida para dar una respuesta inmediata son los servicios sanitarios implicados en la atención habitual a situaciones de urgencias (DCCU-AP, SCCU-H y EPES) los que deben garantizar esta atención a las demandas planteadas en el ámbito comunitario, ejerciendo los dispositivos de Salud Mental solamente tareas de orientación y apoyo.
- Cuando las situación de urgencias se produce en los dispositivos sanitarios de Salud Mental o se refieran a pacientes, con TMG que estén en tratamiento en los mismos, serán atendidas en primera instancia por esos recursos, sin perjuicio de requerir la colaboración de los dispositivos sanitarios de atención habitual a situaciones de urgencia.

UAU DE AP-AE/Dispositivos de Salud Mental/Teleoperador/EPES

Actividades	Características de calidad
Recepción de llamada y acogida del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Accesible al usuario. • Atención personalizada, amable y correcta. • Atención inmediata y contenedora. • Registro de información. • En el SCCU-H, derivar inmediatamente, para valoración, a la Enfermera de clasificación.

Enfermera de clasificación de SCCU-H/Médico coordinador EPES

Actividades	Características de calidad
Valoración de gravedad	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración irá dirigida a detectar la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, ansiedad, agitación, agresividad, impulsividad, oposicionismo e ideación y tentativa suicidas. • La información aportada por el paciente se complementará contrastando otras fuentes de información. • Mantener una actitud cercana, respetuosa, contenedora, que transmita serenidad y seguridad al paciente. • Realizar registro de valoración y cuidados realizados. • En caso de paciente contenido físicamente, garantizar que se apliquen y revisen los criterios del Anexo 6.

Médico de Familia EBAP/Médico de Familia de DCCU-AP/Médico EPES/Médico SCCU-H/Psiquiatras/Psicólogos Clínicos de los dispositivos de SM

Actividades	Características de calidad
Valoración inicial	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración y exploración inicial deberá ir orientada a detectar:

- La aparición o exacerbación de síntomas característicos de los distintos problemas incluidos en el TMG.
- De modo específico, la presencia de agitación, agresividad, impulsividad, oposicionismo, riesgo suicida y/o conducta desorganizada.
- Indicios que permitan aventurar una evolución posible de dicha sintomatología, como son:
 - La existencia de factores del entorno que pudieran haber determinado el agravamiento.
 - Antecedentes previos de episodios similares.
 - Grado de conciencia de enfermedad y estrategias del paciente frente a la situación.
- Si ha seguido o está siguiendo algún tipo de tratamiento, especialmente farmacológico, hay que valorar la adherencia, la presencia de interacciones y efectos secundarios.
- La información recogida se contrastará con otras fuentes de información siempre que sea posible.
- Se valorará la capacidad del medio para manejar la situación de crisis.
- Se utilizarán los criterios de la CIE-10.
- La situación somática del paciente debe ser tenida en cuenta de manera específica en la exploración para:
 - Confirmar el diagnóstico clínico, permitiendo el diagnóstico diferencial con procesos orgánicos.
 - Controlar riesgos somáticos en las intervenciones.
 - Controlar patología somática asociada.

Médico de Familia/Médico de DCCU-AP/Médico EPES/Médico SCCU-H

Actividades	Características de calidad
Interconsulta telefónica	<ul style="list-style-type: none"> • La interconsulta se realizará cuando, tras la valoración/exploración, surjan dudas acerca de las decisiones a tomar respecto de la pauta de tratamiento, especialmente farmacológico, o la derivación del paciente al nivel especializado o a su domicilio. • En horario matutino: dirigirse al ESMD de referencia. En el resto del día o en festivos dirigirse al Psiquiatra de guardia del Hospital de referencia. • Se debe realizar a través de canales de comunicación fluidos como telefonía móvil, fija u otras modalidades (correo-e), previamente determinados.

**Médico de Familia/Médico de DCCU-AP/Médico EPES/Médico de SCCU-H/
Psiquiatra de los dispositivos de SM**

Actividades	Características de calidad
Intervención farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> • Según las pautas que se establece en la aplicación de la intervención farmacológica de la fase aguda de este Proceso.

**Médico de Familia/Médico de DCCU-AP/Médico EPES/Médico de SCCU-H/
Psiquiatra/Psicólogo Clínico de los dispositivos de SM**

Actividades	Características de calidad
Contención física	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizará cuando la situación entrañe grave riesgo para el propio paciente, allegados y profesionales y las intervenciones psicológicas y farmacológicas disponibles no fuesen suficientes para un adecuado manejo del paciente. • Se realizará según protocolo específico (Anexo 6), contemplando en todo caso que: <ul style="list-style-type: none"> – La medida será dirigida siempre por un facultativo. – Se requerirá la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como de los Servicios de Seguridad de los centros sanitarios en la medida en que sea preciso el ejercicio de la fuerza física. – Se procurará separar al paciente de estímulos que puedan potenciar su agresividad y/o instrumentos que pueda utilizar y que entrañen un riesgo para sí o su entorno. – En todo momento se explicará al paciente el sentido de la medida y su provisionalidad. – En todo momento se utilizarán instrumentos de contención homologados y en condiciones de seguridad. – Se realizará una revisión periódica de la medida de contención, retirándose tras la desaparición de los motivos que la indicaron.
Derivación-traslado	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando corresponda la derivación, se realizará: <ul style="list-style-type: none"> – Con carácter inmediato si tras las intervenciones anteriores persiste el riesgo de auto o heteroagresión o no hay garantías de seguir instrucciones de tratamiento hasta la consulta programada, o bien tras interconsulta al nivel especializado. – Con carácter programado si la situación de urgencia se resuelve permitiendo seguir el tratamiento hasta la cita programada o tras interconsulta al nivel especializado.

- En caso de derivación inmediata hay que realizar el registro de las actuaciones a llevar a cabo durante el traslado: tratamiento farmacológico y de contención.
- En todos los casos se realizará de acuerdo con la Resolución del SAS sobre Urgencias y Traslados (Anexo 7)
- Todos los pacientes que requieran derivación traslado deben tener un informe clínico que contenga la valoración realizada, de las pautas de tratamiento y de las intervenciones en coordinación con los dispositivos de Salud Mental.

Médico/Enfermera de SCCU-H

Actividades	Características de calidad
Observación clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará cuando el paciente necesita intervenciones que requieran seguimiento con previsión de resolución sin necesidad de ingreso hospitalario.
Hospitalización en USMHG	<ul style="list-style-type: none"> • Decidida la hospitalización, una vez atendida la situación de urgencia en el SCCU-H, se procederá al traslado del paciente a la USMHG. • Deberán adoptarse las medidas de seguridad necesarias para evitar las posibilidades de auto o heteroagresión. • Se cuidará que el traslado respete el derecho a la intimidad. • El informe del Psiquiatra/Psicólogo Clínico que ha atendido al paciente, contendrá la evaluación, la exploración y el tratamiento indicado y generado a lo largo de la atención a la urgencia. • En los casos de ingresos programados desde los dispositivos de Salud Mental, si así se ha acordado, se harán directamente en la USMHG sin el paso previo por el SCCU-H. (Anexo7-epígrafe ingreso programado)

Psiquiatra o Psicólogo Clínico de la USMHG/Enfermera de la USMHG

Actividades	Características de calidad
Ingreso hospitalario en USMHG	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez llegado el paciente y familiares que le acompañen, a la USMHG se procederá a la acogida del paciente y su familia; mostrándoles la Unidad e informándoles sobre su funcionamiento.

Se realizará una nueva valoración, de la situación del paciente, dirigida a la toma inmediata de las medidas terapéuticas y de cuidados necesarios.

4.1.2. SEGUIMIENTO

- **Intervención estructurada individual, familiar, programada o no programada, que garantiza una atención continuada del paciente y la de su entorno familiar y social.**
- **Implica una evaluación continua del PIT y de las intervenciones incluidas para garantizar el cumplimiento de los objetivos definidos.**
- **Se hará tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria.**
- **Tendrá como ámbito de acción tanto el espacio de los servicios sanitarios como el domicilio del paciente o su entorno social.**

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Médico de Familia/Enfermera/T. Social	
Actividades	Características de calidad
Entrevistas programadas o no programadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarán la situación clínica del paciente con especial atención a la detección/asistencia de situaciones de desestabilización. • Permiten supervisar el cumplimiento de las intervenciones necesarias para el cumplimiento del PIT correspondiente a la A. Primaria, en especial el referido al tratamiento farmacológico (aseguramiento del suministro, administración, seguimiento de la indicación y efectos secundarios) y su salud física. • Identifican factores desencadenantes, protectores o de riesgos de crisis y la, adecuación del PIT con recursos de AP. • Se cumplimentará el registro de la evaluación y los informes.

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Psiquiatra/Psicólogo Clínico/Enfermera/T. social/Terapeuta ocupacional	
Actividades	Características de calidad
Entrevistas programadas o no programadas	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que realizar en cada una, la evaluación continuada del PIT con el paciente y/o la persona cuidadora que incluya: <ul style="list-style-type: none"> – la situación clínica del paciente con especial atención a la detección/asistencia de situaciones de desestabilización – el cumplimiento de las intervenciones necesarias para el mantenimiento del PIT.

- el tratamiento farmacológico supervisando y asegurando el mantenimiento del suministro, la administración, y efectos secundarios cuando así lo contemple el PIT.
- La identificación de factores desencadenantes, protectores o de riesgo de la crisis y, en su caso, adecuación del PIT
- Se podrá realizar en los diferentes dispositivos de Salud Mental, los recursos de FAISEM, el domicilio y la comunidad.
- Según la situación clínica del paciente se debe contemplar el seguimiento con una periodicidad en función de criterios de riesgo, para los ESMD: (Anexo 8)
 - Paciente en crisis: el seguimiento será diario.
 - Paciente de riesgo: el seguimiento será semanal/quincenal.
 - Paciente estable: al menos bimensual por la Enfermera, una vez al año por el Facultativo y T. Social.
- Para el resto de los dispositivos se establecerá la siguiente periodicidad:
 - USMHG: seguimiento diario.
 - Comunidad Terapéutica/URA/Hospital de Día: según lo establecido en el PIT.
- Cumplimiento del registro de seguimiento e informes.
- El seguimiento podrá hacerse interdispositivos para garantizar la continuidad del PIT.

4.1.3. INTERCONSULTA

Intervención llevada a cabo dentro del ámbito sanitario con el fin de esclarecer o atender otros problemas de salud del paciente con TMG.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico/Enfermera	
Actividades	Características de calidad
Interconsulta	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevará a cabo siempre que sea posible a través de los referentes de Atención Primaria del paciente, sólo de modo excepcional y cuando el paciente se halle en régimen de hospitalización completa o parcial, o por razones de cercanía se hará directamente con la especialidad correspondiente, dando cuenta a sus referentes en AP. • Las condiciones de exploración o tratamiento requeridos en otros Servicios Sanitarios se harán atendiendo a las características de los pacientes con TMG: rapidez, cercanía e información detallada.

4.2. INTERVENCIONES BIOLÓGICAS

4.2.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Intervención dirigida a la indicación y administración de psicofármacos.
- El tratamiento de primera elección debe ser el que posea una mejor relación eficacia/seguridad.
- Al inicio se debe proceder con prescripciones simples, mientras que las intervenciones posteriores tienden a incrementar la complejidad y el riesgo.
- Entre las opciones, siempre debe tenerse en cuenta la opinión del paciente.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS RELACIONADOS (TRASTORNOS DELIRANTES PERSISTENTES, PSICÓTICOS AGUDOS, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICO, ESQUIZOIDE Y PARANOIDE DE PERSONALIDAD)³

Médico de Familia/Psiquiatra	
Actividades	Características de calidad
Terapia de iniciación	<ul style="list-style-type: none">• La elección de un antipsicótico debe ser hecha conjuntamente por el Psiquiatra y el paciente, basada en una discusión informada de los beneficios relativos de la droga y el perfil de sus efectos secundarios. Las personas cuidadoras deben ser consultados cuando se vea apropiado.• Información completa a pacientes y familiares:<ul style="list-style-type: none">– Síntomas a los que va dirigido el tratamiento.– Efectos secundarios, perjuicios de iniciar el tratamiento.– Beneficios de iniciar el tratamiento.– Tiempo estimado del tratamiento.• La terapia antipsicótica debe ser iniciada como parte necesaria, pero no suficiente, de un conjunto amplio de intervenciones que atiende las necesidades clínicas, emocionales y sociales.• Pautas:<ul style="list-style-type: none">– La evidencia disponible de los fármacos neurolépticos, en relación a su eficacia, comparados con placebo resulta clara. Pero esta eficacia se dirige principalmente al alivio de los síntomas que se han denominado positivos o productivos. Sin embargo, las limitaciones de estos fármacos incluyen la refractariedad de los síntomas llamados negativos; junto a los efectos secundarios (extrapiramidalismo, sedación excesiva, distonías y discinesias,...), que le producen a un porcentaje importante de los pacientes.– La evidencia sugiere que los nuevos antipsicóticos son al menos tan eficaces como los agentes típicos en término

³ Guidance on the use of newer antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. National Institute for Clinical Excellence, JUN 2002.

	<p>de tasas de respuesta. Pueden variar en sus efectos relativos sobre los síntomas positivos, negativos y tasas de recaída. Todos los antipsicóticos de nueva generación están asociados con una incidencia reducida de efectos extrapiramidales comparados con los clásicos en corto-medio plazo (hasta 26 semanas)⁴.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monoterapia: evitar la administración simultánea de más de un antipsicótico, salvo en el cambio de una droga a otra. Se debe evitar la administración simultánea de antipsicóticos de primera y segunda generación (grado de recomendación C). – Preferentemente vía oral en monodosis. – Utilizar vía i.m. en pacientes agitados o con negativismo activo a la administración oral. – Titulación progresivamente creciente, hasta alcanzar la dosis terapéutica eficaz. – No se recomienda cambiar de un antipsicótico clásico a uno de nueva generación si con aquel se obtienen resultados clínicos adecuados sin síntomas secundarios inaceptables. <ul style="list-style-type: none"> • Se debe realizar una evaluación de la mejoría clínica, la tolerancia y aparición de efectos secundarios y quedar registrado en la historia clínica del paciente.
<p>Terapia de mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La continuación del tratamiento con antipsicóticos, por lo menos durante 6-9 meses después de un episodio agudo, reduce significativamente las tasas de recaída (grado de recomendación A). • Se evidencia algún tipo de beneficio al continuar el tratamiento al menos 2 años (grado de recomendación C). • Si el paciente ha presentado más de un episodio hay un amplio consenso sobre los beneficios del mantenimiento del tratamiento durante 5 años. • Si los episodios son frecuentes, existe grave riesgo para sí u otros o persiste la sintomatología se recomienda, por consenso, tratamiento indefinido (grado de recomendación C). • El tratamiento continuo ha demostrado ser más eficaz que el intermitente. • Debe utilizarse la dosis mínima eficaz que es la dosis individualizada mínima del fármaco antipsicótico eficaz en fase aguda, para prevenir recaídas sin la presencia de efectos secundarios. • La medicación de acción retardada debe contemplarse:

⁴ Boletín terapéutico andaluz, año 2002, vol 18, nº4: Antipsicóticos atípicos: ¿ventajas frente a los convencionales?

- Cuando se comprueba la falta de adherencia al tratamiento.
- Cuando el usuario expresa su preferencia.
- Nunca en primeros episodios.
- Ante una recaída se debe emplear el fármaco que fue efectivo en el episodio agudo anterior. Si se cambia a otro antipsicótico:
 - El que se retira debe hacerse muy gradualmente mientras se introduce el nuevo.
 - En un período mínimo de 3 semanas.
 - Cuando se sustituye una fórmula *depot*, debe administrarse el nuevo fármaco conjuntamente.
- La esquizofrenia resistente al tratamiento se define como una pérdida de mejoría clínica satisfactoria después del uso secuencial a dosis recomendadas durante 6 a 8 semanas de al menos dos antipsicóticos, de los cuales uno al menos debe ser atípico.
- Cuando existe esquizofrenia resistente al tratamiento, la actitud a tomar debe ser:
 - Confirmar diagnóstico
 - Valorar diagnósticos diferenciales
 - Verificar adherencia
 - Estudiar posible comorbilidad
- La clozapina debe introducirse en la más temprana oportunidad en individuos con evidencia de esquizofrenia resistente al tratamiento (grado de recomendación A).
- Si no es posible por no adherencia, intolerancia, dificultades control leucocitario o efectos secundarios graves, utilizar otras estrategias:
 - Asociar antipsicóticos
 - Asociar Litio
 - Asociar antidepresivos
 - Considerar TEC

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS⁵

Médico de Familia/Psiquiatra	
Actividades	Características de calidad
Tratamiento episodio agudo	<ul style="list-style-type: none"> • Debe mantenerse 6 semanas antes de pasar al tratamiento de continuación y tras utilizar dosis óptimas.

⁵ Canadian Guidelines for the treatment of Depressive Disorders. 2001.

	<ul style="list-style-type: none"> • Debe evaluarse el tratamiento al menos semanalmente en las 4 primeras semanas por las siguientes razones: <ul style="list-style-type: none"> – Garantiza adherencia – Permite la identificación rápida y la corrección de efectos adversos – Incrementar la dosis hasta alcanzar la óptima • Cuando se alcance una mejoría evidente puede evaluarse mensualmente. • El tratamiento combinado de un antidepresivo y un antipsicótico ha demostrado ser significativamente más efectivo que la administración única de uno u otro agente. <ul style="list-style-type: none"> – Primera línea (grado de recomendación A): antipsicótico + antidepresivo tricíclico (clomipramina, imipramina, amitriptilina, nortriptilina) – Segunda línea (grado de recomendación C): <ul style="list-style-type: none"> - olanzapina + antidepresivo - antipsicótico + ISRS o Venlafaxina – En pacientes que no responden a más de un antidepresivo combinado a un antipsicótico y/o que no toleran efectos secundarios y/o estuvieran contraindicados su uso, hay indicación de TEC (grado de recomendación A) (ver apartado TEC)
<p>Tratamiento de continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tras alcanzar una respuesta completa, el tratamiento antidepresivo debe mantenerse al menos de 6-9 meses a la dosis efectiva en la fase aguda para evitar recaídas. • Los antipsicóticos se mantendrán de 1-2 meses. • El tratamiento debe ser evaluado al menos cada 3 meses.
<p>Tratamiento de mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para evitar recurrencias: <ul style="list-style-type: none"> – En pacientes con 3 o más episodios depresivos – En pacientes con 2 episodios y: <ul style="list-style-type: none"> - Historia familiar trastorno bipolar - Historia de recurrencia antes de un año de discontinuar la medicación - Historia familiar de depresión recurrente - Primer episodio en < 20 años • Sólo mantener el antidepresivo a la misma dosis que en las fases aguda y de continuación. • No existe un tiempo definido aunque se recomienda 2 años para la depresión con síntomas psicóticos (grado de reco-

mendación B) y nunca menos de 6 meses (nivel 1) después de la remisión clínica y tras 3 meses en fases anteriores.

- Si el antidepresivo se va a retirar, debe hacerse lenta y gradualmente.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR^{6,7}

Médico de Familia/Psiquiatra

Actividades	Características de calidad
<p>Tratamiento episodio agudo: Manía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento agudo de episodios maníacos debe iniciarse con un antipsicótico o ácido valproico. Se considera también apropiado el uso de litio (grado de recomendación A). • Las benzodiazepinas pueden ser usadas como tratamiento coadyuvante en pacientes agitados, cuando la sedación es una prioridad. • Para pacientes hipomaníacos está indicado el litio en monoterapia. • Debe reducirse o suprimirse de forma paulatina cualquier antidepresivo. • El tratamiento debe ser evaluado cada 2 semanas. • Los niveles plasmáticos de litio o valproico deben ser obtenidos a los 5 días tras alcanzar la dosis óptima, que suele ser a las 2 semanas de iniciar el tratamiento. • Psicofármacos: <ul style="list-style-type: none"> – Antipsicóticos: <ul style="list-style-type: none"> - Olanzapina: nivel de evidencia: 1+ - Risperidona: nivel de evidencia: 1+ - Quetiapina: nivel de evidencia: 1+ – Anticonvulsivantes: <ul style="list-style-type: none"> - Ácido valproico: nivel de evidencia: 1- – Benzodiazepinas: <ul style="list-style-type: none"> - Clonazepam: nivel de evidencia: 1+ - Lorazepam: nivel de evidencia: 1+ – Litio: el uso del litio en combinación con antipsicóticos en pacientes con episodio agudo de manía, previamente en tratamiento de mantenimiento con litio, tiene un nivel de evidencia: 1+

⁶ Bipolar affective disorder. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. May 2005.

⁷ Canadian Network for mood and anxiety treatments guidelines for the management of patients with bipolar disorder, 2005.

<p>Tratamiento episodio agudo: Depresión Bipolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento debe incluir: antidepresivo en combinación con litio, a. valproico o antipsicótico. (Grado de recomendación B). • Para pacientes en mantenimiento con estabilizadores del humor que sufren un episodio depresivo, primero deben optimizarse éstos. Si esto no es efectivo añadir antidepresivo. • Psicofármacos: <ul style="list-style-type: none"> – Antidepresivos: frente a placebo, 1+; comparado con la eficacia en la depresión unipolar y en estados mixtos, nivel de evidencia 4. Los ISRS tienen menor riesgo de producir viraje. – Lamotrigina: nivel de evidencia 1- – Litio: nivel de evidencia 4 – Antipsicóticos: <ul style="list-style-type: none"> - Olanzapina: en combinación con un estabilizador del humor es más efectivo que placebo en episodios mixtos: nivel de evidencia 1-
<p>Tratamiento de mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El litio es el tratamiento de elección para prevenir recaídas. La administración debe ser diaria y para mantener niveles plasmáticos terapéuticos máximos. La reducción o supresión ha de ser de forma paulatina para evitar las recaídas. (Grado de recomendación A). (Nivel de evidencia 1+) • La carbamacepina puede ser usada como una alternativa al litio, particularmente en Bipolares tipo II o si el litio es inefectivo o no tolerado. (Grado de recomendación grado A). (Nivel de evidencia 1+) • La lamotrigina ha demostrado más eficacia para prevenir recaídas depresivas en Depresión Bipolar. (Nivel de evidencia 1 +) • El ácido valproico se recomienda como alternativa al litio en caso de contraindicación de éste. (Nivel de evidencia 1)
<p>Tratamiento de episodios mixtos y cicladores rápidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En episodios mixtos o disfóricos iniciar el tratamiento con ácido valproico, lamotrigina u olanzapina. Si la respuesta es nula o parcial hay que combinar litio con valproico, litio con carbamacepina o cualquiera de ellos con antipsicótico de segunda generación. • En cicladores rápidos están contraindicados los antidepresivos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR INESTABILIDAD EMOCIONAL⁸

Médico de Familia/Psiquiatra

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento farmacológico se utilizará para tratar los síntomas de estado durante los períodos de descompensación aguda, así como para atender a la vulnerabilidad de algunos rasgos, en donde ha demostrado su eficacia, disminuyendo la gravedad de aquellos y optimizar el funcionamiento del paciente. • El tratamiento es específico para un grupo de síntomas, va dirigido por tanto a determinados tipos de comportamientos, más que al trastorno en su conjunto. • Tratamiento de los síntomas de inestabilidad afectiva: <ul style="list-style-type: none"> – ISRS o ISRN. Existen estudios publicados con fluoxetina (20-80 mgr/día), sertralina (100-200 mgr/día) y venlafaxina (hasta 400 mgr./día). Si no se obtienen resultados con un primero, probar con otros fármaco de estos grupos. (grado de recomendación A) – Los antidepresivos tricíclicos han obtenido resultados poco consistentes, incluso un estudio controlado con amitriptilina produjo efectos paradójicos, incrementando los síntomas. – No existen criterios para determinar la duración del tratamiento. La experiencia sugiere precaución antes de suspenderlo y esperar a la consolidación de la mejoría de los síntomas de esta índole. – Si la inestabilidad aparece en forma de ansiedad añadir al ISRS una benzodiazepina (alprazolam o clonazepam). Precaución con el riesgo de abuso y dependencia. (grado de recomendación C) – Si existe un descontrol conductual grave se puede añadir pequeñas dosis de un neuroléptico (haloperidol). (grado de recomendación A) – En caso de no respuesta adecuada de las pautas anteriores se puede recurrir a los IMAOs, aunque controlando los riesgos de no cumplimiento de las pautas de uso de estos fármacos, especialmente en este tipo de trastorno. (grado de recomendación B) – Por último, si no se sigue obteniendo respuesta, se puede recurrir a los estabilizadores del estado de ánimo: carbonato de litio, carbamacepina y valproato, en este orden, atendiendo a los estudios realizados. (grado de recomendación C)

⁸ Guía Clínica para el tratamiento del trastorno límite de personalidad. American Psychiatric Association, 2003.

- Tratamiento de los síntomas de descontrol impulsivo y conductual:
 - Los ISRS son el tratamiento de elección. (grado de recomendación A)
 - La duración del tratamiento dependerá de la situación clínica del paciente. Cuando la indicación esté en función de una vulnerabilidad de rasgo no tendrá tiempo definido.
 - Si se mantiene el descontrol del paciente se puede añadir un neuroléptico o antipsicótico atípico a dosis bajas.
 - Haloperidol. (grado de recomendación A)
 - Clozapina. (grado de recomendación C)
 - En caso de respuesta parcial a los ISRS se puede potenciar esta añadiendo carbonato de litio (grado de recomendación A), carbamacepina o valproato (grado de recomendación C), o cambiar a IMAO (grado de recomendación A).
- Tratamiento de los síntomas cognitivos-perceptivos:
 - Los neurolépticos a bajas dosis son el tratamiento de elección de estos síntomas: perfenazina (4-12 mgr/día), trifluoperazina (2-6 mgr/día), haloperidol (1-4 mgr/día), todos con grado de recomendación A. A estos se añaden los antipsicóticos atípicos: olanzapina (2,5-10 mgr/día) y risperidona (1-4 mgr/día), clozapina, (todos con grado de recomendación C).
 - Incrementar la dosis tras 4-6 semanas del inicio si no se obtiene respuesta adecuada.
 - Como tratamiento coadyuvante y para mejorar síntomas de irritabilidad u hostilidad asociados son útiles los ISRS o los IMAOs.

4.2.2. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Se define como la estimulación repetitiva, por inducción eléctrica, de las neuronas del sistema nervioso central provocando convulsiones generalizadas para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, en especial los trastornos afectivos o síntomas psicóticos o catatónicos, resistentes al tratamiento farmacológico.
- Durante mucho tiempo la TEC ha sido considerada como uno de los procedimientos terapéuticos más polémicos, con una gran variabilidad de opiniones en cuanto a seguridad y eficacia, tanto de la población general como de los profesionales de la salud mental, lo que ha influido en que su aplicación sea muy variable en todos los países del mundo desarrollado. Sin embargo, desde la década de los ochenta su seguridad ha aumentado debido a la mejora de los sistemas de monitorización cardiopulmonar y electroencefalográfica, los compuestos anestésicos y el uso de dispositivos de estimulación con pulsos breves.

Psiquiatra	
Actividades	Características de calidad
Indicaciones diagnósticas y clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • La TEC, está indicada en el trastorno depresivo grave y resulta especialmente recomendable en (E):

- Pacientes con síntomas psicóticos, estupor catatónico o riesgo grave de suicidio.
 - Pacientes que se niegan a comer con problemas nutricionales graves.
 - Pacientes que requieran una respuesta especialmente rápida a los antidepresivos por gran excitación y conducta suicida activa.
 - En situaciones donde puedan estar contraindicados los fármacos antidepresivos: embarazo, enfermedad médica o intolerancia a antidepresivos.
 - Elección de primera línea en pacientes que ya han respondido satisfactoriamente a TEC.
 - Para aquellas personas que prefieran la TEC, siempre que esté indicada.
- Las indicaciones secundarias, en el trastorno depresivo grave, son
 - Cuando el trastorno no responda a los fármacos antidepresivos tras el fracaso de los protocolos de resistencia.
 - En personas de edad avanzada cuando se prevean inconvenientes graves con fármacos antidepresivos.
 - Cuando el trastorno depresivo se presente con patrón melancólico.
- En el trastorno bipolar, la TEC se tendrá en cuenta en las siguientes situaciones:
 - En los episodios depresivos que tengan características similares a las descritas.
 - En episodios maníacos con síntomas psicóticos resistentes o si está contraindicada la medicación antipsicótica o las sales de litio.
 - En los estados mixtos que sean resistentes a tratamiento farmacológico
 - En cicladores rápidos resistentes a tratamiento farmacológico.
- Otras indicaciones posibles de aplicar la TEC son los trastornos psicóticos que tengan las siguientes características:
 - Síntomas catatónicos, grave agitación o desorganización grave.
 - Clínica afectiva predominante y resistente, tanto de los cuadros esquizoafectivos o en las depresiones secundarias o pospsicóticas.
 - Efectos indeseables graves de los antipsicóticos: síndrome neuroléptico maligno.
- No existe ninguna contraindicación absoluta para la TEC, si hay varios procesos clínicos que pueden aumentar el riesgo de complicaciones y que constituyen las contraindicaciones relativas:

- Antecedente reciente de infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias cardíacas.
- Cualquier enfermedad que incremente la presión intracraneal.
- Antecedente reciente de infarto cerebral, especialmente de infarto cerebral hemorrágico.
- Aneurisma o malformación vascular
- Clasificación del estado físico en los niveles 4 ó 5 de la ASA (American Society of Anesthesiology).
- Enfermedad pulmonar grave.
- Hipertiroidismo.
- Feocromocitoma.
- Todos estos procesos están relacionados con los efectos adversos de la TEC que los clínicos deberán tener presentes antes de su aplicación y hacer constar en el consentimiento informado:
 - Alteraciones cognitivas, principalmente estado confusional postictal transitorio y episodio prolongado de interferencia con la memoria anterógrada y retrógrada . La amnesia anterógrada normalmente se resuelve a las pocas semanas de retirar el tratamiento. La amnesia retrógrada puede ser persistente, en especial para los recuerdos recientes, al menos en pacientes que reciben TEC bilateral.
 - Efectos secundarios cardiovasculares. Aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y presión arterial
 - Aumento transitorio de la presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica.

Psiquiatra/Médico Internista/Cardiólogo/Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
Evaluación previa a la TEC	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar una TEC, en todos los pacientes habrá que efectuar una evaluación médica y neuropsiquiátrica exhaustiva que recoja los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Exploración física completa, con exploración neurológica detallada y examen psicopatológico. - La historia clínica debe recoger los aspectos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Posibles complicaciones de la anestesia (incluyendo antecedentes familiares y personales de hipertermia maligna).

- Demencias u otras enfermedades neurológicas.
- Cualquier síntoma que pueda ser sugestivo de aumento de la presión intracraneal o de enfermedad neurológica primaria.
- Cualquier síntoma que pueda ser sugestivo de alteración cardiovascular.
- Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica general, ECG, Rx de tórax en pacientes con enfermedad pulmonar y Rx de columna vertebral en pacientes con antecedentes de procesos que puedan afectar al sistema esquelético.
- En ancianos, tener en cuenta que :
 - El umbral convulsivo aumenta con la edad.
 - La eficacia de la TEC se potencia en ellos.
 - Tener en cuenta enfermedades intercurrentes.
 - Hay que vigilar dosis de anestésico.
 - La alteración cognitiva puede ser mayor.
- En el tratamiento mediante TEC de los pacientes con riesgo (infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas y lesiones cerebrales ocupantes de espacio) el clínico debe evaluar sus efectos sobre la fisiología cerebral y cardíaca, y sopesar el riesgo/beneficio.

Psiquiatra/Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
Técnica de administración	<ul style="list-style-type: none"> • La TEC se considera una técnica quirúrgica, que precisa de anestesia (Anexo 12) y como tal se administrará en quirófano o sala con recursos específicos para su aplicación. Será imprescindible un equipo de reanimación para que pueda ser utilizado en caso de emergencia. • El equipo terapéutico de la TEC estará formado, al menos, por un psiquiatra, un anestesiólogo y un equipo de enfermería formado específicamente para la TEC. • La TEC se podrá administrar de manera unilateral, en el hemisferio no dominante, o de forma bilateral. El emplazamiento unilateral provoca menos problemas cognitivos aunque su eficacia puede ser menor (A). <ul style="list-style-type: none"> – En la TEC unilateral se colocará un electrodo en el área frontotemporal no dominante, mientras que el otro se situará en la zona centroparietal no dominante, inmediatamente por fuera del occipucio en la línea media.

- En la TEC bilateral, los electrodos se colocarán en la zona frontotemporal, a 2,54 cm por encima de una línea imaginaria que una el pabellón auricular con canto externo del ojo.
- La dosis del estímulo estará en proporción del umbral convulsivo. Se define éste como la intensidad eléctrica mínima necesaria para producir una convulsión generalizada. Varía de 1 a 40 según múltiples factores (edad, sexo, raza, resistencia del cuero cabelludo, etc), por lo que el cálculo de la dosis de estímulo se personalizará en cada caso según dos métodos:
 - El incremento progresivo: administración intencionada de un estímulo subconvulsivo en el primer tratamiento y después, en la misma sesión, administración de estímulos sucesivamente más potentes hasta que se produce una convulsión.
 - Edad partido por dos. El resultado es el porcentaje de la capacidad máxima del dispositivo con la que debe ser tratado el paciente en primer lugar. Se utiliza en la colocación bilateral.
- La estimulación debe producir siempre una convulsión generalizada adecuada de una duración de 15 a 20 seg.
- Estrategias de aplicación:
 - En pacientes depresivos graves, con complicaciones de estupor catatónico, comportamiento suicida activo, rechazo de la medicación, puede estar justificado TEC bilateral con dosis elevada y fija (50% de la dosis máxima ofrecida por el dispositivo).
 - En casos menos graves, no de urgente intervención: TEC unilateral con un dosis de estimulación 5-6 veces superior al umbral convulsivo.
 - Pacientes en situación intermedia: TEC bilateral con incremento progresivo de la dosis o TEC unilateral con dosis elevada y fija.
 - En caso de TEC unilateral que no consiga respuesta terapéutica después de 6 tratamientos se recomienda pasar a TEC bilateral.
- El número total de sesiones debe ser aquel con el que se consiga la máxima remisión de los síntomas. Normalmente entre 6-12 sesiones y no se prolonga más de 20. Habitualmente la TEC se aplica en esquema de días alternos. Los tratamientos menos frecuentes causan menos deterioro cognitivo, aunque el inicio de la respuesta terapéutica es más lento (A).
- El manejo de la crisis se realizará:

- Crisis fallida: se recomienda reestimar con más intensidad, no más de tres veces, con espacio de 40 seg. Podemos potenciar la crisis disminuyendo la dosis de anestésico, reduciendo u omitiendo las benzodiazepinas, hiperventilando antes y durante la crisis, usando anestésico que menos afecte al umbral y con privación de sueño.
- Crisis abortada o breve: si duran menos de 15 seg. Se recomienda revisar dosis de anestésico, de la medicación concomitante del estímulo, así como la ventilación o el posible mal contacto.
- Crisis prolongada: si duran más de 180 seg. Utilizar benzodiazepinas.
- La TEC de mantenimiento se define como un régimen de tratamiento ambulatorio a largo plazo en el cual los pacientes reciben TEC en intervalos constantes o variables y a lo largo de un período variable según los casos. Se trata de una técnica orientada a la prevención de las recaídas de pacientes resistentes a otras terapias:
 - La frecuencia de los tratamientos debe ajustarse a cada caso. El período mínimo que se recomienda es de 6 meses.
 - Se administrará con una frecuencia compatible con una remisión sostenida. Se recomienda una TEC cada 1 a 3 meses. La indicación se revisará al menos cada 6 meses.
 - La evaluaciones a realizar son:
 - Una previa a cada tratamiento, tanto por psiquiatra como por anestesista.
 - Cada tres tratamientos: examinar la función cognitiva del paciente.
 - Cada seis meses: renovar el consentimiento, así como la indicación de TEC.
 - Cada 3 meses: realizar examen físico y analítica y cada año un ECG.
 - Criterios de selección:
 - Pacientes con historia de enfermedad episódica que ha respondido al TEC, previamente.
 - Pacientes en los que el tratamiento farmacológico por sí solo no ha probado su eficacia en la prevención de recaídas precoces.
 - Pacientes en los que el tratamiento farmacológico no se puede administrar de forma segura.
 - Paciente que prefiere y está de acuerdo con este tratamiento.
 - Criterios de exclusión:
 - Alto riesgo de suicidio.
 - Severas alteraciones de la conducta.

- Enfermedad sistémica grave.
- Inanición.
- Ausencia de cuidador responsable.

Psiquiatra/Anestesiólogo/Enfermera USMHG

Actividades	Características de calidad
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • La derivación para que un paciente reciba TEC, deberá hacerla el Psiquiatra responsable del caso, con informe donde justifique la aplicación. Además habrá informado ya al paciente y familiares de esta posibilidad terapéutica. • La propuesta será debatida en el seno de la Comisión de Área de TEC. La misión de la Comisión es garantizar que las exigencias éticas se cumplen en el caso y que la indicación es pertinente. La Comisión estará integrada por: <ul style="list-style-type: none"> – Coordinador de Área o persona en quién delegue. Este será el Coordinador de la Comisión. – El Psiquiatra que hace la indicación. – El Psiquiatra responsable de la aplicación de la TEC en la USMHG. – La Supervisora de Enfermería o, en su caso, le enfermera responsable del programa TEC. – Un Anestesiólogo referente del programa TEC. • Una vez aprobada la propuesta por la Comisión se procederá a aplicar el correspondiente protocolo preparatorio para la TEC. • La TEC será administrada por Psiquiatra designado para el caso. Éste y la Enfermera referente, serán los encargados de facilitar la información previa y el consentimiento informado.

4.3. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

4.3.1. PSICOTERAPIA

- Se define en términos generales como la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales y el sufrimiento humano.
- Aunque en sentido amplio muchas relaciones con el paciente pueden ser “psicoterapéuticas”, y hay aspectos comunes como el establecimiento de un vínculo o alianza estable, se recomienda aplicar intervenciones regladas por parte de profesionales debidamente entrenados, superando progresivamente prácticas artesanales difíciles de evaluar.

PSICOTERAPIA COGNITIVA EN LA ESQUIZOFRENIA

- Técnica psicoterapéutica específica, basada en modelos de vulnerabilidad y orientaciones cognitivas, que intenta reducir el papel de los síntomas positivos (delirios y alucinaciones), enseñando al paciente procedimientos de manejo y control de los mismos.
- A pesar de su relativa novedad hay evidencia suficiente sobre su utilidad en la reducción de síntomas positivos refractarios a al abordaje farmacológico, especialmente en el caso de ideas delirantes, así como de la reducción de su repercusión negativa en la vida cotidiana del sujeto.
- Indicada especialmente en caso de sintomatología no aguda y resistente al tratamiento farmacológico.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico

Actividades	Características de calidad
Sesiones grupales o individuales	<ul style="list-style-type: none">• Tiene como objetivos básicos reducir la angustia y la discapacidad asociada a los síntomas, reducir el trastorno emocional y fomentar la participación activa del paciente en prevenir recaídas y discapacidades.• Se basa en técnicas cognitivo-conductuales similares a las aplicables en otros tipos de trastornos (flexible, centrada en problemas, basada en análisis funcionales concretos, con tareas fijadas entre sesiones, con registros detallados y explicaciones claras y repetidas).• El número de sesiones es variable dependiendo de las técnicas concretas y las características del caso y en general de corta duración (30 minutos).• Hay diferentes líneas de intervención y técnicas concretas que pueden combinarse:<ul style="list-style-type: none">– Enseñanza de técnicas de manejo o afrontamiento: Potenciación de estrategias de afrontamiento (Tarrrier) y técnicas de focalización para el tratamiento de alucinaciones auditivas (Haddock, Bentall y Slade).– Estrategias de reestructuración cognitiva sobre ideas delirantes y alucinaciones auditivas (con técnicas diversas derivadas del trabajo de distintos grupos: Kingdon y Turkington, Fowler y Kuipers, Chadwick, Wircwood y Trower, Nelson, etc).– Estrategias para la prevención de recaídas.• Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

PSICOTERAPIA COGNITIVA EN LA DEPRESIÓN

- **Intervenciones basadas en modelos cognitivos que buscan modificar “variables cognitivas” entendidas como mediadoras para la modificación de la conducta, partiendo de la consideración que las perturbaciones emocionales, en el caso de los pacientes depresivos, dependen de las interpretaciones que ellos hacen de diferentes situaciones, y que la modificación de esas interpretaciones (“pensamientos negativos”) contribuyen a cambiar las emociones.**
- **Hay distintos procedimientos que tienen evidencia experimental sobre su efectividad, aunque el más apoyado empíricamente y más utilizado habitualmente es la Terapia Cognitiva de Beck.**
- **Indicada en depresiones y fases depresivas del trastorno bipolar.**

Psiquiatra/Psicólogo clínico

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none">• Los procedimientos centrales utilizan técnicas de reestructuración cognitiva que tratan de enseñar al paciente a analizar

y modificar sus patrones disfuncionales de pensamiento sustituyéndolos por patrones racionales y adaptativos.

- Suelen acompañarse de:
 - Técnicas de afrontamiento, dirigidas a mejorar el repertorio de habilidades personales para hacer frente a situaciones problemáticas.
 - Técnicas de resolución de problemas.
- Suelen constar de 16 a 20 sesiones, en un periodo de 12 a 16 semanas. Las sesiones son individuales, ayudadas por análisis, discusiones, auto registros y ejercicios.
- Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

PSICOTERAPIA COGNITIVO DIALÉCTICA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD (M.S.Linehan)

- **Técnica integradora (conductual, relacional y transferencial).**
- **Los objetivos generales persiguen la creación de dos necesidades en el paciente: la necesidad de aceptación y la necesidad de cambio. Para ello se trabajará en las siguientes áreas:**
 - logro de capacidades básicas
 - reducción de la angustia postraumática.
 - resolver problemas de la vida e incrementar el autorespeto.
 - lograr capacidad para sostener la alegría.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico

Actividades	Características de calidad
Sesiones individuales/ Sesiones grupales/ Seguimiento y ayuda telefónica continuada/Consultoría terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de una alianza terapéutica fuerte. • Planificación de objetivos terapéuticos explicitados y estructurados, establecidos de mutuo acuerdo con el paciente. De manera general se recomienda una jerarquización de las prioridades de los objetivos: <ul style="list-style-type: none"> – Comportamientos suicidas – Comportamientos que interfieren en la terapia – Comportamientos que interfieren en la calidad de vida • Técnicas de abordaje <ul style="list-style-type: none"> – psicoterapia individual – tareas de entrenamiento en habilidades – encuentros terapéuticos de consulta y supervisión – consultas telefónicas • La duración completa del programa es de 18 meses. Las sesiones individuales son de una hora y las grupales de dos horas y media, ambas semanales. • Se deben ir aplicando progresivamente diversas estrategias, de manera flexible, según la evolución del paciente:

- estrategias dialécticas
- estrategias nucleares
- estrategias de cambio
- estrategias de comunicación
- estrategias de gerencias
- Debe haber supervisión de los casos y coordinación entre los terapeutas.
- Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.
- Debe existir accesibilidad con el terapeuta en situaciones de emergencia/crisis
- Es preciso complementarla con un abordaje psicoeducativo familiar paralelo.

4.3.2. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

- Intervenciones dirigidas a reforzar el desempeño y competencia social en determinadas áreas afectadas por la enfermedad, basadas en modelos psicológicos de competencias y habilidades sociales así como de vulnerabilidad al estrés.
- Las técnicas más estructuradas basadas en técnicas conductuales tienen evidencia experimental sobre su efectividad en el aprendizaje de conductas necesarias para la vida social, especialmente en personas con esquizofrenia, aunque la generalización y persistencia del efecto en el tiempo no están tan claramente garantizadas.
- Aunque no hay evidencia experimental por no haber sido sometidas a evaluación empírica con el mismo grado de rigurosidad, sí hay distintas experiencias de desinstitucionalización que suministran datos que parecen indicar la utilidad de procesos menos estructurados de aprendizaje en contextos sociales reales, tanto de habilidades sociales generales como de distintas conductas relativas a la vida cotidiana de los pacientes. Aspectos que requerirían un esfuerzo por definir nuevas técnicas susceptibles de evaluación experimental.
- Indicadas como un componente más del tratamiento de personas con discapacidad en áreas de conducta social.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico/Enfermera/T. Ocupacional/T. Social

Actividades	Características de calidad
Sesiones grupales o individuales	<ul style="list-style-type: none"> • En las sesiones grupales el número de participantes debe estar en torno a 10. • Los contenidos habituales son: <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en habilidades específicas de conocimiento y manejo de la enfermedad, que enlazan con los programas psicoeducativos: <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la medicación. - Control de síntomas y prevención de recaídas. - Entrenamiento en habilidades de autocuidados y actividades de la vida cotidiana: <ul style="list-style-type: none"> - Aseo personal: higiene y vestido. - Hábitos saludables: alimentación y sueño.

- Cuidados para la salud: enfermedades comunes, ejercicio físico.
- Vivienda: limpieza, organización doméstica.
- Manejo social: dinero, transporte, recursos de la comunidad.
- Conocimientos básicos: lectoescritura, cálculo, orientación sociocultural.
- Entrenamiento en habilidades sociales específicas:
 - Habilidades básicas de comunicación
 - Habilidades para las relaciones de amistad y pareja
 - Habilidades básicas para el trabajo
- Las sesiones durarán unos 45 minutos. Por cada habilidad se emplearán entre dos y cuatro sesiones
- Metodología general de las sesiones:
 - Exposición de los objetivos y contenidos de la sesión.
 - Exposición de la información y comprobación de su asimilación.
 - Ensayos de las conductas a aprender mediante técnica de role-plays.
 - Retroalimentación mediante apoyo verbal, modelado de los comportamientos, instrucciones, etc.
- Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

4.3.3. REHABILITACIÓN COGNITIVA EN LA ESQUIZOFRENIA

- **Técnicas de intervención basadas en modelos psicológicos cognitivos, que pretenden mejorar el funcionamiento cognitivos general y paliar déficits específicos de personas con esquizofrenia.**
- **Aunque no se pueda afirmar la efectividad de técnicas concretas en déficits específicos de los pacientes, se están haciendo esfuerzos crecientes en este sentido y algunos resultados parecen ir ganando relevancia.**
- **Indicada en pacientes con esquizofrenia y deterioros cognitivos importantes que interfieren con otras intervenciones rehabilitadoras y de apoyo social.**

Psiquiatra/Psicólogo Clínico/Enfermera/T. Social/T. Ocupacional

Actividades	Características de calidad
Sesiones grupales o individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Estas técnicas van dirigidas a cuidar la motivación, mejorar las pautas de comunicación y prestar atención a déficits cognitivos concretos de cada paciente. • Existen técnicas generales y otras centradas en procesos cognitivos concretos, además de otras integradas en pro-

gramas más globales (Terapia personal/Terapia psicológica integrada).

- Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

4.3.4. PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES

- Intervenciones basadas en modelos de vulnerabilidad y dirigidas a mejorar los conocimientos del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento indicado, así como a desarrollar distintas habilidades necesarias para mejorar su implicación en el proceso de atención (identificación de síntomas precoces de descompensación, estrategias de autocuidado, etc).
- Hay muchas variedades de intervención que se encuadran en este apartado lo que hace difícil la evaluación sistemática de su efectividad específica. Los estudios disponibles parecen señalar con carácter general una mejora de la satisfacción y una disminución del número y frecuencia de recaídas, sin que quepa diferenciar claramente unas técnicas concretas como más efectivas que otras.
- Indicado en todos los pacientes con TMG y especialmente en aquellos con esquizofrenia.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico/Enfermera/T. Ocupacional/T. Social

Actividades	Características de calidad
Grupos de Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas a aplicar: <ul style="list-style-type: none"> – Información, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, apoyo. – Material informativo: medios audiovisuales, información escrita que puedan leer entre sesiones. • Participantes: los grupos deben tener entre 8 y 12. • La inclusión se realizará tras la desaparición de los síntomas agudos y puedan seguir los contenidos de las sesiones • Los contenidos de las sesiones irán dirigidos a: <ul style="list-style-type: none"> – Educación para la Salud. – Conocimiento de la enfermedad. Modelo de vulnerabilidad-estrés. – Tratamiento farmacológico y efectos secundarios. – Tratamientos psicosociales. – Pródromos. – Entrenamiento en el manejo de la enfermedad y el tratamiento. • Desarrollo general de las sesiones: <ul style="list-style-type: none"> – Breve exposición del estado y novedades de los participantes. – Recapitulación de los puntos esenciales de la sesión previa. – Contenido y objetivos de la sesión. – Ronda final a los participantes sobre su situación.

- Se realizarán registros observacionales, así como evaluaciones previas y posteriores.
- Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

4.3.5. PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR

- **Intervenciones que tratan de reducir las tasas de recaídas de pacientes mejorando la dinámica y comunicación familiar** través de facilitar apoyo emocional, educación y habilidades y estrategias de resolución de problemas a las personas en contacto habitual con el paciente.
- Existen distintas técnicas con aspectos comunes y algunas diferencias según las aplicaciones sean individuales o grupales, con participación o no del paciente, contenidos, duración, etc.
- Se basa directa o indirectamente en el concepto de “emoción expresada” identificador de pautas de relación entre el paciente y las personas que conviven con él y que se asocian con la evolución y las recaídas.
- Hay evidencia experimental suficiente sobre la efectividad de estas intervenciones para evitar recaídas, mejorar la evolución a largo plazo y mejorar la calidad de vida de pacientes con Esquizofrenia y familiares, así como, en menor grado, sobre su mantenimiento en el tiempo. Hay evidencia parcial en pacientes depresivos y con PMD.
- No hay evidencia suficiente sobre resultados diferenciales entre las distintas técnicas.
- Intervención aplicable a los familiares de todos los pacientes con esquizofrenia desde el inicio de la enfermedad.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico/Enfermera/T. Ocupacional/T. Social

Actividades	Características de calidad
<p>Sesiones unifamiliares/Grupos de familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas a aplicar: <ul style="list-style-type: none"> – Información, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, apoyo. – Material informativo: medios audiovisuales, información escrita que puedan leer entre sesiones. • Participantes: los grupos deben tener entre 8 y 12. • La inclusión se realizará tras la desaparición de los síntomas agudos. • Los contenidos de las sesiones irán dirigidos a: <ul style="list-style-type: none"> – Educación para la Salud. – Conocimiento enfermedad. Modelo de vulnerabilidad-estrés. – Tratamiento farmacológico y efectos secundarios. – Tratamientos psicosociales. – Pródromos. – Entrenamiento en el manejo de la enfermedad y el tratamiento. • Desarrollo general de las sesiones: <ul style="list-style-type: none"> – Breve exposición del estado y novedades de los participantes.

- Recapitulación de los puntos esenciales de la sesión previa.
- Contenido y objetivos de la sesión.
- Ronda final a los participantes sobre su situación.
- Se realizarán registros observacionales.
- Para su evaluación se realizarán pretest y postest.
- Para el grupo de pacientes con esquizofrenia existe técnicas concretas de abordaje familiar:
 - Técnicas unifamiliares y multifamiliares, combinadas con Psicoeducación a pacientes:
 - Falloon
 - Hogarty
 - Leff
 - Tarrier
 - MacFarlane
 - Todas tienen en común:
 - . Una evaluación sistemática de las características familiares: relaciones, estructura, red social, estigmatización, sobrecarga, habilidades previas al manejo de las situaciones, factores precipitantes, grado de implicación
 - . Una actitud de aproximación positiva, empática, buscando una alianza de trabajo con la familia y el paciente, valorando su pesada carga, y agradeciendo su capacidad de cuidados.
 - . Un espacio de tratamiento dedicado a la información sobre la esquizofrenia.
 - . Se ofrecen como una estructura estable de tratamiento a la familia, con una gran disponibilidad en general. Se les muestra activamente que una definición clara de los límites, la evitación de situaciones imprevistas, y el mantenimiento de cierta distancia interpersonal mejoran la evolución de los pacientes y la calidad de vida de las familias.
 - . Se fomenta el contacto con otros familiares en situación similar y la ampliación de las relaciones fuera del contexto del núcleo familiar.
 - . Entrenamiento en la mejora de la comunicación y en el manejo de problemas.
- Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

4.3.6. TÉCNICAS INTEGRADAS

- El carácter complementario de gran parte de las intervenciones psicológicas anteriormente indicadas han llevado al desarrollo de programas más globales que las incluyen en un abordaje común de los pacientes: **Terapia personal de Hogarty y Terapia psicológica integrada.**

TERAPIA PERSONAL (Hogarty)

- Programa global de intervención, basado también modelos de vulnerabilidad, que integra distintas técnicas para favorecer una mejor conciencia de la vulnerabilidad personal (incluyendo la detección y manejo de alteraciones emocionales) y mejor control de factores personales y del entorno.
- A pesar de su relativa novedad tiene evidencia experimental consistente en cuanto a su efecto en la prevención de recaídas y la mejora del insight, la expresión emocional, así como del funcionamiento personal y el ajuste social de personas con esquizofrenia.
- Indicada en pacientes con esquizofrenia una vez controlada la fase de crisis aguda.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico	
Actividades	Características de calidad
Sesiones individuales	<ul style="list-style-type: none">• La técnica se basa en procedimientos variables (integrando distintas intervenciones específicas adaptables a cada persona) y requiere entrenamiento específico.• Se desarrolla en tres fases:<ul style="list-style-type: none">– Una básica dirigida a establecer un vínculo estable con el paciente y asegurar la estabilidad clínica.– Una intermedia centrada en el desarrollo de la autoconciencia de estados emocionales, cognitivos y conductuales, así como en el incremento de las competencias y habilidades personales de autorregulación y manejo.– Una avanzada que refuerza la anterior y se amplía a las relaciones entre vida interna y circunstancias vitales y del entorno.• Su duración es larga, habitualmente dos años o más.• Se combina con otras intervenciones incluidas en este apartado (psicoeducación personal y familiar, entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas, rehabilitación cognitiva, etc.)• Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA EN LA ESQUIZOFRENIA (BRENNER Y RODER)

- Programa integrado de intervenciones que incluye el tratamiento de trastornos cognitivos y de conducta social de pacientes con esquizofrenia, a través de 5 subprogramas.
- Hay evidencia empírica de su efectividad referida tanto al conjunto, como a intervenciones concretas para algunos subprogramas.
- Además de su aplicabilidad directa en pacientes con esquizofrenia es un ejemplo de la necesidad de combinar intervenciones diversas de manera global.

Psiquiatra/Psicólogo clínico

Actividades	Características de calidad
Sesiones individuales/ grupales	<ul style="list-style-type: none">• Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.• Utiliza 5 subprogramas específicos que se combinan en cada caso y se centran en el trabajo con 5 áreas habitualmente afectadas en el paciente y que se abordan de manera escalonada e integrada:<ul style="list-style-type: none">– Diferenciación cognitiva– Percepción social– Comunicación verbal– Habilidades sociales– Resolución de problemas interpersonales• Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones.

4.4. INTERVENCIONES DE APOYO SOCIAL

- Intervenciones de distinto tipo que tienen en común su carácter no estrictamente sanitario y su objetivo general de favorecer la autonomía personal y el funcionamiento social del paciente mediante la cobertura de distintas necesidades básicas para la vida en la comunidad.
- Además de contar con evidencia en grado variable (no siempre hay procedimientos estandarizados que permitan evaluaciones rigurosas) sobre su efectividad en mejorar parámetros clínicos y, especialmente, los niveles de capacidad y satisfacción, suelen ser requisitos básicos para permitir la vida en la comunidad y el ejercicio de derechos ciudadanos básicos.

4.4.1. INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LOS INGRESOS ECONÓMICOS

- Asegurar una vía regular de ingresos económicos es una condición básica para cualquier planteamiento de vida autónoma en la comunidad, aún cuando muchas de las necesidades cotidianas sean cubiertas con apoyos institucionales diversos. La vía más adecuada para ello es un trabajo remunerado, pero en muchas ocasiones éste solo es alcanzable, tras un largo proceso de rehabilitación y apoyo.
- Con independencia de la fuente de ingresos muchos pacientes presentan durante importantes periodos dificultades para la gestión cotidiana de su dinero, por lo que deberá establecer en cada caso el mecanismo más razonable para apoyarle en ese área.

Profesionales de SM y de FAISEM

Actividades	Características de calidad
Apoyo en la consecución de un ingreso regular (empleo/pensiones)	<ul style="list-style-type: none">• Debe velarse por encontrar una cobertura razonable de las necesidades económicas del paciente mediante:<ul style="list-style-type: none">– El apoyo al mantenimiento de un puesto de trabajo, si ya lo tiene en el momento de presentar el trastorno, o a la consecución de uno, si ese no fuera el caso.– El apoyo al paciente en la tramitación a una pensión

Trabajador social	
Actividades	Características de calidad
Tramitación de pensión	<ul style="list-style-type: none"> • La tramitación de una pensión contributiva o no contributiva, valorando en todo caso el efecto contradictorio de la misma sobre el empleo futuro.

Enfermera/Auxiliar de enfermería/T. Social/Monitores de FAISEM	
Actividades	Características de calidad
Ayuda en la gestión del dinero	<ul style="list-style-type: none"> • Se contemplarán distintos procedimientos y niveles de apoyo, que habrá que ajustar en cada caso, desde la supervisión periódica a la incapacitación judicial y tutela.

4.4.2. PROGRAMA RESIDENCIAL

Monitores de FAISEM	
Actividades	Características de calidad
Atención en régimen de cobertura de 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atención basado en estructuras (“Casas Hogar”) de no más de 20 residentes con presencia física de personal de apoyo (monitores residenciales) durante las 24 horas, adecuado por tanto para personas que no pueden organizar por sí mismos los aspectos básicos de su residencia, manutención, convivencia y manejo cotidiano. • Cada residente deberá contar con un programa individual de atención residencial, incluido en el PIT y coordinado con el Psiquiatra/Psicológico clínico responsable y el referente personal, que determine claramente las necesidades a cubrir desde el programa, impulsando la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad y evitando enfoques institucionalizadores o de mera custodia.

Monitores de FAISEM	
Actividades	Características de calidad
Atención en régimen de supervisión horaria parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atención basado en estructuras más pequeñas (en torno a 4 residentes), con cobertura externa de personal de apoyo (monitores residenciales) durante algunas horas al día,

	<p>adecuado por tanto para personas que tienen mayor capacidad para organizar por si mismas, con apoyo intermitente, al menos algunos de los aspectos básicos de su residencia, manutención, convivencia y manejo cotidiano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada residente deberá contar con un programa individual de atención residencial, incluido en el PIT y coordinado con el Facultativo responsable y el referente personal, impulsando la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad y evitando tanto el abandono como enfoques institucionalizadores o de mera custodia.
Atención en régimen de apoyo domiciliario	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atención basado en la permanencia del usuario en su propia vivienda, con cobertura externa de personal de apoyo (monitores residenciales) durante algunas horas al día, adecuado por tanto para personas con perfiles similares a los de las viviendas tuteladas pero con posibilidad de residencia propia y/o familiar. • Cada usuario deberá contar con un programa individual de atención residencial, incluido en el PIT y coordinado con el Facultativo responsable y el referente personal, impulsando la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad.

4.4.3. PROGRAMA OCUPACIONAL

Monitores de FAISEM	
Actividades	Características de calidad
Atención en régimen de día	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atención basado en la asistencia a un programa estructurado de actividad ocupacional que facilita estímulos cognitivos, relaciones sociales y ayuda a organizar la vida cotidiana, para pacientes que tiene dificultades temporales o permanentes para desarrollar actividades laborales más específicas. • Cada usuario deberá contar con un programa individual de atención, incluido en el PIT y coordinado con el Psiquiatra/ Psicológico clínico responsable y el referente personal, con objetivos rehabilitadores, es decir impulsando la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad.
Atención en actividades puntuales	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de un espacio ocupacional para actividades más específicas de rehabilitación y/o formación durante un tiempo limitado.

- El usuario deberá contar con un programa individual de atención, incluido en el PIT y coordinado con el Psiquiatra/Psicólogo clínico responsable y el referente personal con objetivos rehabilitadores, es decir impulsando la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad.

4.4.4. SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y APOYO AL EMPLEO

Técnicos de orientación y apoyo al empleo	
Actividades	Características de calidad
Orientación vocacional	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso individualizado de asesoramiento y orientación sobre posibilidades de empleo y/o actividad ocupacional que implica la exploración y valoración de conocimientos, habilidades, historia previa, expectativas y deseos en el area laboral. • Debe vincularse a la elaboración de un itinerario personal que permita ajustar las características del paciente al contexto real de posibilidades de empleo, incluyendo actividades complementarias de rehabilitación vocacional, formación profesional, desarrollo de habilidades básicas, y apoyo en la búsqueda, consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo.

Profesores de formación profesional/Monitores de FAISEM	
Actividades	Características de calidad
Formación profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de formación profesional tendentes a mejorar la capacidad del paciente para el empleo. Puede tener lugar mediante su integración, con apoyo en cursos de carácter general o a través de cursos específicos para personas con trastorno mental grave, gestionados directamente desde el Servicio de orientación y apoyo al empleo. • Debe basarse en expectativas reales de empleo e integrarse en un itinerario personal realista, incluyendo la consideración del riesgo de frustración de expectativas de empleo sobrevaloradas.

Técnicos de orientación y apoyo al empleo/Monitores de FAISEM	
Actividades	Características de calidad
Apoyo al empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de seguimiento y apoyo al mantenimiento del puesto de trabajo ya sea en el denominado “mercado ordinario” ya en una Empresa Social-Centro Especial de Empleo.

- Puede adoptar formas variables según las características del caso, incluyendo actividades dentro y fuera de la empresa, con el paciente, su familia, empresario y compañeros de trabajo. La modalidad de intervención debe tener en cuenta una valoración realista del balance entre el apoyo que se espera poder aportar y las dificultades añadidas que, en bastantes ocasiones pueden suponer (especialmente en relación con el estigma social) intervenciones directas en el medio laboral. Aspecto que debe consensuarse siempre con el usuario.

4.4.5. PROGRAMA DE RELACIONES SOCIALES Y EMPLEO DEL TIEMPO LIBRE

Monitores de FAISEM	
Actividades	Características de calidad
Relaciones sociales/ ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades dirigidas a favorecer la interacción social y el empleo del tiempo libre, en dispositivos específicos para aquellos pacientes que tienen mayores dificultades para integrarse en actividades generales. • Aunque el tipo de actividad no es compatible con una excesiva formalización, deberá orientarse siempre a mejorar la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad.

4.4.6. PROGRAMA DE PROVISIÓN DE TUTELA

Instituciones tutelares	
Actividades	Características de calidad
Defensa judicial/ Curatela/ Tutela jurídica	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de que el paciente no pueda de manera duradera gestionar por sí mismo aspectos básicos de su vida, y no haya en su entorno familiar ninguna persona que pueda asumir estas funciones, las Instituciones Tutelares deben garantizar: <ul style="list-style-type: none"> – La defensa judicial durante el proceso de incapacitación. – La curatela y/o tutela tras la resolución judicial de incapacitación. – Y la defensa judicial en los procesos de recuperación. • En todo caso tales funciones deberán ejercerse con criterios restrictivos teniendo en cuenta que si el objetivo final del proceso de atención es la recuperación del paciente, la incapacitación y la tutela son como mucho un mal menor que hay que ejercer debidamente pero en el mínimo de casos posibles y durante el mínimo de tiempo imprescindible para ayudar al paciente sin generarle problemas adicionales de dependencia y privación de derechos.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye, entre sus objetivos, la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los procesos asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0634	Psicopatología según proceso	I	I	I				
C-0555	Guías prácticas de uso según proceso	I	I	I				
C-0534	Exploración psicopatológica	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	I	I	I				
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico según proceso	I	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc según proceso	I	I	I				
C-0375	Actuación en situaciones críticas	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0077	Soprote vital avanzado cardiológico	I	I	I	1			
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	I	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	I	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	I	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso	D	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	D	I	I				
C-0613	Estructura organizativa y funcional de la organización	D	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0343	Elaboración de anamnesis específica según proceso	I	I	I				
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0395	Detectar los signos de alarma	I	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0370	Manejo de emociones	D	I	I				
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas según proceso	D	I	I				
H-0388	Capacidad de discriminar la prioridad de los procesos	D	I	I				
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	D	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	D	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/líneas de la organización	D	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				
H-0303	Capacidad de manejo de sintomatología cambiante	D	D	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	D	I				
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de burn-out derivado del contacto con la patología	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0071	Continuidad asistencial	I	I	I				
A-0065	Comprensión (empatía)	I	I	I				
A-0063	No introducir creencias: actitud neutral y exenta de prejuicios	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: PSICÓLOGOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0634	Psicopatología según proceso	I	I	I				
C-0555	Guías prácticas de uso según proceso	I	I	I				
C-0534	Exploración psicopatológica	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
C-0375	Actuación en situaciones críticas	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0091	Soporte vital básico	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	D	I	I				
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso	D	I	I				
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc según proceso	D	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	D	I	I				
C-0613	Estructura organizativa y funcional de la organización	D	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos	D	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	D	D	I				
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico según proceso	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: PSICÓLOGOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0343	Elaboración de anamnesis específica según proceso	I	I	I				
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	I	I	I				
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	I	I	I				
H-0370	Manejo de emociones	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0395	Detectar los signos de alarma	I	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	D	I	I				
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	D	I	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos; psicoterapéuticos	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	D	I	I				
H-0388	Capacidad de discriminar la prioridad de los procesos	D	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/líneas de la organización	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	D	I				
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de burn-out derivado del contacto con la patología	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: PSICÓLOGO

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0071	Continuidad asistencial	I	I	I				
A-0065	Comprensión (empatía)	I	I	I				
A-0063	No introducir creencias: actitud neutral y exenta de prejuicios	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0634	Psicopatología según proceso	I	I	I				
C-0538	Fisiopatología específica según proceso	I	I	I				
C-0266	Patología endocrinológica y nutricional	I	I	I				
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc. según proceso	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera según proceso	I	I	I				
C-0558	Cuidados enfermeros específicos según proceso	I	I	I				
C-0077	Soporte vital avanzado cardiológico	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	D	I	I				
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso	D	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	D	I	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema según proceso: conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	D	I				
C-0535	Otras instituciones no sanitarias relacionadas con el proceso	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	I	I	I				
H-0420	Cuidados específicos según proceso	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados, informe de alta, recomendaciones cuidados,...)	I	I	I				
H-0388	Capacidad de discriminar la prioridad de los procesos	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas según proceso	D	I	I				
H-0001	Afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos	D	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/lineas de la organización	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	D	D	I				
H-0370	Manejo de emociones	D	D	I				
H-0270	Dinámica de grupos	D	D	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	D	D	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	D	I				
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de burn-out derivado del contacto con la patología	D	D	I				
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0071	Continuidad asistencial	I	I	I				
A-0065	Comprensión (empatía)	I	I	I				
A-0063	No introducir creencias: actitud neutral y exenta de prejuicios	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO TRASTORNO MENTAL GRAVE

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0024	Informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	SopORTE vital avanzado cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en SopORTE Vital Avanzado
C-0082	Inglés, nivel básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica
C-0375	Actuación en situaciones críticas	Técnica específica: referido a intervención en crisis
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	Técnicas específicas
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas	Técnicas específicas. Técnicas de entrevista y pruebas complementarias en el psiquiatra. En la enfermera incluye conocimiento básico de pruebas complementarias
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	Técnicas específicas: técnicas de entrevista, de apoyo personal
C-0534	Exploración psicopatológica	Técnicas específicas
C-0535	Otras instituciones no sanitarias, relacionadas con el proceso	Técnicas específicas
C-0538	Fisiopatología específica según proceso	Técnicas específicas

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc. según proceso	Técnicas específicas
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	Técnicas específicas
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema según proceso: conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización	Técnicas específicas
C-0555	Guías prácticas de uso según proceso (CLÍNICAS)	Técnicas específicas
C-0558	Cuidados enfermeros específicos según proceso	Técnicas específicas
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera según proceso	El/la profesional conoce los procedimientos específicos según el proceso en que trabaja
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	Específico por patología: incluye las clasificaciones internacionales diagnósticas y específicamente se refiere al diagnóstico diferencial en el psicólogo
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	El profesional posee conocimientos sobre el desarrollo de contenidos, orientaciones y estrategias que facilitan a los individuos (pacientes y entorno familiar) aprender a adaptarse y a vivir con mayor calidad de vida.
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico según proceso	El/la profesional conoce los tratamientos farmacológicos relacionados con el proceso: fármacos, pautas y vías de administración
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso	Técnicas específicas
C-0613	Estructura organizativa y funcional de la organización	El/la profesional conoce la estructura organizativa y funcional de la organización a la que pertenece. Específicamente la referida a su área sanitaria
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	El/la profesional conoce la guía del proceso asistencial específico y sus componentes (técnicas específicas de aplicación en el proceso, guías de práctica clínica, indicadores, etc...)
C-0634	Psicopatología según proceso	Área específica de conocimiento

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0001	Afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos	El/la profesional tiene la capacidad necesaria para desarrollar estrategias orientadas a solventar conflictos que se puedan producir entre diferentes niveles de la organización, con profesionales o clientes, intentando llegar a acuerdos con soluciones satisfactorias todas las partes
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	El/la profesional se comporta con comodidad en situaciones no seguras, ante proyectos no del todo definidos y los aborda como una oportunidad, sin resistencia
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Éstos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolas de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones según su grado de responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, y no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad
H-0031	Gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas.
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generando un entorno de apoyo mutuo
H-0078	Afrontamiento del estrés	El profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta
H-0270	Dinámica de grupos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de burn-out derivado del contacto con la patología	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Respecto al paciente y/o familia pero también a aspectos organizacionales
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica: incluye la emisión de informes de derivación
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos; psicoterapéuticos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica: psicoterapia grupal

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0335	Técnicas específicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica: técnicas de observación, de comunicación, de relajación, contratransferencia, solución de problemas, dinámica de grupos y desarrollo de grupos psicoeducativos y psicoterapia, en el psicólogo. Técnicas de entrevista, de apoyo personal
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0343	Elaboración de anamnesis específica según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0370	Manejo de emociones	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente referido a mantener distancia emocional y contención del paciente en el psicólogo; la relación terapéutica con el paciente/familia con fines terapéuticos en el médico; cercanía emocional y neutralidad terapéutica en la enfermera
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados, informe de alta, recomendaciones, cuidados,...)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0388	Capacidad de discriminar la prioridad de los procesos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica: específicamente referido a la priorización de la atención fisiológica y/o psicológica en función de las necesidades/estado del paciente
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Referido, en el psiquiatra y psicólogo, al apoyo, el consejo y/o las intervenciones psicoterapéuticas específicas: cognitivo-conductuales, psicodinámica y sistémica
H-0395	Detectar los signos de alarma	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	El/la profesional manifiesta la habilidad de realizar su actividad diaria garantizando las condiciones de asepsia, limpieza y esterilidad en todas las situaciones relacionadas con su actividad diaria: aseo personal, comportamiento, utilización de instrumental y aparataje
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación, fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así mayor calidad de vida
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/líneas de la organización	El/la profesional manifiesta la capacidad de establecer una relación óptima entre las distintas áreas y líneas de trabajo dentro de la institución
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	El/la profesional es capaz de diseñar planes de cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente y según el proceso específico, según las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) oficialmente reconocidos
H-0420	Cuidados específicos según proceso	El/la profesional lleva a cabo en su quehacer diario todos los cuidados que recoge el proceso de forma genérica adecuándolos al plan personalizado del paciente. Incluye administración de fármacos, dietas alimentarias



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES
ESMD	<p>Composición:</p> <ul style="list-style-type: none">– Psiquiatras.– Psicólogos Clínicos.– Enfermeras.– Auxiliares de Enfermería.– Trabajadores Sociales.– Auxiliares Administrativos. <p>Con competencias profesionales y en número suficiente para la atención a la población con TMG.</p> <p>Espacio físico:</p> <ul style="list-style-type: none">– Consultas para atención individual, informatizadas y con conexión a la red suficientes para todos los profesionales.– Consulta para docencia.– Sala de espera.– Sala para la Unidad de Atención al Usuario.– Varias salas de atención grupal y familiar.– Una sala de reuniones.– 1 secretaría/archivo.– Botiquín para la dispensación de medicación y otras actividades de enfermería.– Almacén de material.
Hospital de Día	<p>Composición:</p> <ul style="list-style-type: none">– Psiquiatras.– Psicólogos Clínicos.– Enfermeras.– Auxiliares de Enfermería.– Terapeuta ocupacional.– Monitores ocupacionales.– Trabajador Social.– Auxiliares Administrativos. <p>Con competencias profesionales y en número suficiente para la atención a la población con TMG.</p> <p>Espacio físico:</p> <ul style="list-style-type: none">– Consultas para atención individual, informatizadas y con conexión a la red suficientes para todos los profesionales.– Consulta para docencia.– Habitación para observación de pacientes en crisis.– Sala de espera.– Sala para la Unidad de Atención al Usuario– Una sala de reuniones.– Varias salas de atención grupal y familiar.– 1 secretaría/archivo– Botiquín para la dispensación de medicación y otras actividades de enfermería.– Almacén de material.

Comunidad Terapéutica

Composición:

- Psiquiatras.
- Psicólogos Clínicos.
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería.
- Terapeuta ocupacional.
- Monitores ocupacionales.
- Trabajador Social.
- Auxiliares administrativos.

Con competencias profesionales y en número suficiente para la atención a la población con TMG

Espacio Físico:

La C.T., precisa un espacio físico propio, diferenciado y no compartido con otros servicios de salud mental, y que debe propiciar la consecución de los objetivos de este dispositivo independientemente de que se encuentre ubicado en un espacio hospitalario o no.

Conviene crear un ambiente lo más normalizado posible, sin ocultar por ello el carácter de servicio sanitario que posee. Se persigue con esto que los pacientes disfruten en un ambiente cálido y acogedor, más parecido a una casa o a una pequeña residencia que a una planta de hospital.

Respecto a la distribución del espacio interior, conviene diferenciar el área asistencial, los espacios comunes (estar y comedor) y los dormitorios. La zona de dormitorios y parte de los aseos quedarían reservados para aquellas personas que se encuentran en régimen de hospitalización completa, mientras que los espacios asistenciales y los comunes serían compartidos también por los usuarios con hospitalización parcial.

Área asistencial:

- Consultas para atención individual, informatizadas y con conexión a la red suficientes para todos los profesionales.
- Consulta para docencia.
- Sala de espera.
- Sala para la Unidad de Atención al Usuario
- Una sala de reuniones.
- Varias salas de atención grupal y familiar.
- 1 secretaría/archivo.
- Botiquín para la dispensación de medicación y otras actividades de enfermería, así como para la exploración somática de los pacientes.
- Almacén de material.

	<p>Espacios comunes y dormitorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 cocina-office. - 1 salón-comedor. - 1 cuarto de estar y TV. - 4 aseos múltiples para pacientes hospitalizados. - Habitaciones preferentemente individuales, en número suficiente para 15-20 pacientes máximo. - 1 habitación de observación. - 1 espacio para lavadora, secadora y tendedero. - 1 patio interior y 1 jardín exterior.
<p>UHSMHG</p>	<p>Composición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatras. - Psicólogos Clínicos. - Enfermeras. - Auxiliares de enfermería. - Auxiliares administrativos. <p>Con competencias profesionales y en número suficiente para la atención a la población con TMG</p> <p>Espacio físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultas para atención individual, informatizadas y con conexión a la red suficientes para todos los profesionales. - Consulta para docencia. - Sala de espera. - Sala para la Unidad de Atención al Usuario. - Varias salas de atención grupal y familiar. - Una sala de reuniones. - Ubicación en el hospital general, preferentemente en planta baja. Deberá estar bien comunicada con los servicios especiales y generales: Urgencias, U.C.I., Radiodiagnóstico. - Habitaciones preferentemente individuales con un máximo de 30 camas). - Almacén de material fungible. - Comedor amplio, suficiente para 30 pacientes.
<p>URA</p>	<p>Composición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatras. - Psicólogos Clínicos. - Enfermeras. - Auxiliares de enfermería. - Terapeuta ocupacional. - Monitores ocupacionales. - Trabajador Social. - Auxiliares administrativos.

	<p>Con competencias profesionales y en número suficiente para la atención a la población con TMG.</p> <p>Espacio físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Consultas para atención individual, informatizadas y con conexión a la red en número suficiente para todos los profesionales suficientes para el conjunto de profesionales. – Consulta para docencia. – Sala de espera. – Sala para la Unidad de Atención al Usuario. – Varias salas de atención grupal y familiar. – Varias salas para terapia ocupacional. – Una sala de reuniones.
Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> – Fármacos necesarios para las intervenciones contempladas en el proceso.
Aparataje	<ul style="list-style-type: none"> – Toma de oxígeno y de vacío, cerrados con llave, en las habitaciones de los pacientes hospitalizados. (USMHG). – Esfingomanómetro de pared y portátiles (Unidad de Hospitalización de Salud Mental, Hospital de Día y CT. El resto portátiles) – Carro de parada en dispositivos de hospitalización. – Camilla (Todos). – Frigorífico para guardar la medicación (todos). – Electrocardiógrafo (en todos los dispositivos, salvo los ESMD). – Cámaras para observación de los pacientes en fase aguda, con riesgo de autoagresión o contenidos mecánicamente en las habitaciones de la USMHG, el monitor estará situado en el control de enfermería. – Aparatos homologados para TEC. – Medios homologados para la contención física (todos los dispositivos sanitarios).
Equipamiento	<p>Sala de atención grupal y familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cámara de observación – Sistema de audición y grabación de video para supervisión y docencia. <p>Salas de taller ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mobiliario adecuado para la utilización y almacenaje de material y herramientas de actividades ocupacionales.



5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: TRASTORNO MENTAL GRAVE

PROCESOS ESTRATÉGICOS

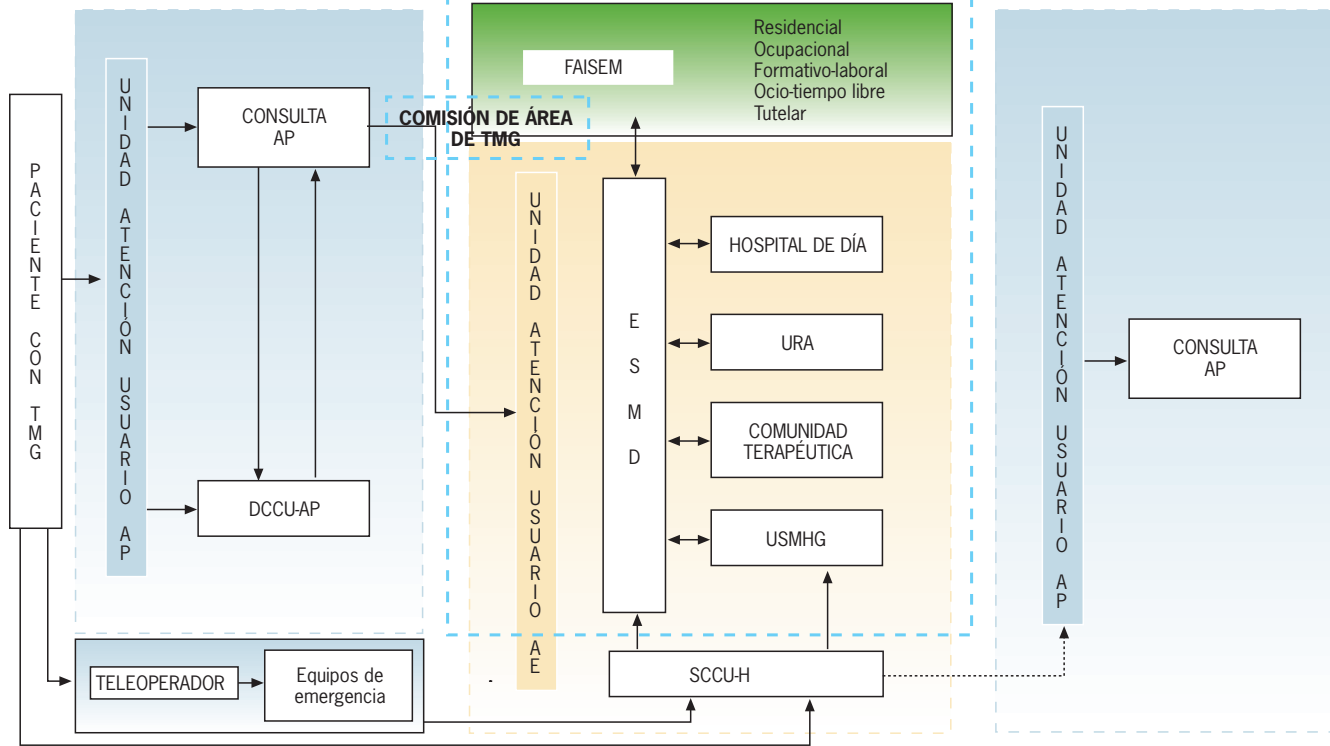
CONTRATO PROGRAMA

GESTIÓN DE DOCENCIA

GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN

PLAN DE CALIDAD

GESTIÓN POR COMPETENCIAS



PROCESOS DE SOPORTE

TRANSPORTE

TRAZADOS

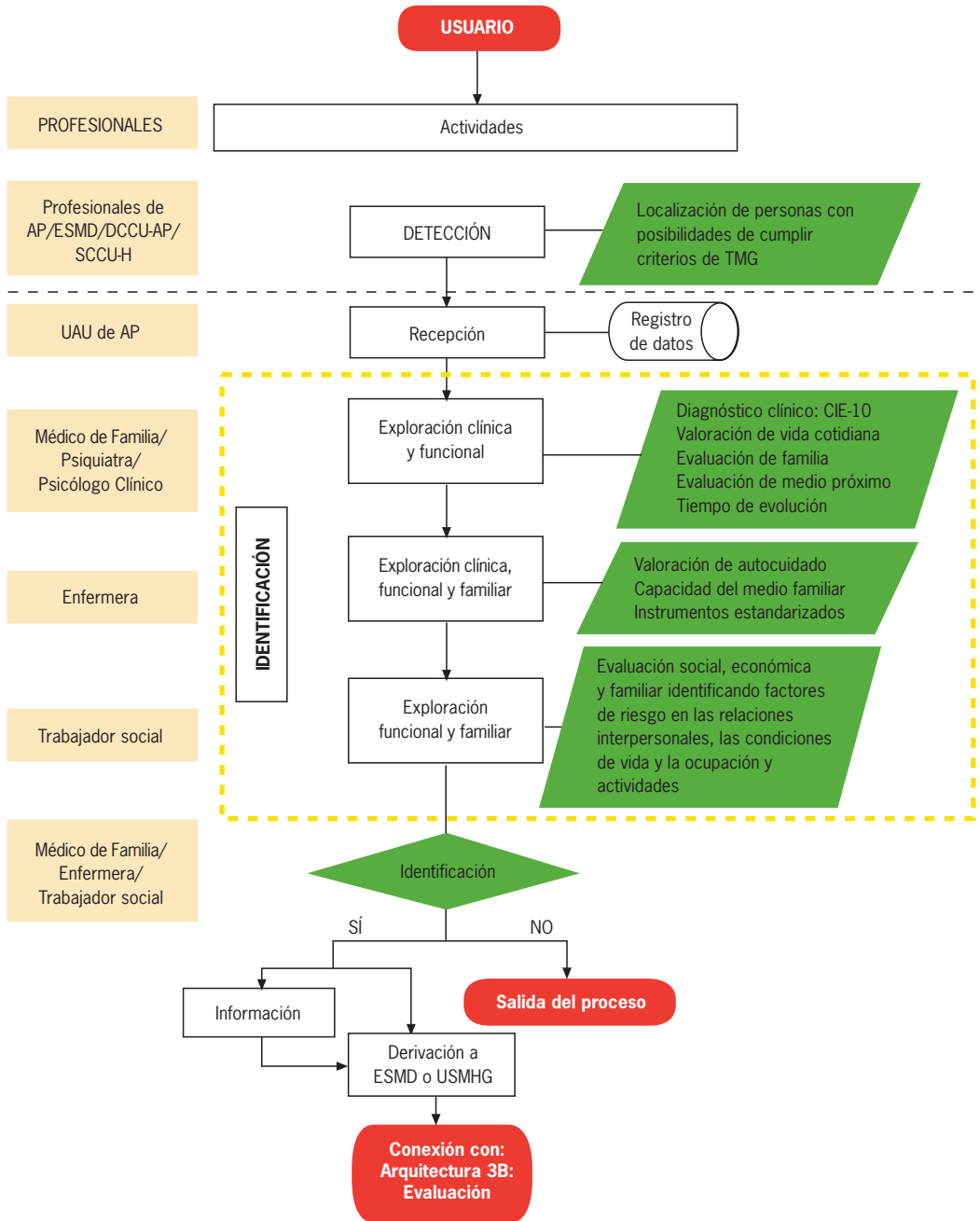
LABORATORIO

DOCUMENTACIÓN

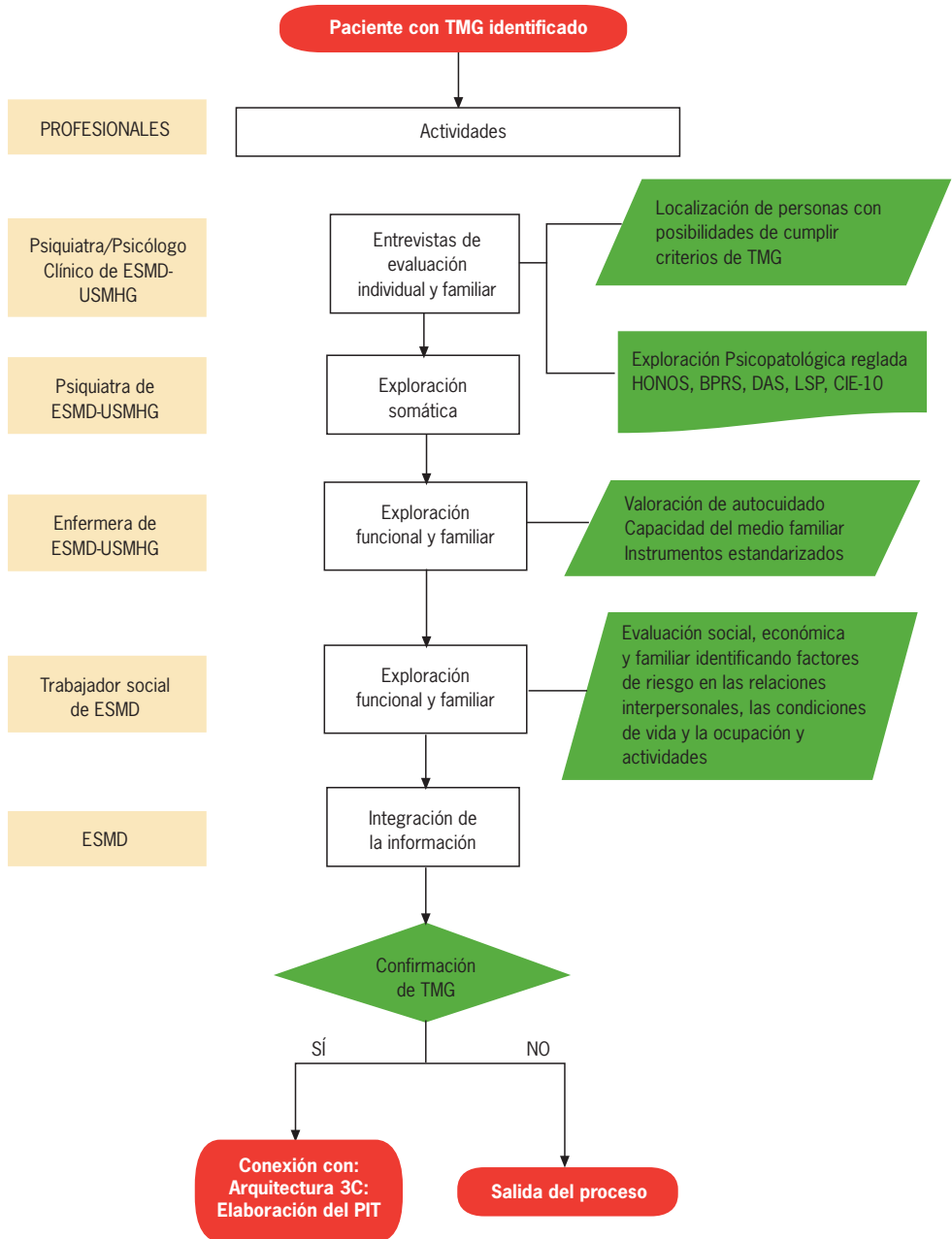
T. IMAGEN

HOSTELERÍA

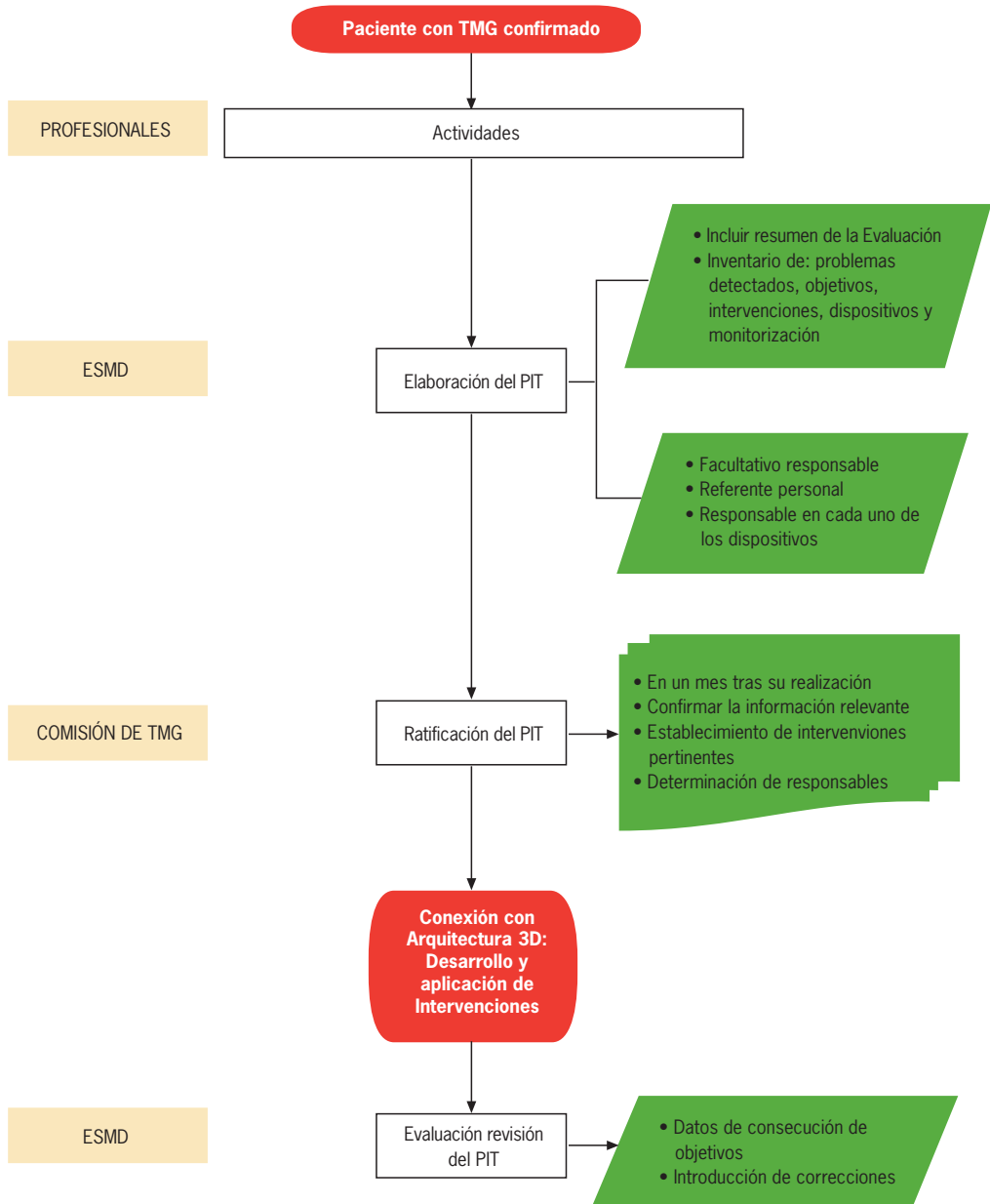
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3A: DETECCIÓN IDENTIFICACIÓN



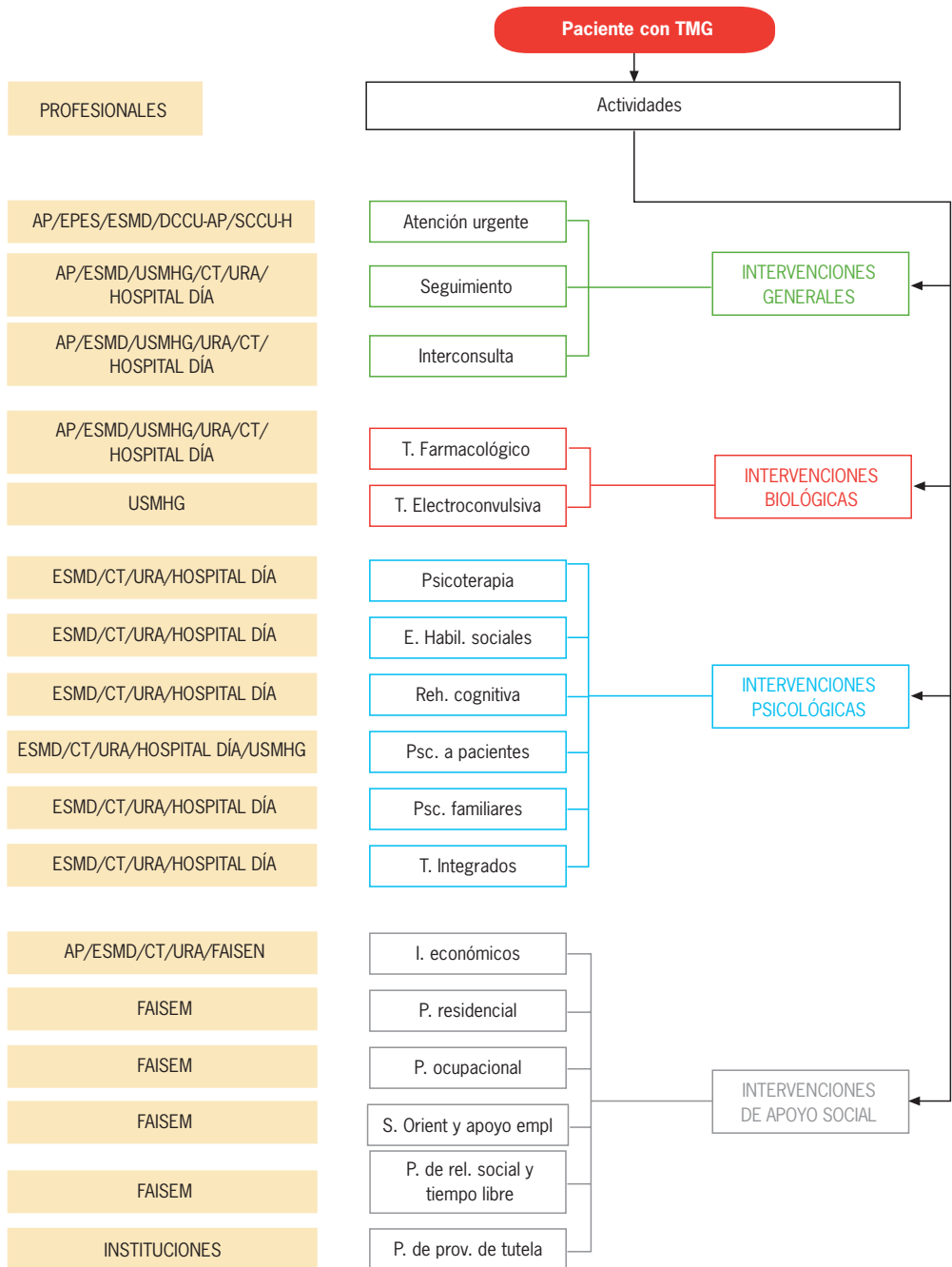
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3B: EVALUACIÓN PARA CONFIRMACIÓN DE TMG



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3C: ELABORACIÓN DEL PIT



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3D: DESARROLLO Y APLICACIÓN DE INTERVENCIONES



6 INDICADORES

• Indicador nº 1

Criterio	La identificación del TMG no debe demorarse más allá de una semana, tanto en AP como en SM.	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes identificados como TMG en un plazo inferior a una semana tras la detección en un periodo
	Denominador	Nº de pacientes identificados como TMG en el mismo periodo
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	La detección: Sospecha de TMG La identificación se lleva a cabo de forma multidisciplinar y en varias entrevistas que exploran las diferentes áreas, según proceso	
Excepciones	Pérdidas tras la detección	

• **Indicador nº 2**

Criterio	La Evaluación debe ser realizada en un plazo máximo de un mes.	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con TMG que tienen realizada la Evaluación en el plazo máximo de un mes, desde la identificación, en el periodo
	Denominador	Nº de pacientes con TMG que tienen realizada la Evaluación, en el mismo periodo
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	La Evaluación del TMG se lleva a cabo de forma multidisciplinar y en varias entrevistas que exploren las diferentes áreas, según proceso	
Excepciones	Pérdidas durante la Evaluación	

• **Indicador nº 3**

Criterio	En todos los casos se cumplimentará al menos la escala HONOS, en la Evaluación del paciente.	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con TMG que tienen cumplimentada la escala HONOS, en la Evaluación
	Denominador	Nº de pacientes con TMG que tienen la Evaluación realizada
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	Según proceso	
Excepciones	Pérdidas durante la Evaluación (abandonos)	

• **Indicador nº 4**

Criterio	Todos los pacientes con trastorno mental grave (TMG) confirmado tras la Evaluación, contarán con un plan personal de atención que denominamos Plan individualizado de tratamiento (PIT), en el tiempo establecido	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con TMG confirmados tras la evaluación que tienen un PIT elaborado,
	Denominador	Nº de pacientes con TMG confirmados tras la evaluación
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	El PIT se concretará en un documento que deberá especificar para todas y cada una de las áreas evaluadas los datos más relevantes sobre: necesidades detectadas, intervenciones previstas, profesionales responsables, dispositivos implicados y mecanismos de seguimiento y revisión periódica, según proceso	
Excepciones	Pérdidas durante la Evaluación	

• **Indicador nº 5**

Criterio	Todo PIT deberá contemplar intervenciones para todas las áreas detectadas	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con TMG que tienen un PIT elaborado que incluyan las intervenciones que se especifican
	Denominador	Nº de pacientes con TMG
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	Las intervenciones recogidas en el PIT serán, según proceso <ul style="list-style-type: none"> – Atención clínica – Plan de cuidados enfermeros – Rehabilitación psicosocial – Intervenciones de apoyo a la familia – Intervenciones de apoyo social 	
Excepciones	– Intervención de apoyo a la familia en ausencia de familiares	

• **Indicador nº 6**

Criterio	La ratificación del PIT debe ser realizada por la Comisión de TMG, en un plazo máximo de dos meses tras su elaboración	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con PIT ratificado en la Comisión de área, en el plazo establecido
	Denominador	Nº de pacientes con PIT elaborado
Fuente	Registro de la Comisión de Área	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	La Comisión de TMG que es el espacio de coordinación de los dispositivos del área presidida por el Coordinador del Área y en la que participan representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental, de Atención Primaria y FAISEM. La ratificación se realizará en el plazo máximo de dos meses tras su elaboración, según proceso	
Excepciones	Pérdidas entre la elaboración y la ratificación del PIT	

• **Indicador nº 7**

Criterio	Todo paciente debe recibir sesiones regladas de Psicoeducación., ya que pretenden mejorar sus conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento indicado, así como desarrollar distintas habilidades que permitan su implicación en el proceso de atención	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con TMG que reciben sesiones regladas de psicoeducación
	Denominador	Nº de pacientes con TMG que reciben intervenciones psicoeducativas
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	Según proceso	
Excepciones	Pérdidas o abandonos en el seguimiento	

• **Indicador nº 8**

Criterio	Los familiares de pacientes con TMG recibirán sesiones regladas de Psicoeducación, ya que trata de reducir las tasas de recaídas de pacientes mejorando la dinámica y comunicación familiar.	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes, cuyos familiares reciben sesiones regladas de Psicoeducación
	Denominador	Nº de pacientes con TMG
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	Según proceso	
Excepciones	Cuando no hay familiares Cuando la familia no acepta o abandona	

• **Indicador nº 9**

Criterio	Todo paciente debe tener recogida en la Evaluación social la situación económica global. La consecución de un ingreso económico regular es una condición básica para cualquier planteamiento de vida autónoma en la comunidad.	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con TMG que tienen recogida en el Evaluación social, la situación económica global.
	Denominador	Nº de pacientes con TMG, que tienen realizada la Evaluación social
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	Según proceso	
Excepciones	Pérdidas durante la Evaluación	

• **Indicador nº 10**

Criterio	Todos los usuarios de un programa residencial deberán contar con un programa individual de atención residencial, incluido en el PIT	
Cociente	Numerador	Nº de pacientes con TMG usuarios de un programa residencial que reciben un programa individual de atención residencial
	Denominador	Nº de pacientes con TMG, que son usuarios de programa residencial
Fuente	Historia clínica	
Estándar	Histórico	
Especificaciones	Según proceso	
Excepciones	No	

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, SEGÚN CIE-10, PARA LOS TRASTORNOS INCLUIDOS EN EL TMG

Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)

- I. F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- II. F30-F39 Trastornos del humor [afectivos]
- III. F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

De ellos, se definen los que están incluidos en el límite de entrada:

- F20-F29
- F30, F31, F32.2, F32.3 y F33.3
- F60.0, F60.1 y F60.3

I. F20-F29: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

En este grupo se han reunido la esquizofrenia en su calidad de integrante más importante del grupo, los trastornos esquizotípicos, los trastornos delirantes persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos esquizoafectivos se mantienen en este grupo, a pesar de que su naturaleza es objeto de controversia.

F20 Trastorno esquizotípico

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo de pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados en F06.2, y aquellos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10-F19 con cuarto carácter común.5.

Excluye: Esquizofrenia:

- aguda (indiferenciada) (F23.2)
- cíclica (F25.2)
- esquizofrénica (F23.2)
- trastorno esquizotípico (F21)

F20.0 Esquizofrenia paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.

Esquizofrenia parafrénica

Excluye: Estado involutivo paranoide (F22.8)

Paranoia (F22.0)

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas negativos, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes.

Esquizofrenia desorganizada

Hebefrenia

F20.2 Esquizofrenia catatónica

En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesis y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos periodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico (oneiroide), con alucinaciones escénicas vividas.

Catalepsia esquizofrénica

Catatonía esquizofrénica

Estupor catatónico

Flexibilidad cérea esquizofrénica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0-F20.2, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.

Esquizofrenia atípica

- Excluye:**
- Depresión postesquizofrénica (F20.4)
 - Esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.5)
 - Trastorno psicótico agudo esquizofreniforme (F23.2)

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Episodio depresivo, que puede ser prolongado y que aparece como secuela de un mal esquizofrénico. Puede haber todavía algunos síntomas esquizofrénicos, tanto positivos como negativos, pero éstos ya no son los que predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se asocian con un alto riesgo de suicidio. Si el paciente ya no tiene ningún síntoma esquizofrénico, debe diagnosticarse el episodio depresivo (F32.-). Si los síntomas esquizofrénicos son aún floridos y relevantes, debe mantenerse el diagnóstico en el subtipo correspondiente de esquizofrenia (F20.0-F20.3).

F20.5 Esquizofrenia residual

Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada que se caracteriza por síntomas negativos de larga duración, aunque no necesariamente irreversibles, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la hipoactividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el descuido personal y pobre desempeño social.

Esquizofrenia crónica indiferenciada

Estado esquizofrénico residual

Restzustand (esquizofrénico)

F20.6 Esquizofrenia simple

Trastorno en el cual se da un desarrollo insidioso pero progresivo de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta.

F20.8 Otras esquizofrenias

Esquizofrenia cenestopática

Psicosis esquizofreniforme

Trastorno esquizofreniforme

Excluye: Trastornos esquizofreniformes breves (F23.2)

F20.9 Esquizofrenia, no especificada

F21 Trastorno esquizotípico

Trastorno caracterizado por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y del afecto que se asemejan a los observados en la esquizofrenia, aunque en ninguna etapa aparecen anormalidades características y definitivamente esquizofrénicas. Entre sus síntomas puede haber afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico,

tendencia al aislamiento social, ideas paranoides o estafalarias que no alcanzan a ser verdaderos delirios, cavilaciones obsesivas, trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción, episodios cuasi psicóticos transitorios ocasionales con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas seudo delirantes, todo lo cual ocurre habitualmente sin mediar provocación externa alguna. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad.

Esquizofrenia:

- Latente
- Limítrofe
- Prepsicótica
- Prodrómica
- Seudoneurótica
- Seudopsicopática

Reacción esquizofrénica latente

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5)

Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1)

F22 Trastornos delirantes persistentes

Comprende una diversidad de trastornos en los cuales los delirios de larga duración constituyen su única, o la más visible, característica clínica, y que no pueden ser clasificados como trastornos orgánicos, esquizofrénicos o afectivos. Los trastornos delirantes que hayan durado menos de unos pocos meses deben ser clasificados, al menos temporalmente, en F23.-

F22.0 Trastorno delirante

Trastorno caracterizado por el desarrollo de un delirio único o de un conjunto de delirios relacionados entre sí, los cuales son habitualmente persistentes y a veces duran toda la vida. El contenido del delirio (o de los delirios) es muy variable. Las alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), los síntomas de esquizofrenia tales como los delirios de control, el aplanamiento marcado del afecto y la evidencia definida de enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, especialmente en pacientes de edad avanzada, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias no excluye este diagnóstico, mientras ellas no sean típicamente esquizofrénicas y mientras constituyan sólo una pequeña parte del cuadro clínico general.

Beziehungswahn sensitivo

Estado paranoide

Parafrenia (tardía)

Paranoia

Psicosis paranoide

Excluye: Esquizofrenia paranoide (F20.0)

Psicosis paranoide, psicógena (F23.3)

Reacción paranoide (F23.3)

Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

F22.8 Otros trastornos delirantes persistentes

Trastornos en los que el o los delirios se acompañan de voces alucinatorias persistentes, o de síntomas esquizofrénicos, que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-)

Dismorfofobia delirante

Estado paranoide involutivo

Paranoia querellante [querulans]

F22.9 Trastorno delirante persistente, no especificado

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el comienzo agudo de síntomas psicóticos, tales como delirios, alucinaciones y perturbaciones de la percepción, y por una grave alteración del comportamiento habitual del paciente. Se define como agudo el desarrollo creciente de un cuadro clínico claramente anormal, en el lapso de dos semanas o menos. No hay evidencias de una causalidad orgánica en estos trastornos. A menudo hay desconcierto y perplejidad, pero la desorientación en tiempo, espacio y persona no es lo suficientemente persistente o severa para justificar el diagnóstico de delirio de causa orgánica (F05.-). Habitualmente hay recuperación completa en el lapso de unos pocos meses, a menudo en el término de pocas semanas o, incluso, de pocos días. Si el trastorno persiste será necesario hacer un cambio en la clasificación. El trastorno puede o no estar asociado a estrés agudo, definido como acontecimientos generalmente estresantes que preceden el comienzo de la enfermedad en una o dos semanas.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el cual son evidentes las alucinaciones, los delirios y las perturbaciones de la percepción, aun cuando son marcadamente variables y cambian de día a día o, incluso, de hora en hora. Con frecuencia hay también confusión emocional, consentimientos transitorios intensos tanto de felicidad o de éxtasis, como de ansiedad e irritabilidad. El polimorfismo y la inestabilidad son característicos del cuadro clínico general, y los rasgos psicóticos no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Estos trastornos son a menudo de comienzo abrupto, evolucionan rápidamente en el lapso de unos pocos días y muestran generalmente una rápida resolución de los síntomas, sin recurrencias. Si los síntomas se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastorno delirante persistente (F22.-).

Bouffée délirante o Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia o no especificada

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el cual se presenta el cuadro clínico polimorfo e inestable descrito en F23.0, pero a pesar de esta inestabilidad, se hacen evidentes también algunos síntomas típicos de la esquizofrenia durante la mayor parte de su evolución. Si los síntomas de esquizofrenia se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de esquizofrenia (F20.-)

Bouffée délirante o Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el que los síntomas psicóticos son relativamente estables y justifican el diagnóstico de esquizofrenia, pero de duración inferior a un mes. Tampoco aparecen los rasgos polimorfos e inestables descritos en F23.0. Si los síntomas de esquizofrenia se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de esquizofrenia (F20.-).

Esquizofrenia aguda (indiferenciada)

Onirofrenia

Psicosis esquizofreniforme breve

Reacción esquizofrénica

Trastorno esquizofreniforme breve

Excluye: Trastorno delirante [esquizofreniforme] orgánico (F06.2)

Trastorno esquizofreniforme SAI (F20.8)

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes

Trastorno psicótico agudo cuyos rasgos clínicos principales son los delirios o las alucinaciones relativamente estables, que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Si los delirios se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastorno delirante persistente (F22.-).

Psicosis paranoide psicógena

Reacción paranoide

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

Cualesquiera otros trastornos psicóticos agudos especificados, en los cuales no haya evidencia de causa orgánica, y que no justifiquen su clasificación en F23.0-F23.3.

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado

Psicosis reactiva

Psicosis reactiva breve SAI

F24 Trastorno delirante inducido

Trastorno delirante compartido por dos o más personas, entre las cuales hay vínculos emocionales estrechos. Sólo una de las personas sufre un verdadero trastorno psicótico; en la o las otras, los delirios son inducidos, y habitualmente ceden cuando las personas son separadas.

Folie à deux

Trastorno paranoide inducido

Trastorno psicótico inducido

F25 Trastornos esquizoafectivos

Trastornos episódicos en los cuales son importantes tanto los síntomas afectivos como los síntomas esquizofrénicos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo o maníaco. Las otras afecciones, en las cuales los síntomas afectivos se superponen a un mal esquizofrénico preexistente, o bien coexisten o se alternan con trastornos delirantes persistentes de otras clases, se clasifican en F20-F29. Los sín-

tomas psicóticas incongruentes con el estado de ánimo en los trastornos afectivos no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco

Trastorno en el cual son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos como los síntomas maníacos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio maniaco. Esta categoría debe ser utilizada tanto para un episodio único como para los trastornos recurrentes en los cuales la mayor parte de los episodios sean de tipo esquizoafectivo maniaco.

Psicosis esquizoafectiva de tipo maniaco

Psicosis esquizofreniforme de tipo maniaco

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

Trastorno en el cual son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos como los síntomas depresivos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo. Esta categoría debe ser utilizada para codificar tanto un episodio único, como los trastornos recurrentes, en los cuales la mayor parte de los episodios son esquizoafectivos, tipo depresivo.

Psicosis esquizoafectiva de tipo depresivo

Psicosis esquizofreniforme de tipo depresivo

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Esquizofrenia cíclica

Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos

F25.9 Trastorno esquizoafectivo, no especificado Psicosis esquizoafectiva SAI

F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico

Trastornos delirantes o alucinatorios que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-), de trastornos delirantes persistentes (F22.-), de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-), de episodios psicóticos maníacos (F30.2), ni de episodios psicóticos depresivos graves (F32.3).
Psicosis crónica alucinatoria

F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Psicosis SAI

Excluye: Psicosis orgánica o sintomática SAI (F09)

Trastorno mental SAI (F99)

II. F30-F39: Trastornos del humor [afectivos]

Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadores de estrés.

F30 Episodio maniaco

Todas las subdivisiones de esta categoría deben usarse solamente para un episodio único. Los episodios hipomaniacos o maniacos que se den en personas que han tenido uno o más episodios afectivos previos (depresivos, hipomaniacos, maniacos o mixtos) deben codificarse como trastorno afectivo bipolar (F31.-).

Incluye: episodio maniaco único en un trastorno bipolar

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

El humor se halla elevado, sin guardar relación con las circunstancias en que se encuentra el paciente, y puede variar entre una jovialidad despreocupada y una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de un incremento de la energía que produce hiperactividad, apremio del lenguaje y reducción de la necesidad de sueño. La atención no puede ser mantenida, y a menudo hay marcada tendencia a la distracción. Con frecuencia la autoestima crece desmesuradamente, con ideas de grandeza y exceso de confianza en si mismo. La pérdida de las inhibiciones sociales normales puede dar lugar a comportamientos desvergonzados, temerarios o inadecuados a las circunstancias, e improcedentes.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

Además del cuadro clínico descrito en F30.1, hay delirios (habitualmente, de grandeza) o alucinaciones (habitualmente, voces que hablan al paciente directamente), o bien ocurre que la excitación, el exceso de actividad motriz y la fuga de ideas son tan extremados que la comunicación corriente con el paciente se hace incomprendible o es inalcanzable.

Estupor maniaco

Manía con:

- síntomas psicóticos congruentes con el humor
- síntomas psicóticos incongruentes con el humor

F30.8 Otros episodios maniacos

F30.9 Episodio maniaco, no especificado

Manía SAI

F31 Trastorno afectivo bipolar

Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares (F31.8).

Incluye: Enfermedad maniaco-depresiva

Psicosis maniaco-depresiva

Reacción maniaco-depresiva

Excluye: Ciclotimia (F34.0)

Episodio maniaco único en un trastorno bipolar (F30.-)

F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente

El paciente está hipomaniaco en la actualidad, y en el pasado ha sufrido al menos otro episodio afectivo (hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto).

F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos

El paciente está maniaco en la actualidad, sin síntomas psicóticos (como en F30.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto).

F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos

El paciente está maniaco en la actualidad y presenta síntomas psicóticos (como en F30.2), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto).

F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo leve o de gravedad moderada (F32.0 o F32.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaniaco, maniaco o mixto bien identificado.

F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2.), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaniaco, maniaco o mixto bien identificado.

F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaniaco, maniaco o mixto, bien identificado.

F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maniaco, hipomaniaco depresivo o mixto bien identificado, en tanto que en la actualidad exhibe una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, o bien pasa rápidamente de unos a otros.

Excluye: episodio afectivo mixto único (F38.0)

F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maniaco, hipomaniaco o mixto bien identificado y ha tenido además por lo menos otro episodio afectivo, depresivo, hipomaniaco, maniaco o mixto; en la actualidad, empero, no sufre ninguna perturbación significativa del ánimo ni la ha sufrido en varios meses. Deben codificarse aquí los periodos de remisión mientras están recibiendo tratamiento profiláctico.

F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares

Episodios maníacos recurrentes
Trastorno bipolar II

F31.9 Trastorno afectivo bipolar, no especificado

F32 Episodio depresivo

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en si mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas somáticos, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Incluye: Episodios únicos de:

- Depresión psicógena
- Depresión reactiva
- Reacción depresiva

Excluye: cuando se asocia con Trastornos de la conducta en F91.- (F92.0)

Trastornos de adaptación (F43.2)

Trastorno depresivo recurrente (F33.-)

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas somáticos

Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- Agitada.
- Profunda.
- Vital

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

Episodios únicos de:

- Depresión profunda con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva

F33 Trastorno depresivo recurrente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32.-), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepresivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente (F33.2 y F33.3) tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico por el de trastorno afectivo bipolar (F31.-).

Incluye: episodios recurrentes de:

- Depresión psicógena.
- Depresión reactiva.
- Reacción depresiva
- Trastorno depresivo estacional

Excluye: episodios recurrentes depresivos breves (F38.1)

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos, como el descrito en F32.2, y sin antecedentes de manía.

Depresión endógena sin síntomas psicóticos

Depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos

Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos

Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y con síntomas psicóticos, como el descrito en F32.3, y sin antecedentes de manía.

Depresión endógena con síntomas psicóticos

Episodios recurrentes graves de:

- Depresión profunda con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva

Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos

III. F60-F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales como de experiencias sociales, mientras otros se adquieren más tarde. Trastornos específicos de la personalidad (F60.-), trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61.-), y cambios perdurables de la personalidad (F62.-) constituyen formas de la conducta profundamente arraigadas y permanentes, que se manifiestan como respuestas invariables a un amplio abanico de situaciones personales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás. Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios del comportamiento y del funcionamiento psicológico. Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de deterioro de la actuación social.

F60 Trastornos específicos de la personalidad

Son alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños u otros traumas del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico. Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad. Casi siempre se asocian con aflicción personal considerable y con desorganización en la vida social. Por lo general se manifiestan desde la niñez o desde la adolescencia, y se mantienen durante la edad adulta.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad caracterizado por sensibilidad excesiva a los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, malinterpretando las acciones neutras o amistosas de los demás, como si fueran hostiles o despreciativas. Hay un sentido agresivo y tenaz de los derechos personales. Hay sospechas recurrentes y sin justificación acerca de la fidelidad del esposo o del compañero sexual. Puede haber autovaloración excesiva, y a menudo hay excesiva autorreferencia.

Personalidad:

- Expansivo-paranoide.
- Fanática.
- Paranoide.
- Querellante.
- Sensitivo-paranoide

Excluye: esquizofrenia paranoide (F20.0)

Estado paranoide (F22.0)

Paranoia (F22.0)

Paranoia querellante (F22.8)

Psicosis paranoide (F22.0)

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección. Hay incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.

Excluye: esquizofrenia (F20.-)

Síndrome de Asperger (F84.5)

Trastorno delirante (F22.0)

Trastorno esquizoide de la niñez (F84.5)

Trastorno esquizotípico (F21)

F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el límite, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.

Personalidad:

- Agresiva
- Explosiva
- Límite

Excluye: trastorno asocial de la personalidad (F60.2)

GUIÓN PARA LA EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Este anexo pretende hacer un recordatorio de las áreas que deben ser exploradas en el TMG, sin pretender adherirse a ninguna corriente psicopatológica y con el objetivo de servir de base para el intercambio de información entre los profesionales.

TRASTORNO DE LA CONCIENCIA	
Sin patología	
Obnubilación	
Estupor, sopor	
Coma	
Onirismo	
Confusión	
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA MOTORA	
Sin patología	
Acatisia	
Hipertonía/hipotonía	
Inquietud/excitación/agitación	
Inhibición	
Hiperactividad	
Catatonía	
Retardo motor	
Tics	
Temblor	
TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN	
Sin patología	
Hipoprosexia	
Hiperprosexia	
Distraibilidad	
Aprosexia	

TRASTORNOS DE SUEÑO	
Sin patología	
Insomnio (de conciliación, despertar precoz e interrupciones)	
Hipersomnia	
Sonambulismo	
TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD	
Sin patología	
Angustia, ansiedad	
Tristeza	
Euforia	
Ambivalencia	
Paratimia	
Indiferencia	
Labilidad emocional	
Embotamiento afectivo	
TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN	
Sin patología	
Alucinosis	
Ilusiones	
Pseudoalucinaciones	
Alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles, cenestésicas)	
Falsos reconocimiento	
TRASTORNOS DE LA ORIENTACIÓN	
Sin patología	
Desorientación temporal	
Desorientación en el espacio	
Desorientación de persona	
TRASTORNOS DE LA MEMORIA	
Sin patología	
Amnesia	
Paramnesia	

Dejà vu, jamais vu	
Hiperamnesias	
Fabulación	
TRASTORNOS DEL CURSO DEL PENSAMIENTO	
Sin patología	
Fuga de ideas	
Inhibición	
Perseveración	
Disgregación	
Incoherencia	
Bloqueos	
TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO	
Sin patología	
Eco	
Robo	
Interrupción	
Intervención/parasitismo	
Difusión	
Reverberación	
Otros	
TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	
Sin patología	
Ideas delirantes sistematizadas	
<ul style="list-style-type: none"> • De matiz paranoide • De matiz megalomaniaco • De matiz depresivo • Otras 	
Ideas deliroides	
Ideas sobrevaloradas	
Ideas obsesivas	
Ideas fóbricas	

TRASTORNOS DEL LENGUAJE	
Sin patología	
Afasia	
Disartria	
Neologismos	
Verbigeración	
Ecolalia	
Mutismo	
Verborrea	
Presión del habla	
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA SEXUAL	
Sin patología	
Inhibición	
Anafrodisia	
Trastornos de la eyaculación	
Disfunción eréctil	
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y AUTOREGULARES	
Sin patología	
Anorexia	
Bulimia	
Pica	
Potomanía	
Mericismo	
Dipsomanía	
INSIGHT	
Se definen cuatro niveles de insight:	
<ul style="list-style-type: none"> • buen insight • insight moderado • pobre insight • muy pobre insight 	

INSTRUMENTOS DE APOYO A LA EVALUACIÓN

1. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

Autor: J. E. Overall, D. R. Gorham

Referencia: The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 1962; 10: 799-812

Evalúa: Los cambios sintomatológicos experimentados en los pacientes psiquiátricos

Nº de ítems: 18

Administración: Heteroaplicada

DESCRIPCIÓN

- La BPRS fue desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales. En la actualidad se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.
- La versión más utilizada en la actualidad consta de 18 ítems (la versión original tenía 16), aunque existe una versión ampliada con 24 ítems.
- Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. En la versión de 18 ítems se utiliza una escala Likert de 5 valores que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (muy grave).
- Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación (están descritos detalladamente en la primera referencia de las indicadas en el epígrafe de referencias complementarias).
- El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista.
- Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- La versión de 18 ítems proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos.
 - La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, por lo que puede oscilar entre 0 y 72.
 - La puntuación en el cluster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 3 (retraimiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 0 y 16.

- La puntuación en el cluster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 0 y 16.
- Para la versión de 18 ítems puntuados con una escala Likert de 5 valores, de 0 a 4, se recomiendan los siguientes puntos de corte:
 - 0-9: ausencia del trastorno
 - 10-20: trastorno leve o "caso probable"
 - ≥ 21 : trastorno grave o "caso cierto"

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

Bech P. Rating scales for psychopathology, health status, and quality of life. Berlin: Springer-Verlag 1993

Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Appendix 1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Expanded Version (4.0). Scales, anchor points, and administration manual. Training and Quality Assurance with the BPRS: 227-244.

Escala:

1. Preocupación somática	0	1	2	3	4
2. Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4
3. Barreras emocionales	0	1	2	3	4
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	0	1	2	3	4
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
6. Ansiedad somática	0	1	2	3	4
7. Alteraciones motoras específicas	0	1	2	3	4
8. Autoestima exagerada	0	1	2	3	4
9. Humor depresivo	0	1	2	3	4
10. Hostilidad	0	1	2	3	4
11. Susplicacia	0	1	2	3	4
12. Alucinaciones	0	1	2	3	4
13. Enlentecimiento motor	0	1	2	3	4
14. Falta de cooperación	0	1	2	3	4
15. Trastornos del pensamiento	0	1	2	3	4
16. Embotamiento o trastornos afectivos	0	1	2	3	4
17. Agitación psicomotriz	0	1	2	3	4
18. Desorientación y confusión	0	1	2	3	4

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

Autores: Organización Mundial de la Salud

Referencia: WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) Genève: WHO, 1988

Evalúa: El nivel de funcionamiento de los enfermos mentales.

Nº de ítems: 7

Administración: Heteroaplicada

DESCRIPCIÓN

- La DAS es un instrumento sencillo que fue desarrollado para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves.
- Consta de 7 ítems que se agrupan en 3 apartados:
 - Periodo cubierto por la valoración: Se puede elegir entre actual (ultimo mes, ultimo año). También facilita la posibilidad de que el propio investigador delimite el periodo de tiempo más conveniente.
 - Áreas específicas de funcionamiento: formada por 4 ítems que evalúan las siguiente áreas de la vida del sujeto:
 - Cuidado personal
 - Funcionamiento ocupacional
 - Funcionamiento en la familia
 - Funcionamiento en el contexto social en general
 - Capacidades específicas: Apartado que permite al clínico registrar las habilidades específicas del paciente que sean relevantes para su manejo y cuidado.
- El clínico ha de valorar las limitaciones que presenta el paciente teniendo en cuenta el funcionamiento normal esperado en una persona del mismo sexo, edad y situación sociocultural.
- Las puntuaciones para cada uno de los ítems pueden oscilar entre 0 y 5.
- La propia escala proporciona definición de los ítems y los criterios operativos de las puntuaciones. Los criterios operativos de las puntuaciones son:
 - 0: ninguna discapacidad; el funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento (0 %).
 - 1: discapacidad mínima; existe desviación de la norma, en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo (20%).
 - 2: discapacidad obvia: existe desviación llamativa de la norma, interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo (40%).
 - 3: discapacidad seria: existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o gravemente discapacitado algún tiempo (60%).

- 4: discapacidad muy seria: existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo (80%)
 - 5: discapacidad máxima: la desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo (100%)
- Es una escala heteroaplicada

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación total y puntuaciones en cada una de las 4 dimensiones. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

Escala:

1. PERIODO CUBIERTO POR LA VALORACIÓN (marcar en cuadro apropiado)

actual último mes último año otro periodo (específico) _____

2. ÁREAS ESPECÍFICAS DE FUNCIONAMIENTO (marcar con un círculo la cifra apropiada)

<p>A) Cuidado personal</p> <p>Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda</p>
<p>B) Funcionamiento ocupacional</p> <p>Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda</p>
<p>C) Funcionamiento familiar</p> <p>Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda</p>
<p>D) Funcionamiento en el contexto social amplio</p> <p>Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales.</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> funcionamiento con ayuda</p>

3. DURACIÓN TOTAL DE LA DISCAPACIDAD (marcar el recuadro apropiado)

menos de un año un año o más desconocida

4. CAPACIDADES ESPECÍFICAS

Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas arriba mencionadas, y, sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y el cuidado del funcionamiento del individuo en la comunidad o en la familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad para tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.

marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas

3. ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA -LIKE SKILL PROFILE "LSP"-

Población diana: Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala **heteroadministrada** para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30. (A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37. (CSI)
- Comunicación-contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39. (C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38. (CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26. (VA)

Autocuidado	
Comportamiento social interpersonal	
Comunicación – contacto social	
Comportamiento social no personal	
Vida autónoma	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Cuestionario de Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)
- Ninguna dificultad.
 - Ligera dificultad
 - Moderada dificultad
 - Extrema dificultad
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)
- No interrumpe en absoluto
 - Ligeramente intrusivo
 - Moderadamente intrusivo
 - Extremadamente intrusivo
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social? (C)
- No se aísla en absoluto
 - Ligeramente aislado
 - Moderadamente aislado
 - Totalmente (o casi) aislado
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás? (C)
- Considerablemente cordial
 - Moderadamente cordial
 - Ligeramente cordial
 - Nada cordial en absoluto
5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas? (CSI)
- En absoluto
 - Moderadamente
 - Ligeramente
 - Extremadamente
6. ¿Suele ofenderse fácilmente? (CSI)
- No se ofende
 - Algo rápido en enfadarse
 - Bastante presto a enfadarse
 - Extremadamente presto a enfadarse
7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos? (C)
- Contacto visual adecuado
 - Ligeramente reducido
 - Moderadamente reducido
 - Extremadamente reducido
8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterado o desordenadamente)? (C)
- Ninguna dificultad
 - Ligeramente difícil
 - Moderadamente difícil
 - Extremadamente difícil
9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?
- En absoluto
 - Moderadamente
 - Ligeramente
 - Extremadamente
10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)? (A)
- Bien presentado
 - Moderadamente bien presentado
 - Pobremente presentado
 - Muy pobremente presentado
11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve? (CSI)
- Intachable o apropiada
 - Ligeramente inapropiada
 - Moderadamente inapropiada
 - Extremadamente inapropiada
12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo? (A)
- Generalmente
 - Ocasionalmente
 - Raramente
 - Nunca

13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)? (A)

- En absoluto
- Moderadamente
- Ligeramente
- Mucho

14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias? (A)

- Mantiene limpieza de la ropa
- Moderada limpieza
- Pobre limpieza de la ropa
- Muy escasa limpieza de la ropa

15. ¿Suele ser negligente con su salud física? (VA)

- En absoluto
- Ligeramente
- Moderadamente
- Extremadamente

16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada?

- Sin problemas
- Ligeros problemas
- Moderados problemas
- Graves problema.

17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde? (A)

- Muy confiable
- Ligeramente no confiable
- Moderadamente no confiable
- No confiable

18. ¿Esta dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico? (A)

- Siempre
- Normalmente
- Raramente
- Nunca

19. Cooperar esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)? (A)

- Siempre
- Normalmente
- Raramente
- Nunca

20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)? (VA)

- Apropiadamente activo
- Ligeramente inactivo
- Moderadamente inactivo
- Extremadamente inactivo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente? (VA)

- Participación considerable
- Moderada participación
- Alguna participación
- No participa en absoluto

22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)? (VA)

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida? (VA)

- Bastante capaz de prepararse la comida
- Ligeras limitaciones
- Moderadas limitaciones
- Incapaz de prepararse comida

24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo? (VA)

- Bastante capaz de hacerlo
- Ligeras limitaciones
- Moderadas limitaciones
- Incapaz totalmente

25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia? (CSI)

- Sin problemas
- Ligeros problemas
- Moderados problemas
- Graves problemas

26. Que tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)? (VA)

- Capaz de hacer un trabajo a tiempo total
- Capaz de trabajo a tiempo parcial
- Capaz solamente de trabajos protegidos
- Incapaz de trabajar

27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)? (A)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

28. ¿Destruye esta persona propiedades? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)? (CSI)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada)? (A)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

31. ¿Suele perder propiedades personales? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones, personales)? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

33. ¿Suele coger cosas que no son suyas? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

34. ¿Es violento con otros? (CSI)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

35. ¿Se autolesiona? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

36. ¿Se mete en problemas con la policía? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

38. ¿Se comporta irresponsablemente? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades? (C)

- Capaz de hacer amistades fácilmente
- Lo hace con cierta dificultad
- Lo hace con dificultad considerable
- Incapaz hacer o mantener amistades

4. ESCALA DE EVALUACIÓN FUNCIONAN HONOS

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

(Puntuar del 0 al 4 según criterios establecidos en el Manual)

	0	1	2	3	4	SV/D
1. HIPERACTIVO, AGRESIVO, CONDUCTA CONFLICTIVA O AGITADA						
2. AUTOLESIONES NO ACCIDENTALES						
3. PROBLEMAS CON LA BEBIDA O EL CONSUMO DE DROGAS						
4. PROBLEMAS COGNITIVOS						
5. PROBLEMAS FISICOS O DE INCAPACIDAD						
6. PROBLEMAS ASOCIADOS CON ALUCINACIONES Y DELIROS						
7. PROBLEMAS DE ANIMO DEPRESIVO						
8. OTROS PROBLEMAS MENTALES O DE CONDUCTA (*)						
9. PROBLEMAS EN LAS RELACIONES SOCIALES						
10. PROBLEMAS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA						
11. PROBLEMAS EN LAS CONDICIONES DE VIDA						
12. PROBLEMAS DE OCUPACIÓN Y ACTIVIDADES						

(*) CASILLA ADICIONAL	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	SV
8. OTROS PROBLEMAS MENTALES O DE CONDUCTA (*)											

FECHA DE EVALUACIÓN:

1. HIPERACTIVO, AGRESIVO, CONDUCTA CONFLICTIVA O AGITADA

Incluye tales conductas debidas a cualquier causa (ej.): drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.

No incluye conductas anómalas, que se tratan en la Escala 6.

0	Sin problemas de este tipo durante el periodo evaluado.
1	Irritabilidad, peleas, inquietud, etc. No requiere actuación.
2	Incluye gestos agresivos, empujar o molestar a otros, amenazas o agresión verbal; pequeños daños a objetos (ej.: romper una copa, una ventana); Marcada hiperactividad o agitación.
3	Físicamente agresivo con otros o con animales (menores que en la puntuación 4); actitudes amenazantes; hiperactividad más seria o atentados más graves contra los bienes materiales.
4	Al menos un ataque físico serio a otros o a animales; destrucción de la propiedad (ej.: prender fuego a algo); Intimidación seria o conducta obscena.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

2. AUTOLESIONES NO ACCIDENTALES

No incluye autolesiones ACCIDENTALES (debidas p.e. a demencia o trastornos severos del aprendizaje); los problemas cognitivos están tratados en la escala 4 y las lesiones en la Escala 5.

No incluye enfermedades o lesiones como consecuencia directa del uso de alcohol o drogas evaluado en la Escala 3 (ej.: cirrosis del hígado o lesiones resultantes de conducir bebidas que son tratadas en la Escala 5).

0	Sin problemas de este tipo durante el periodo evaluado.
1	Ideas fugaces de suicidio pero de poco riesgo durante el periodo evaluado; no autolesiones.
2	Riesgo ligero durante el periodo evaluado, incluyendo autolesiones no peligrosas (ej.: rasguños en la muñeca).
3	Riesgo moderado o serio de autolesiones deliberadas durante el periodo evaluado; incluye actos preparatorios (ej.: acumular tabletas).
4	Intento serio de suicidio y/o autolesiones deliberadas serias durante el periodo evaluado.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

3. PROBLEMAS CON LA BEBIDA O EL CONSUMO DE DROGAS

No incluye agresividad o conductas destructivas debidas al alcohol o uso de drogas, evaluadas en la Escala 1.

No incluye enfermedades físicas o incapacidades debidas al uso del alcohol o drogas; evaluadas en la Escala 5.

0	Sin problemas de este tipo durante el periodo evaluado.
1	Algún abuso pero dentro de las normas sociales.
2	Pérdida del control de la bebida o consumo de drogas, pero no seriamente adicto.
3	Acentuada necesidad o dependencia del alcohol o drogas con frecuente perdida de control; riesgos bajo su influencia.
4	Incapacidad por problemas de alcohol o drogas.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

4. PROBLEMAS COGNITIVOS

Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociados con cualquier trastorno: problemas de aprendizaje, demencia, esquizofrenia, etc.

No incluye problemas pasajeros (ej.: resacas). Resultantes del consumo de alcohol o drogas, valorado en la Escala 3.

0	Sin problemas de este tipo durante el periodo evaluado.
1	Pequeños problemas con la memoria o comprensión (ej.: olvidar nombres ocasionalmente).
2	Problemas ligeros pero definidos (ej.: se pierde en un lugar conocido o no reconoce a un familiar); confusión ocasional sobre decisiones sencillas.
3	Accentuada desorientación en el tiempo, lugar o personas; confusión en sucesos de la vida cotidiana, ocasionalmente lenguaje incoherente; Pensamiento enlentecido.
4	Desorientación severa (Ej.: incapacidad para reconocer familiares), riesgo de accidentes; lenguaje incomprensible; obnubilación o estupor.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

5. PROBLEMAS FÍSICOS O DE INCAPACIDAD

Incluye enfermedad o incapacidad por cualquier causa que dificulte o impida movimientos, o limite la visión o la audición, o cualquier otra interferencia con el funcionamiento personal.

Incluye efectos colaterales de la medicación, efectos del uso de alcohol y drogas; incapacidades físicas resultantes de accidentes o autolesiones asociadas con problemas cognitivos, conducir bajo el efecto del alcohol, etc.

No incluye problemas mentales o de conducta relacionados en la Escala 4.

0	Sin problemas físicos de salud durante el periodo tratado.
1	Pequeños problemas de salud (ej.: resfriado, caídas de escasa importancia, etc).
2	Problemas físicos de salud que impone ligera restricción a la movilidad o actividad.
3	Disminución o restricción moderada de la actividad debida a problemas físicos.
4	Incapacidad severa o completa debida a problemas físicos.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

6. PROBLEMAS ASOCIADOS CON ALUCINACIONES Y DELIRIOS

Incluye alucinaciones o delirios independientemente del diagnóstico.

Incluye conductas extravagantes o anómalas asociadas con alucinaciones o delirios.

No incluye agresividad, conductas destructivas o hiperactivas atribuidas a alucinaciones o delirios, valoradas en la Escala 1.

0	Sin evidencia de alucinaciones o delirios durante el periodo evaluado.
1	Alguna rareza o creencia excéntrica en relación con las normas culturales.
2	Delirios o alucinaciones (ej.: voces, visiones), pero con escasa afectación del paciente o expresión en comportamientos anómalos, es decir, clínicamente presentes pero ligeros.
3	Preocupación acentuada por los delirios o alucinaciones, causando angustia y/o manifestándose en conductas claramente anómalas, es decir, problemas clínicos moderadamente severos.
4	El estado mental y la conducta están severamente afectados por los delirios o alucinaciones, con impacto severo sobre el paciente.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

7. PROBLEMAS DE ANIMO DEPRESIVO

No incluye hiperactividad o agitación, valorada en la Escala 1.

No incluye ideas o intentos de suicidio, valorados en la Escala 2.

No incluye delirios o alucinaciones, valorados en la Escala 6.

0	Sin problemas asociados con ánimo depresivo durante el periodo evaluado.
1	Tristeza; o pequeños cambios en el ánimo.
2	Depresión y ansiedad ligeras pero claras (ej.: sentimiento de culpa; pérdida de la autoestima).
3	Depresión con autoinculpación injustificada; preocupación son sentimientos de culpa.
4	Depresión severa o muy severa, con sentimientos de culpa o autoacusaciones.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

8. OTROS PROBLEMAS MENTALES O DE CONDUCTA

VALORAR únicamente los problemas clínicos mas severos, **NO considerados** en las Escalas 6 y 7. **Especificar el tipo de problemas** introduciendo la letra apropiada: **A:** FÓBICO (fobias de cualquier tipo); **B:** ANSIEDAD (ansiedad y pánico); **C:** OBSESIVO-COMPULSIVO (problemas obsesivo-compulsivos); **D:** FATIGA O TENSION MENTAL (fatiga o tensión mental no especificada en otro sitio); **E:** DISOCIATIVO (problemas disociativos "conversión") **F:** SOMATOFORME (quejas físicas persistentes sin evidencia de enfermedad tras un completo examen médico); **G:** RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN (problemas con el apetito, aumento o disminución de la ingesta); **H:** SUEÑO (problemas de sueño); **I:** SEXUAL (problemas sexuales); **J:** OTROS (problemas no especificados en otro lugar: ej.: ánimo expansivo o exaltados).

0	Sin evidencia de ninguno de estos problemas durante el periodo evaluado.
1	Pequeños problemas sin entidad clínica.
2	El problema está clínicamente presente durante el periodo evaluado a un nivel ligero (ej.: el paciente tiene un cierto grado de control).
3	Severos ataques de ansiedad ocasionalmente, con pérdida de control (ej.: para hacer frente a la ansiedad debe recurrir al entorno, pidiendo ayuda a un vecino, etc.); valorar el problema como moderadamente severo.
4	La mayor parte de las actividades están afectadas por problemas severos.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

9. PROBLEMAS EN LAS RELACIONES SOCIALES

EVALUAR los problemas mas severos del paciente asociados con el aislamiento activo o pasivo en las relaciones sociales, y/o relaciones sociales no gratificantes, destructivas o autodañinas.

0	Sin problemas importantes durante el periodo evaluado.
1	Pequeños problemas sin entidad clínica.
2	Claros problemas para desarrollar o mantener relaciones sociales satisfactorias: las quejas del paciente y/o sus problemas son evidentes para los demás.
3	Problemas importantes persistentes debidos a activa o pasiva ausencia de relaciones sociales, y/o mantener relaciones sociales que producen poco o ningún confort o apoyo.
4	Severo y doloroso aislamiento social debido a la incapacidad para comunicarse socialmente y/o perdida de relaciones sociales.
SV/D	Sin valoración/Desconocido

10. PROBLEMAS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

VALORAR el conjunto del funcionamiento en las actividades de la vida diaria (ej.: problemas con ACTIVIDADES BASICAS DE AUTOCUIDADO tales como comer, lavarse, vestirse, aseo; también HABILIDADES COMPLEJAS tales como administrar el dinero, organización de la vivienda, ocupación y ocio, movilidad y uso de transporte, compras, auto-desarrollo, etc) **Incluye** cualquier pérdida de motivación por el uso de las oportunidades de autoayuda, dado que ello contribuye a un menor nivel de funcionamiento general. **No incluye** la falta de oportunidades para ejercer habilidades y capacidades intactas, valoradas en la escala 11-12.

0	Sin problemas durante el periodo tratado, correcta capacidad de funcionamiento en todas las áreas.
1	Pequeños problemas solamente (ej.: descuidado, desorganizado).
2	Autocuidado adecuado, pero con marcadas deficiencias en la realización de una o más tareas complejas (ver arriba).
3	Problemas importantes en una o mas áreas de autocuidado (comida, lavado, vestimenta, aseo) así como una mayor incapacidad para desarrollar diferentes tareas complejas.
4	Discapacidad importante o incapacidad en todos o caso todas las áreas de autocuidado o tareas complejas.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

11. PROBLEMAS EN LAS CONDICIONES DE VIDA

EVALUAR la severidad global de los problemas relacionados con la calidad de las condiciones de vida y rutina doméstica diaria. ¿Están cubiertas las NECESIDADES BASICAS (calefacción, iluminación, higiene)? Si es así, ¿dispone de ayuda para hacer frente a sus discapacidades y condiciones para hacer uso de sus capacidades y desarrollar otras nuevas?

NO valorar el nivel de discapacidad funcional en si mismo, valorada en la Escala 10.

Evaluar las condiciones de vida USUALES del paciente. Si está en una sala de agudos, valorar las condiciones de su vivienda. Si la información no es asequible, marcar la casilla "Sin valoración-Desconocido".

0	Las condiciones de vida son aceptables; ayuda necesaria para cualquier discapacidad evaluada en la Escala 10 al menor nivel posible, y facilidades para la autoayuda.
1	Las condiciones de vida son aceptables aunque hay problemas pequeños o transitorios (ej.: ubicación no ideal, opción no deseada, no le gusta la comida, etc).
2	Problemas importantes con uno o más aspectos del alojamiento y/o regimen de funcionamiento (opciones limitadas, el personal o los otros convivientes tienen escaso conocimiento sobre como minimizar la discapacidad o como ayudarlo a desarrollar capacidades nuevas).

3	Condiciones de vida con múltiples y graves problemas (ej.: ausencia de algunas necesidades básicas; el entorno del alojamiento tiene mínimas o ninguna posibilidad para mejorar la independencia del paciente).
4	El alojamiento es inaceptable haciendo que los problemas del paciente empeoren. (ej.: carencia de necesidades básicas, el paciente está en riesgo de desahucio, o es un "sin techo", o vive en condiciones totalmente intolerables).
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

12. PROBLEMAS DE OCUPACIÓN Y ACTIVIDADES

VALORAR globalmente la severidad de los problemas en relación con la calidad del entorno diario. ¿Tiene ayuda para hacer frente a sus discapacidades, y oportunidades para mantener o mejorar actividades o capacidades ocupacionales o recreativas? Considerar factores como estigma, falta de cualificación del personal, acceso a dispositivos de apoyo, (ej.: personal y equipo de los centros de día, talleres o club sociales, etc.) **NO evaluar** el nivel de discapacidad funcional en si mismo, valorado en la Escala 10. Valorar la situación usual del paciente. En salas de agudos, valorar las actividades previas al ingreso. Si la información no se puede conseguir, sin valorar.

0	El entorno diario del paciente es aceptable: dispone de apoyo para hacer frente a la discapacidad evaluada en la Escala 10 al menor nivel posible, y tiene estímulos para la autoayuda.
1	Problemas pequeños o temporales (ej.: retraso en los pagos); instalaciones adecuadas pero no siempre disponibles en el momento deseado, etc.
2	Limitación de actividades. Los enfermos son víctimas de discriminación (ej.: no se permite su entrada en la biblioteca o baños públicos); o tienen dificultades por carecer de dirección estable; o falta cuidadores o apoyo profesional; o disponen de servicios pero por tiempo muy limitado.
3	Marcada deficiencia de servicio especializados para el desarrollo de habilidades que les permitan minimizar su nivel de discapacidad; sin oportunidades para usar habilidades intactas o añadir otras nuevas; dificultades para acceder a cuidados no especializados.
4	La carencia de toda oportunidad para las actividades diarias hace que los problemas del paciente empeoren.
SV/D	Sin valoración/Desconocido.

VALORACIÓN ENFERMERA. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Cuidados del trastorno mental grave pretende ser un instrumento de garantía para la persona y familia afectada por un trastorno mental grave, es decir, ante un mismo problema, cualquier persona/cuidadores atendidos en los dispositivos de SM del SSPA, debe recibir una misma respuesta.

Define la aportación enfermera al proceso TMG y *servirá de guía a los profesionales para la planificación individualizada de los cuidados y para su implementación en cada uno de los dispositivos* de la red de salud mental de acuerdo a su nivel de resolución.

Nos va a permitir elaborar un Plan de Cuidados Individualizado a medida, ajustado a las necesidades y situación específica de la persona/familia a partir de una valoración integral.

Proponemos una valoración integral específica, según el modelo de Virginia Henderson, orientada a recoger la información más relevante de la respuesta humana, de cómo afecta el TMG a la persona y cuidador/es, en toda su esfera bio-psico-social, así como a la capacidad para satisfacer sus necesidades básicas y de realizar sus autocuidados relacionados, complementada ésta con cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar.

Características de Calidad del Plan de Cuidados Individualizado (PCI)

- La persona/familia identificada como TMG dispondrá de un Plan de Cuidados individualizado de acuerdo a la valoración Integral y al Plan individualizado de tratamiento, en un tiempo máximo de 30 días.
- El Plan de Cuidados Individualizado de la persona con TMG recogerá el consenso del paciente y/o la persona cuidadora.
- La persona dispondrá de una enfermera referente que será la responsable del diseño, seguimiento y evaluación del PCI.
- EL PCI dispondrá de criterios e indicadores que nos permitan evaluar el seguimiento de los resultados esperados para la persona/cuidador.
- El PCI se expresará en lenguaje estandarizado de acuerdo a la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.
- El PCI forma parte del PIT y se registrará en la historia clínica así como su seguimiento y evaluación.
- Se elaborará un informe de continuidad de cuidados al alta o derivación del paciente a cualquier dispositivo, con el fin de garantizar la continuidad asistencial entre los distintos niveles asistenciales de la red sociosanitaria en él quedará registrado un resumen de la evolución y de la evaluación del Plan de Cuidados Individualizado.

La estructura del este Plan de Cuidados Estandarizado contempla:

- Los **problemas** que con **más frecuencia** pueden presentar los pacientes/cuidadores **durante el curso de su enfermedad** y que afectan de algún modo la esfera bio-psico-social del individuo adulto, donde las enfermeras intervienen de forma autónoma o en colaboración con otros profesionales.
- Para la descripción de estos problemas hemos utilizado las etiquetas de la taxonomía NANDA, así como las manifestaciones y los relacionados que con más frecuencia se pueden presentar.
- **Criterios e indicadores según la clasificación NOC** que para cada PROBLEMA nos va a permitir evaluar la evolución del paciente de acuerdo a los resultados esperados.
- **Intervenciones** requeridas para cada uno de los problemas identificados y descritas en la clasificación NIC.

Dada las características de este trastorno y del curso de la enfermedad según se especifica en su definición funcional, las intervenciones contempladas en este plan de cuidados se llevarán a cabo en cada uno de los dispositivos de salud mental, a través de múltiples actividades y/o programas específicos de acuerdo a la cartera de servicio y el nivel de resolución de cada uno de ellos.

Por todo ello, y porque resultaría muy extensa la descripción de cada una de las actividades derivadas, hemos optado, por consenso, describir sólo la intervenciones que han de garantizarse en cada dispositivo y que cada uno de ellos tendrán que desarrollar y protocolizar de manera específica.

EQUIPO DE TRABAJO: Josefa Guerra Arévalo (Coordinadora) Camino Cárdenas Sanz; Álvaro Medina Pérez; Francisca Reguera Gallardo; Diego Montero Fernández; Rafael González Pérez; José Antonio Herrero Villanueva; María José García del Río.

VALORACIÓN ESPECÍFICA ENFERMERA PARA EL TRASTORNO MENTAL GRAVE

CÓDIGO GENERAL	FACTORES CONDICIONANTES		
	SEXO		
	FECHA NACIMIENTO		
	VIVIENDA		
	CONVIVENCIA		
	PERSONA CUIDADORA		
	USO DE DISPOSITIVOS DE APOYO		
	SOPORTE SOCIAL/APOYO COMUNITARIO		
CÓDIGO GENERAL	VALORACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA	CUESTIONARIO	
	DATOS DEL CUIDADOR: EDAD, SEXO, ESTADO DE SALUD, OCUPACIÓN, SITUACIÓN FAMILIAR, SISTEMAS DE APOYO	ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR	
	NECESIDAD DE CUIDADOR		
	CUIDADOS QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN DEL CUIDADOR		
	CUIDADOS EN QUE INTERVIENE CON ÉXITO		
	CUIDADOS DEFICITARIOS		
	PATRON FAMILIAR DE AUTOCUIDADO		
	CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD		
	ACTITUDES ACERCA DE LA ENFERMEDAD		
	PATRON DE COMUNICACIÓN Y EXPRESION DE SENTIMIENTOS		
	CLIMA FAMILIAR		
	GRADO DE IMPLICACIÓN FAMILIAR EN EL CUIDADO		
CÓDIGO GENERAL	CÓDIGO HENDERSON	NECESIDAD 01. RESPIRACIÓN	CUESTIONARIO
	1.00	HÁBITO TABÁQUICO	
	1.00	EXPRESA DESEOS DE DEJAR DE FUMAR	TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR-RICHMOND
	1.00	DISNEA	CUESTIONARIO ESCALA DE DISNEA MRC MODIFICADA
	1.00	TOS	
	1.00	EXPECTORACIÓN	
	1.00	SECRECIONES	
	1.00	RUIDOS RESPIRATORIOS	
	1.00	FRECUENCIA RESPIRATORIA	
	1.00	FRECUENCIA CARDIACA	
	1.00	PRECISA DISPOSITIVO DE APOYO	
	1.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
	1.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	

NECESIDAD 02. ALIMENTACIÓN		CUESTIONARIO
2.00	ALERGIA A ALIMENTOS	RIESGO NUTRICIONAL - CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"
2.00	PESO	CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN EAT
2.00	TALLA	ESCALA LSP
2.00	DIETA	
2.00	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	
2.00	ESQUEMA DE ALIMENTACIÓN	
2.00	ACTITUD ANTE LA COMIDA	
2.00	CONDUCTA EN LA MESA	
2.00	INGESTA HABITUAL DE LÍQUIDOS	
2.00	INGESTA HABITUAL DE SÓLIDOS	
2.00	DIFICULTAD PARA MASTICAR	
2.00	DIFICULTAD PARA DEGLUTIR	
2.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
2.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD 03. ELIMINACIÓN		CUESTIONARIO
3.00	PATRÓN URINARIO	VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA
3.00	PATRÓN INTESTINAL	ESCALA LSP
3.00	NAÚSEAS	
3.00	VÓMITOS	
3.00	USO DE LAXANTE	
3.00	SUDORACIÓN	
3.00	PATRÓN MENSTRUAL	
3.00	CONDUCTA DE ELIMINACIÓN	
3.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
3.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD 04. MOVILIZACIÓN		CUESTIONARIO
4.00	HÁBITOS MOVILIDAD	ÍNDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET AL. Y LAWTON - BRODY
4.00	LIMITACIÓN MOVILIDAD	
4.00	INESTABILIDAD	
4.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
4.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD 05. REPOSO/SUEÑO		CUESTIONARIO
5.00	PATRÓN DE SUEÑO	
5.00	DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO	
5.00	DESPERTAR PRECOZ	
5.00	DESPERTARES FRECUENTES	
5.00	MENOS DE SEIS HORAS DE SUEÑO/DÍA	
5.00	SUEÑO DIURNO	

5.00	SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA	
5.00	PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL SUEÑO	
5.00	CONSUMO DE SUSTANCIAS ESTIMULANTES	
5.00	CONSUMO DE INDUCTORES AL SUEÑO	
5.00	RELACIÓN ACTIVIDAD/DESCANSO	
5.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
5.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD 06. VESTIRSE		CUESTIONARIO
6.00	ESTADO DE LA VESTIMENTA	
6.00	ADECUACIÓN DE LA VESTIMENTA	
6.00	ACICALAMIENTO	
6.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
6.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD 07. TEMPERATURA		CUESTIONARIO
7.00	CORPORAL	
7.00	AMBIENTAL	
7.00	PERCEPCIÓN SUBJETIVA	
7.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
7.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD 08. HIGIENE/PIEL		CUESTIONARIO
8.00	ESTADO DE LA PIEL	ESCALA DE BRADEN
8.00	ASPECTO DE LA PIEL	
8.00	COLOR DE LA PIEL	
8.00	LESIONES DE LA PIEL	
8.00	LESIONES DE LAS MUCOSAS	
8.00	HÁBITOS DE HIGIENE	
8.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
8.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD 09. SEGURIDAD		CUESTIONARIO
9.00	ALERGIAS	
9.00	ESTADO DE CONCIENCIA	
9.00	CAPACIDAD COGNITIVA	
9.00	ORIENTACIÓN	
9.00	ESTADO EMOCIONAL	ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK
9.00	DÉFICIT SENSORIALES	
9.00	ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS	
9.00	ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO	
9.00	CONDUCTAS AUTO/ HETEROLÍTICAS	
9.00	IDEACIÓN AUTO/HETEROLÍTICAS	
9.00	RIESGOS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO	
9.00	CONSUMO DE TÓXICOS/AUTOMEDICACIÓN	
9.00	ABANDONO DEL TRATAMIENTO	
9.00	RIESGOS SOCIALES	ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

9.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
9.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
	NECESIDAD 10. COMUNICACIÓN	CUESTIONARIO
10.00	COMPRESIÓN VERBAL	
10.00	CAPACIDAD PARA EXPRESAR HECHOS Y OPINIONES	
10.00	CAPACIDAD PARA EXPRESAR SENTIMIENTOS	
10.00	COMPONENTES EMOCIONALES	
10.00	ADECUACIÓN LENGUAJE VERBAL-NO VERBAL	
10.00	RELACIONES SOCIALES	
10.00	RELACIONES FAMILIARES	
10.00	RELACIONES SEXUALES	
10.00	SENTIMIENTOS DE SOLEDAD	
10.00	BARRERA IDIOMÁTICA	
10.00	ASERTIVIDAD	
10.00	LIMITACIÓN FUNCIONAL/FISIOLÓGICA	
10.00	CARACTERÍSTICAS DEL DISCURSO	
10.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
10.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
	NECESIDAD 11. RELIGIÓN/CREENCIAS	CUESTIONARIO
11.00	VALORES Y CREENCIAS	
11.00	RELIGIÓN/PRÁCTICA RELIGIOSA	
11.00	CREENCIAS SOBRE LA SALUD	
11.00	SENTIMIENTOS DE CULPA	
11.00	SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA	
11.00	CONCEPCIÓN DE LA VIDA/MUERTE	
11.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
11.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
	NECESIDAD 12. TRABAJAR/REALIZARSE	CUESTIONARIO
12.00	OCUPACIÓN	
12.00	SATISFACCIÓN CON LA SITUACIÓN OCUPACIONAL	
12.00	RECURSOS ECONÓMICOS	
12.00	AUTOCONCEPTO	
12.00	AUTOESTIMA	
12.00	EJECUCIÓN DE ROLES	
12.00	CUMPLIMIENTO RÉGIMEN TERAPÉUTICO	
12.00	EXPECTATIVAS DE FUTURO	
12.00	CONOCIMIENTO Y USO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES	
12.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
12.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
	NECESIDAD 13. ACTIVIDADES LÚDICAS	CUESTIONARIO
13.00	CONOCIMIENTO DE ACTIVIDADES DE OCIO	
13.00	REALIZA ACTIVIDADES DE OCIO INDIVIDUAL	
13.00	REALIZA ACTIVIDADES DE OCIO EN GRUPO	
13.00	NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL OCIO	
13.00	PREFERENCIAS	

13.00	LIMITACIONES PARA EL OCIO	
13.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
13.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	
	NECESIDAD 14. APRENDER	CUESTIONARIO
14.00	NIVEL DE ESCOLARIZACION	
14.00	DESARROLLO INTELECTUAL	
14.00	CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO	
14.00	MEMORIA	
14.00	ATENCIÓN	
14.00	CONCENTRACION	
14.00	PRESENTA NECESIDADES CONCRETAS DE APRENDIZAJE	
14.00	EXPRESA NECESIDADES CONCRETAS DE APRENDIZAJE	
14.00	ÁREA DE DEPENDENCIA	
14.00	NIVEL DE DEPENDENCIA	

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

00102 DÉFICIT DE AUTOUIDADO: ALIMENTACIÓN (Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.)

r/c: Falta conocimiento sobre hábitos alimenticios saludables, inmovilidad, motivación, alteración cognitivo perceptiva.

m/p: No mastica la comida, conductas en la mesa socialmente inaceptables, ingesta selectiva de alimentos, no finaliza las comidas, come a deshoras.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
303 CUIDADOS PERSONALES: COMER 30315 conducta socialmente aceptable:	1803 AYUDA CON LOS AUTOUIDADOS: ALIMENTACIÓN
1008 ESTADO NUTRICIONAL: 100405 peso 100402 ingestión de nutrientes	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL: ALIMENTACIÓN.

00108 DÉFICIT DE AUTOUIDADOS: BAÑO/HIGIENE (Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí mismo las actividades de baño/higiene)

r/c: Desinterés, baja autoestima, dependencia, apatía, abulia, desorganización de la conducta, deterioro cognitivo perceptivo.

m/p: Mal olor, suciedad corporal, pelo sucio, halitosis.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
305 CUIDADO PERSONAL: HIGIENE 030507 Realiza cuidados higiénicos manteniendo aspecto aseado	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE 1801 AYUDA EN LOS AUTOUIDADOS: BAÑO/HIGIENE 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL

00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: VESTIDO/ACICALAMIENTO (Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal)

r/c: Desinterés, baja autoestima, dependencia, apatía, abulia, desorganización de la conducta, hiperactividad, desinhibición, deterioro perceptivo-cognitivo.

m/p: Aspecto desaliñado, descuidado, extravagante, vestido socialmente inaceptable (vestimenta sucia, estropeada).

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
302 CUIDADOS PERSONALES: VESTIR 030212 Se viste apropiadamente.	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE 1802 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL
303 CUIDADOS PERSONALES: PEINADO 030408 Realiza su arreglo personal de acuerdo a su condición	1670 CUIDADOS DEL CABELLO 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL

00095 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo)

secundario a: Higiene del sueño inadecuada, inactividad diurna, exacerbación de la sintomatología.

m/p: Insomnio de conciliación, despertares frecuentes, despertar precoz, sueño no reparador.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
0004 SUEÑO 000406 Sueño ininterrumpido	1850 FOMENTAR EL SUEÑO 1910 MANEJO AMBIENTAL
000410 Despertar a horas apropiadas	2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
000404 Calidad de sueño	6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE 5240 ASESORAMIENTO

00079 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (Conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordada entre la persona o la familia o la comunidad y un profesional del cuidado de la salud. Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos)

r/c: Falta de confianza con en el régimen terapéutico y/o de motivación para el cumplimiento, temor a los efectos secundarios, déficit de conocimientos, falta recursos económicos.

m/p: Verbalización de efectos indeseables, de no beneficios sobre su calidad de vida, exacerbación de síntomas psicóticos, no acude a consultas.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE
160101 confianza con el profesional sanitario sobre la información obtenida	2300 ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN
160103 comunica seguir pauta prescrita	5340 PRESENCIA
160102 solicita la medicación prescrita	2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
160110 realiza el tratamiento según prescripción	5602 ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD
160105 conserva la cita con un profesional sanitario	5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS
160108 realiza las AVD según prescripción.	7400 GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
1803: CONOCIMIENTO: PROCESO ENFERMEDAD	
180302 descripción del proceso enfermedad.	
1813 CONOCIMIENTO RÉGIMEN TERAPÉUTICO	
181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico.	
1808 CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN	
180810 Descripción de la administración correcta de la medicación	
180805 Descripción de efectos indeseables de la medicación.	
1806 CONOCIMIENTOS RECURSOS SANITARIOS	
180609 descripción de cómo utilizar servicios necesarios.	

00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL (los patrones de conducta y expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto donde se encuentra.

r/c: Baja autoestima, preparación inadecuada para el desempeño (conocimientos y habilidades), expectativas irreales sobre el rol, falta de recompensas (voluntad).

m/p: Verbalizaciones del paciente de incapacidad para afrontar el desempeño y solucionar problemas, alta dependencia socio - familiar, falta de confianza, insatisfacción con el rol, tensión en el desempeño, inactividad.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
1205 AUTOESTIMA	5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA
120501 verbalizaciones de auto aceptación	5370 POTENCIACIÓN DE ROLES
120502 aceptación de sus propias limitaciones	5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES
1501 EJECUCIÓN DEL ROL	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE
150101 Capacidad para cumplir las expectativas del rol	4480 FACILITAR LA AUTO RESPONSABILIDAD
0996 TOMA DE DECISIONES	5240 ASESORAMIENTO
090609 Escoge entre varias alternativas	5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
1302 SUPERACIÓN DE PROBLEMAS	5604 ENSEÑANZA: GRUPO
130212 Utiliza estrategias de superación efectiva	5430 GRUPO DE APOYO
300 CUIDADOS PERSONALES: ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA (AVD)	8100 DERIVACIÓN
306 CUIDADOS PERSONALES: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	

00097 DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (Disminución de la estimulación, del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.)

r/c: Falta de interés en entretenimiento, incapacidad de disfrute y diversión, inhibición, dificultad de concentración, actividad incesante e improductiva, falta de habilidad para la realización efectiva de las actividades.

m/p: Aburrimiento, sensación de vacío, apatía, depresión, desgana, aislamiento...

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
1604 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO.	5240 ASESORAMIENTO
	5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
	5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO

00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar recursos disponibles)

secundario a: Vulnerabilidad

m/p: Desesperanza, temor, miedo, patrones de comunicación alterados, incapacidad para pedir ayuda, reducción en el uso de apoyo social, ausencia de vinculación con los servicios sanitarios, aislamiento social, solución inadecuada de los problemas, verbalizaciones o ideas, auto-heterodestructivas y/o conductas destructivas hacia si mismo o hacia otros.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
1911 CONDUCTA DE SEGURIDAD PERSONAL	4920 ESCUCHA ACTIVA
191119 Evita conducta de alto riesgo	5270 APOYO EMOCIONAL
2002 BIENESTAR	5240 PRESENCIA
200207 Satisfacción con la capacidad de superación	6580 SUJECCIÓN FÍSICA
	3590 VIGILANCIA
1403 CONTROL DEL MIEDO	6486. MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles	2300 ADMINISTRACION DE LA MEDICACION
1404 CONTROL DE IMPULSOS	4350 MANEJO DE LA CONDUCTA
140512 Mantiene el autocontrol sin supervisión	6040 TERAPIA DE RELAJACION SIMPLE
1302 SUPERACIÓN DE PROBLEMAS	5230 AUMENTAR AFRONTAMIENTO
130212 Utiliza estrategias de superación efectiva	
130213 Evita situaciones excesivamente estresantes	
1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	
150215 Interacción social adecuada	
1201 ESPERANZA	
12013 Expresa proyectos de futuro viables	

00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO (la persona que habitualmente brinda el soporte principal proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda, o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay peligro de que ello suceda) que pueda ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud)

r/c: Información y comprensión inadecuada o incorrecta sobre los cuidados terapéuticos, manejo del paciente , de la situación de salud; conflictos emocionales, sufrimiento personal, desorganización familiar, conflictos de relación con el paciente

m/p: Expresiones de miedo, culpa, sentimientos de frustración, agotamiento, ansiedad, incapacidad ante las demandas de cuidados, colaboración ineficaz con en el plan individualizado de tratamiento, sobreprotección o desatención al paciente.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
1803: CONOCIMIENTO: PROCESO ENFERMEDAD	5270 APOYO EMOCIONAL
1814 CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
1806 CONOCIMIENTO. RECURSOS SANITARIOS	7110 FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR
250810 Ejerce saludablemente el rol de cuidador familiar	5020 MEDIACIÓN DE CONFLICTOS
	7120 MOVILIZACIÓN FAMILIAR
2204 RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR Y EL PACIENTE	7100 ESTIMULACIÓN INTEGRIDAD FAMILIAR
220411 Solución de problemas en colaboración	5606: ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
	5604 ENSEÑANZA: GRUPO
2605 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ASISTENCIA SANITARIA PROFESIONAL	5270 GRUPO DE APOYO
260509 Participa en las decisiones con el paciente	8100 DERIVACIÓN
2600 SUPERACIÓN DE PROBLEMAS DE LA FAMILIA	
260009 Utiliza estrategias para reducir el estrés	

00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO Y/O

00122 TRASTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL

Secundario a: Incumplimiento del tratamiento, agentes estresantes, debut o reagudización de la enfermedad.

m/p:

- Percepciones amenazantes, miedo e inseguridad, agitación, agresión hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, incapacidad para discriminar entre percepciones reales e irreales, culpa, remordimiento, negación o vergüenza al reconocer experiencias alucinatorias, pensamiento distorsionado.
- Alteraciones funcionales: Dificultad para el desempeño de los autocuidados y de las actividades de la vida diaria, e instrumentales, insatisfacción de las necesidades.

CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIONES
1403. CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO	4920. ESCUCHA ACTIVA
140302 No hace caso a las alucinaciones o ideas delirantes	5270 APOYO EMOCIONAL
140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	5340 PRESENCIA
140313 Expone un contenido de pensamiento apropiado	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE
140315 Ausencia de alucinaciones e ideas delirantes.	6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
	6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS
	6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES
	3590 VIGILANCIA
	2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL
	2305 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: PARENTERAL
1813 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO	1803 AYUDA CON LO AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN
181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico.	1801 AYUDA CON LO AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE
	1802 AYUDA CON LO AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL
1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO	6580 SUJECCIÓN FÍSICA
160101 confianza con el profesional sanitario sobre la información obtenida	5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN
160103 comunica seguir pauta prescrita	5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO
160102 solicita la medicación prescrita	6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE
160110 realiza el tratamiento según prescripción	4362 MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES
160105 conserva la cita con un profesional sanitario	5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL (PSICOEDUCACIÓN, DIETA, HIGIENE, VESTIDO, ACICALAMIENTO).
160108 realiza las AVD según prescripción	
1911 CONDUCTA DE SEGURIDAD PERSONAL	
191119 Evita conducta de alto riesgo	
1911 CONDUCTA DE SEGURIDAD PERSONAL	
191119 Evita conducta de alto riesgo	
1503 IMPLICACIÓN SOCIAL	
150311 Participación en actividades de ocio	
1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	
1203 SOLEDAD	
120312 Dificultad para establecer contactos con otras personas	

PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos

Nombre

Nº tarjeta sanitaria:

Domicilio

Teléfono de contacto:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR REFERENTE:

Apellidos

Nombre

Domicilio

Teléfono de contacto:

TUTOR LEGAL:

SERVICIOS DE REFERENCIA

Centro de salud

ESMD

Facultativo responsable

Referente personal

DATOS CLÍNICOS BÁSICOS

DIAGNÓSTICO:

Código CIE-10

Escala HONOS:

Tiempo de evolución: inicio, primer contacto

Datos relevantes:

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

(FECHA Y LUGAR)

- CLÍNICA
- FUNCIONAL
- FAMILIAR
- SOCIAL

LISTADO DE PROBLEMAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE REVISIÓN

INDICACIONES ESPECÍFICAS:

RESPONSABLES

- Fecha de ratificación en la Comisión de TMG del Área
- Facultativo responsable
- Referente personal

CONFORMIDAD (FECHA Y LUGAR)

Facultativo

Usuario

Tutor legal

NORMAS DE CALIDAD EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES CON TMG

A la hora de proponer normas de calidad para las situaciones en las que es necesaria la contención mecánica, en este tipo de pacientes, nos encontramos con que se puede dar en ocasiones y lugares diversos. Hemos extraído del Documento de Consenso sobre contención mecánica elaborado por el Programa de Salud Mental, las siguientes normas de calidad generales a aplicar en cualquier situación en la que sea necesario el uso de esta medida.

1. Introducción

Los estados de agitación psicomotriz y las conductas agresivas son fenómenos frecuentes en la práctica clínica, especialmente en las unidades de hospitalización de psiquiatría. La seguridad es el objetivo fundamental y el equipo terapéutico debe orientar sus intervenciones a proteger al paciente agitado y a los demás pacientes y profesionales y procurar un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico.

La contención mecánica (en adelante, CM) es la sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y al entorno físico que le rodea. Esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes. El paciente no es capaz de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los profesionales proporcionarle dicho control. Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la CM sea necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente. En todo caso hay que seguir el principio de tratar al paciente con el menor grado de restricciones posible.

2. Indicaciones

- Episodios de agitación psicomotriz derivados de:
 - Estados confusionales
 - Manifestaciones psicóticas que comprometen seriamente el juicio de realidad o inducen conductas desorganizadas
 - Episodios de desinhibición en el control de los impulsos como graves trastornos de la personalidad y cuadros maníacos
 - Cuadros de déficit intelectivos y profundos deterioros
 - Efectos o abstinencia de sustancias psicoactivas
- Prevención de conductas que puedan significar algún daño para el propio paciente, terceras personas o elementos de su entorno.
 - Riesgo de autolesiones y suicidio.

- Administración de medidas terapéuticas necesarias que estén interferidas por el estado mental del paciente.

En cada una de las situaciones enumeradas se insiste en la necesidad de agotar todas las posibilidades de manejo con diferentes estrategias, quedando la contención física como un último recurso, utilizado durante el menor tiempo posible y acompañado de las garantías sanitarias y controles que se indican en los apartados correspondientes.

3. Medidas preventivas

- Presencia, acompañamiento individual, invitación a que exprese verbalmente la irritación o la hostilidad.
- Contención verbal (sinceridad, calma, firmeza).
- Modificar el contexto: procurar un ambiente tranquilo.
- Inclusión o exclusión de alguna persona.
- Invitar y facilitar tareas y actividades escasamente compatibles con la agitación.
- Contención relacional, cuando sea posible.
- Tratamiento psicofarmacológico

4. Actuaciones y responsabilidades profesionales

La reducción de un paciente y su inmediata contención mecánica implica a todo el personal presente y al que pueda ser requerido de modo inmediato, al margen del grupo profesional de pertenencia.

Psiquiatra/Psicólogo Clínico:

- Es el máximo responsable de la CM.
- Indica la medida, o la autoriza (o no) si ha sido instaurada por el personal de enfermería, en caso de urgencia y en su ausencia.
- Informa al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la medida.

Enfermera:

- Dirige la contención y coordina su ejecución.
- La indica en caso de ausencia del facultativo.
- Es responsable del instrumental de la CM.
- Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

Auxiliar de enfermería:

- Coopera en la ejecución y supresión de la CM.
- Participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes, bajo el principio de observación continua.
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los instrumentos de CM.

Celadores:

- Colaboran en la instauración de la CM y eventual transporte del paciente e instrumental.

FFSSEE o Personal de seguridad:

- Pueden ser requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente.

5. Instauración de la CM

Es esencial que se ejecute con un número suficiente de personas, al margen de su titulación. Se considera un mínimo de 4 personas.

Duración. Un principio básico es que la CM debe ser siempre lo más breve posible. La duración prevista se especificará siempre, no pudiendo nunca exceder de 8 horas. Toda CM podrá ser prorrogada por un nuevo período por autorización expresa de un facultativo y siempre considerando la valoración del personal de enfermería.

Instrumental de CM. Los instrumentos con los que se realiza la CM estarán siempre homologados y en buenas condiciones de uso. Su número será el suficiente en función del dimensionamiento de la unidad.

Procedimiento. En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario y evitando en todo momento actitudes de provocación. En definitiva, el procedimiento debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y respeto escrupuloso de los derechos del paciente. Una vez tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible.

- Se identificarán los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente y se modificará éste para minimizarlos.
 - Se preparará la cama o camilla, colocando la sujeción de cintura en la misma previamente, asegurando que la cama o camilla esté frenada.
 - El personal que va a asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal.
 - Se designará un miembro del personal de cuidados encargado de dirigir la contención. La persona más cualificada para ello normalmente es la enfermera referente.

A partir de este momento el encargado de la contención es el que mantendrá la comunicación verbal con el paciente, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos y provocativos hacia el paciente.

El encargado de la contención explicará al paciente y su familiar, en caso de estar acompañado, el procedimiento, propósito y duración de la intervención en términos comprensibles.

El encargado de la contención seleccionará qué elementos del material de contención se le colocará al paciente en cada caso.

Cada miembro del equipo de contención se dirigirá a una extremidad preestablecida.

Mientras se realiza la sujeción mecánica, una persona deberá encargarse de sujetar la cabeza, evitando que el paciente se golpee o pueda agredir.

El paciente se colocará en decúbito supino en la cama y se procede a la sujeción completa o a la sujeción parcial.

– **Sujeción completa:** Inmovilización de tronco y 4 extremidades. Primero se colocará el cinturón abdominal y después las 4 extremidades en diagonal MSD y MII y MSI y MID.

– **Sujeción parcial:** Inmovilización de tronco y 2 extremidades.

Primero se colocará el cinturón abdominal y después las 2 extremidades en diagonal MSD y MII o MSI y MID.

La aplicación de las sujeciones se hará siguiendo las indicaciones del fabricante del sistema de sujeción mecánica utilizado.

- Posteriormente se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción. Estos se colocarán de manera firme y segura pero teniendo en cuenta que no dañen la piel o impidan la circulación sanguínea.
- Se procederá a la administración de fármacos según se precise.
- El personal que no interviene estará con el resto de los pacientes acompañándoles en otro lugar.
Si no se ha podido evitar que otros pacientes hayan presenciado el episodio de sujeción, es conveniente valorar la necesidad de hablar con ellos después de la crisis, permitiéndoles que expresen sus sentimientos al respecto y que entiendan la pertinencia de las medidas adoptadas.

6. Cuidados

La contención del paciente obliga a incrementar la atención por parte del personal y a garantizar determinados cuidados que se especifican a continuación.

- Se procurará crear un ambiente confortable en el lugar donde vaya a permanecer el paciente contenido. Todo paciente con CM estará en un lugar cerca del control de enfermería y monitorizada. Si previamente se encontrase en otro espacio, se trasladará a este lugar, ocupando con preferencia una habitación individual.
- El facultativo debe valorar al paciente lo antes posible tras realizarse la contención y siempre antes de una hora.
- El personal responsable del paciente le explicará que ellos se encargarán de sus cuidados y estarán pendientes de él y observándole.
- El personal de cuidados valorará, registrando en la historia clínica aproximadamente cada 20-30 minutos el estado del paciente:
 - Estado general del paciente.
 - Actitud del paciente ante la sujeción.
 - Estado de los miembros en sujeción; valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros.
 - Alteración del nivel de conciencia.
 - Alteración de la percepción.
 - Alteración del contenido y curso del pensamiento.
 - Comunicación.

- Se vigilarán los signos vitales como mínimo en cada 8 horas. La frecuencia dependerá de la situación clínica del paciente y la previsión de posibles complicaciones orgánicas.
- Se controlará la ingesta y eliminación en cada turno.
- Se administrarán los cuidados en relación con las necesidades de hidratación y alimentación, eliminación, movilidad, higiene, seguridad, comunicación.
- Se anotarán los cuidados realizados y observaciones. Se cumplimentarán los registros. La sujeción física tiene una serie de complicaciones potenciales que necesitan intervenciones de vigilancia y control:
 - Úlceras por presión.
 - Isquemia periférica.
 - Compresión nerviosa.
 - Luxaciones, fracturas.
 - Tromboembolismos.
 - Broncoaspiración.
 - Insuficiencia respiratoria.

7. Supresión de la CM

La supresión del episodio restrictivo tendrá lugar tras la valoración conjunta del facultativo y la enfermera, cuando la necesidad de esta medida haya cedido.

- La retirada de la sujeción debe realizarse siempre de forma progresiva, a medida que aumente el autocontrol. Debe extremarse la vigilancia al paciente en las horas posteriores hasta que se normalice su conducta.
- La supresión se debe hacer con personal suficiente y se observará el estado del paciente y su comportamiento tras la retirada de la contención.
- Se anotará la fecha y la hora de la retirada y las incidencias de la misma.
- Una vez resuelta la contención es conveniente evaluar con el paciente y el personal las circunstancias que han rodeado la adopción de la medida.

8. Aspectos legales

Preceptos legales de aplicación:

- Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Artículo 763: Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.
- Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: Artículos 4, 5, 8 y 9.

Actuaciones reguladas

1. **Garantía judicial.** Si un paciente al que se le indica la medida no se encontrara en situación de "ingreso involuntario", se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente.

2. **Información sobre la adopción de la medida.** La autorización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento. También se debe informar a la personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente (art. 5.1 y 5.2, Ley 41/2002). La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.
3. **Historia clínica y documentos del protocolo:** En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de ésta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos señalados en este protocolo, y que procede sean homologados como documentos de la Historia Clínica. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida. (Ley 41/2002).

RESOLUCIÓN DEL SAS SOBRE URGENCIAS Y TRASLADOS. 261/2002

Desde la publicación de la Resolución 19/1990, de 18 de Abril, sobre Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos, del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) se han producido cambios organizativos que dan lugar a una realidad diferente a con la desaparición del IASAM en 1991 coinciden y su integración plena en el SAS.

La entrada en vigor el 8 de enero de 2001 de la ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000, supone un cambio fundamental ya que deroga, entre otros, el artículo 211 del Código Civil, que regulaba el internamiento involuntario de personas incapaces.

Otro aspecto relevante es la incorporación de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCU) a la recepción y atención de urgencias psiquiátricas, que no se contemplaba en la Resolución de 1990.

Por todo lo anterior. en uso de las facultades conferidas por el artículo 69 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía así como el artículo 11 del Decreto 245/2000, de 31 de mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,

Primero

Todo ingreso psiquiátrico requerirá una previa valoración clínica que lo indique como medida terapéutica adecuada, excepto aquellos que se produzcan por orden judicial dictada en causa penal.

Segundo

El ingreso, desde el punto de vista sanitario, podrá ser:

- a) PROGRAMADO. Si su indicación procede de los dispositivos comunitarios de salud mental.
- b) NO PROGRAMADO. Si su indicación es resultado de una situación de urgencia.

Tercero

Cualquiera que sea el dispositivo sanitario que indique el ingreso psiquiátrico, a los efectos legales oportunos, se distinguirán las siguientes modalidades:

- a) Ingreso VOLUNTARIO ORDINARIO (programado).
- b) Ingreso VOLUNTARIO URGENTE (no programado).
- c) Ingreso INVOLUNTARIO ORDINARIO (programado).
- d) Ingreso INVOLUNTARIO URGENTE (no programado).

Cuarto

En los supuestos de ingreso voluntario, sea ordinario o urgente, todos los dispositivos sanitarios establecerán las cautelas oportunas que tiendan a garantizar que la voluntariedad del enfermo mental se respeta, tanto desde la primera asistencia como durante su tratamiento hasta el alta hospitalaria.

Asimismo, en los casos de ingreso involuntario (ordinario o urgente), se actuará, conforme a lo establecido en esta Resolución, con la mayor diligencia posible en los trámites sanitarios y legales recogidos en el apartado octavo y siguientes.

Quinto

El ingreso psiquiátrico se realizará en la Unidad de Salud Mental del Hospital General del Área de referencia.

Las Comisiones de Admisión de Enfermos en Centros Hospitalarios, creadas por Resolución de la Presidencia del extinguido Instituto Andaluz de Salud Mental, de 5 de febrero de 1986 (B.O.J.A. núm. 14, de 18-2-86), modificada por Resolución 32/1991, de 1 de abril, del Director Gerente del SAS, sobre modificación de la composición de las comisiones de admisión de enfermos en las unidades de hospitalización de salud mental, evaluarán, en cada caso, la necesidad y conveniencia del ingreso del enfermo conforme a las normas que regulan su funcionamiento aprobadas en la Circular 1186, de 26 de febrero, dictada por la Dirección-Gerencia del IASAM, y determinarán con precisión la modalidad de cada uno de los ingresos.

Sexto

El alta hospitalaria del enfermo mental dará lugar a las siguientes medidas:

- 1ª Entregar su informe de alta al paciente, familiar o persona a él allegada.
- 2ª Contactar con el Equipo de Salud Mental correspondiente para que este dispositivo pueda prestar atención preferente al paciente y asuma su seguimiento.
- 3ª Cuando el ingreso fuere involuntario (ordinario o urgente), si los facultativos que atienden a la persona internada consideran que no es necesario mantener la medida de internamiento, darán el alta al enfermo y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

EL INGRESO PROGRAMADO

Séptimo

El Equipo de Salud Mental que programe el ingreso de un paciente en la Unidad de Hospitalización del hospital correspondiente, procederá sucesivamente, conforme a los siguientes criterios:

1. Establecerá contacto con la Unidad Hospitalaria para determinar la conveniencia del ingreso.
2. Evaluará si el paciente está en condiciones de emitir su consentimiento libre y conscientemente y quiere hacerlo. De ser así y sin más trámites, ya que esta modalidad de ingreso

no requiere autorización judicial, se procederá al traslado del paciente a la Unidad Hospitalaria.

3. Si el paciente no requiere o no puede emitir consentimiento válido, se informará a la familia de la conveniencia de su hospitalización y se prestará el asesoramiento necesario para que ésta solicite ante el Juzgado de 18 Instancia competente (el del lugar del domicilio o residencia del paciente) la autorización judicial preceptiva para realizar el ingreso involuntario ordinario
4. A tal fin, un Psiquiatra/Psicólogo Clínico del Equipo de Salud Mental, emitirá informe en el se hará constar:
 - Datos de identificación del paciente.
 - Facultativo que indica el ingreso.
 - A demanda de quién se ha producido la intervención sanitaria.
 - Breve descripción de las circunstancias que motivan el ingreso y el diagnóstico inicial.
5. El anterior informe, atendiendo a la circunstancia de cada caso, se entregará a la familia del paciente para que promueva la autorización judicial, o bien, en ausencia de parientes, será remitido a la Fiscalía de la Audiencia Provincial, para su tramitación ante el Juzgado competente.
6. Una vez obtenida la autorización judicial, a efectos de hacer operativo el ingreso en el Hospital General, se procederá al traslado del paciente conforme se establece en el apartado Decimosegundo.
7. Cuando la oposición del paciente a ser asistido y trasladado para su ingreso hospitalario así lo requiera, se solicitará el auxilio de las Fuerzas de Seguridad, atendiendo a los dispuesto en el apartado Decimotercero.

EL INGRESO NO PROGRAMADO

Octavo

Se considerará ingreso no programado aquel que se produzca como consecuencia de una urgencia sanitaria y en el que deba realizarse la asistencia hospitalaria del paciente con carácter inmediato.

Noveno

Cualquiera que sea el dispositivo sanitario que atienda la urgencia e indique el ingreso deberá tener en cuenta que la Ley de Enjuiciamiento Civil, 1/2000, de 7 de enero, regula con carácter especial el ingreso involuntario que se produce por razones de urgencia sanitaria, al disponer en su artículo 763, Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, lo siguiente:

1. El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiera producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamiento urgente, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la LECiv.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la LECiv.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre las necesidades de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán de alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Décimo

1. La urgencia de salud mental detectada y demandada, ya sea por el propio paciente, familia, servicio social, Fuerzas de Seguridad u otras instituciones, será atendida por los canales propios de cada urgencia sanitaria.
2. A tal fin, el primer nivel de atención a esta urgencia corresponderá a los dispositivos de atención primaria, bien a través de los Equipos Básicos de Salud donde estén constituidos, o en su defecto por los Médicos Generales de Zona.

3. En horarios no cubiertos por esos recursos, la atenderán los servicios normales o especiales de urgencias o los establecidos a tal fin en la Zona Básica correspondiente.
4. Cuando la urgencia sea atendida por parte de los facultativos de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCU), tras la recepción de la llamada, y ante la certeza de lesiones vitales por autoagresión, se activarán en áreas con cobertura 061 a los Equipos de Emergencias Sanitarias que, tras la estabilización hemodinámica o respiratoria, monitorizarán y aplicarán medidas de soporte vital durante el traslado.
5. En aquellos casos en que se considere oportuno se podrá solicitar por parte de los facultativos de los CCU asesoramiento telefónico a los Equipos de Salud Mental.

Decimoprimer

Cuando la capacidad de respuesta de este primer nivel se vea desbordada por la propia urgencia, el facultativo que la atienda podrá solicitar (telefónicamente) el apoyo de:

1. El Equipo de Salud Mental del Distrito correspondiente. Con su asesoría, y tras la valoración del caso, el facultativo podrá tomar alguna de las siguientes medidas:
 - a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Equipo de Salud Mental y, en su caso, derivar posteriormente al paciente al dispositivo adecuado.
 - b) Trasladar al paciente a la sede del Equipo de Salud Mental.
 - c) Trasladar al paciente al Hospital General del Área de referencia (previo contacto telefónico con la Unidad Hospitalaria por parte del Equipo de Sal.
 - d) Eventualmente, y para colaborar en la atención a la urgencia, el Equipo de Salud Mental podrá desplazar a algunos de sus miembros al lugar donde se encuentre el paciente.
2. Fuera del horario del Equipo de Salud Mental, podrá solicitar el apoyo del Servicio de Urgencia especializado ubicado en el Hospital General del Área de referencia. Con su asesoría y tras la valoración de urgencia, el facultativo tomará alguna de las siguientes medidas:
 - a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Servicio de Urgencia especializado y l en su caso, derivar posteriormente el paciente al dispositivo adecuado.
 - b) Trasladar el paciente al Hospital General del Área de referencia.
 - c) En aquellos casos en que se considere oportuno se podrá solicitar por parte de los facultativos de los CCU asesoramiento telefónico a los Servicios de Urgencia Especializados.

TRASLADO DEL PACIENTE

Decimosegundo

1. En general, el traslado del paciente se realizará, siempre que ello sea posible, con los medios propios de que disponga su familia o personas a él allegadas que gocen de buena ascendencia sobre el paciente, por ser las más idóneas para solventar las circunstancias que concurren en el traslado de un paciente debidamente tratado.

EL REQUERIMIENTO DE AUXILIO A LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD

Decimotercero

1. El facultativo del dispositivo sanitario que atienda a un paciente requerirá el Auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Policía Local, Guardia Civil) cuando sea necesario y de conformidad con lo previsto en su normativa específica, para que éstas, con su intervención, procedan a reducir al paciente en los casos en que la manifiesta oposición de éste a ser asistido y trasladado provoque una alteración de orden público o ponga en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales.

En este sentido, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad prestarán el auxilio demandado, como establece el artículo 11.1.b de la Ley Orgánica 2/1986, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.. que les atribuye las funciones de "Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro por cualquier causa. Funciones que para las Policías Locales establece específicamente el artículo 53.1: "Cooperar en la resolución de los conflictos privados cuando sean requeridos para ello".

En estos supuestos, se actuará en estrecha colaboración con dichas Fuerzas de Seguridad, y tan pronto el paciente haya sido reducido, el personal sanitario intervendrá aplicando las medidas terapéuticas oportunas.

CRITERIOS DE PERIODICIDAD PARA SEGUIMIENTO

El nivel de riesgo se establece atendiendo a una serie de parámetros que tengan en cuenta la complejidad del TMG. Como es sabido, en estos trastornos no solo es la psicopatología lo que hay que tener en cuenta para decidir su estado global, sino otros factores que intervienen extraordinariamente en la vulnerabilidad del paciente, influyendo de una manera notable en el curso de la enfermedad. De modo orientativo, señalamos los criterios que consideramos más importantes y que definen los distintos momentos de la evolución de los pacientes con TMG:

Parámetros a tener en cuenta:

1. **Psicopatología:** Presencia e influencia de los síntomas positivos y negativos.
2. **Conciencia de enfermedad:** Total, parcial o inexistente
3. **Adherencia al tratamiento:**
 - a. **Adherencia al tratamiento farmacológico:** Grado de cumplimiento del paciente del tratamiento farmacológico prescrito. Actitud de los familiares o de los cuidadores.
 - b. **Adherencia al/los dispositivos de Salud Mental:** Grado de cumplimiento de citas. Petición de atención, por voluntad propia cuando comienza a sentirse mal. Satisfacción o no de los familiares o de los cuidadores con la atención que se les presta.
 - c. **Adherencia a las actividades diseñadas en el PIT:** Grado de cumplimiento de los pactos efectuados con el paciente en el contexto del PIT. Actitud de los familiares o de los cuidadores
4. **Vinculación:** Grado de confianza hacia los profesionales que intervienen en el PIT.
5. **Convivencia:** Relaciones entre la familia y entre ésta y el paciente. Actitud de la familia ante la enfermedad. Relación con los cuidadores, si éstos son distintos a la familia.
6. **Entorno:** Grado de integración social en su medio habitual. Grado de existencia o ausencia de su relación con sus iguales.
7. **Hospitalización:** Número de ingresos en el último año.

Estados del paciente¹⁰

Paciente en riesgo de crisis:

1. **Psicopatología:** Presencia de síntomas positivos y/o alto grado de ansiedad y/o con riesgo de hétero o autoagresión.

¹⁰ Estos criterios son solamente orientativos. Ninguno aisladamente significa que el paciente esté en crisis, en riesgo o estable. En definitiva, teniendo en cuenta los criterios mencionados en éste anexo (Psicopatología, Conciencia de enfermedad, Adherencia al tratamiento farmacológico, a los dispositivos y a las actividades contempladas en el PIT, vinculación, convivencia, entorno social y número de hospitalizaciones) es el Facultativo el que debe definir en que estado se encuentra el paciente con TMG.

2. Conciencia de enfermedad: Inexistencia, bien habitualmente o bien en el momento de la crisis.
3. Adherencia al tratamiento:
 - a. **Adherencia al tratamiento farmacológico:**
Más aguda la crisis si existe abandono total o parcial de la medicación.
 - b. **Adherencia al/los dispositivos del Servicio de Salud Mental:** No asistencia a las citas ni solicita atención por voluntad propia. Resistencia a los requerimientos de los familiares o cuidadores, para hacerlo.
 - c. **Adherencia a las actividades diseñadas en el PIT:**
Abandono de los pactos establecidos en el contexto del PIT
4. Vinculación: Actitud distinta a la habitual y/o pérdida de confianza inmotivada hacia los profesionales que intervienen en el PIT. Oposición activa para relacionarse con ellos.
5. Convivencia: Disfunción familiar grave, acontecimiento vital estresante en la familia o pérdida del apoyo familiar.
6. Entorno: Conflicto con el entorno social. Pérdida de recursos sociales básicos. Marginación.
7. Hospitalización: Alta reciente de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental.

Paciente de riesgo:

1. Psicopatología: Presencia de síntomas positivos continuos con influencia en el comportamiento y en las relaciones del paciente y/o síntomas negativos que dificultan la capacidad de autocuidados y la autonomía.
2. Conciencia de enfermedad: Escasa conciencia de enfermedad
3. Adherencia al tratamiento:
 - a. **Adherencia al tratamiento farmacológico:** Toma medicación pero empiezan a realizar cambios en las tomas, con demandas de retirada de medicación.
 - b. **Adherencia a los dispositivos de Salud Mental:** Inasistencia a algunas citas. Conducta ambivalente con los dispositivos
 - c. **Adherencia a las actividades diseñadas en el PIT:** Cumplimiento parcial de los pactos establecidos en el contexto del PIT. El paciente no acude regularmente a las actividades incluidas en el PIT, necesitando para ello el seguimiento y la estimulación continua
4. Vinculación: Dificultad para vincularse con los profesionales que intervienen en el PIT. Ambivalencia con relación a ellos.
5. Convivencia: Existencia de marcada conflictividad familiar. Alta emoción expresada.
6. Entorno: Escasa integración social, con riesgo de marginalidad.
7. Hospitalización: Paciente con tres o más hospitalizaciones en el último año en la USMHG y/o en el Hospital de Día.

Paciente estable

1. Psicopatología: La sintomatología positiva no está presente o es estable y sin repercusión en el comportamiento y las relaciones del paciente. Los síntomas negativos no le impiden mantener un nivel adecuado de autocuidados.
2. Conciencia de enfermedad: Aceptable o total conciencia de enfermedad.
3. Adherencia al tratamiento
 - a. **Adherencia al tratamiento farmacológico:** Toma el tratamiento indicado. Consultan ante las dudas o los Efectos Indeseables. Aceptan cuando se les explica el motivo, retomar pautas anteriores de tratamiento o asumir nuevas.
 - b. **Adherencia a los dispositivos de Salud Mental:** Asisten regularmente a las citas
 - c. **Adherencia a las actividades diseñadas en el PIT:** El paciente sigue regularmente el programa de tratamiento diseñado en el PIT
4. Vinculación: Buena vinculación y relación de confianza con los profesionales que intervienen en el PIT.
5. Convivencia: Relaciones familiares o con los cuidadores que no causan estrés al paciente. Apoyo familiar al paciente.
6. Entorno: Buena integración social, dentro de las limitaciones causadas por la enfermedad.
7. Hospitalización: Menos de dos ingresos en los últimos doce meses.

CRITERIOS DE APLICACIÓN DE INTERVENCIONES SEGÚN LA SITUACIÓN CLÍNICA Y DE EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

- El Plan individualizado de tratamiento (PIT) contempla un conjunto de intervenciones que permitan alcanzar los objetivos establecidos en las distintas áreas evaluadas, desde una concepción integral de la atención al paciente con TMG, y con la finalidad de ayudarlo a conseguir una mayor autonomía, un mejor funcionamiento global y un incremento de su calidad de vida, y cuyos mínimos ya se han establecido en el apartado correspondiente a la elaboración del PIT.
- Para ello hay que articular distintos tipos de intervenciones técnicas que cuentan con algún grado de apoyo empírico, adaptándolas a las distintas patologías, situaciones individuales y estadios evolutivos del paciente.
- Proponemos a continuación el conjunto mínimo de intervenciones que creemos debe incluir el PIT en diversas situaciones clínicas y de evolución del paciente con TMG.

1. SEGÚN LA SITUACIÓN CLÍNICA Y DE EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

ATENCIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS

- Incluye los primeros episodios de inicio agudo, en pacientes en los que se sospecha riesgo de evolución hacia trastorno mental grave, así como las descompensaciones agudas en cualquier momento de la evolución del paciente.
- Participarán en estas situaciones los dispositivos sanitarios de atención a la urgencia, cuando se produzca esta circunstancia, así como cualquiera de los servicios en los que el paciente esté siendo atendido en esos momentos.
- Para este tipo de situaciones el PIT incluirá las intervenciones siguientes:
 - Atención a la urgencia
 - Tratamiento farmacológico correspondiente a la situación de crisis
 - Seguimiento correspondiente a la crisis. Necesariamente incluirá el ámbito domiciliario, salvo que el paciente esté siendo atendido en régimen de hospitalización completa.

ATENCIÓN EN EL PERÍODO DE ESTADO

- Incluye los estadios evolutivos de larga duración ya sean posteriores a las situaciones de crisis, ya los característicos de evoluciones larvadas con predominio de sintomatología negativa y discapacidad.
- Se considera tanto la intervención en los dispositivos sanitarios como en los de apoyo social.

Para este tipo de situaciones el PIT incluirá como mínimo las intervenciones siguientes:

- Tratamiento farmacológico correspondiente a esta situación
 - Seguimiento correspondiente a esta situación
 - Psicoeducación a pacientes y familiares
 - Psicoterapia reglada en alguna de las formas recomendadas en el capítulo de intervenciones
 - Entrenamiento en habilidades sociales y de la vida cotidiana
 - Intervenciones de apoyo social: intervenciones orientadas a la integración laboral y al empleo del tiempo libre
- Al margen de este conjunto de intervenciones mínimas el PIT recogerá otros tipos de intervenciones sanitarias y de apoyo social que las necesidades evaluadas hagan necesarias.

ATENCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

• Periodo prepsicótico/primeros episodios

Cada vez se le da más importancia a la intervención precoz en los casos de sospecha de evolución hacia el TMG. Esta intervención va dirigida hacia las situaciones clínicas de prepsicosis y hacia los primeros episodios.

Una vez evaluado el caso e incluido en el proceso existen una serie de recomendaciones de consenso sobre su atención y que son necesarias de tener en cuenta a la hora de elaborar el PIT.

a) Período prepsicótico. Intervenciones a tener en cuenta:

- Seguimiento
 - Psicoterapia
 - Psicoeducación a paciente y familiares
 - Apoyo social
 - Tratamiento farmacológico correspondiente a esta situación
- **Pacientes con alto riesgo de suicidio**
El riesgo de suicidio en los pacientes con TMG es una situación que puede presentarse con relativa frecuencia.
Una vez detectado el riesgo suicida, el PIT deberá contemplar como intervenciones necesarias:
 - Seguimiento correspondiente a la crisis. Conteniendo información abundante a pacientes y familiares sobre las pautas de cuidados a seguir
 - Tratamiento acorde al trastorno del paciente (farmacológico y psicológico)
 - **Pacientes con conductas disruptivas, situaciones de aislamiento social/abandono/baja adherencia**
Se trata de situaciones en las que el paciente con TMG tiene necesidades múltiples, se encuentra en un medio conflictivo y/o con poca capacidad de manejo, a lo que se añade una baja adherencia al tratamiento
Esta situación se beneficiaría del funcionamiento de equipos específicos que, con referencia al modelo funcional de los Assertive Community Teams y distintas modalidades organizativas adecuadas al contexto de servicios del SSPA, puedan realizar funciones de segui-

miento intensivo y apoyo continuado, en coordinación con el facultativo de referencia y con las intervenciones necesarias derivadas de la evaluación realizada. (Tratamiento comunitario asertivo)

Atendiendo a las características de cada Área de Salud Mental se conformarán equipos con objetivos y tareas de esta forma de tratamiento aplicados a los pacientes señalados con PITs que deben incluir las siguientes intervenciones:

- Seguimiento (que incluya atención domiciliaria)
- Tratamiento farmacológico
- Psicoeducación a paciente y familiares
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Psicoterapia reglada
- Intervenciones de apoyo social

• **Pacientes con consumo importante de sustancias generadoras de dependencia:**

La existencia de consumo de sustancias tóxicas complica la evolución y el pronóstico de cualquier paciente con TMG. Las consecuencias no son sólo clínicas y de tratamiento, sino también hay que tener en cuenta las dificultades sobrevenidas en sus relaciones familiares, sociales, sus recursos económicos, problemas con la justicia, etc.

Para la atención de este tipo de pacientes se hará el seguimiento propuesto en el protocolo de actuación conjunta entre ESMD y Centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias*, y del que destacamos las siguientes características:

- La valoración de este tipo de complicaciones debe comenzar tan pronto como sea posible, sin la incorporación de innecesarios periodos de espera o abstinencia, y sin exigir la estabilización psiquiátrica.
- Las adicciones y los TMG son crónicos y recidivantes, y deben ser abordados desde una perspectiva longitudinal en la que se da el máximo valor a las relaciones continuadas con el equipo, independientemente de la participación en programas específicos.
- Los casos que reciban tratamiento en ambas redes deberán ser objeto de un plan terapéutico conjunto elaborado en sesiones clínicas o mediante interconsultas escritas o telefónicas. En estos casos se designará un terapeuta de referencia de alguna de las redes, que deberá coordinar las distintas intervenciones terapéuticas.
- Atendiendo a la tipología de R. Ries, los TMGs están incluidos en las categorías B y C. Siendo la atención de los pacientes de la categoría B competencia de la Red de Salud Mental, y los de la categoría C competencia de ambas redes de Salud Mental y Drogodependencias.

* Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. Comisionado para las Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla, 2002.

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DE AP Y DE LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL Y FAISEM

Del mismo modo que el apartado anterior, y para mayor operatividad, establecemos el conjunto mínimo de intervenciones que debe contemplar cada dispositivo de la red sanitaria y socio-sanitaria en su atención al TMG.

ATENCIÓN PRIMARIA

Criterios de intervención

- Además de las intervenciones en situaciones de urgencia los servicios de atención primaria deben cumplir funciones importantes en la atención a pacientes en el periodo de crisis y en el periodo de estado, asegurando siempre un control cercano de la situación y actuando en apoyo de la familia y el medio próximo, y asumiendo determinadas intervenciones en estrecha conexión con el Equipo de Salud mental y en la medida en que así se plantee en el PIT.
- Especialmente deberá tener en cuenta que estos pacientes, así como sus familiares o cuidadores pueden presentar déficits de autocuidados en general, por lo que la Atención Primaria prestará especial atención a los posibles problemas de salud en general que puedan surgir, tanto para su atención como para valorar la intercurencia con el TMG.
- Las intervenciones pues que deberá desarrollar la Atención Primaria son:
 - Atención urgente
 - Seguimiento
 - Intervención farmacológica
 - Interconsulta

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Criterios de intervención

- Este nivel de asistencia sanitaria se verá requerido de manera puntual y a requerimiento de la Atención Primaria o los dispositivos de Salud Mental. Dadas las características de estos pacientes deberán ser consideradas siempre de atención preferente.
- La intervención que deberá desarrollar la Atención Especializada es:
 - interconsulta

EPES

Criterios de intervención

- A este dispositivo asistencial le corresponde la atención a situaciones de urgencias cuando sea requerido para ello, poniendo en marcha los protocolos de actuación existentes, conforme a la Resolución 261/2002 sobre atención de urgencia, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.
- La intervención que deberá desarrollar la EPES es:
- Atención urgente

ESMD

Criterios de intervención

- Como centro del sistema de atención especializada le corresponde la atención durante todo el proceso y, por tanto, también en las fases de crisis, ya sea directamente ya a través de la colaboración con otros dispositivos (AP, USMHG, CT, URA, HD y Red de Apoyo Social –FAISEM y otros SSSS-)
- Uno de sus Facultativos, Psiquiatra/Psicólogo Clínico, asumirá la coordinación del PIT, desarrollando directamente una buena parte de las intervenciones y asegurando la coordinación con los otros dispositivos sanitarios y no sanitarios, para garantizar la continuidad de cuidados.
- Las intervenciones que deberá incluir en su cartera de servicios serán:
 - Atención urgente
 - Seguimiento
 - Intervención farmacológica
 - Interconsulta
 - Algunas de las intervenciones psicológicas
 - Psicoeducación a pacientes
 - Psicoeducación a familias
 - Entrenamiento en habilidades sociales
 - Intervenciones de apoyo social

USMHG

Criterios de intervención

- El paciente se hospitalizará cuando sus problemas no puedan ser manejados en su medio habitual por dificultades excesivas en su conducta, fragilidad del medio o necesidad de exploraciones y/o tratamientos específicos en un medio controlado.
- La indicación de ingreso se realizará tras una revisión del PIT que determine nuevos objetivos y que haga necesaria la hospitalización del paciente hasta su logro. Se hará de manera consensuada entre los equipos asistenciales y el Facultativo responsable del PIT seguirá

asumiendo el control último de la situación. En caso de hospitalización urgente la reevaluación del PIT y la nueva definición de objetivos se hará en este momento.

- La hospitalización durará el tiempo indispensable para que los objetivos definidos se vean cumplidos. El alta debe ser consensuada entre el equipo de la USMHG y el equipo receptor, procurando que sea un proceso de adaptación gradual para el paciente, familiares o cuidadores y medio social.
- Las intervenciones mínimas que debe incluir su cartera de servicios será:
 - Atención urgente
 - Seguimiento
 - Intervención farmacológica
 - Psicoeducación a pacientes
 - Entrenamiento en Habilidades sociales
 - Interconsulta
- Como característica de calidad general del dispositivo se deberá cuidar el clima terapéutico, entendido como la existencia de un ambiente contenedor, favorecedor de la expresión de ansiedades y su resolución a través de distintos espacios de encuentro entre pacientes y profesionales.

Comunidad Terapéutica

Criterios de intervención

- La hospitalización de un paciente podrá producirse en una Comunidad Terapéutica si las características clínicas (crisis frecuentes o de duración prolongada, baja adherencia a los tratamientos) y del entorno (medio de riesgo o con escasa capacidad de contención y manejo), así como la historia previa del caso (ingresos repetidos y de escasos resultados) lo aconsejan.
- La indicación se hará como consecuencia de una revisión del PIT que fije nuevos objetivos terapéuticos que requieran de este dispositivo. Se hará de manera consensuada entre los equipos asistenciales y el Facultativo responsable del PIT seguirá asumiendo el control último de la situación.
- Dada la posible confluencia de pacientes diversos y de procedencias diversas hacia este dispositivo y la necesidad de establecer criterios de prioridades, las propuestas de derivación a la CT serán evaluadas y se decidirá finalmente sobre su derivación o no, y priorización, en la Comisión TMG.
- Las intervenciones a incluir en su cartera de servicios serán:
 - Atención urgente
 - Seguimiento
 - Intervención farmacológica
 - Algunas de las intervenciones psicológicas
 - Psicoeducación a pacientes
 - Psicoeducación a familiares

- Entrenamiento en Habilidades sociales
- Intervenciones de apoyo social
- Interconsulta
- Como característica de calidad general del dispositivo se deberá cuidar el clima terapéutico, entendido como la existencia de un ambiente contenedor, favorecedor de la expresión de ansiedades y su resolución a través de distintos espacios de encuentro entre pacientes y profesionales.

Unidad de Rehabilitación de Área

Criterios de intervención

- El objetivo de este dispositivo es el desarrollo de programas específicos de rehabilitación psicosocial y, atendiendo a las características del paciente y según lo establecido en el PIT:
 - Aplicar directamente las intervenciones más especializadas
 - Asesorar al personal del ESMD en su aplicación
 - Participar en la formación del personal del ESMD para su aplicación
- La indicación se hará como consecuencia de una revisión del PIT que fije nuevos objetivos terapéuticos que requieran de este dispositivo. Se hará de manera consensuada entre los equipos asistenciales y el Facultativo responsable del PIT seguirá asumiendo el control último de la situación.
- Dada la posible confluencia de pacientes diversos y de procedencias diversas hacia este dispositivo y la necesidad de establecer criterios de prioridades, las propuestas de derivación a la URA serán evaluadas y se decidirá finalmente sobre su derivación o no, y priorización, en la Comisión TMG.
- Las intervenciones a incluir en su cartera de servicios serán:
 - Algunas de las intervenciones psicológicas
 - Psicoeducación a pacientes
 - Psicoeducación a familiares
 - Entrenamiento en habilidades sociales
 - Rehabilitación cognitiva
 - Intervenciones de apoyo social
- Como característica de calidad general del dispositivo se deberá cuidar el clima terapéutico, entendido como la existencia de un ambiente contenedor, favorecedor de la expresión de ansiedades y su resolución a través de distintos espacios de encuentro entre pacientes y profesionales.

HD/CT-PD

Criterios de intervención

- Cuando sea conveniente una atención más intensiva en régimen intermedio entre la atención ambulatoria/domiciliaria del ESMD y la hospitalización completa, el Hospital de Día o el

Programa de Día de la Comunidad Terapéutica pueden asumir, en consonancia con lo contemplado en el PIT una buena parte de las intervenciones establecidas en el mismo.

- La indicación se hará como consecuencia de una revisión del PIT que fije nuevos objetivos terapéuticos que requieran de estos dispositivos. Se hará de manera consensuada entre los equipos asistenciales y el Psiquiatra/Psicólogo Clínico responsable del PIT seguirá asumiendo el control último de la situación.
- Dada la posible confluencia de pacientes diversos y de procedencias diversas hacia este dispositivo y la necesidad de establecer criterios de prioridades, las propuestas de derivación a estos dispositivos serán evaluadas y se decidirá finalmente sobre su derivación o no, y priorización, en la Comisión TMG.
- Las intervenciones a incluir en su cartera de servicios serán:
 - Atención urgente
 - Intervención farmacológica
 - Seguimiento
 - Algunas de las intervenciones psicológicas
 - Psicoeducación a pacientes
 - Psicoeducación a familiares
 - Entrenamiento en habilidades sociales
 - Intervenciones de apoyo social
 - Interconsulta
- Como característica de calidad general del dispositivo se deberá cuidar el clima terapéutico, entendido como la existencia de un ambiente contenedor, favorecedor de la expresión de ansiedades y su resolución a través de distintos espacios de encuentro entre pacientes y profesionales.

DISPOSITIVOS DE APOYO SOCIAL

Criterios de intervención

- Actuarán aportando el apoyo instrumental para una integración real en la comunidad. Como todos los programas de rehabilitación en los contextos cotidianos exige una serie de recursos en las áreas de:
 - Ingresos económicos
 - Residencia
 - Ocupación y empleo
 - Relaciones sociales
 - Tutela jurídica
- Tales recursos dependen de distintas entidades y estructuras administrativas, pero una gran parte de los mismos son facilitados desde FAISEM a través de sus intervenciones específicas.

- La indicación de estos recursos derivará de la evaluación o revisiones del PIT, fijando el logro de objetivos de este tipo. Se hará de manera consensuada entre los equipos asistenciales y el Facultativo responsable del PIT.
- Cuando las intervenciones de apoyo social se relacionen con necesidades residenciales institucionales o de alguna forma de tutela, las propuestas de derivación a estos recursos serán evaluadas y se priorizará su derivación en la Comisión TMG.
- Las intervenciones a incluir en su cartera de servicios los diferentes recursos de FAISEM a través de sus programas serán:
 - Ayuda en la gestión del dinero
 - Intervención de apoyo residencial:
 - Atención en régimen de cobertura de 24 horas
 - Atención en régimen de supervisión parcial
 - Atención en régimen de apoyo domiciliario
 - Intervención de apoyo a la ocupación y el empleo:
 - Atención en régimen de día
 - Atención en actividades puntuales
 - Orientación vocacional
 - Formación profesional
 - Apoyo al empleo
 - Intervenciones sobre las relaciones sociales y ocupación del tiempo libre
 - Intervenciones sobre la defensa judicial/curatela/tutela jurídica

LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

1. ANESTESIA

La TEC se considera una técnica quirúrgica, que precisa de anestesia. Esta se realiza:

- Treinta minutos antes del tratamiento, por vía i.m., o en el mismo momento del tratamiento, por vía endovenosa, se administrará un anticolinérgico en combinación con un β -bloqueante, para prevenir la bradicardia inducida por la TEC y minimizar las secreciones de las vías respiratorias.
- La anestesia general se inducirá solo hasta el nivel de producción de coma ligero. Se podrán utilizar como compuestos anestésicos, metohexital (0,75-1,0mg/kg de peso); propofol (0,75-1,50mg /kg de peso); etomidato (0,15-0.3mg/kg); pentotal (2-3 mg/kg).
- Inmediatamente después de producir la anestesia, se administrará un miorelajante por vía intravenosa (succinilcolina: 0,75-1,50mg/kg).
- Oxigenación: a presión positiva intermitente durante toda la sesión, excepto durante la aplicación del estímulo. Se dará al 100%. En fase de recuperación se dará suplementario. Será necesario mordedor antes del estímulo y mantener la barbilla hacia atrás durante el paso del estímulo
- Monitorización: EEG; ECG; presión arterial; frecuencia cardíaca; pulsioximetría.

2. TEC Y FÁRMACOS

- La TEC aumenta la permeabilidad en la barrera hematoencefálica y la sensibilidad de las neuronas al litio, por lo que se recomienda disminuir la dosis eliminando la dosis matinal.
- IMAO: se recomienda suspender ante de 15 días de la aplicación
- Tricíclicos: Dados los efectos anticolinérgicos conviene vigilar la cardiotoxicidad y los síntomas confusionales y es aconsejable reducir dosis.
- ISRS y otros antidepresivos: no se ven influidos por la TEC. La venlafaxina a dosis alta puede ser peligrosa al aumentar TA.
- Benzodiazepinas: Es imprescindible mantenerlas, se recomienda el uso de lorazepam
- Neurolépticos: No es necesario ajustar la dosis previamente. Vigilar alargamiento del espacio QT.

CLASIFICACIÓN DE LAS EVIDENCIAS DE LAS GPC UTILIZADAS

El sistema de codificación que se presenta a continuación se utiliza para indicar la naturaleza de las evidencias que respaldan las recomendaciones y referencias citadas:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

El sistema de clasificación que se presenta a continuación se utiliza para indicar la naturaleza de las evidencias que respaldan las recomendaciones y referencias citadas:

- A** – *Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria*. Estudio de una intervención en el que se efectúa un seguimiento prospectivo de los pacientes a lo largo del tiempo; se asigna a los pacientes aleatoriamente; a los grupos de tratamiento y de control; tanto lo individuos como los investigadores desconocen las asignaciones realizadas.
- B** – *Ensayo clínico*. Estudio prospectivo en el que se realiza una intervención de la que se siguen los resultados de forma longitudinal. El estudio no cumple los criterios exigidos para un ensayo clínico con asignación aleatoria.
- C** – *Estudio longitudinal o de cohortes*. Estudio en el que se realiza un seguimiento prospectivo de los pacientes a lo largo del tiempo sin ninguna intervención específica.
- D** – *Estudio de casos y controles*. Estudio en el que se identifica a un grupo de pacientes y un grupo control y se obtiene información sobre ellos retrospectivamente.
- E** – *Revisión con análisis secundario de los datos*. Revisión analítica estructurada de datos existentes, por ejemplo, un metaanálisis o un análisis de decisión.
- F** – *Revisión*. Una revisión cualitativa y un análisis de literatura médica publicada con anterioridad, sin una síntesis cuantitativa de los datos.
- G** – *Otros*. Libros de texto, opiniones de expertos, presentaciones de casos y otros informes no incluidos en los anteriores apartados.

SING

LEVELS OF EVIDENCE

1++ High quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials (RCTs), or RCTs with a very low risk of bias.

1+ Well conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias.

1 - Meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a high risk of bias.

2++ High quality systematic reviews of case control or cohort studies. High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal

2+ Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal

2 - Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal

3 Non-analytic studies, eg case reports, case series

4 Expert opinion

GRADES OF RECOMMENDATION

Note: The grade of recommendation relates to the strength of the evidence on which the recommendation is based. It does not reflect the clinical importance of the recommendation.

A - At least one meta-analysis, systematic review of RCTs, or RCT rated as 1++ and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results

B- A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+

C- A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++

D- Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+

CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT)

Table 1.1. Evidence criteria

1.	Meta-analysis or replicated double-blind (DB), randomized controlled trial (RCT) that includes a placebo condition
2.	At least one DB-RCT with placebo or active comparison condition
3.	Prospective uncontrolled trial with 10 or more subjects
4.	Anecdotal reports or expert opinion

Table 1.2. Treatment recommendation

First line	Level 1 or level 2 evidence plus clinical support for efficacy and safety
Second line	Level 3 evidence or higher plus clinical support for efficacy and safety
Third line	Level 4 evidence or higher plus clinical support for efficacy and safety
Not recommended	Level 1 or level 2 evidence for lack of efficacy

1. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.- Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión para la aplicación en la práctica clínica. Barcelona, 2004.
2. Alanen YO.- Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. London, Karnack Books. 1997.
3. Aldaz JA y Vázquez C (Ed).- Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid, Siglo XXI, 1996.
4. American Psychiatric Association. - Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. (Second Edition). American Journal of Psychiatry, 2004, 161, 2 (Supplement)
5. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2002.. Washington, 2002. (Edición castellana, Ars Médica. Barcelona, 2003)
6. American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. Second edition. A task force report of the American Psychiatric Association. Washington DC: APA Press, 2001
7. Ancil RJ, Holliday S y Higgenbttam J. (Ed.).- Schizophrenia. Exploring the spectrum of psychosis. Chichester, Wiley. 1994
8. Bateman A y Fonagy P.- Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. British Journal of Psychiatry, 2000, 177: 138-143.
9. Bernardo, M (Coord.). Consenso español sobre terapia electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría. 1999.
10. Brenner HD, Hodel B, Roder V y Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioural deficits in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1992, 18, 1:21-26.
11. Bulbena A, Berrios G y Fernandez de Larrinoa P.- Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona, Masson, 2000.
12. Burns T. Community mental health teams. A guide to current practices Oxford, Oxford University Press, 2004.
13. Canadian Psychiatric Association. - Clinical practice guidelines. Clinical Guidelines for the treatment of Depressive Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry, 2001, 46, Supplement 1.

14. Canadian Psychiatric Association. - Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry, 2005, 50, 13, Supplement 1.
15. Crowther RE, Marshall M y ots.- Helping people with severe mental illness to obtain work: a systematic review. British Medical Journal, 2001, 322: 204-208.
16. Dickerson FB y Lehman AF. - Evidence based psychotherapy for schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disorders, 2006, 194, 1:3-9.
17. Dixon L, McFarlane WR y ots.- Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatric services, 2001, 52, 7: 903-910.
18. Fakhoury W, Murray A y ots.- Research in supported housing. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2002, 37: 301-315.
19. Fernández de Larrinoa P, Bulbena A y Domínguez A.- Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP: Perfil de habilidades de la vida cotidiana. Actas Luso Españolas de Neurología y psiquiatría, 1992, 20: 71-75.
20. Fountoulakis KN, Vieta E y ots.- Treatment Guidelines for Bipolar Disorders: a critical review. Journal of Affective Disorders, 2005, 86: 1-10.
21. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.- Criterios para el desarrollo del programa residencial. 2ª Edición. Sevilla, FAISEM, 2005, Documentos de Trabajo nº 1. Puede verse en www.faisem.es
22. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.- Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. 2ª Edición. Sevilla, FAISEM, 2005, Documentos de Trabajo nº 2. Puede verse en www.faisem.es
23. Gisbert C (Coordinadora).- Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno Mental Severo. Madrid, AEN, 2003.
24. Gunderson, J G. Trastornos Límites de la personalidad. Guía clínica.. Edit. Ars Médica. Barcelona, 2002.
25. Gunderson, JG., Gabbard GO. Psicoterapia de los Trastornos de Personalidad. Edit. Ars Médica. Barcelona, 2002.
26. Hogarty GE, Greenwald D y ots. – Three years trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 11: 1514-1524.
27. Hogarty GE, Kornblith SJ y ots. - Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1995, 21, 3: 379-
28. Hogarty GE, Kornblith SJ y ots. – Three years trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on release rates. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 11: 1504-1513.
29. Jiménez JF, Maestro JC y Moreno B.- Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2004, 4, 2: 159-174.

30. Lehman AF y Steinwachs DM.- Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24: 887-896.
31. López M y Lara L.- Guías operativas 8 ("Programa residencial"), 9 ("Programa ocupacional y laboral") y 10 ("Otros programas de apoyo social"). En Caldas y Torres, Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005: 83-105.
32. López M, Lara L y Laviana M.- La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En Espino, A y Olabarría, B (Coordinadores). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003: 271-301.
33. López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P y López A.- Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*, 2004, 67 (2): 101-128.
34. López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M y Vera M P.- Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 2004, 90: 31-65.
35. Mezzich JE, Berganza CE y ota.- Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic assessment (IGDA). *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, Supplement 45.
36. Millon, Theodore; Davis, Roger D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Edit. Masson. Barcelona, 1998.
37. Mueser KT, Corrigan P y ota.- Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 2002, 53, 10 : 1272-1284.
38. Mueser KT, Torrey WC y ota.- Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 2003, 27, 3: 387-341.
39. Mueser KT y Bond GR .- Psychosocial treatment approaches for Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 2000, 44: 245-252.
40. National Institute for Clinical Excellence (NICE).- Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline 23*, 2004.
41. National Institute for Clinical Excellence (NICE).- Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. *Clinical Guideline 1*, 2002.
42. Nose M, Barbui C, Gray R y Tansella M.- Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183: 197-206.
43. OMS.- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid, IMSERSO, 2001.

44. Pampallona S, Bollini P y osts.- Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review. Archives of General Psychiatry, 2004, 61: 714-719.
45. Penn DL y Mueser KT. – Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1996, 153, 5: 607-617.
46. Penn DL, Waldheter EJ y osts.. - Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. American journal of Psychiatry, 2005, 162, 12: 2220-2232.
47. Perona S, Cuevas C, Vallina O y Lemos S.- Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Guía clínica. Madrid, Minerva, 2003., 52,6: 771-779.
48. Phillips SD, Burns BJ y osts.- Moving Assertive Community Treatment into standard practice. Psychiatric Services, 2001
49. Pilling S, Bebington P y osts. - Psychological treatments in schizophrenia. I: Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychological medicine, 2002, 32, 5: 763-782.
50. Pilling S, Bebington P y osts. - Psychological treatments in schizophrenia. II: Meta-analysis of random-controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychological medicine, 2002, 32, 5: 783-791.
51. Roca M., coordinador Trastornos de la Personalidad. Sociedad Española de Psiquiatría. Barcelona, 2004.
52. Roder V, Brener HD y osts. - Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona, Ariel, 1996.
53. Rodríguez Abelardo coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.. Ediciones Pirámide S.A.. Madrid, 1997.
54. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D y Parker G.- The Life Skills Profile. A measuring assessing function and disability in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1989, 15: 325-337.
55. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi K y Tansella M. - Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry, 2000, 177: 149-155.
56. Rupke SJ, Blecke y osts.- Cognitive Therapy for Depression. American Family Physician, 2006, 73, 1: 83-86.
57. Scott J y Dixon L. – Psychological interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1995, 21, 4:621-630.
58. Scott J.- Cognitive therapy of affective disorders: a review. Journal of Affective Disorders, 1996, 37: 1-11.
59. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Bipolar Affective Disorder. A national clinical guideline.. Mayo, 2005.
60. Scottish intercollegiate Guidelines Network. Psychosocial interventions in management of schizophrenia: a national clinical guideline. Edinburgh, SIGN, 1998.
61. Silverstein SM y Wilkniss.- At issue: the future of cognitive rehabilitation of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2004, 30, 4: 679-692.

62. Thornikroft G y Susser E.- Evidence-based psychoterapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178: 2-4.
63. Torrey WC, Drake RE, y ots.- Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 2001, 52, 1: 45-0.
64. Turkington D, Kingdom D y Weiden PJ.- Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 3: 365-373.
65. Twamley EW, Jeste DV y Bellak AS.- A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2003, 29, 2: 359-382.
66. U.S. Department of Health and Human Services. - Mental Health: A Report of the Surgeon General. National Institute of Mental Health, 1999.
67. Uriarte JJ, Beramendi V y ots.- Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale). *Psiquiatría Pública*, 1999, 11, 4: 93-101.
68. Vallina,O y Lemos S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 2001,13: 345-364.

Bibliografía del Plan de Cuidados estandarizado

1. Alfaro, R. (1992): *Aplicación del Proceso de Enfermería*. Ediciones Doyma. Barcelona.
2. Fornés Vives, J. y Carballal Balsa, M. C. (2001): *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
3. Hales, R. E.; Yudofsky, S. C.; Talbott, J. A. *Tratado de Psiquiatría*. 3ª Edición. Versión electrónica. Ancora S.A. Barcelona 2000.
4. Henderson, V. (1994): *La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
5. Isaacs, A. (1998): *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
6. Johnson, B. (1999): *Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Volúmenes I y II. Madrid.
7. Johnson, M; Meridean, M; Sue M: 01): *Proyecto de Resultados de Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE.) Segunda Edición*. Harcourt Brace. Madrid 2003.
8. Luis, M.T. *Diagnósticos de Enfermería*. Ed. Mosby/Doyma. S.A. Barcelona 1995.
9. McCloskey, J. C.; Bulecheck, G. M.: *Proyecto de Intervenciones de Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. Tercera edición. Harcourt Brace. Madrid 2003.
10. North American Nursing Diagnosis Association Internacional; *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004*. MMIII Edición en español. Elsevier España, S.A.

11. Rigol i Cuadra, A.; Ugalde Apalategui, M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Salvat Editores. S.A. Barcelona 2000.
12. Servicio Andaluz de Salud, 2004 Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Salud mental.
13. Servicio Andaluz de Salud, 2004 Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. (Segunda Edición).
14. Vallejo, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 4ª Edición. Masson. S.A. Barcelona 1998.

ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
AE	Atención Especializada
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
DCCU-AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
CT	Comunidad Terapéutica
EPES	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
ESMD	Equipo de Salud Mental de Distrito
FAISEM	Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental
SCCU-H	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital
SM	Salud Mental
UAU	Unidad de Atención al Usuario.
URA	Unidad de Rehabilitación de Área
USMHG	Unidad de Hospitalización de Salud Mental de Hospital General

