

2009

SUBDIRECCIÓN  
GENERAL DE SALUD  
MENTAL DEL  
SERVICIO  
MURCIANO DE

# PROCESO DE ATENCION A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES: ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

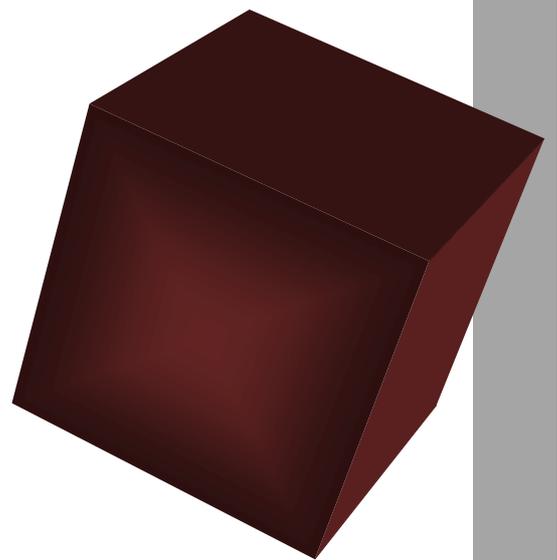
Aplicación de la metodología de **Gestión por Procesos** a la organización asistencial a los **Trastornos Psicóticos** en el Centro de Salud Mental Lorca/Águilas.

Estrella Olmos Villaplana  
José Martínez Serrano



SERVICIO MURCIANO DE SALUD





© Centro de Salud Mental de Lorca. 2009

Prohibida toda reproducción parcial o total sin autorización.

**ISBN: 978-84-692-7789-8**

**D.L.: MU 2647-2009**

**Editorial:** Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.  
Ronda de Levante, 11-5a Planta.  
30008 Murcia.

# **PROCESO DE ATENCION A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES: ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.**

## **AUTORES:**

Estrella Olmos Villaplana

Psicóloga Clínica. Centro de Salud  
Mental Lorca.

José Martínez Serrano

Psiquiatra. Coordinador Centro de  
Salud Mental Lorca/Águilas.

## **COLABORADOR:**

Inmaculada Martínez Tudela

Trabajadora Social. Centro de  
Salud Mental Lorca.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradecer a Julio C. Martín García-Sancho y a Josefina Celdrán Lorente su asesoramiento y colaboración en la elaboración de este documento.

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
Introducción.....	5
Proceso de atención a los Trastornos Mentales Graves (TMG):	
Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos.....	13
Ventajas y Dificultades.....	23
<b>2. PROCESOS .....</b>	<b>25</b>
Mapa 0 de Procesos. Programa de Adultos TMG.....	26
Recepción-Administración.....	27
Gestión pacientes no citados .....	29
Acogida pacientes psicóticos.....	31
Inicio Tratamiento Integral. Asignación programas específicos...	33
Tratamiento integral. Intervención Psiquiatría.....	35
Derivación a Psicología y Trabajo Social.....	37
Derivación a Programas Neurolépticos Depot.....	39
Tratamiento Integral. Intervención Psicólogo Clínico.....	41
Tratamiento Integral. Intervención Trabajo Social.....	44
Tratamiento Integral. Intervención Enfermería.....	46
Elaboración Plan Actuación Coordinada (PAC).....	49
Coordinación Equipo/Seguimiento PAC.....	52
Actuación ante ausencia a cita programada.....	54
Derivación a programas y/o Recursos externos.....	56
Alta del centro de Salud Mental.....	58
<b>3. ANEXOS.....</b>	<b>60</b>
<b>4. REFERENCIAS.....</b>	<b>66</b>

## *1. INTRODUCCIÓN*

## INTRODUCCIÓN

En el año 2004, el Servicio de Programas Asistenciales de la Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud (SMS) presentó un documento de trabajo interno: "*Líneas Maestras para el desarrollo de la Cartera de Servicios*". El objetivo perseguido era, partiendo de la evidencia científica disponible, servir de marco para la elaboración de la mencionada Cartera, señalando la conveniencia de establecer programas básicos cuya función sería garantizar que las patologías más graves recibieran una atención integral.

El desarrollo de la red de atención comunitaria buscaba inicialmente atender a los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), entendiendo por tal, aquellos trastornos discapacitantes y de larga duración que requieren de una atención integral de tratamientos biológicos, psicosociales, de rehabilitación, cuidados y apoyos. Dentro de estos TMG han ocupado siempre un lugar preponderante los Trastornos Psicóticos.

Bajo el concepto de TMG se incluye a un conjunto de pacientes que, sufriendo entidades clínicas diferentes de larga duración, presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad\* moderada o severa producida por su enfermedad. Sustituye así, enriqueciéndola, a la tradicional visión de la Enfermedad Mental Crónica, encerrada en el diagnóstico y la dimensión temporal. Actualmente todas las definiciones de

---

\* *Discapacidad*: Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Incapacidad de satisfacer demandas personales, sociales o laborales. Estados que interfieren en las actividades de la vida diaria.

TMG hacen referencia, además de al diagnóstico clínico y a la duración del trastorno, al desempeño familiar, social y laboral de la persona que lo padece. Se tiene pues en cuenta el enorme impacto que para la calidad de vida de los pacientes y sus familias supone esta patología.

No obstante lo anterior, hasta la fecha todavía no se ha podido establecer criterios consistentes y homogéneos que permitan delimitar el TMG y en consecuencia, no es posible determinar la morbilidad y prevalencia de los mismos con exactitud, quedando limitada así la posibilidad de cuantificarlos y de poder planificar unos servicios asistenciales acordes a ellos.

Entre las definiciones que ha alcanzado mayor consenso, sin llegar a resolver los problemas referidos, se haya la emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 que incluye:

1. **Diagnóstico:** trastornos psicóticos (excepto los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.
2. **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** superior a los dos años.
3. **Presencia de Discapacidad:** Existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global medido a través del GAF<sup>1</sup>.

Slade y cols, (1997)<sup>2</sup> redefinen las tres anteriores y añaden dos dimensiones más:

1. **El diagnóstico:** Enfermedad psicótica, Trastorno de Personalidad, Enfermedad Neurótica grave.
2. **La seguridad:** Autolesiones voluntarias, involuntarias, peligrosidad para los demás, abuso ( físico, emocional, financiero etc.) por otros
3. **El apoyo social e institucional:** Ayuda de los cuidadores sociales, incluyendo amigos y familiares. Ayuda desde los SS. SS.
4. **La discapacidad:** Con habilidades disminuidas para funcionar eficazmente en la comunidad con problemas en el trabajo, ocio, cuidado personal, capacidades domésticas y relaciones interpersonales.
5. **La duración:** De cualquiera de las dimensiones mencionadas por períodos que pueden variar entre seis meses y dos años.

Tanto en estas como en otras definiciones del TMG, se tienen en cuenta parámetros sanitarios y sociales, los cuales servirán de base para la organización de los recursos asistenciales que los pacientes que los padecen necesitarán a lo largo de su evolución.

En la medida en que en los últimos años las demandas y expectativas depositadas en los Servicios de Salud Mental comunitarios crecen y se diversifican, se impone el velar por la atención integral a los pacientes más graves, lo que exige un esfuerzo para garantizar el mantenimiento de los principios del Modelo Comunitario<sup>3</sup>. A saber:

- Autonomía
- Continuidad
- Accesibilidad

- Comprensividad
- *Equidad*
- Recuperación personal
- Responsabilidad
- Calidad

No existe una definición única de lo que se entiende por calidad de un servicio de salud. La adopción de uno u otro concepto debe ser resultado de una decisión consciente, fruto de un proceso de reflexión sobre las necesidades y expectativas de la población atendida. Podemos asumir como válida, también en el ámbito de la Salud Mental, la definición adoptada por el Programa Ibérico de garantía de calidad en atención primaria del Ministerio de Sanidad Español en el año 1990:

"la provisión de servicios accesibles y *equitativos*, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los *recursos disponibles* y logra la adhesión y satisfacción del usuario"<sup>4</sup>.

Se incluyen en la definición, de modo incuestionable, componentes como la calidad científico-técnica y la aceptación por el usuario de la atención proporcionada. Para un servicio como el nuestro, enfocado a la atención comunitaria e inmerso en un sistema sanitario con vocación de cobertura universal, la accesibilidad es una más de nuestras responsabilidades. Ligada a esta última, la *equidad* busca poder ofrecer *mayor atención a los pacientes que más lo necesiten*, y la misma atención en todos los casos que presenten las mismas necesidades. Y siempre teniendo en cuenta los recursos disponibles, principio de realidad que en última

instancia estará determinado por los medios que la comunidad puede y quiere invertir en los servicios de Salud Mental.

Atendiendo a los principios enumerados, el CSM Lorca/Águilas venía considerando prioritario desde hacía años, la elaboración de un programa específico para la atención a los pacientes psicóticos, por lo que comenzó la búsqueda de modelos de funcionamiento interno que garantizaran y facilitaran un tratamiento integral y continuado de los mismos.

Para ello, se inició la elaboración de un Censo o Registro de pacientes con TMG del Área III de Salud de la Región de Murcia que desde entonces se ha venido actualizando permanentemente.

A continuación, buscando inicialmente favorecer la derivación y adherencia de estos pacientes a la Unidad de Rehabilitación (UR) (dispositivo que por aquel entonces estaba infrutilizado), se nombró a la Psicóloga y a la Trabajadora Social del mismo, miembros permanentes y responsables del Programa de TMG. En la práctica significaba que todos los pacientes psicóticos de inicio llegados al CSM, independientemente del Psiquiatra que les atendiera, eran valorados por el mismo psicólogo y el mismo trabajador social. Al margen de cumplirse sobradamente con el objetivo planteado, dicha forma organizativa agilizó y homogeneizó las valoraciones e intervenciones en los pacientes psicóticos, facilitó las reuniones del Equipo Multidisciplinar (al ser dos miembros del mismo estables) y aumentó la adherencia y continuidad de los pacientes en el Programa.

Los objetivos generales del mismo fueron (y son aún en la actualidad):

- Favorecer la *adhesión* del paciente al CSM y al tratamiento.
- Proporcionar, desde el CSM, un *tratamiento integral* a estos pacientes, *multidisciplinar*, estableciendo la figura del *terapeuta de referencia* como responsable y coordinador del mismo.
- Garantizar la *continuidad de cuidados*, facilitando la coordinación de todos los dispositivos sociosanitarios implicados.
- Asegurar la intervención en crisis.

Animados por los resultados obtenidos, y de forma paralela a la redacción y revisión del último borrador de la Guía para el Tratamiento de la Esquizofrenia que en ese momento estaba siendo elaborada por la Subdirección General de Salud Mental, comenzamos a diseñar el Proceso de Atención a los Trastornos Mentales Graves.

Dado que la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud ya habían optado por el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) como sistema de gestión, constituyendo la *Gestión por Procesos*<sup>5</sup> el componente central de éste que permite una visión transversal de la organización frente al modelo vertical clásico, intentamos adoptar (y adaptar) dicho modelo a la organización del CSM como herramienta para establecer metodologías, responsabilidades, recursos y actividades que nos permitieran obtener los objetivos buscados, entendiendo la atención a la salud mental como un continuo que centra su

interés en el paciente y sus necesidades y no tanto en la de los servicios o unidades.

Reafirmando nuestras inquietudes, el borrador del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia para el periodo 2009-2012, dentro de la Línea de actuación 2.1 dedicada al Programa de atención a Adultos, proponía entre otros objetivos:

- El desarrollo del proceso de TMG.
- La difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia<sup>6</sup>.

En el documento que sigue a continuación nos propusimos desarrollar, empleando la metodología de Gestión por Procesos, los protocolos de intervención con los pacientes afectos de Trastorno Psicótico (CIE-10 F20 a 29) que solicitan asistencia en el CSM Lorca/Águilas. Tuvimos en cuenta en el momento de elaborar estos procesos la adecuación de los mismos a la realidad asistencial existente en el Área III de Salud y, en concreto, la inclusión de aquellos en el Programa de Atención a Adultos tal como está implementado en nuestro CSM. También buscábamos articular con las circunstancias específicas del trabajo cotidiano, las recomendaciones de Buena Práctica Clínica que la recién publicada Guía de tratamiento de la Esquizofrenia nos sugería.

Así mismo, conscientes de la necesidad de intervenciones desde otros dispositivos ajenos al de Salud Mental (Servicios Sociales, Atención Primaria, recursos residenciales, etc.) creímos de utilidad intentar definir

un proceso de continuidad de cuidados que concretara los procedimientos de derivación y comunicación entre todos los sectores que intervienen.

## PROCESO DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES: ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

La **visión** del CSM Lorca/Águilas ha sido convertirnos en un Centro Asistencial de Referencia para los problemas de Salud Mental de la Región por la alta calidad asistencial prestada, resultados y compromiso con la excelencia profesional y con la población del Área III de Salud la Región de Murcia. Es en este sentido que dirigimos nuestros esfuerzos.

### **CENTRO DE SALUD MENTAL LORCA/ÁGUILAS**

#### **MISIÓN**

***Qué:*** Atención especializada ambulatoria a la población del área de referencia.

***Para qué:*** Diagnosticar, evaluar y tratar problemas de Salud Mental para garantizar el bienestar biopsicosocial de la población atendida en el menor tiempo posible, con criterios de calidad y con un coste razonable.

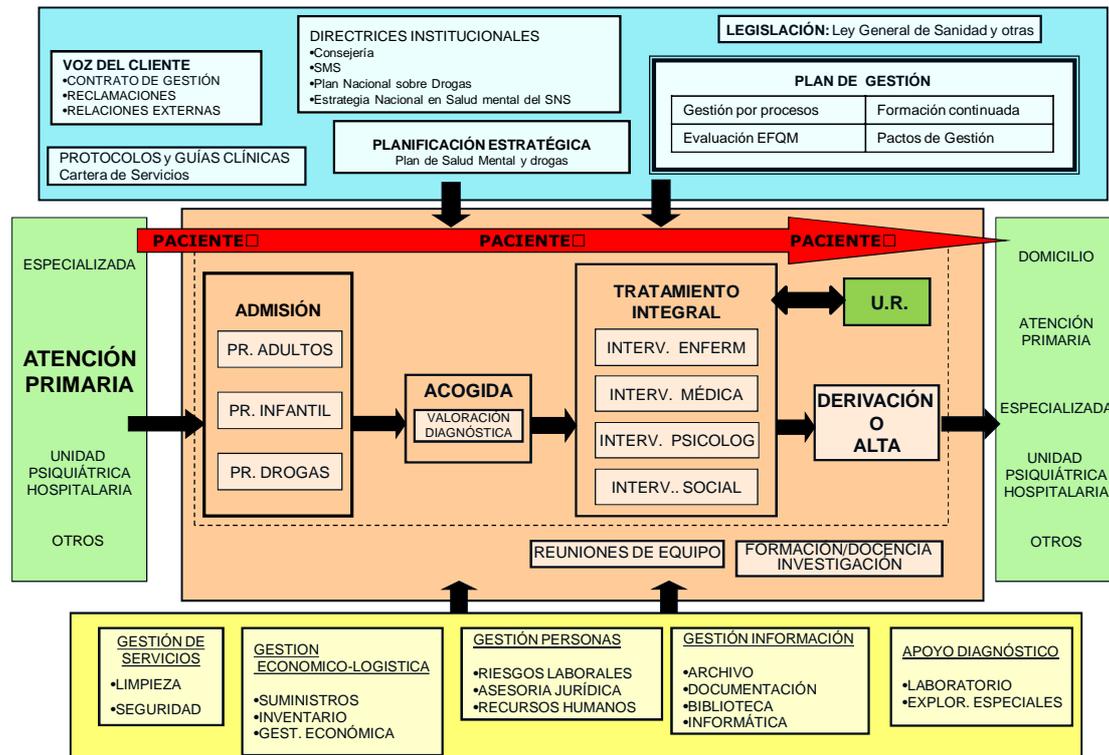
***Para quién:*** Pacientes del Área III de Salud Mental derivados desde Atención Primaria y otras consultas especializadas del área de referencia.

#### **LÍMITES**

***Inicial:*** Pacientes con problemas de salud mental que acuden al CSM derivados desde Atención Primaria, especializada, UHP o por iniciativa propia.

***Final:*** Pacientes dados de alta o derivados a otros servicios.

## MAPA 0 DE PROCESOS DE CENTRO DE SALUD MENTAL LORCA/ÁGUILAS



## PROGRAMA ADULTOS C.S.M. LORCA/ÁGUILAS

### MISIÓN

**Qué:** Atención especializada ambulatoria a la población de 16 años o más del área de referencia.

**Para qué:** Diagnosticar, evaluar y tratar problemas de Salud Mental, excepto drogodependencias\*, para garantizar el bienestar biopsicosocial de la población atendida en el menor tiempo posible, con criterios de calidad y con un coste razonable.

**Para quién:** Pacientes del Área III de Salud Mental derivados desde Atención Primaria y otras consultas especializadas del área de referencia.

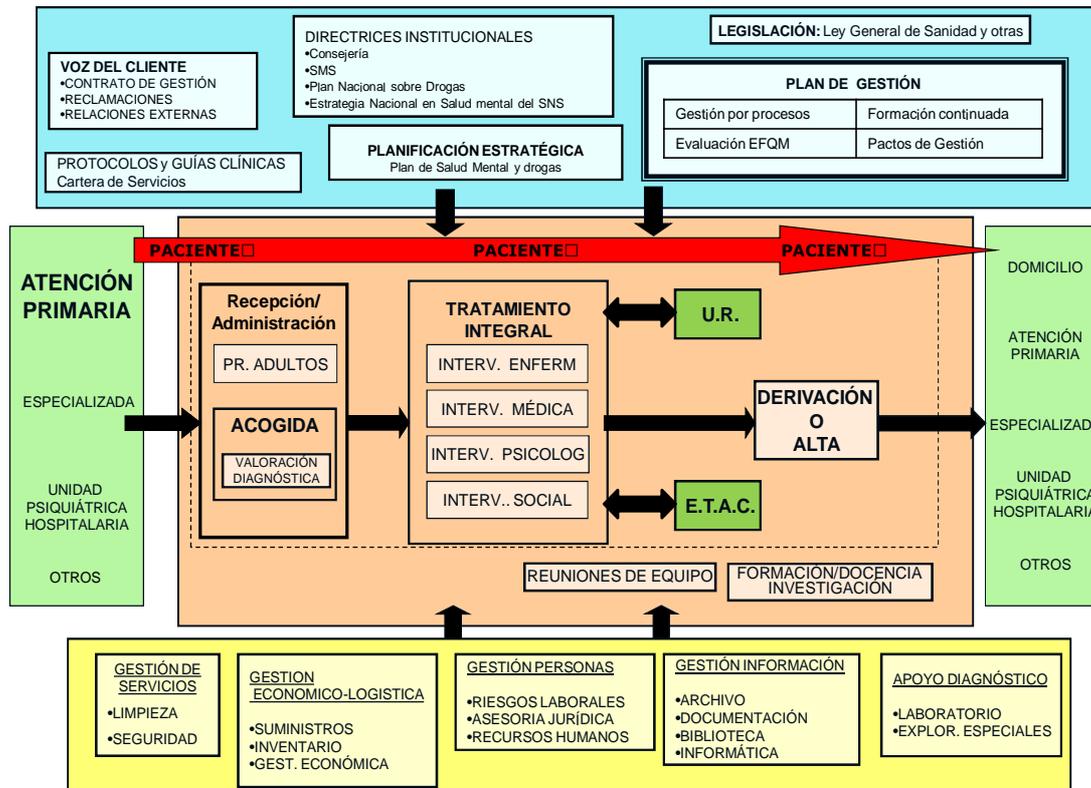
### LÍMITES

**Inicial:** Pacientes con problemas de salud mental mayores de 16 años que acuden al CSM derivados desde Atención Primaria, Especializada, UHP o por iniciativa propia.

**Final:** Pacientes dados de alta o derivados a otros servicios.

\* Los pacientes que presenten principalmente trastornos adictivos serán incluidos en el Programa De Drogodependencias

**MAPA 0 DE PROCESOS DE C.S.M.LORCA/ÁGUILAS PROGRAMA DE ADULTOS**



**CENTRO DE SALUD MENTAL LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO TMG: ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

**MISIÓN**

**Qué:** Valoración multidisciplinar y tratamiento integral de los pacientes psicóticos (Diagnóstico CIE-10 F20-29).

La inclusión en este programa de los pacientes diagnosticados de F23 depende de su evolución posterior. Serán incluidos todos aquellos que evolucionen hacia otro trastorno psicótico.

**Para qué:** Dar cobertura a las necesidades de las personas con trastornos psicóticos, con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, para conseguir el mayor grado de autonomía e integración social.

**Para quién:** Pacientes del Área III de Salud Mental diagnosticados de trastorno psicótico.

**LÍMITES**

**Inicial:** Pacientes diagnosticados de trastorno psicótico asignado a proceso TMG.

**Final:** Pacientes dados de alta del CSM Lorca/Águilas por fallecimiento o derivación a otro recurso para seguimiento.

El Programa de TMG constituye un Subprograma del Programa de Adultos del CSM dentro del cual se incluye la atención específica e integral a los pacientes afectados por Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos.

El presente documento recoge el paso de un paciente psicótico en el CSM de Lorca, desde el primer contacto con este hasta que es derivado a otro dispositivo o, en algunos casos concretos, es dado de alta. En el proceso no se incluye inicialmente a los pacientes diagnosticados de Trastorno Psicótico Transitorio (CIE-10 F23). Sólo si su evolución posterior es hacia el diagnóstico de otra psicosis (CIE-10 F20-29) se incluirá en el proceso desarrollado a continuación.

El proceso descrito intenta, ya desde el inicio, estar alerta a la llegada de cualquier persona que pudiera padecer un posible Trastorno Psicótico. El objetivo es actuar con la mayor celeridad, evitando demoras innecesarias en la atención de estos trastornos e intentando favorecer la adherencia de los pacientes al CSM desde los primeros contactos. En la práctica esto supone que, aunque el paciente llegara al CSM por primera vez sin tener una cita concertada, la sospecha de que pudiera tratarse de un Trastorno Psicótico descompensado daría lugar a una primera valoración médica que se traduciría en una intervención de urgencia y el inicio del Tratamiento Integral en el Centro (Subproceso 1.1).

Aunque la Recepción (Subproceso 1.1) de estos pacientes no se diferencia de la realizada a cualquier otro, ya en la Acogida (Subproceso 2) se intentará recoger información específica que pueda ser de utilidad posteriormente y, se dará a su vez información al paciente y/o sus familiares sobre la naturaleza del tratamiento multidisciplinar que se oferta en el CSM<sup>6</sup>.

La Acogida finaliza con la asignación del paciente, por parte del enfermero, a uno de los Psiquiatras del Centro, el cual confirmará o descartará la sospecha diagnóstica inicial de paciente afecto de un trastorno psicótico y será desde ese instante, salvo cambio expreso por decisión del paciente y/o el psiquiatra, el Facultativo *Responsable del Caso* y por tanto el encargado de impulsar el proceso de derivación a los distintos profesionales que configurarán el equipo de intervención. Resaltar la importancia que en este primer momento tiene por tanto la intervención del Psiquiatra del CSM, al ser él quien deberá informar de la existencia de este Programa y las características generales del mismo, adelantando la futura participación del resto de profesionales, lo que no obviará el que cada uno de ellos al comienzo de la misma dedique el tiempo que estime conveniente a explicar la finalidad de su intervención, aclarando dudas o disipando posibles reticencias o temores.

Si durante la Acogida se detectaran criterios de urgencia para valoración social<sup>6</sup> el paciente será atendido por el *trabajador social* del centro en esta primera toma de contacto.

Confirmado el diagnóstico de esquizofrenia, tras la Acogida, se facilitará al paciente una cita de **seguimiento** con el *psiquiatra de referencia*. Se intentará que al menos la primera cita de seguimiento tenga lugar en un plazo de tiempo no superior a un mes, y siempre teniendo en cuenta el estado actual del paciente.

Para las actuaciones psiquiátricas específicas (Subproceso 3.1) se tendrán en consideración las pautas orientativas de la **Guía**<sup>6</sup>.

Los pacientes diagnosticados de Trastorno Psicótico tras su primera entrevista con un psiquiatra en el CSM, serán anotados en el **Registro de Psicóticos** para la elaboración del Censo (Anexo 1). El listado será comprobado semanalmente por el/la Psicólogo/a y/o el/la Trabajador/a Social responsables del censo.

En plazo no superior a un mes, a todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia se les facilitará una cita con el *psicólogo* y con el *trabajador social*, de no haber sido precisa la valoración urgente (Subproceso 3.2.1).

Los pacientes que estando en tratamiento en el CSM por una patología distinta a la que nos ocupa, reciban en un momento de su proceso asistencial un diagnóstico de trastorno psicótico, deberán ser igualmente anotados en el censo de psicóticos. El responsable de hacerlo será el Facultativo que realice el diagnóstico. La trabajadora social responsable del programa se encargará de dar una cita de evaluación social y pedir, en el caso de que el paciente no tenga ya un psicólogo asignado, una cita par valoración psicológica. El plazo que se considera aceptable es el mismo que para los pacientes que acuden al centro por primera vez.

Las actuaciones psicológicas que se proponen (Subproceso 3.3) así como las sociales (Subproceso 3.4) tienen en consideración las pautas orientativas de la **Guía**<sup>6</sup>.

De la misma manera se asignará un *enfermero* de referencia que iniciará el **Proceso de Cuidados de Enfermería Individualizado** (PCEI). Para las actuaciones específicas se tendrán en consideración igualmente las pautas orientativas de la **Guía**<sup>6</sup> (Subproceso 3.5).

Cuando el Psiquiatra Responsable del paciente prescriba tratamiento con Neurolépticos de Depósito (ND) (Subproceso 3.2.2) indicará la cantidad y frecuencia de la administración en una receta.

- ✓ Con esta receta el paciente acudirá a recepción.
- ✓ El Aux. administrativo de recepción avisará al enfermero responsable del programa para que proporcione una cita para el paciente.
- ✓ La cita se apuntará en la tarjeta de citas que en recepción, el Aux administrativo, habrá preparado y entregado al paciente.

Se citarán con enfermería todos aquellos pacientes que el equipo de intervención considere que se pueden beneficiar del Programa, atendiendo a criterios de oportunidad y gravedad.

Como ya hemos señalado, la misión de la intervención de los distintos profesionales viene recogida en sus respectivas fichas (Subprocesos 3.1 /3.3/3.4/3.5). Todas ellas tienen en común, la valoración del paciente y su familia de cara a detectar sus necesidades atendiendo siempre a la fase en la que se encuentre: aguda, estabilización o estable.

Los resultados de estas valoraciones, se plasmarán en el Registro de Reunión Multidisciplinar- Plan de Actuación Coordinada (PAC) (Anexo 2), donde se establecerán los objetivos de intervención que el equipo estime prioritario, nombrándose al responsable del mismo, que podrá ser cualquiera de los miembros del equipo.

Es responsabilidad de todo el *Equipo de Evaluación Multidisciplinar* (psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y enfermero) el decidir el plan terapéutico (**PAC**) a aplicar al paciente a lo largo de su evolución.

(Subprocesos 3.6a/3.6b).

- ✓ El equipo interviniente se reunirá para hablar por primera vez del caso en el menor plazo posible. Para ello se establecerán reuniones antes o después del horario de consultas.
- ✓ Será la trabajadora social la responsable de concertar esta primera cita, pidiendo en recepción al Aux. Administrativo responsable de los dietarios, fecha y hora.

En la primera reunión del equipo multidisciplinar se designará un *Responsable del PAC*, encargado de coordinar y velar por el cumplimiento y consecución de los objetivos generales del programa, concretados en el *Plan de Actuación Coordinada (PAC)* (Anexo2) elaborado conjuntamente por el equipo interviniente.

Creemos de interés diferenciar las figuras de Responsable del Caso y Responsable del PAC:

- Responsable del Caso:
  - Dado el tipo de patologías de que se trata, en las cuales necesariamente tendrá que intervenir un psiquiatra, y teniendo en cuenta las posibles responsabilidades legales, el responsable

último del caso siempre será el psiquiatra que interviene con el paciente.

- Responsable del PAC:
  - Puede ser cualquiera de los miembros del equipo multidisciplinar que interviene con el paciente.
  - Se responsabiliza de velar por la atención del paciente durante todo el proceso clínico y juzga sobre la adecuación entre los servicios prescritos y los recibidos. Coordina la atención a través de los recursos y dispositivos que integran un sistema para determinar si el paciente está cumpliendo el plan de tratamiento.
  - Busca optimizar el autocuidado del paciente y mejorar su calidad de vida, disminuyendo la fragmentación de los cuidados prestados. Así mismo, pretende aumentar la satisfacción de los profesionales que intervienen con el paciente y promover un uso de los escasos recursos disponibles de la forma más efectiva posible.

En torno al PAC y a la figura responsable de este, se articula todo el proceso de coordinación y seguimiento posterior cuya finalidad última será: garantizar la continuidad de cuidados del paciente psicótico en el CSM, agilizando la toma de decisiones ante el surgimiento de incidencia clínica relevante (p.e. posible descompensación) y facilitando la información que proceda al resto de programas del CSM del que el paciente pueda participar (p.e. UR).

Las posteriores reuniones del equipo, para la valoración y seguimiento del **Plan de Actuación Coordinada (PAC)** (Subproceso 3.7.1), se realizarán con la periodicidad que el equipo estime oportuno en cada caso. Las reuniones, ante una incidencia clínica relevante, podrán ser convocadas por cualquier miembro del equipo a través del Responsable del PAC, el cual solicitará al Aux. administrativo responsable de los dietarios, fecha y hora para dicha reunión.

Definimos también un proceso de actuación ante ausencias no justificadas del paciente a una cita (Subproceso 3.7.2). Se trata en estos casos de mantener una actitud asertiva del equipo hacia los pacientes, ofreciéndonos de un modo activo como centro de referencia y trabajando por mantener siempre el contacto con los pacientes que no hayan sido dados de alta.

Sin pretender ser exhaustivos, contemplamos otros subprocesos, como el de derivación a otros programas o recursos internos o externos al CSM (Subproceso 4), y el Alta del CSM (Subproceso 5) en aquellos casos en los que se contempla esta opción, a saber: cambio de residencia que implique la atención fuera de nuestra Área o de nuestra Comunidad, ingreso en recurso sociosanitario, atención en la red privada o fallecimiento, pues entendemos que de no darse alguno de estos supuestos, nunca se le dará el Alta.

## VENTAJAS Y DIFICULTADES

Trabajar con esta metodología nos ha aportado una serie de **ventajas** entre las que destacamos:

- Agilizar la intervención desde que un paciente recibe un diagnóstico F 20-29, determinando "quién hace qué y en qué momento".
- Fijar objetivos comunes medibles tanto en prevención como en asistencia y rehabilitación.
- Determinar acciones prioritarias.
- Favorecer la participación de paciente/familia en todas las fases de la intervención.
- Asegurar la continuidad de cuidados a través de la coordinación entre profesionales y con los programas/dispositivos de los que puede participar el paciente.
- Favorecer la fluidez en el intercambio de información.
- Contemplar la figura del responsable del PAC como la persona de referencia en torno a la cual se articula el proceso de intervención y sus posibles modificaciones.
- Evitar duplicidad/solapamiento de intervenciones, disminuyendo la posibilidad de áreas de atención sin cubrir.
- Facilitar el acceso al contenido del programa y a las competencias de su especialidad a cualquier profesional que se integre en el equipo.

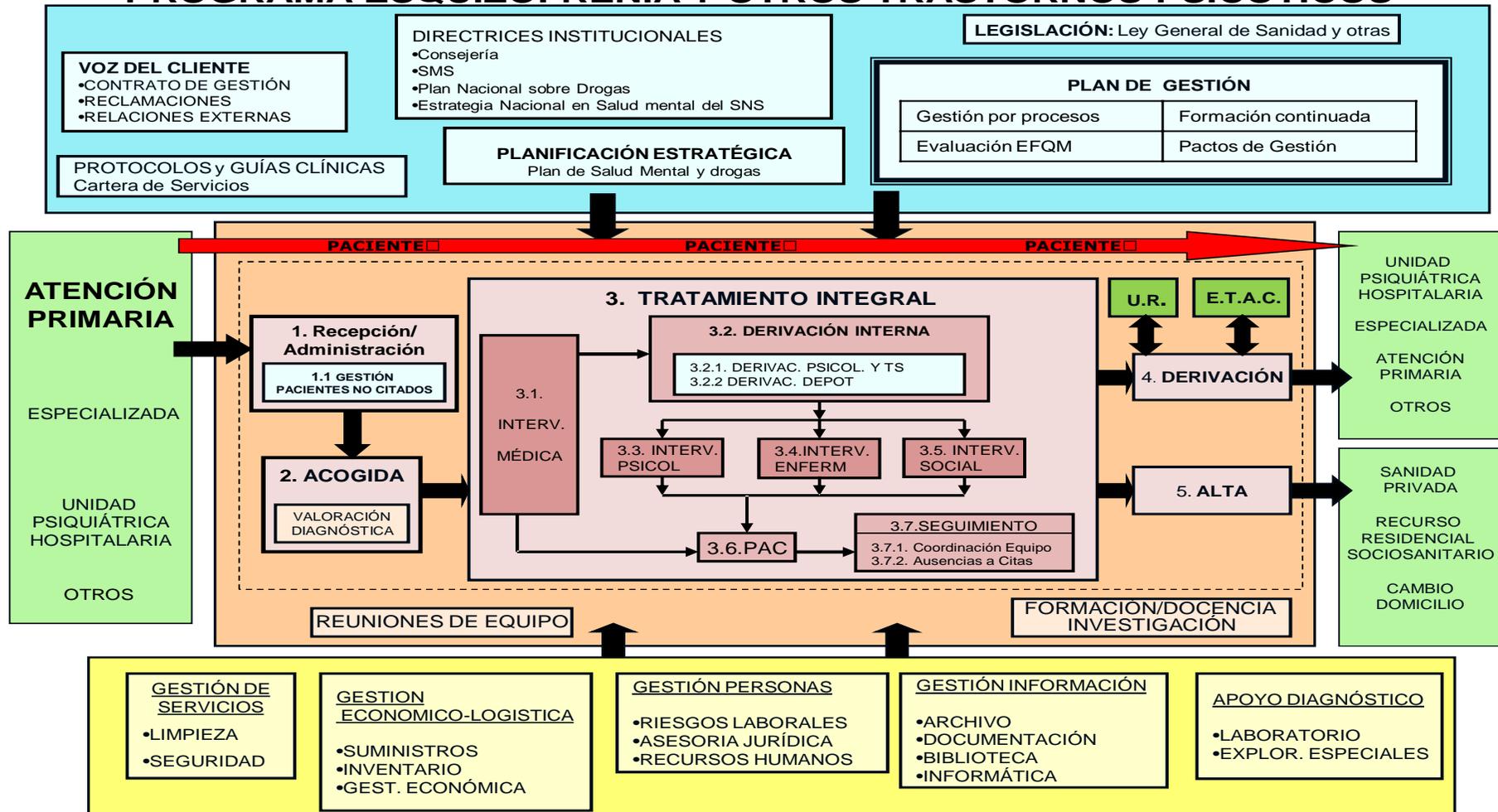
Pero también conlleva **dificultades**:

- Implica modificaciones en el modelo asistencial actual: priorizar la atención al trastorno mental grave y adoptar una visión integral de la atención al paciente con objetivos consensuados entre todos los profesionales, buscando y preservando espacios comunes de encuentro entre ellos, dándoles continuidad.
- Se requiere:
  - Compartir esta visión.
  - Profesionales motivados.
  - Capacidad para trabajar en equipo.
  - Formación específica.

Atender a las ventajas que proporciona la aplicación del Programa es un eficaz estímulo, pero no ser conscientes de las dificultades supondría un riesgo para el desarrollo y continuidad del mismo.

## *2. PROCESOS*

## MAPA 0 DE PROCESOS DE C.S.M.LORCA/ÁGUILAS PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 1:** RECEPCIÓN-ADMINISTRACIÓN.

**PROPIETARIO:** AUX. ADMINISTRATIVO.

**MISIÓN:** Recibir al usuario, recabar los datos precisos para efectuar el registro de admisión si acude por primera vez, proporcionar información sobre el funcionamiento del CSM así como gestionar otras peticiones que pudieran demandar con la finalidad de lograr su satisfacción.

**ALCANCE:**

- Inicio: Recepción del usuario en CSM
- Incluye: Identificación e información al usuario, actualización de datos, gestión de citas e informes.
- Final: Con la demanda gestionada.

**ENTRADAS:** Pacientes derivados de A.P., A.E. (Programa Mostrador) y otros.

**PROVEEDORES:** Facultativos de A.P., A. Especializada y otros recursos del área de salud correspondiente.

**SALIDAS:** Paciente que inicia acogida. Gestión de citas e informes. Orientación al usuario sobre el funcionamiento del CSM.

**CLIENTES:** Pacientes susceptibles de ser tratados en cualquier programa de S.M. del Centro o que están en tratamiento y sus familias.

**INDICADORES:**

1.-Nº de pacientes que realizan proceso de admisión.

2.-Nº de pacientes que solicitan informes.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro de Salud Mental.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Registro programa mostrador.  
Programa R.A.C.P.  
Agendas.

**RECURSOS:**

- Humanos: Aux. administrativo, Enfermero/a, Aux. enfermería.
- Materiales: Programa informático, documentación clínica y demás material oficina.

C.S.M. LORCA/ÁGUILAS

PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

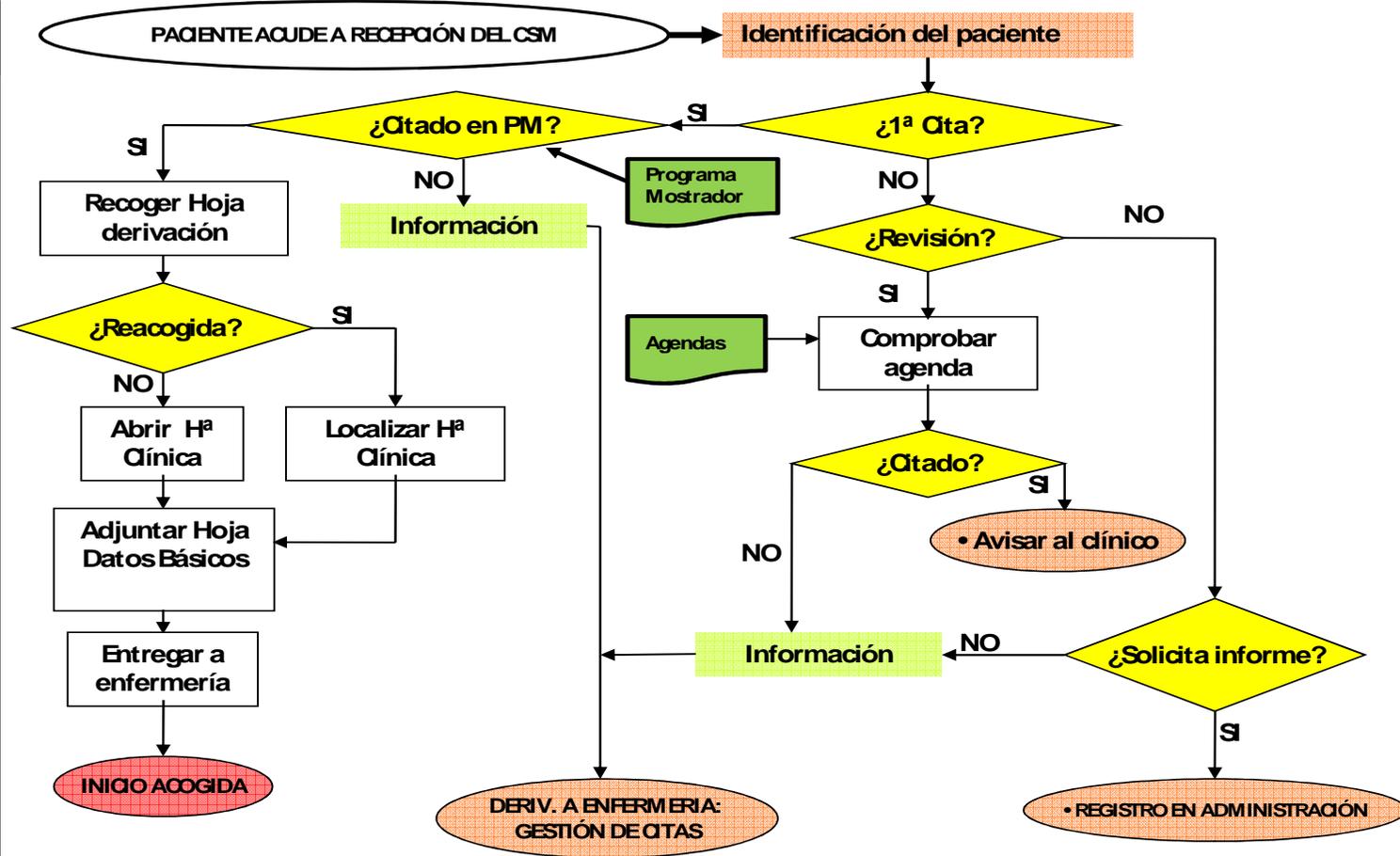
SUBPROCESO 1: RECEPCIÓN/ADMINISTRACIÓN

QUIÉN

QUÉ

ÁREA:  
RECEPCIÓN

AUX.  
ADMINISTRATIVO



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 1.1:** GESTIÓN PACIENTES NO CITADOS.

**PROPIETARIO:** ENFERMER@.

**MISIÓN:** Evaluar la demanda de los usuarios que acuden al CSM sin cita previa, tengan o no Hª Clínica abierta en el CSM, y que tras ser informados adecuadamente del funcionamiento del CSM, requieren una prevaloración clínica para descartar necesidad de intervención urgente y/o gestionar la obtención de una cita con un terapeuta.

**ALCANCE:**

- Inicio: Usuario que acude sin cita al CSM.
- Incluye: Valoración y priorización de la demanda, facilitación de intervención básica si precisa, información al usuario y gestión de citas.
- Final: Usuario con la demanda gestionada.

**ENTRADAS:** Usuarios que acuden sin cita al CSM.

**PROVEEDORES:** Personal de Recepción.

**SALIDAS:** Gestión de citas.

**CLIENTES:** Usuarios que acuden sin cita al CSM solicitando atención clínica.

**INDICADORES:**

- 1.- % de usuarios que tras más de un año sin acudir al CSM (por alta terapéutica o abandono) acuden sin cita.
- 2.- % de pacientes en activo que acuden sin cita al CSM.
- 3.- % de pacientes que acuden sin HªC abierta en el Centro.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro de Salud Mental.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Registro programa mostrador.  
Programa R.A.C.P.  
Agendas.

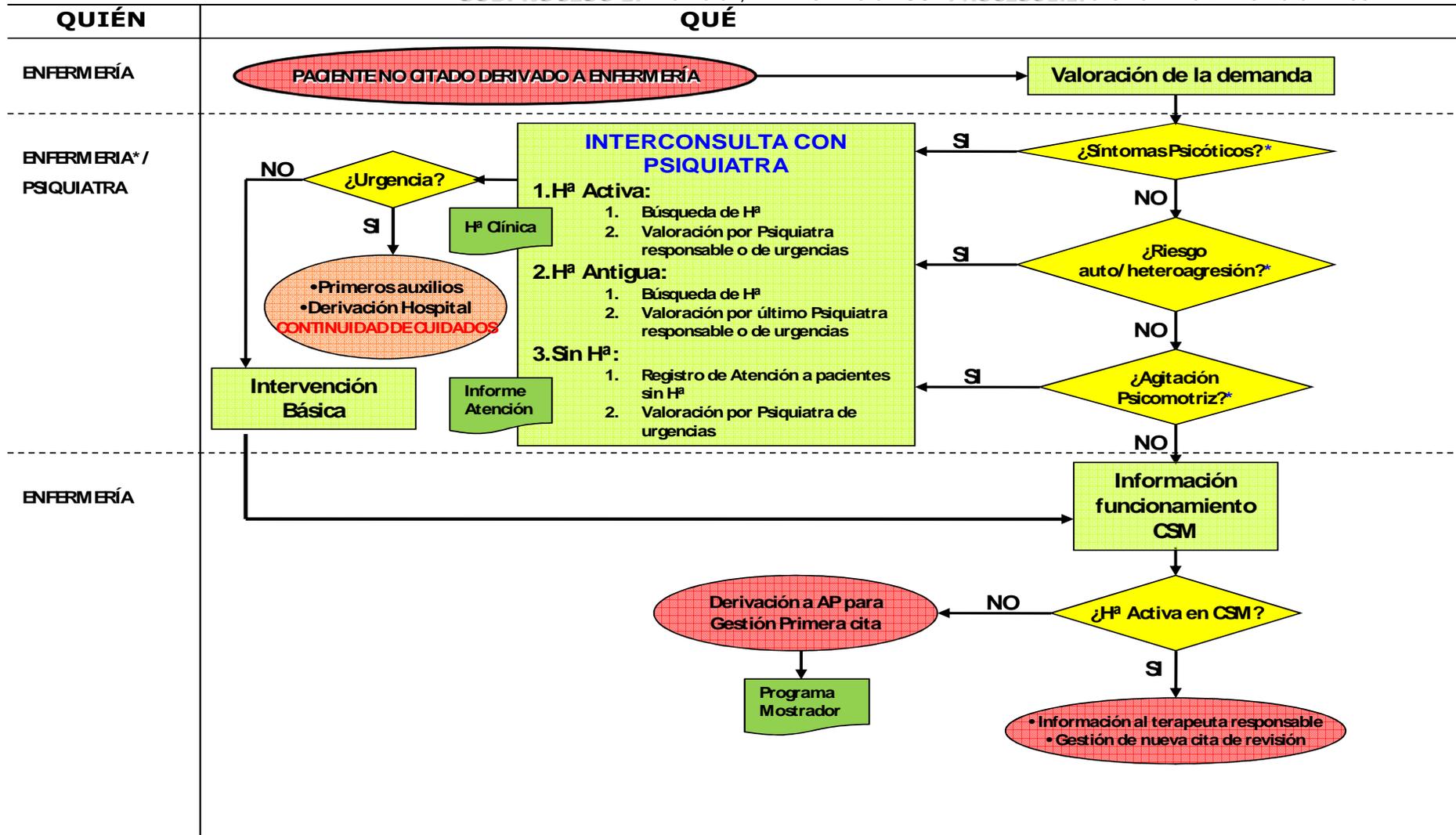
**RECURSOS:**

- Humanos: Aux administrativo, Enfermero/a, Aux enfermería, Psiquiatra.
- Materiales: Programa informático, documentación clínica y demás material oficina.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

**SUBPROCESO 1:** RECEPCIÓN/ADMINISTRACIÓN **SUBPROCESO 1.1:** GESTIÓN PACIENTES NO CITADOS



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 2:** ACOGIDA PACIENTES PSICÓTICOS.

**PROPIETARIO:** ENFERMERÍA Y PSIQUIATRÍA.

**MISIÓN:** Realizar Hª de acogida, informar ofertas asistenciales, orientar y finalmente asignar primera intervención facultativa por psiquiatría como inicio del proceso asistencial a pacientes con trastornos psicóticos (CIE-10 F20-29).

**ALCANCE:**

- Inicio: Administración verifica la presencia del paciente aportando documentación requerida (Admisión).
- Incluye: La realización de la Hª de acogida y asignación de psiquiatra responsable del caso.
- Final: Cuando el psiquiatra realiza informe para inicio de tratamiento e inclusión del paciente en el Programa de Trastornos Psicóticos o bien solicitan alta voluntaria para seguimiento/tratamiento en otro dispositivo asistencial.

**ENTRADAS:** Pacientes admitidos en el CSM que presentan síntomas/trastornos psicóticos.

**PROVEEDORES:** Facultativos de A.P., A. Especializada y Hospitalaria del área de salud correspondiente. Teniendo en cuenta la gravedad de las patologías referidas, se aceptaría excepcionalmente la consulta a iniciativa propia del paciente.

**SALIDAS:** Pacientes que inician tratamiento en el centro, o solicitan alta voluntaria para seguimiento/tratamiento en otro dispositivo asistencial.

**CLIENTES:** Pacientes con trastornos psicóticos y sus familias, que necesitan ser atendidos en el CSM de su área de referencia.

**INDICADORES:**

1.- % de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia.

2.- % de pacientes diagnosticados de otros trastornos psicóticos (CIE-10 F21-29).

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro de Salud Mental.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Registro programa mostrador.

Censo psicóticos.

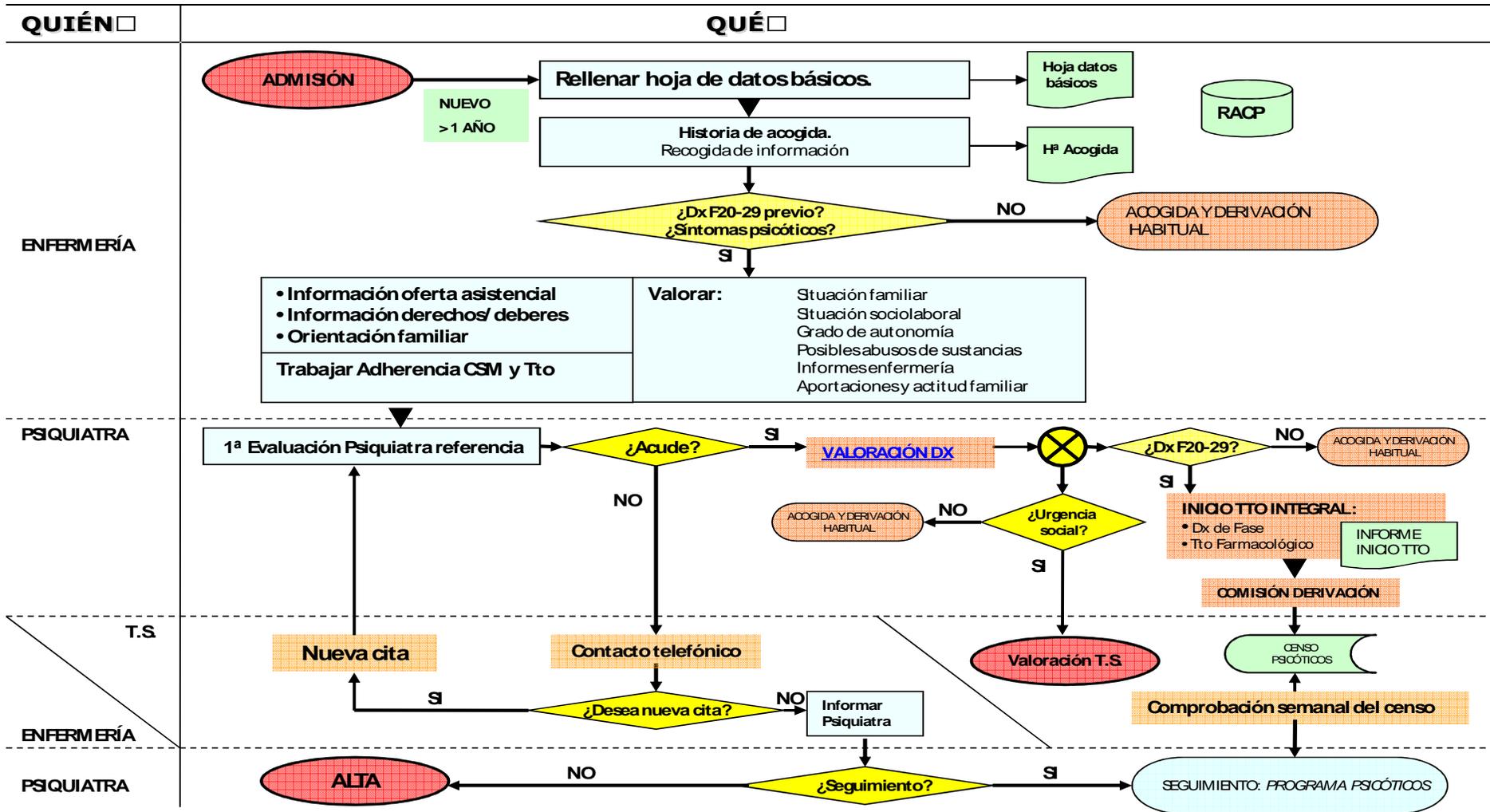
Hª Clínica.

Programa R.A.C.P.

**RECURSOS:** • Humanos: Enfermero/a, Psiquiatra, Trabajador/a Social.

• Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS** **PROCESO PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**  
**SUBPROCESO 2: ACOGIDA PACIENTES PSICÓTICOS**



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3:** TRATAMIENTO INTEGRAL.

**ASIGNACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS.**

**PROPIETARIO:** FACULTATIVO.

**MISIÓN:** Realizar valoración diagnóstica inicial del paciente que permita una primera orientación terapéutica y la inclusión, en los casos que se considere conveniente, en programas específicos de atención a patologías mentales concretas.

**ALCANCE:**

- Inicio: Valoración diagnóstica del paciente por Facultativo.
- Incluye: Primera orientación diagnóstica e inclusión, cuando proceda, en programas específicos de tratamiento.
- Final: Paciente diagnosticado y dado de alta del CSM o propuesto para un plan terapéutico inicial.

**ENTRADAS:** Pacientes del Programa de Adultos que han realizado la entrevista de acogida de enfermería y son atendidos por un facultativo.

**PROVEEDORES:** Enfermería.

**SALIDAS:** Pacientes que inician un plan de tratamiento en el CSM, o son dados de alta con informe a A.P. o A. especializada.

**CLIENTES:** Pacientes mayores de 16 años con problemas de salud mental, y sus familias, que necesitan ser atendidos en el CSM de su área de referencia.

**INDICADORES:**

- 1.- % de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia.
- 2.- % de pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar.
- 3.- % de pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad.
- 4.- % de pacientes diagnosticados de TCA.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro de Salud Mental.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

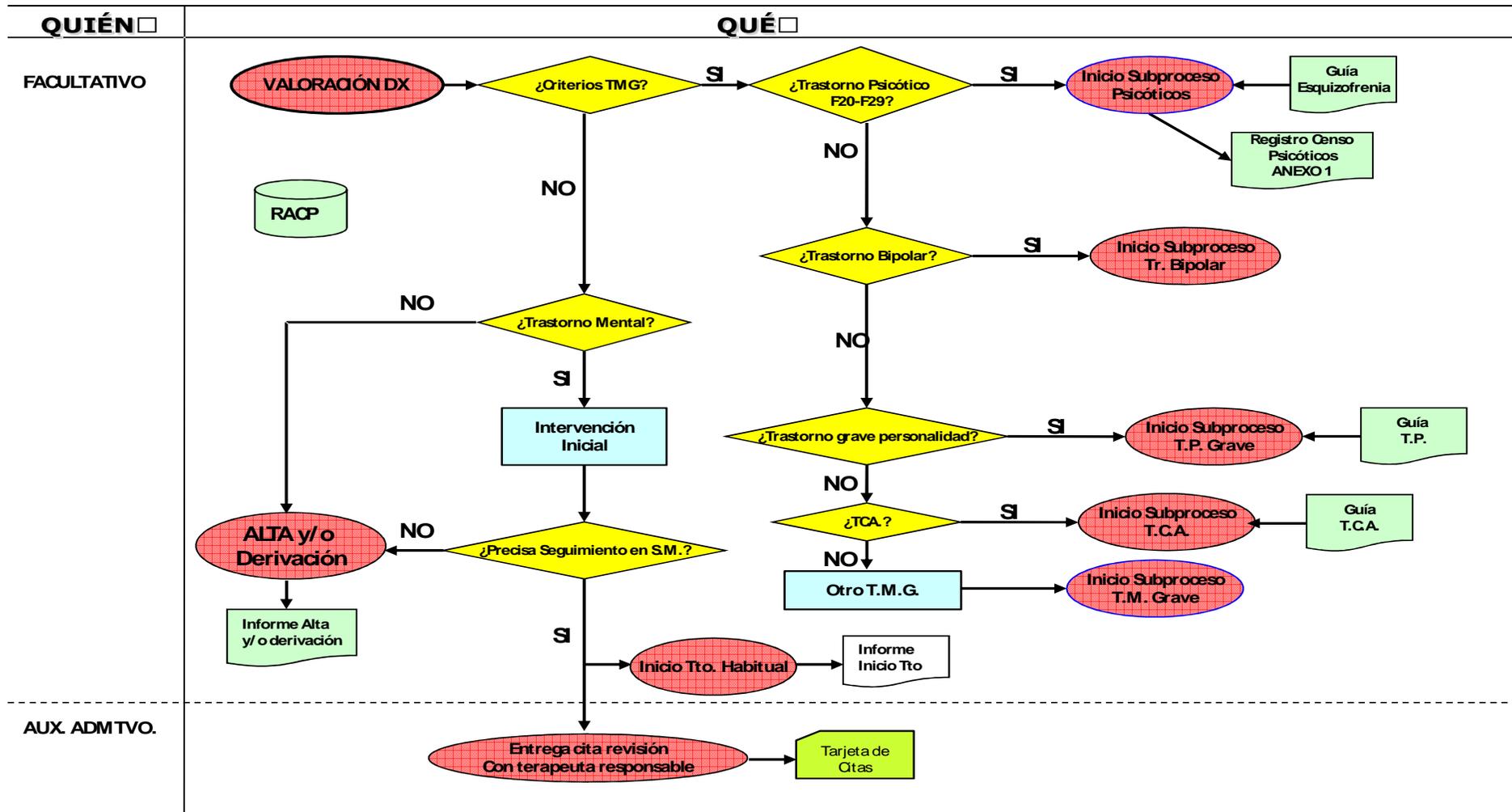
**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Registro programa mostrador.  
Programa R.A.C.P.  
Protocolos de derivación de cada recurso/programa.  
Censo de Psicóticos.

**RECURSOS:**

- Humanos: Enfermero/a, Responsables/Facultativos de programa de CSM, Coordinador de CSM.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

C.S.M. □ LORCA/ÁGUILAS □

**PROCESO** □ PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS  
**SUBPROCESO 3:** TRATAMIENTO INTEGRAL. ASIGNACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.  
**SUBPROCESO 3.1: INTERVENCIÓN PSIQUIATRÍA.**

**PROPIETARIO:** PSIQUIATRA.

**MISIÓN:** Valoración diagnóstica del paciente e inicio del tratamiento farmacológico, así como, obtención de otros datos relevantes de su funcionamiento psicosocial, que permita el establecimiento de los objetivos de intervención en la elaboración del PAC. Seguimiento hasta la derivación a otros programas/recursos o el alta del paciente, si procediera (Subproceso 5). Conseguir la optimización del tratamiento psicofarmacológico a lo largo de la evolución de la enfermedad y el mayor grado de autonomía personal e integración social.

**ALCANCE:**

- Inicio: Valoración psiquiátrica del paciente y su familia.
- Incluye: Elaboración y seguimiento del PAC, intervención en programas específicos y el seguimiento de los mismos.
- Final: Paciente en tratamiento en CSM y/o derivado a otros recursos/programas o dispositivos asistenciales o dado de alta (Subproceso 5).

**ENTRADAS:** Pacientes del Área III de salud con Trastornos Psicóticos derivados al CSM.

**PROVEEDORES:** Facultativos de A.P., A. Especializada y otros recursos del área de salud correspondiente.

**SALIDAS:** Pacientes que son dados de alta del CSM (Subproceso 5) y/o son derivados a otros programas/recursos residenciales u hospitalarios (durante el tiempo que dure dicha derivación).

**CLIENTES:** Pacientes con Trastorno Psicótico y sus familias.

**INDICADORES:**

- 1.- Nº pacientes diagnosticados con Trastorno Psicótico (CIE-10 F20-29).
- 2.- % de pacientes psicóticos que son derivados a otros recursos o dispositivos.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro.

**INSPECCIONES:** Anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Hª Clínica.  
Censo de Psicóticos.  
Programa R.A.C.P.  
Informes de Derivación.

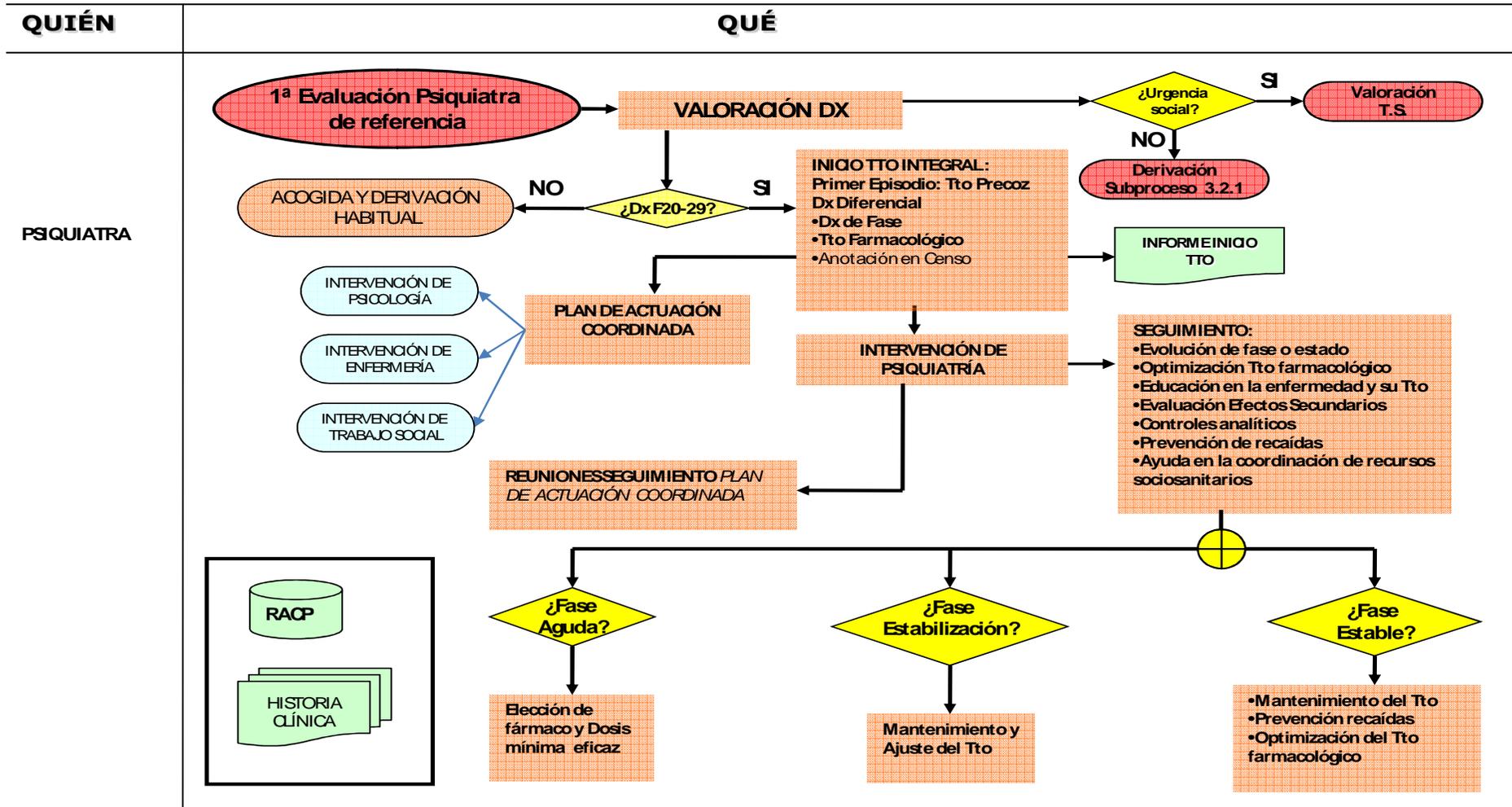
**RECURSOS:**

- Humanos: Psiquiatra.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Hojas de registro de las distintas intervenciones.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

**SUBPROCESO 3:** TRATAMIENTO INTEGRAL. **SUBPROCESO 3.1:** INTERVENCIÓN PSIQUIATRA



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3.2.1:** DERIVACIÓN A PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL.

**PROPIETARIO:** PSIQUIATRÍA.

**MISIÓN:** Derivar a los pacientes que reciben un diagnóstico de trastorno psicótico en cualquier momento del proceso asistencial para iniciar valoración psicológica y social.

**ALCANCE:** • Inicio: El psiquiatra diagnostica a un nuevo paciente de trastorno psicótico.

• Incluye: 1) ***Psiquiatra informa*** al paciente y su familia ***del funcionamiento*** del programa de Psicóticos y ***se asegura*** de que el paciente sea apuntado en el Censo de psicóticos.

2) Psicólogo/a y Trabajador/a Social responsables del Programa comprueban semanalmente el Censo y comunican citaciones a Aux. de clínica.

3) Aux. de clínica llama al paciente para comunicar citaciones.

• Final: Paciente citado para inicio de valoración por Psicología y TS.

**ENTRADAS:** Pacientes en acogida/reacogida que presentan trastornos psicóticos y pacientes del CSM que son diagnosticados de psicosis de inicio.

**PROVEEDORES:** Psiquiatras del CSM.

**SALIDAS:** Pacientes con Trastorno Psicótico que inician valoración psicológica y social.

**CLIENTES:** Pacientes con Trastornos Psicóticos atendidos en el CSM.

**INDICADORES:**

1.- % de pacientes psicóticos con valoración psicológica realizada.

2.- % de pacientes psicóticos con valoración social realizada.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro de Salud Mental.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Registro programa mostrador.

Programa R.A.C.P.

Censo psicóticos.

Historias Clínicas.

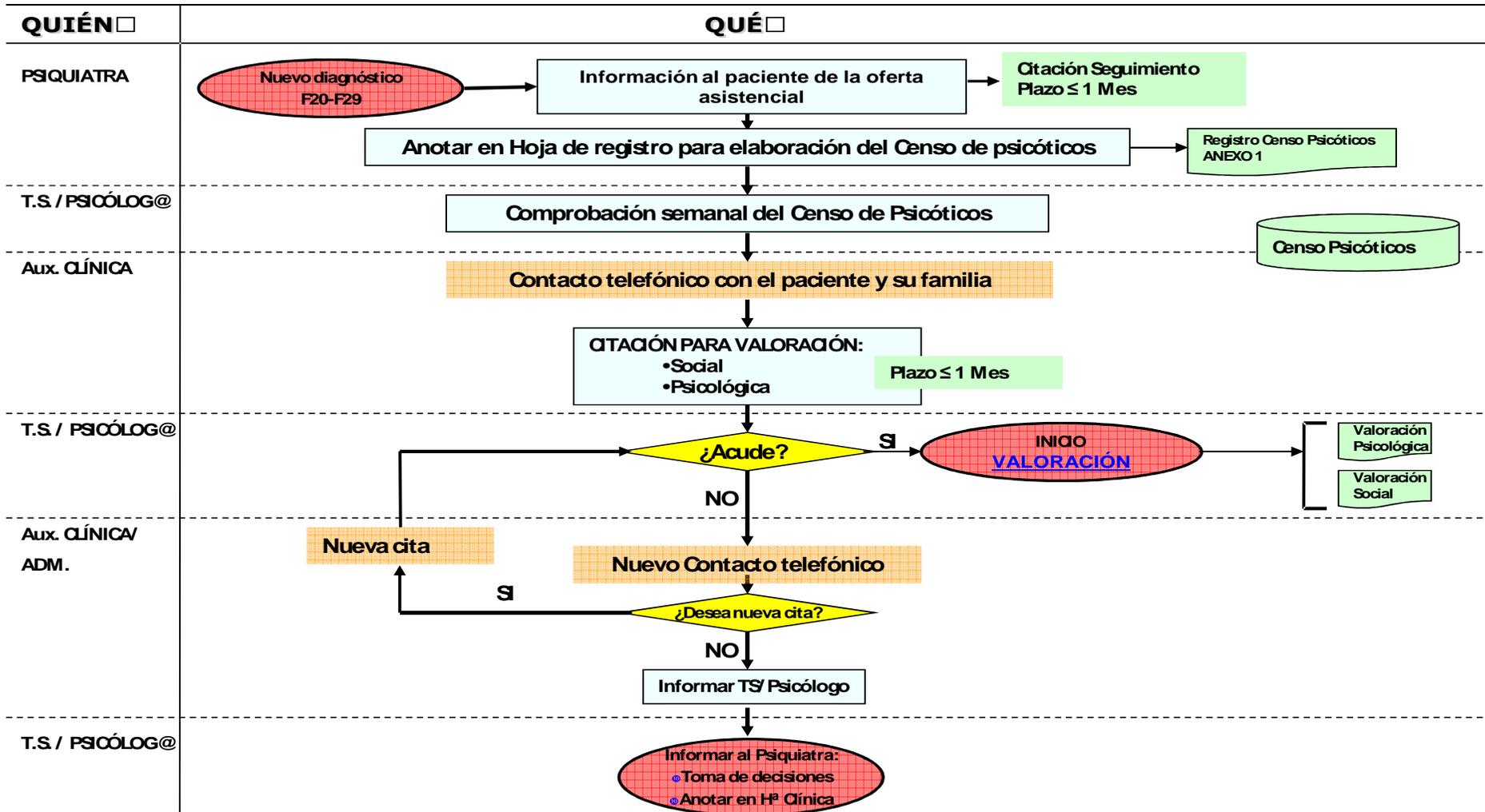
**RECURSOS:** • Humanos: Psicólogo, Psiquiatra, Trabajador Social y Aux. de Clínica.

• Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

**SUBPROCESO 3. 2.1: DERIVACIÓN A PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL**



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3.2.2:** DERIVACIÓN A PROGRAMAS NEUROLÉPTICOS DEPOT.

**PROPIETARIO:** ENFERMERÍA Y PSIQUIATRÍA.

**MISIÓN:** Derivar a los pacientes psicóticos que cumplan criterios para el mismo a un Programa de Neurolépticos Depot (ND) (CIE-10 F20-29).

**ALCANCE:**

- Inicio: Psiquiatra indica tratamiento con ND del paciente psicótico.
- Incluye: Derivación al Programa de ND y el seguimiento por enfermería.
- Final: Paciente inicia Programa con ND, se mantiene en él o abandona.

**ENTRADAS:** Pacientes del CSM que presentan trastornos psicóticos y cumplen criterios clínicos para ser asignados al Programa de ND.

**PROVEEDORES:** Psiquiatras del CSM que atienden a pacientes con Trastornos Psicóticos.

**SALIDAS:** Pacientes que dejan de cumplir criterios para el Programa de ND o lo abandonan.

**CLIENTES:** Pacientes con Trastornos Psicóticos, atendidos en el CSM, que reciben tratamiento con ND.

**INDICADORES:**

1.- Nº de pacientes en Programa de ND.

2.- % de abandonos del Programa de ND.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro de Salud Mental.

**INSPECCIONES:** Inspección anual

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Registro programa mostrador.

Programa R.A.C.P.

Censo psicóticos.

Registros Programa ND.

Historia Clínica.

**RECURSOS:** •Humanos: Enfermero/a, Psiquiatra, Coordinador de CSM.

•Materiales: Programa informático y demás material oficina. Material Clínico, consulta de enfermería.



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3.3: INTERVENCIÓN PSICÓLOGO CLÍNICO.**

**PROPIETARIO:** PSICÓLOGO CLÍNICO.

**MISIÓN:** Valoración de capacidades, habilidades e intereses del paciente, así como, obtención de otros datos relevantes de su funcionamiento psicosocial a través de este y su familia, que permita el establecimiento de los objetivos de intervención en la elaboración del PAC .La intervención psicológica con ellos y/o sus familias, y el seguimiento hasta el alta o derivación a otros programas/recursos con la finalidad de conseguir el mayor grado de autonomía personal e integración social.

**ALCANCE:**

- Inicio: Valoración psicológica del paciente y su familia.
- Incluye: Elaboración del PAC .Intervención en programas específicos y el seguimiento de los mismos, así como la coordinación con otros programas/recursos/instituciones.
- Final: Consecución de objetivos propuestos en el PAC .Abandono del paciente.

**ENTRADAS:** Pacientes con Trastornos Psicóticos derivados del CSM del área de referencia.

**PROVEEDORES:** Psiquiatras del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a psicología. Psicólogos del CSM que atienden pacientes que posteriormente reciben diagnóstico F20-29 (Anexo 4).

**SALIDAS:** Pacientes dados de alta por consecución de objetivos y/o derivados a otros programas o recursos. Pacientes que son alta voluntaria en cualquier momento tras su derivación a psicología.

**CLIENTES:** Pacientes con Trastorno Psicótico y sus familias.

**INDICADORES:**

- 1.- Nº pacientes que participan en programa individual y/o grupal psicología.
- 2.- % de pacientes que son alta voluntaria de un programa de intervención psicológica asignado en el PAC.
- 3.- % de pacientes que son alta por consecución de objetivos de un programa de intervención psicológica asignado en el PAC
- 4.- Nº de familias que reciben programa de Intervención Familiar (multifamiliar o unifamiliar).
- 5.- % de pacientes que reciben programa de Intervenciones Domiciliarias.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro.

**INSPECCIONES:** Anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Hª Clínica. PAC  
Escalas de Valoración. Test  
Programa R.A.C.P.

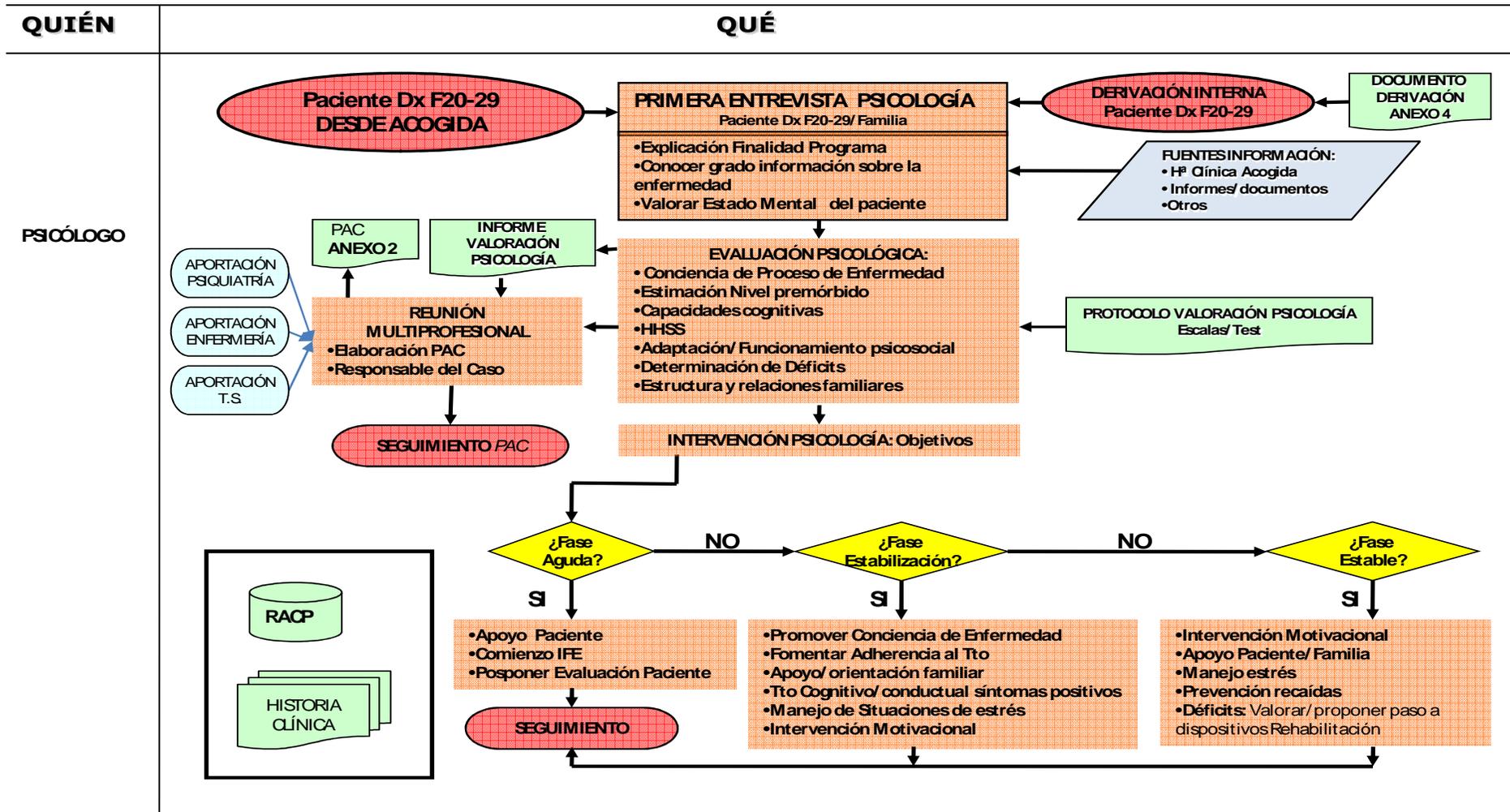
**RECURSOS:**

- Humanos: Psicólogo/a Clínico.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Test y escalas de valoración. Hojas de registro de las distintas intervenciones.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

**SUBPROCESO 3:** TRATAMIENTO INTEGRAL. **SUBPROCESO 3.3:** INTERVENCIÓN PSICÓLOGO CLÍNICO



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3.4: INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL.**

**PROPIETARIO:** TRABAJADOR SOCIAL.

**MISIÓN:** Valorar y atender la problemática sociofamiliar del paciente aplicando el proceso metodológico de trabajo social. Intervenir en los programas específicos del área social. Mantener la coordinación con los recursos sociosanitarios. Todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

**ALCANCE:**

- Inicio: Valoración de las necesidades sociofamiliares (paciente, familia, entorno).
- Incluye: Participar en la elaboración del PAC., intervención y seguimiento de programas específicos, así como la coordinación con otros recursos sociosanitarios.
- Final: Gestiones realizadas. Derivación a otros recursos .Abandono del paciente.

**ENTRADAS:** Pacientes derivados al CSM del Área III con trastornos psicóticos.

**PROVEEDORES:** Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a T.S.

**SALIDAS:** Consecución de objetivos, derivación a otros programas/recursos.  
Abandono del paciente tras derivación a T.S.

**CLIENTES:** Pacientes con Trastorno psicótico y sus familias.

**INDICADORES:**

- 1.- Nº pacientes/familias que reciben intervención del trabajador social.
- 2.- % de pacientes psicóticos a los que se realiza intervención domiciliaria.
- 3.- % de pacientes a los que se realiza informe de derivación a dispositivos sanitarios o rehabilitadores.

**VALIDADO POR:** Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Hª Clínica. Informe social. PAC.  
Registro de intervenciones y seguimiento.  
Programa R.A.C.P.  
Protocolos de derivación de cada recurso/programa.

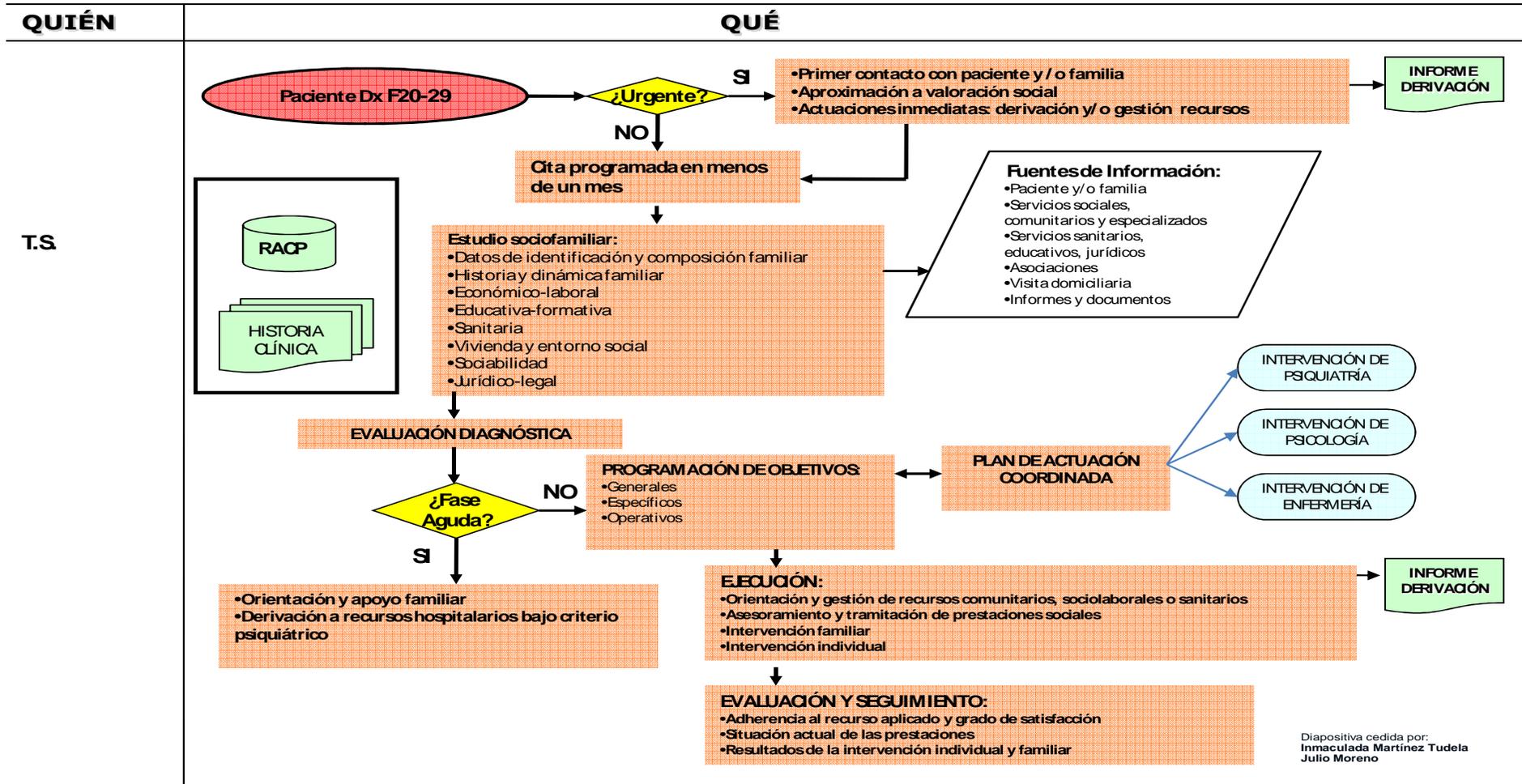
**RECURSOS:**

- Humanos: Trabajador/a Social.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

**SUBPROCESO 3:** TRATAMIENTO INTEGRAL. **SUBPROCESO 3.3:** INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.  
**SUBPROCESO 3.5: INTERVENCIÓN ENFERMERÍA.**

**PROPIETARIO:** ENFERMERA ESPECIALISTA SALUD MENTAL.

**MISIÓN:** Administración de cuidados dirigidos al paciente familia y/ comunidad, a través de la valoración y detección de sus necesidades biopsicosociales, emitiendo un diagnóstico enfermero. Colaboración en la elaboración del PAC. Planificación y puesta en marcha de las intervenciones propias y necesarias para conseguir el mayor grado de independencia e integración social del paciente y su familia.

**ALCANCE:**

- Inicio: Momento en el que recibimos en C.S.M., en acogida o derivado por un psiquiatra a consulta de enfermería, un paciente diagnosticado de Trastorno Psicótico.
- Incluye: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidados individualizados.
- Final: Paciente dado de alta por enfermería, tras consecución de objetivos marcados en plan actuación coordinada. Alta voluntaria.

**ENTRADAS:** Pacientes derivados al CSM del Área III con Trastornos Psicóticos.

**PROVEEDORES:** Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a consulta de enfermería.

**SALIDAS:** Pacientes dados de alta por consecución de objetivos y/o derivados a otros programas o recursos. Pacientes que son alta voluntaria en cualquier momento tras su derivación a consulta de enfermería.

**CLIENTES:** Pacientes con Trastorno psicótico y sus familias.

**INDICADORES:**

- 1.- Nº Pacientes psicóticos que reciben atención de enfermería (individual y grupal).
- 2.- % Pacientes dados de alta por consecución de objetivos en plan de cuidados de enfermería.
- 3.- % pacientes que son alta voluntaria en plan de cuidados de enfermería.
- 4.- % familias que reciben programa de intervención familiar dentro de su plan de cuidados de enfermería.
- 5.- % Pacientes que reciben programa de intervención domiciliaria dentro de su plan de cuidados de enfermería.

**VALIDADO POR:** Coordinador de CSM.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Hª clínica, Hª de enfermería (valoración de enfermería por patrones funcionales de salud y registro del plan de cuidados), PAC.

Escalas validadas.

Informe de alta.

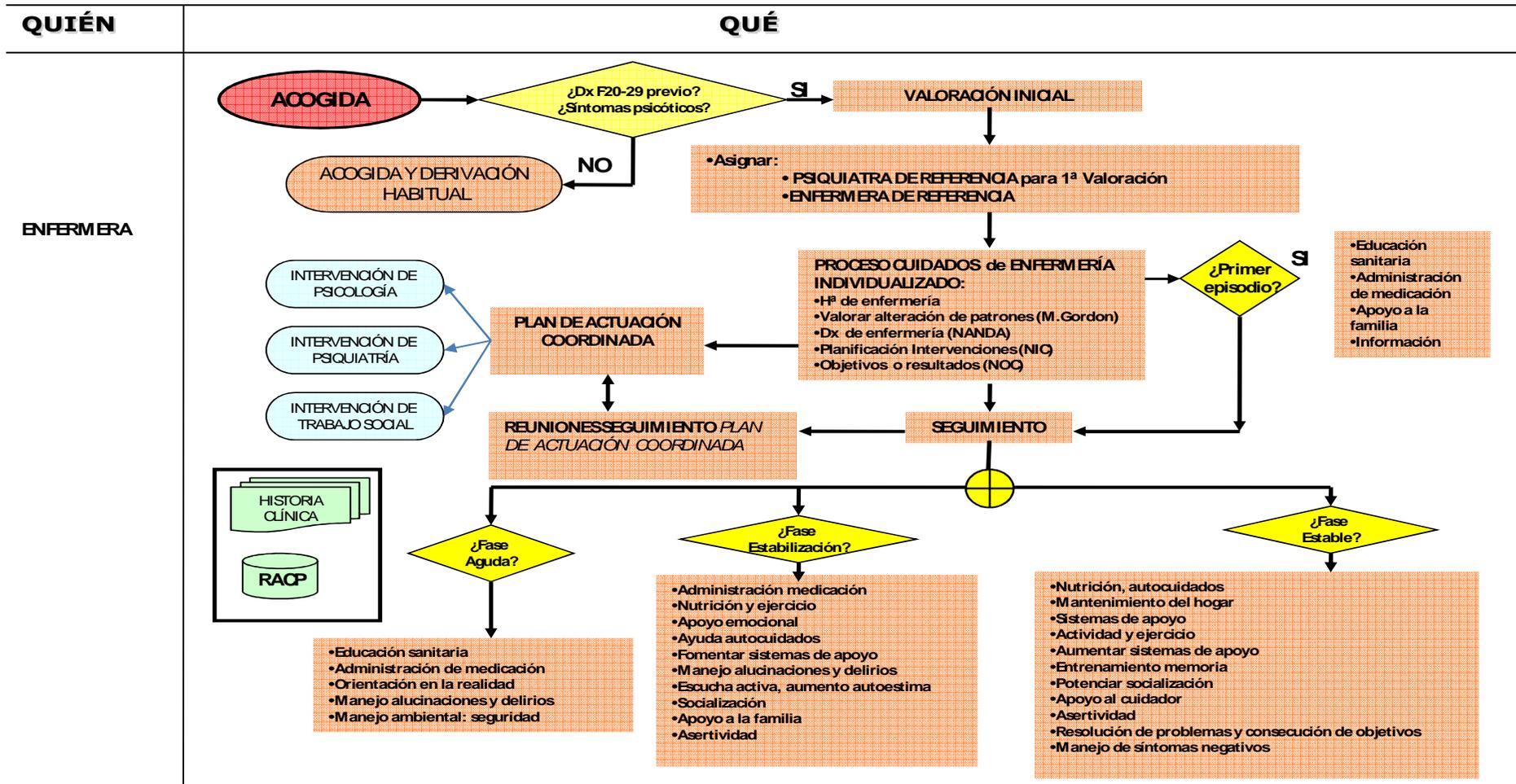
**RECURSOS:**

- Espacio: consulta de enfermería, salas de grupo.
- Humanos: Enfermero/a especialista salud mental.
- Materiales: ordenador, material administrativo, material para asistencia sanitaria, material bibliográfico, cursos de formación.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

**SUBPROCESO 3:** TRATAMIENTO INTEGRAL. **SUBPROCESO 3.3:** INTERVENCIÓN ENFERMERÍA



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3.6:** ELABORACIÓN PLAN ACTUACIÓN COORDINADA (PAC).

**PROPIETARIO:** EQUIPO MULTIDISCIPLINAR QUE ATIENDE AL PACIENTE PSICÓTICO: PSIQUIATRA, PSICÓLOGO, ENFERMER@ Y TRABAJADOR SOCIAL.

**MISIÓN:** Recopilación y registro de la información relevante del paciente y su familia, obtenida tras valoración del equipo multidisciplinar, para establecer objetivos comunes de acuerdo a las necesidades detectadas del paciente y sus expectativas estableciendo un PAC. Nombramiento de un Responsable del PAC (miembro del equipo multidisciplinar) que asegure su puesta en marcha y el seguimiento del mismo.

**ALCANCE:**

- Inicio: Paciente psicótico que ha sido valorado por el Equipo multidisciplinar.
- Incluye: Reunión equipo multidisciplinar, registro del PAC nombramiento del responsable del PAC e información al paciente PAC.
- Final: Comienzo del plan de actuación (PAC.) o modificación del mismo en caso de ser rechazado por el paciente y/o su familia.

**ENTRADAS:** Pacientes incluidos en el Programa de Psicóticos.

**PROVEEDORES:** Equipo multidisciplinar.

**SALIDAS:**

- Inicio del PAC.
- Seguimiento/Modificación del PAC.

**CLIENTES:** Pacientes con Trastorno Psicótico que asisten al CSM.

**INDICADORES:**

1.- % PAC. Elaborados y documentados con constancia en Hª Clínica.

**VALIDADO POR:** Coordinador del CSM.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

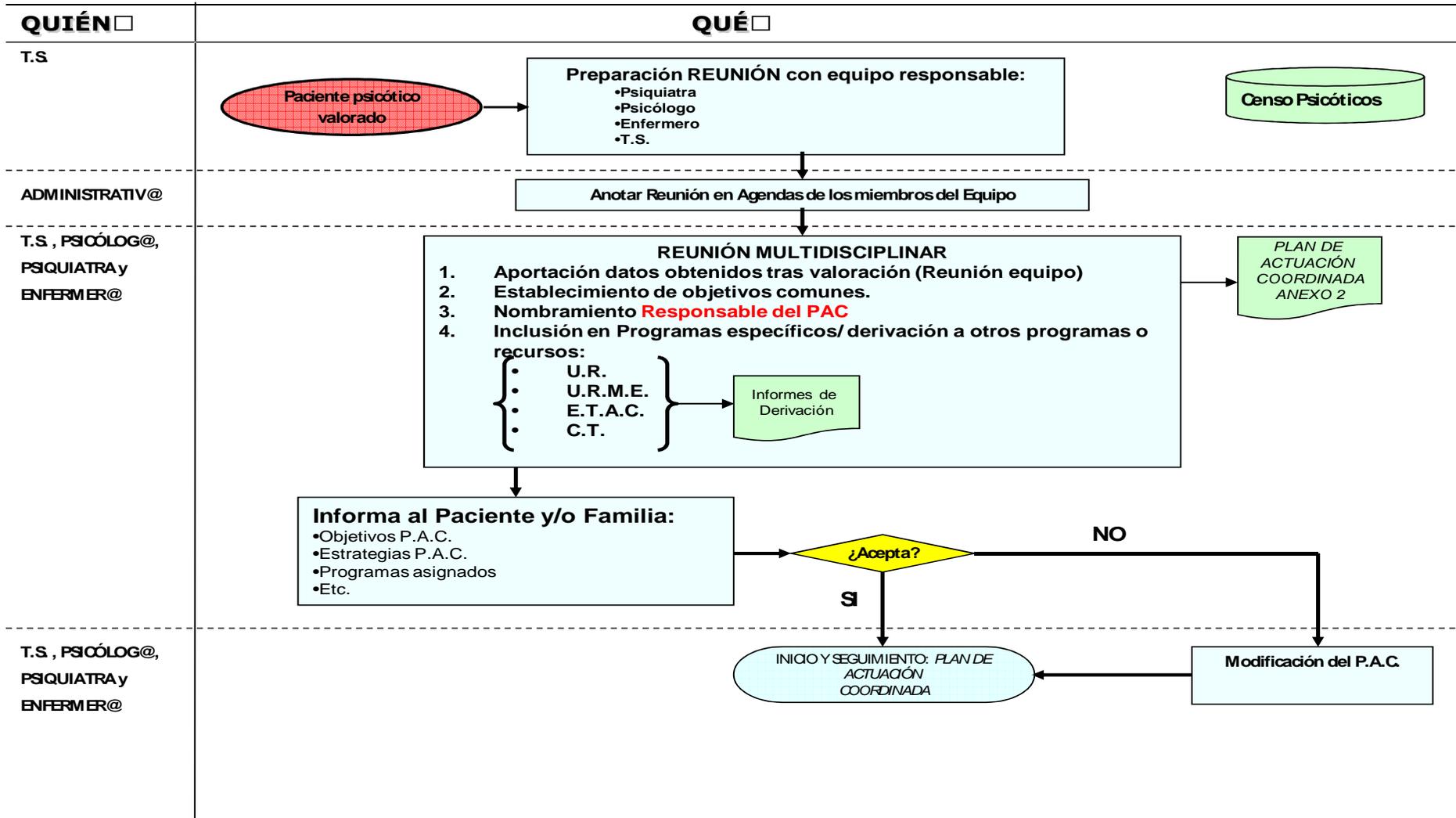
**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Hª Clínica. Valoración psiquiátrica, psicológica, social y de enfermería.

**RECURSOS:**

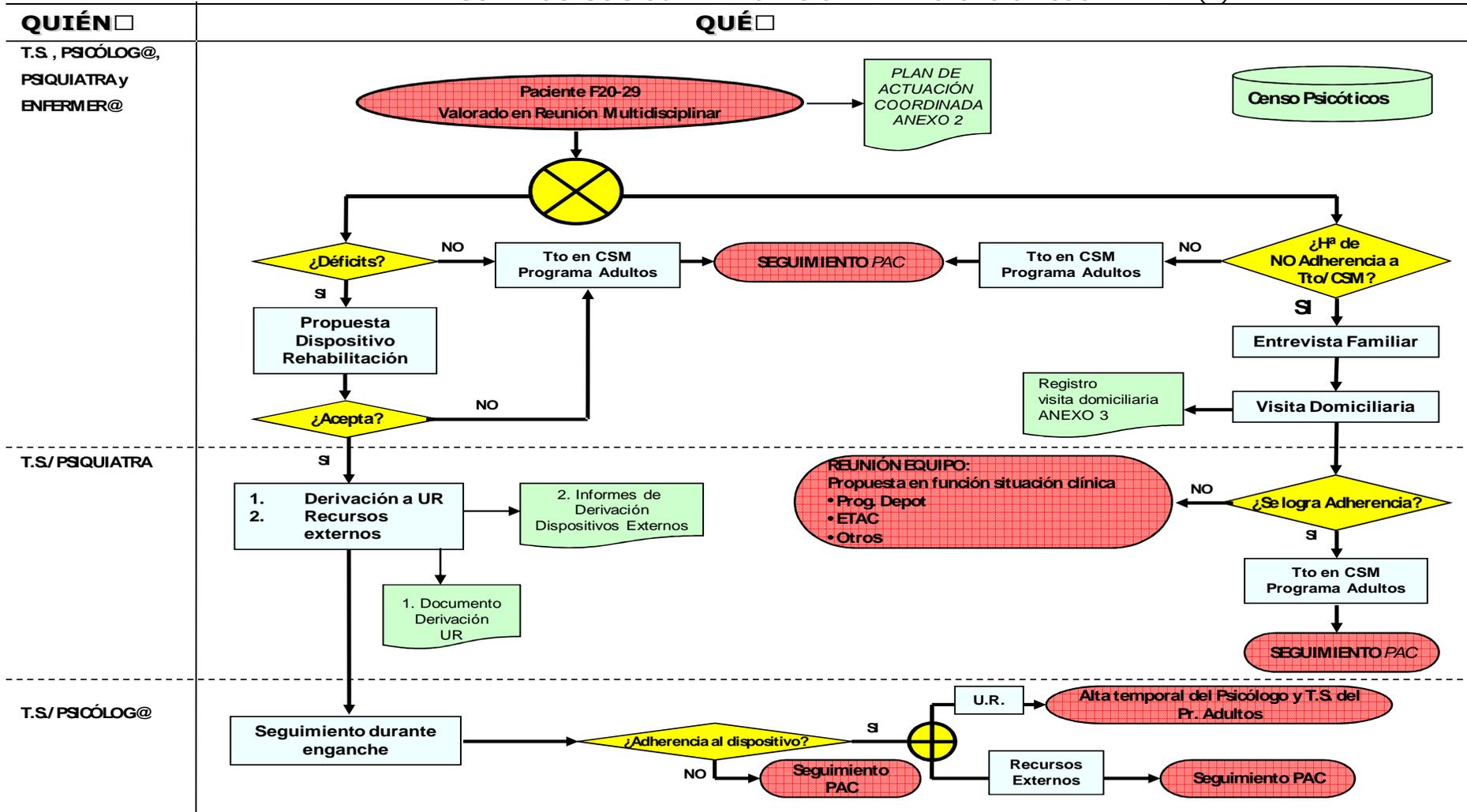
- Humanos: Equipo multidisciplinar del CSM.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. □ LORCA/ÁGUILAS □**

**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS  
**SUBPROCESO 3.6a:** ELABORACIÓN PLAN ACTUACIÓN COORDINADA (1).



**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**    **PROCESO PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**  
**SUBPROCESO 3.6b : ELABORACIÓN PLAN ACTUACIÓN COORDINADA (2)**



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3.7.1:** COORDINACIÓN EQUIPO/ SEGUIMIENTO PAC.

**PROPIETARIO:** RESPONSABLE DE PAC.

**MISIÓN:** Garantizar la continuidad de cuidados del paciente psicótico dentro del CSM, facilitando la comunicación dentro del equipo de la evolución en los distintos programas y agilizando la toma de decisiones ante el surgimiento de incidencias clínicas relevantes.

**ALCANCE:**

- Inicio: PAC ya elaborado o Detección de incidencia clínica relevante por parte de un miembro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente psicótico.
- Incluye: Actuaciones de verificación del cumplimiento del PAC. En caso de incidencia clínica relevante, reunión/Información equipo multidisciplinar que atiende al paciente psicótico y elaboración de un plan de intervención que dé respuesta a la misma.
- Final: Paciente continúa PAC. Modificación del PAC si precisa. Ejecución de plan de intervención si incidencia clínica relevante.

**ENTRADAS:** Pacientes del Programa de Psicóticos.

**PROVEEDORES:** Equipo multidisciplinar.

**SALIDAS:**

- Modificación de PAC.
- Ejecución del Plan de intervención.

**CLIENTES:** Pacientes con Trastorno Psicótico en tratamiento en el CSM.

**INDICADORES:**

1.-Nº de reuniones de coordinación/seguimiento.

**VALIDADO POR:** Coordinador del CSM.

**INSPECCIONES:** Inspección anual

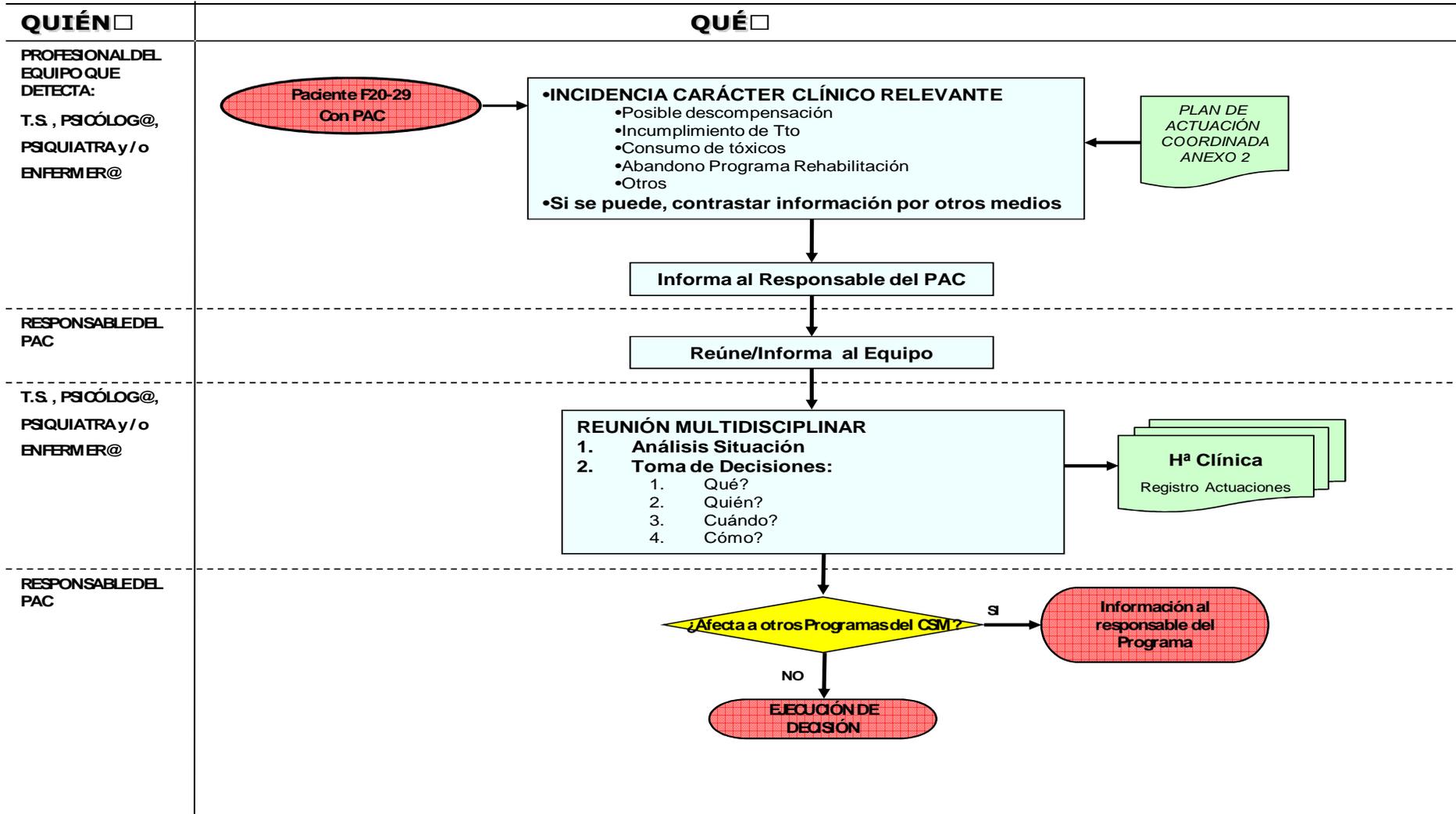
**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Historia Clínica. PAC  
Agendas.  
RACP.

**RECURSOS:**

- Humanos: Equipo multidisciplinar del CSM.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**  
**SUBPROCESO 3.7.1: COORDINACIÓN EQUIPO/ SEGUIMIENTO P.A.C.**



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 3.7.2:** ACTUACIÓN ANTE AUSENCIA a CITA PROGRAMADA.

**PROPIETARIO:** EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RESPONSABLE DEL PACIENTE PSICÓTICO.

**MISIÓN:** Garantizar la continuidad de cuidados del paciente psicótico dentro del CSM ante la posible falta de adherencia a este.

**ALCANCE:**

- Inicio: Ausencia no justificada del paciente psicótico a una cita programada.
- Incluye: Comunicación telefónica con el paciente y/o su familia y facilitación de una nueva cita.
- Final: Paciente acude a nueva cita. En caso contrario, decisión por parte del equipo multidisciplinar de las actuaciones a seguir, revisión del PAC si procede.

**ENTRADAS:** Pacientes del Programa de Psicóticos que no acuden, de forma injustificada, a una cita programada con algún miembro del equipo multidisciplinar responsable del caso.

**PROVEEDORES:** Equipo multidisciplinar del CSM que atiende al paciente.

**SALIDAS:**

- Paciente acude a nueva cita.
- Ejecución de actuaciones propuestas.
- Revisión del PAC.

**CLIENTES:** Pacientes con trastorno psicótico que asisten al CSM.

**INDICADORES:**

- 1.- % de inasistencias no justificadas a citas programas de pacientes del programa de psicóticos.
- 2.- % pacientes que recuperan las citas perdidas.

**VALIDADO POR:** Coordinador del CSM.

**INSPECCIONES:** Inspección anual

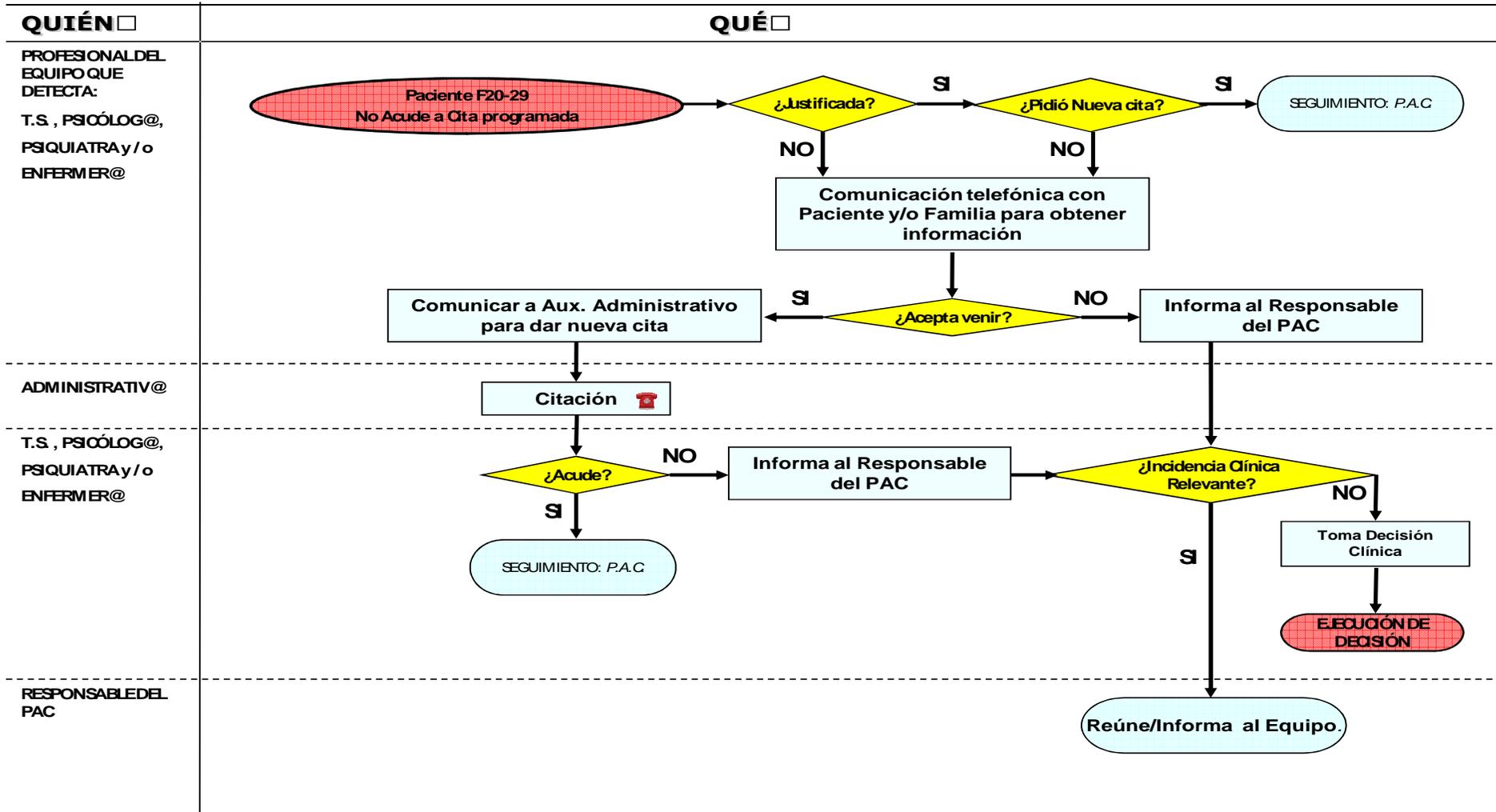
**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Historia clínica .Registro de seguimiento.  
PAC.  
Agendas.  
RACP.

**RECURSOS:**

- Humanos: Equipo multidisciplinar del CSM.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**  
**SUBPROCESO 3.7.2: ACTUACIÓN ANTE AUSENCIA a CITA PROGRAMADA**



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 4:** DERIVACIÓN A PROGRAMAS y/o RECURSOS EXTERNOS.

**PROPIETARIO:** PSIQUIATRA/TRABAJADOR SOCIAL.

**MISIÓN:** Proponer, cuando se considere conveniente, programas y/o recursos de tratamiento externos al Programa de Adultos del CSM, complementando las intervenciones y recursos terapéuticos internos.

**ALCANCE:**

- Inicio: Consideración, por parte del equipo multidisciplinar que atiende al paciente psicótico, de la idoneidad del recurso externo en relación a la situación específica del paciente.
- Incluye: Coordinación con el recurso. Información y asesoramiento al paciente.
- Final: Derivación del paciente a recurso externo y confirmación de asistencia al mismo (Continuidad de cuidados).

**ENTRADAS:** Pacientes del Programa de Psicóticos que reúnen las condiciones necesarias y cumplen criterios para ser derivados a un recurso externo determinado.

**PROVEEDORES:** Equipo multidisciplinar del CSM que atiende al paciente.

**SALIDAS:**

- Derivación a otros programas/ recursos externos.
- Paciente renuncia a la propuesta de derivación al recurso.

**CLIENTES:** Pacientes con trastorno psicótico que asisten al CSM que sean susceptibles de derivación a programas y/o recursos externos.

**INDICADORES:**

1.- Nº de pacientes a los que se propone derivación a recursos externos.

2.- % pacientes que se incorporan a recursos externos.

**VALIDADO POR:** Coordinador del CSM.

**INSPECCIONES:** Inspección anual.

**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Informe clínico y social, registro de seguimiento.  
PAC.

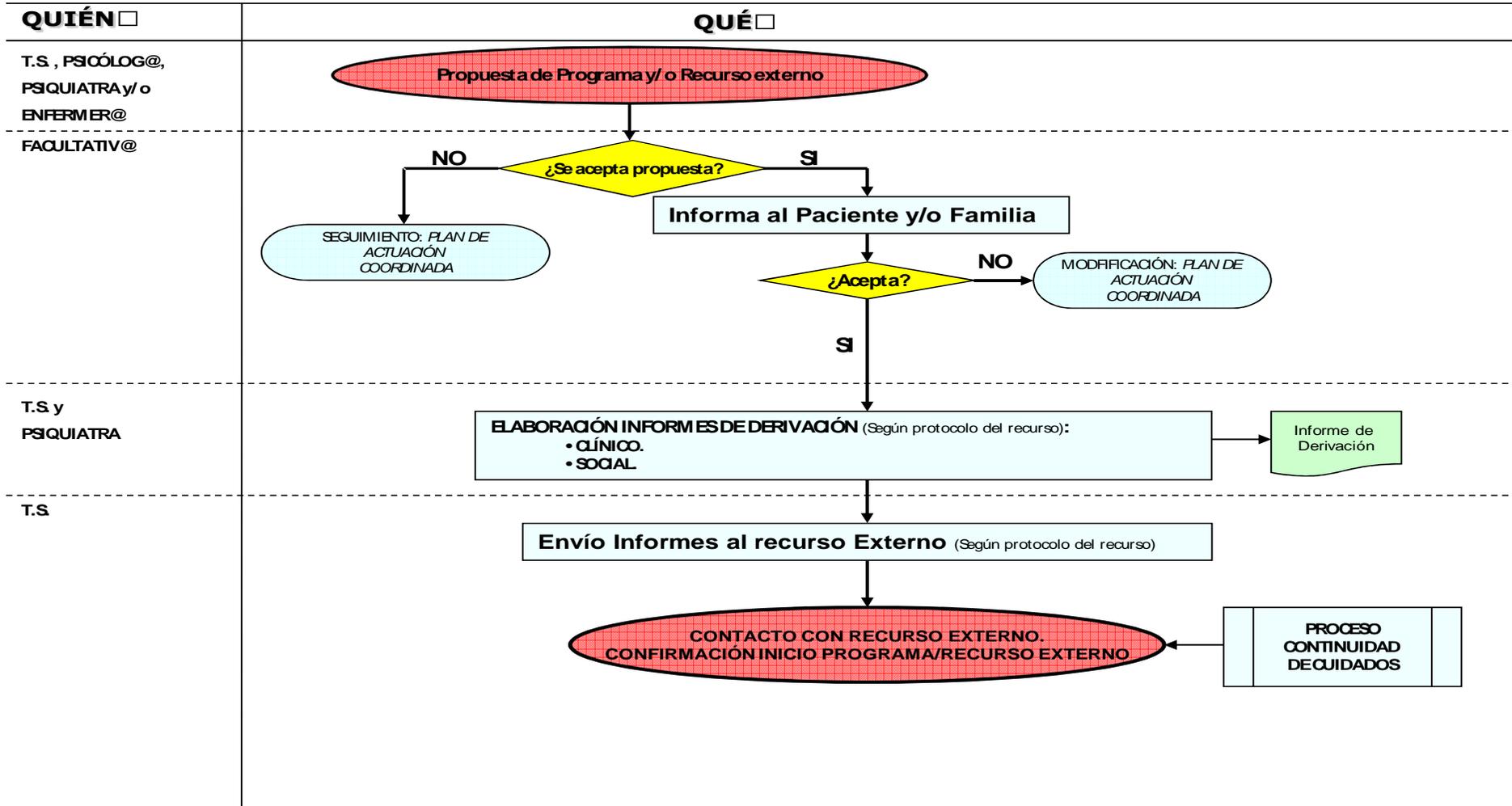
**RECURSOS:**

- Humanos: Equipo multidisciplinar del CSM que atiende al paciente.  
Responsable del recurso externo.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. □ LORCA/ÁGUILAS □**

**PROCESO □ PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

**SUBPROCESO 4: DERIVACIÓN A PROGRAMAS y/o RECURSOS EXTERNOS**



**PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**SUBPROCESO 5:** ALTA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL.

**PROPIETARIO:** PSIQUIATRA.

**MISIÓN:** Informar al equipo multidisciplinar realizar el informe de alta de aquellos pacientes en los que concurra una o más causas de alta: Cambio de Residencia Familiar, Ingreso en Recurso Residencial Sociosanitario, Sanidad Privada o Fallecimiento.

**ALCANCE:**

- Inicio: Comunicación, del paciente o su familia, a algún miembro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente psicótico, de la presencia de alguno de los motivos de alta médica.
- Incluye: Coordinación del Equipo multidisciplinar. Información y asesoramiento al paciente y/o familia.
- Final: Realización y entrega de *informe de alta* médica (si procede) al paciente o persona autorizada.

**ENTRADAS:** Pacientes del Programa de Psicóticos que cumplen condiciones para ser considerados alta médica del Centro de Salud Mental.

**PROVEEDORES:** Equipo multidisciplinar del CSM que atiende al paciente, el mismo paciente y/o su familia.

**SALIDAS:** -Alta médica del paciente en el CSM y cierre de su Hª Clínica.

**CLIENTES:** Pacientes con trastorno psicótico que asisten al CSM que sean susceptibles de alta médica.

**INDICADORES:**

- 1.- Nº de pacientes del programa de psicóticos a los que se da el alta del CSM.
- 2.- % pacientes psicóticos que se incorporan a Recursos Residenciales Sociosanitarios.
- 3.- % pacientes psicóticos que abandonan la sanidad Pública para seguir tratamiento en Sanidad Privada.
- 4.- % pacientes que son dados de alta por fallecimiento.

**VALIDADO POR:** Coordinador del CSM.

**INSPECCIONES:** Inspección anual

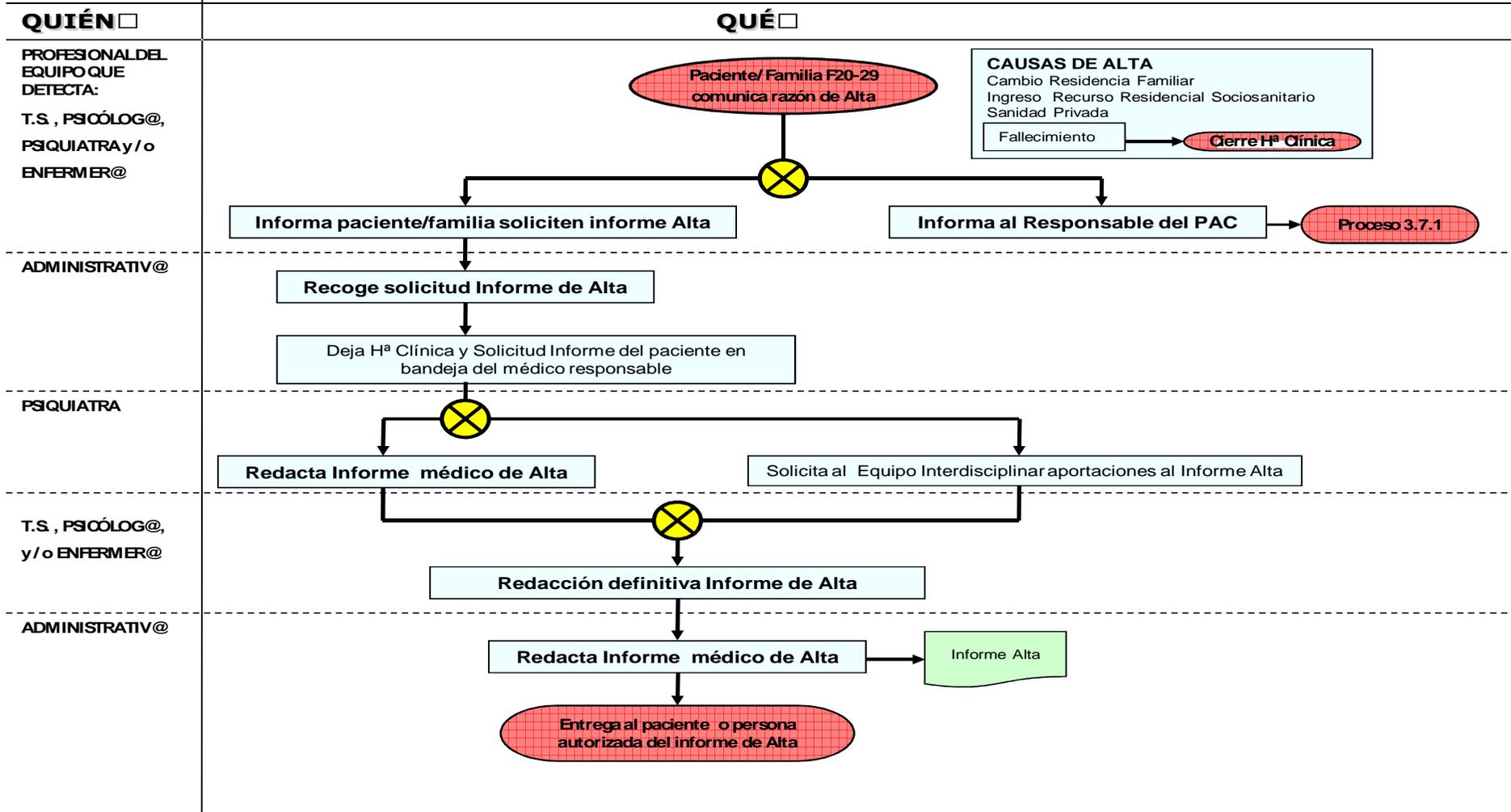
**DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:** Informe de Alta clínico y social.  
Hª Clínica.

**RECURSOS:**

- Humanos: Equipo multidisciplinar del CSM que atiende al paciente.  
Responsable del recurso externo.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS**

**PROCESO PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**  
**SUBPROCESO 5: ALTA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL**



### ***3. ANEXOS***



**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**ANEXO 2: REGISTRO REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR.**

	
<b><u>REGISTRO REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR (PAC)</u></b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	
<b>Nº HISTORIA CLÍNICA:</b>	<b>J.C.:</b>
<b>FECHA:</b>	
<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN:</b>	
<b>DATOS APORTADOS POR PSIQUIATRA:</b>	
<b>DATOS APORTADOS POR PSICOLOGÍA:</b>	

<b>DATOS APORTADOS POR TRABAJO SOCIAL:</b>	
<b>DATOS APORTADOS POR ENFERMERÍA:</b>	
<b>PROPUESTA (PAC):</b>	
<b>RESPONSABLE PAC:</b>	<b>Fdo.:</b>

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**ANEXO 3: REGISTRO INTERVENCIÓN DOMICILIARIA.**

 
<b><u>REGISTRO INTERVENCIÓN DOMICILIARIA</u></b>
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>
<b>Nº HISTORIA CLÍNICA:</b>
<b>FECHA:</b>
<b>ASISTENTES EN EL DOMICILIO:</b>
<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN:</b>
<b>OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA:</b>
<b>DESARROLLO DE LA ENTREVISTA:</b>

<b>DATOS RECOGIDOS:</b>
<b>CONCLUSIÓN:</b>
<b>Fdo.:</b>
<b>Equipo multiprofesional</b>

**C.S.M. LORCA/ÁGUILAS PROCESO:** PROGRAMA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

**ANEXO 4: HOJA DE DERIVACIÓN INTERNA AL PROGRAMA DE TMS.**

	
<b><u>HOJA DE DERIVACION INTERNA AL PROGRAMA DE TMS</u></b>	
<b>I.- DATOS DEL PACIENTE</b>	
NOMBRE Y APELLIDOS	
Nº DE HªCLINICA	EDAD ACTUAL
DIAGNOSTICO CIE-10.	
<b>II.- MOTIVO DE DERIVACIÓN</b>	
<b>III.- ORIENTACIÓN DE INTERVENCIÓN / OBSERVACIONES.</b>	
PROFESIONAL QUE DERIVA	
FECHA DE DERIVACION	



## ***4. REFERENCIAS***

1. *GAF: Global Assesment of Functioning*. APA. 1987.
2. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1977, Mayo;32(4):177-84.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
4. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1990. En: Martin Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 339-404.
5. "Gestión por Procesos en Salud Mental y Drogodependencias". Curso organizado por la Subdirección General de Salud Mental e incluido en el Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria de la Región de Murcia. Murcia 14, 15, 28 y 29 de Mayo y 7, 8 de Junio de 2007. Coordinadora Josefina Celdrán Lorente.
6. Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. 2009.