

**PROCESO DE ATENCION INTEGRAL
AL TRASTORNO MENTAL GRAVE:
Modelo de abordaje multiprofesional
de Lorca**



Edita: Servicio Murciano de Salud.

Subdirección General de Salud Mental. Murcia

Año de publicación: 2015

Depósito legal: MU 831-2015

ISBN: 978-84-606-9626-1

Autores:

Jesús Onofre Valera Bernal (Psicólogo clínico. Coordinador Unidad de Adultos CSM Lorca)

José Joaquín García Arenas (Terapeuta ocupacional. Coordinador Unidad de Rehabilitación CSM Lorca)

María Ascensión Albacete Belmonte (Psicóloga clínica. Responsable de Violencia de Género CSM Lorca)

Lidia Franco López (Enfermera especialista en salud mental CSM Lorca)

Carlos Oliván Roldán (Psiquiatra. Coordinador “Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario” (ETAC) CSM Lorca)

María Isabel Ortuño Pascual (Enfermera CSM Lorca)

Gonzalo Pérez López (Psiquiatra. Responsable Subprograma de Psicogeriatría CSM Lorca)

Inmaculada Martínez Tudela (Trabajadora social. Responsable de Coordinación Socio-sanitaria CSM Lorca)

Josefina Celdrán Lorente (Psiquiatra. Responsable de calidad de la Subdirección General de Salud Mental)

Colaboradores

Fernando Lojo Fristchi (Psiquiatra. Director CSM Lorca-Jefe de Sección)

Isabel Jiménez Bermúdez (Alumna de grado de psicología. Facultad de psicología de la Universidad de Murcia)

Evaluadores Externos

Julio César Martín García-Sancho (Psicólogo clínico. Jefe de servicio de programas asistenciales de adultos. Subdirección General de Salud Mental)

María Magdalena Molina Óller (Jefa de Estudios del Hospital Universitario Rafael Méndez)

Solanger Hernández Méndez (Supervisora de Área Calidad, Investigación y Seguridad del Paciente Área III de Salud. Hospital Universitario Rafael Méndez)

Agradecimientos:

A la Subdirección General de Salud Mental por el apoyo, asesoramiento y ayuda recibida sin la que no habría sido posible concluir el presente documento de trabajo.

Contenido

1.- INTRODUCCION	6
1.1- Misión	8
1.2- Visión	9
1.3- Valores	9
2- ELABORACION DEL PROCESO TRASTORNO MENTAL GRAVE	11
2.1.- Definición del Trastorno Mental Grave	11
2. 2.- Aplicación del proceso TMG en el CSM de Lorca.....	13
encuadres de actuación.	28
3.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TMG EN ADULTOS	29
3.1- Misión	31
3.2- Visión	31
3.3- Valores	31
3.4.- Límites.....	32
4.- COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL AREA III DE SALUD.....	68
4.1. Modelo de Coordinación del Centro de Salud Mental de Lorca	69
4.1.1. Comisión de Gestión de Casos	70
4.1.2 Comisión de Seguimiento.....	72
4.1.3.Comisión de coordinación general	74
5.- PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	75
5.1. Introducción:.....	75
5.2. Misión:.....	75
5.3. Límites:.....	75
5.4. Descripción del proceso de continuidad asistencial del paciente con TMG en el CSM de Lorca.	76

1.- INTRODUCCION

La práctica clínica en Salud Mental está evolucionando hacia un modelo de complejidad creciente y no sólo por la enorme diversidad de retos a los que intenta hacer frente; existe a día de hoy, una notable variedad de estrategias y abordajes terapéuticos, cada vez más específicos, que exigen a los distintos profesionales de este apasionante campo, un esfuerzo de constante actualización de sus conocimientos, de sus objetivos e incluso un cuestionamiento de la propia organización de sus servicios

En esta búsqueda por ofrecer las mejores respuestas ante los distintos retos, la situación más exigente que los distintos servicios de Salud Mental pueden encontrar, corresponde quizás a la atención de una persona con el diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG), convirtiéndose sin duda en una suerte de examen que pone a prueba la capacidad real de los profesionales de promover soluciones útiles. Si una red de Salud Mental es capaz de afrontar con éxito las múltiples necesidades que estas personas sostienen (las explícitas y las ocultas), no debe sorprender si este resultado se basa en todo un trabajo multidisciplinar adecuadamente diseñado e implementado, con claros objetivos comunes y una ilusión conjunta por realizar una labor lo más digna posible.

Sabemos que el TMG engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con cierta persistencia en el tiempo y que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada. Esta situación implica la necesidad de trabajar diversas áreas de la persona, haciendo preciso incorporar intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y

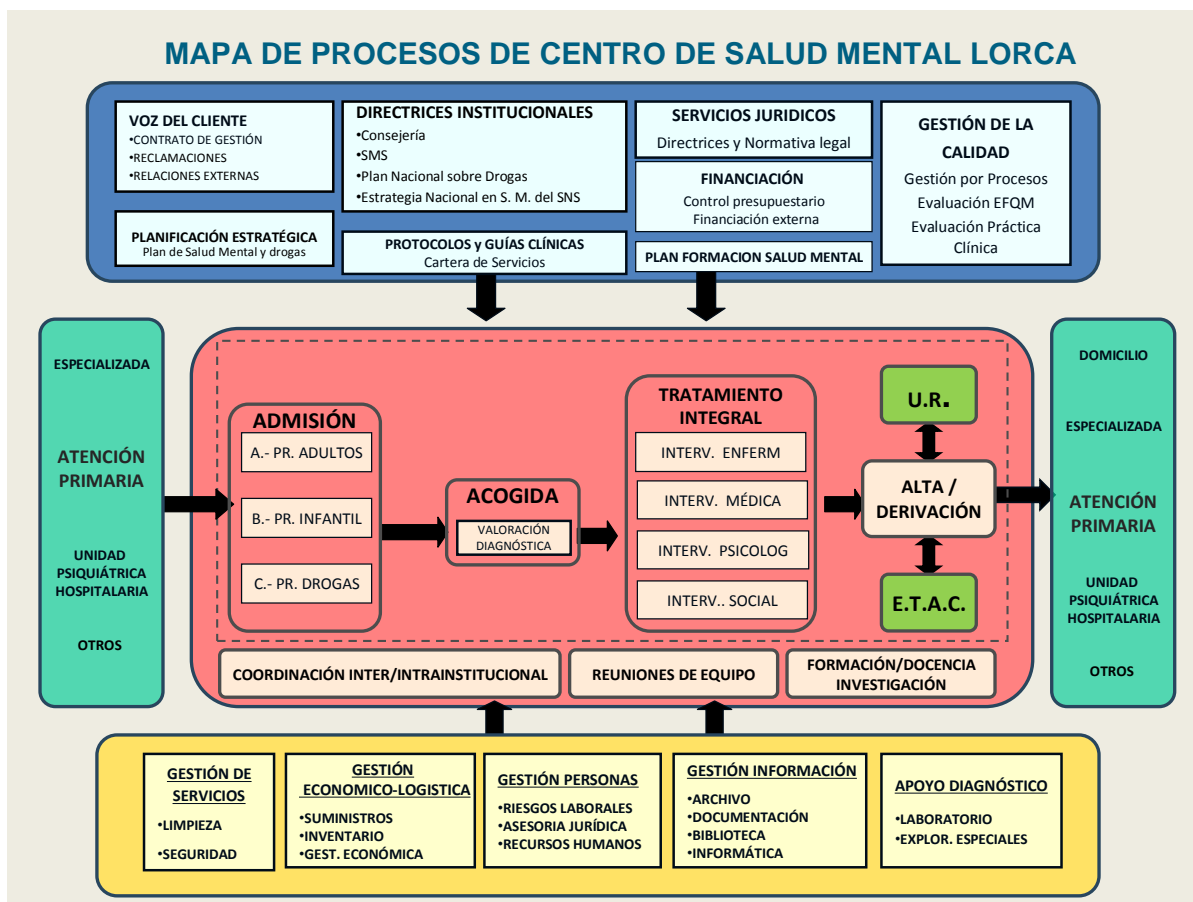
rehabilitadoras, además de las farmacológicas, lo que genera un considerable desafío: ¿Somos capaces de organizar nuestros recursos sociosanitarios de manera que el concepto de *trabajo multidisciplinar desde una perspectiva biopsicosocial* pueda convertirse finalmente en una realidad de nuestro trabajo cotidiano con pacientes y familias?

Es en este contexto, surge el modelo *European Foundation for Quality Management* (EFQM) de Calidad y Excelencia como vía para la autoevaluación y la determinación de los procesos de mejora continua en entornos empresariales tanto privados como públicos. De una manera deliberadamente sencilla, se considera al modelo EFQM, como un sistema de gestión que ayuda a crear organizaciones fuertes que practican los principios de la calidad tanto en sus propios procesos de funcionamiento como en las relaciones con sus trabajadores, sus usuarios y las comunidades donde operan.

De este modo, en base a las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, trasladadas a la Subdirección de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Región de Murcia, y en plena sintonía con los Planes de Salud Mental vigentes, se ha venido iniciando un cambio de paradigma en la atención que ofrecen los Centros de Salud Mental, permitiendo que un abordaje integral y multidisciplinar basado en la gestión por procesos sitúe a los propios usuarios en el eje principal de la atención.

Es así como, en el Centro de Salud Mental de Lorca, con el apoyo decisivo de la Subdirección de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, viene apostando desde hace muchos años por ofrecer a la población una estructura fuerte de apoyo a las personas con TMG y sus familias. Contar con una excelente Unidad de Adultos, una Unidad de Rehabilitación y un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario propios, no hace sino reafirmar el compromiso que tiene la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica por estos pacientes. Por tanto, parece obvio que el siguiente paso a seguir sea la

confección de una Guía como la que aquí se presenta, donde se ha puesto todo el empeño en detallar cómo se organiza toda esta pluralidad de actuaciones y de profesionales para finalmente obtener resultados concretos y de utilidad real directa para los pacientes y sus familias.



1.1- Misión

La misión del Centro de Salud Mental de Lorca es la atención especializada ambulatoria a los pacientes con trastorno mental del Área III facilitando la multidisciplinariedad, garantizando la continuidad asistencial y el trato humano; poniendo a

disposición de los pacientes los tratamientos con la mejor evidencia científica, garantizando la confidencialidad con un compromiso de calidad y sostenibilidad en el uso de recursos públicos.

1.2- Visión

La visión del Centro de Salud Mental de Lorca es conseguir que todos los pacientes con TMG tengan acceso al tratamiento multidisciplinar propuesto en las mejores condiciones de accesibilidad, asegurando la continuidad de cuidados mediante la necesaria coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales del Área, sin excluir otros pertenecientes a los servicios sociales, educativos, judiciales o de cualquier otro estamento que permita conseguir una gestión eficiente de los recursos. Esto implica la normalización del paciente en su entorno, potenciando sus capacidades, empoderándolo en todas las áreas posibles bajo un claro prisma de atención comunitaria.

1.3- Valores

Los valores del Centro de Salud Mental de Lorca son:

- Humanización que tenga al usuario como eje y centro de la organización, participando en las decisiones
- Competencia profesional, trabajo en equipo, cuidado de los profesionales y compromiso con la organización

- Justicia, Equidad y Accesibilidad
- Compromiso con la calidad y sostenibilidad con responsabilidad en el uso de recursos públicos
- Gestión del conocimiento e innovación
- Transparencia, comunicación y garantía de confidencialidad
- Compromiso con la coordinación sociosanitaria y con el medio ambiente

1.4- A quién va dirigido

El presente documento va dirigido principalmente a los profesionales de los distintos programas que intervienen en el proceso de tratamiento de pacientes con el diagnóstico de TMG del Centro de Salud Mental de Lorca (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeras), y a los de de todos aquellos recursos vinculados al Área III que colaboran en este proceso con pacientes y familiares, así mismo, y por extensión, al conjunto de los profesionales de la red de salud mental del Servicio Murciano de Salud.

2- ELABORACION DEL PROCESO TRASTORNO MENTAL GRAVE

La elaboración de este proceso responde al cumplimiento y la implementación de los objetivos propuestos en el último plan de Salud Mental (2010-2013) y en el plan de gestión del Centro de Salud Mental de Lorca para el año 2014.

A la hora de elaborar el proceso de atención del TMG se ha contado con la referencia indicada en la Guía de Práctica Clínica, elaborada en la Subdirección General de Salud Mental para el tratamiento de la esquizofrenia a nivel ambulatorio, aceptada por Guíasalud (2009) y disponible en el enlace http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443

La novedad en la elaboración de este proceso ha sido contar, no sólo con la inclusión de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que abarcan los diagnósticos desde F20 a F29 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, CIE-10 (OMS, 1992), sino ampliar la intervención a otros pacientes con TMG en la que se incluya tanto Trastornos Bipolares (T.B.), Trastornos Límite de la Personalidad (TLP) como Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con categorización todos ellos en un “nivel grave” según la escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) DAS-I o GAF 38.

2.1.- Definición del Trastorno Mental Grave

El Trastorno Mental Grave (TMG), también llamado trastorno mental severo, es un término que se ha impuesto al concepto anterior de trastorno mental crónico. La definición más aceptada sobre el TMG, es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (1987),

que define al colectivo incluido en dicha definición como un grupo de heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas en diversos recursos socio-sanitarios de la Red de Atención de Salud Mental (National Institute of Mental Health, 1987).

Este concepto incluye 3 dimensiones:

- Diagnóstico, en el que se incluyen trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad, con excepción de los trastornos orgánicos y las psicosis en mayores de 65 años.);
- Duración, que debe ser superior a dos años o un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses, aunque remitan los síntomas, según la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (2003);
- Discapacidad, cuya presencia conlleve una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo. Dicha discapacidad se puede medir a través de diferentes escalas como la “Escala de Evaluación de la Actividad Global” y la “Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (DAS-I) o GAF 38.

Slade, Powell, & Strathdee (1997) redefinen del siguiente modo las tres dimensiones indicadas anteriormente, añadiendo 2 dimensiones más:

- a) *Diagnóstico*: Enfermedad psicótica, trastorno de personalidad, enfermedad neurótica grave.
- b) *Seguridad*: Autolesiones voluntarias, involuntarias, peligrosidad para los demás, abuso (físico, emocional, financiero, etc...) por otros.
- c) *Apoyo social e institucional*: Ayuda de los cuidadores sociales, incluyendo amigos y familiares. Ayuda desde los servicios sociales.
- d) *Discapacidad*: Con habilidades disminuidas para funcionar eficazmente en la comunidad, con problemas en el trabajo, ocio, cuidado personal, capacidades domésticas y relaciones interpersonales.
- e) *Duración*: De cualquiera de las dimensiones mencionadas por periodos que pueden variar entre seis meses y dos años.

2. 2.- Desarrollo del proceso TMG en el CSM de Lorca

2. 2.1.- Directrices generales:

Para la puesta en marcha de este proceso se han realizado varias reuniones a finales de 2012 entre los Coordinadores del CSM de Lorca, el Jefe de Sección, el Jefe de Servicio de Programas Asistenciales, Responsable de Calidad de la Subdirección General de Salud Mental y profesionales de la Unidad de Adultos del CSM de Lorca implicados en la implantación del mismo.

Partiendo de la implantación de la “Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental” (Servicio Murciano de Salud. 2009) y la evaluación de la misma, el Centro de Salud Mental de Lorca perfila la elaboración del presente proceso en el que se tienen en cuenta diversas modificaciones que amplían el abordaje de los Trastorno Mentales Graves (TMG) más allá del diagnóstico de esquizofrenia y su espectro con otras categorías diagnóstica que adquieran un nivel grave (TLP, TB, TOC).

En las reuniones de trabajo se establecen las siguientes directrices:

- Diagnóstico: Espectro de la ESQUIZOFRENIA (CIE-10: F20-29), TAB GRAVES (CIE-10: F31), TOC GRAVES (CIE-10: F42) y TLP GRAVES (CIE-10: F60.3).
- Aplicación de la “Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental” (SMS-2009) con abordaje y tratamiento multidisciplinar a pacientes con diagnóstico de TMG que acuden a este CSM de Lorca por primera vez o en reacogida procedentes de otro CSM.
- Evaluación de la implantación de la “Guía de Esquizofrenia” en todos los CSM: 2011-2013.
- Elaboración del censo de pacientes con TMG.
- Continuación en la aplicación de la guía y elaboración del proceso con la inclusión de todos los pacientes de referencia del CSM, teniendo en cuenta en dicha inclusión no sólo a pacientes con Espectro de Esquizofrenia sino el resto de trastornos

incluidos dentro de la intervención para el TMG (TAB GRAVES, TOC GRAVES y TLP GRAVES).

- Ajuste del proceso a los recursos disponibles en nuestro CSM.

2.2.2.- Contextualización:

2.2.2.1. Población destinataria y recursos

Lorca es una ciudad sita al suroeste de la Región de Murcia, a orillas del río Guadalentín. Es la tercera ciudad en importancia de la Región de Murcia, ocupando una extensión de 1.676 km², después de Murcia y Cartagena; cuenta con una población de 92.869 habitantes (INE, 2012), siendo considerada en este sentido, el segundo término municipal más importante de España.



Imagen 1: Castillo de Lorca

En el año 2010 Lorca contaba con aproximadamente 92.869 habitantes, de los cuales casi 60.000 pertenecían al casco urbano y el resto a las diferentes pedanías de su extenso término municipal. Aproximadamente el 18% de la población es de origen extranjero, lo que supone una cifra estimada de unos 20.000 habitantes, la mayoría de origen sudamericano y norteafricano.

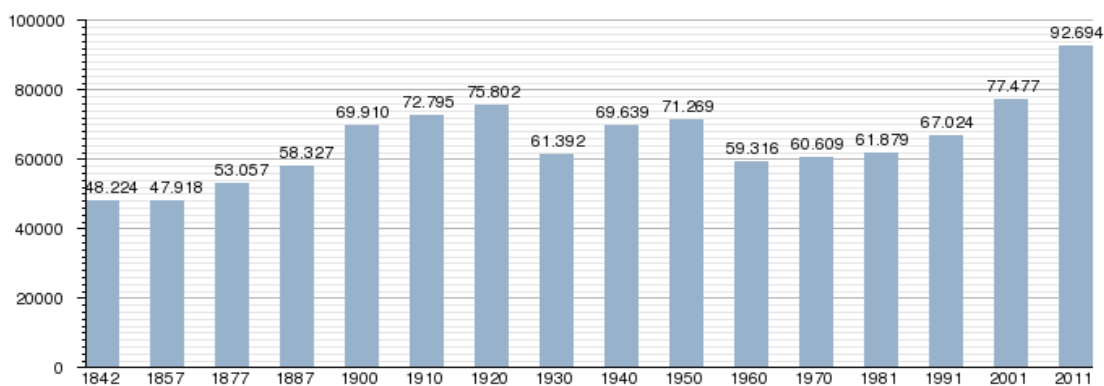


Gráfico 1: Población de la ciudad de Lorca. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2011.

Entre las principales fuentes de economía están la agricultura y la ganadería porcina. Pese a ello, son el sector servicios y de distribución los que ocupan al mayor segmento de población, ya que Lorca sirve de importante centro comercial a otras localidades de la Comarca y de Almería. También queda alguna reminiscencia de la industria del curtido, textil y alfarería, que mantuvo la economía lorquina durante buena parte del siglo XX. Cuenta con numerosas empresas (200) y 3.000 empleos en el “Polígono de Serrata” especializado en la industria química y del curtido, en el “Polígono de la Hoya” con empresas agroalimentarias, y en el “Polígono de los Peñones” con industrias ligeras y grandes centros comerciales.

En cuanto a la actividad comercial y de servicios, existen más de 2.000 establecimientos repartidos por toda la ciudad y dos centros comerciales y de ocio a las afueras. En el centro urbano se concentran franquicias y cadenas de tiendas de ámbito nacional e internacional.

Lorca cuenta con el Hospital General “Rafael Méndez”, que se encuentra ubicado en las afueras de la ciudad a unos 4 kilómetros del casco urbano. Dispone de 286 camas y tres plantas que dan cabida a numerosas especialidades, entre las que se encuentra una zona de hospitalización de psiquiatría, que ofrece cobertura a todo el Área III de Salud. Ha sido reconocido como “Hospital Universitario” desde la apertura del “Campus de Ciencias de la Salud” de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, ubicada en Lorca en el 2010.



Imagen 2: Hospital General Universitario Rafael Méndez

2.2.2.2 Descripción del Centro de Salud Mental de Lorca

Es oportuno describir el Centro de Salud Mental de Lorca, ya que en él están ubicados los programas y unidades que se tratan de integrar mediante este proceso. La persona con diagnóstico de TMG puede pasar del programa infantil a adultos, tener un consumo de sustancias y requerir la intervención del programa de drogodependencias, puede necesitar utilizar recursos de la unidad de rehabilitación o del seguimiento del programa asertivo. La actuación de todos estos programas o unidades pueden coordinarse a

través del proceso TMG, como veremos, rompiendo la lógica vertical de los departamentos o unidades. El que todos los dispositivos estén situados en el mismo espacio físico, facilita la aplicación de estrategias de continuidad y la comunicación entre profesionales que trabajan en distintos programas o unidades.



Imagen 3: Entada principal del Centro de Salud Mental de Lorca

El centro de Salud Mental de Lorca, forma parte del conjunto de la Red de Centros Públicos de Salud Mental de la Región de Murcia, dando cobertura la población del área III de Salud, la que cuenta como hospital de referencia el “Hospital General Universitario Rafael Méndez”.

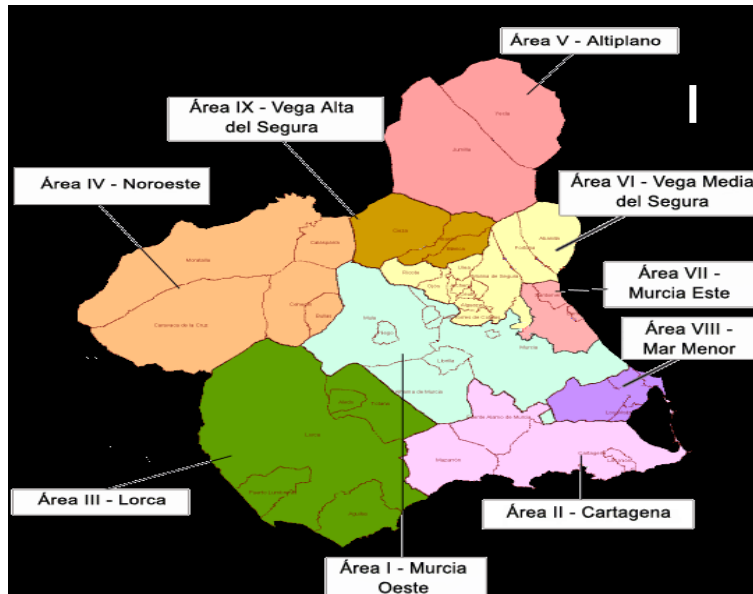


Imagen 4: Mapa por zonas de distribución de la Red de Salud de la Región de Murcia

El Centro de Salud Mental de Lorca atiende a una población estimada de 143.000 personas, ya que además del amplio término municipal de Lorca, atiende también a pacientes de las poblaciones de Puerto Lumbreras, Totana y Aledo, dando cobertura así mismo a la localidad de Águilas en los Programas de Rehabilitación y ETAC. Su ubicación y teléfonos de contacto son:

- Dirección: C/ Tenor Mario Gabarrón, s/n, 30800-Lorca
- Teléfonos: 968 46 91 79 / 46 83 08.
- Fax: 968 47 04 05.

El edificio, construido sobre un solar cedido por el Ayuntamiento de Lorca situado en la calle Doctor Mario Gabarrón, antiguo ‘Camino del Gato’, está ubicado junto al Centro de Salud Lorca-Sutullena, en una superficie construida de 2.512 metros cuadrados distribuidos en dos plantas y un sótano.



Imagen 5: Fachada principal del centro de Salud Mental.

En la planta baja se sitúan la “Unidad de Adultos”, Unidad Infanto-juvenil” y el “Centro de Atención al Drogodependiente” (CAD); la planta baja cuenta con zona de recepción y administración, 22 consultas, tres salas de espera, una consulta de administración de opiáceos, otra de control de tóxicos, dos salas de tratamiento grupal y otra de reuniones.

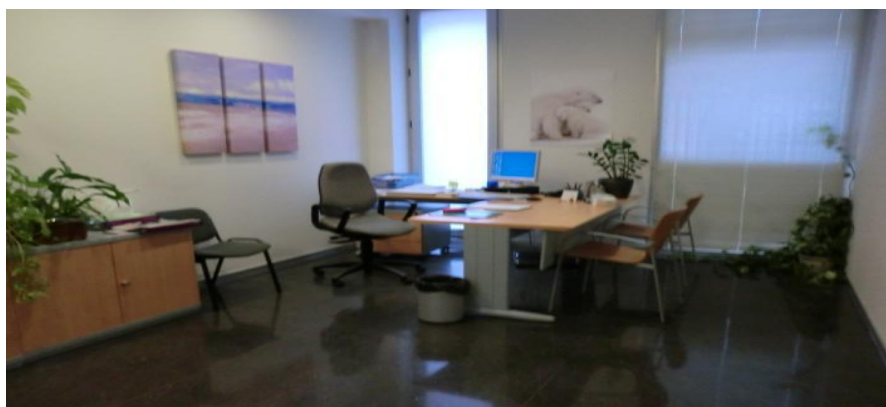


Imagen 6: Sala de consulta de Adultos

La primera planta está destinada a “Unidad de Rehabilitación” y “Hospital de Día”, dispone de diez consultas, dos salas de tratamiento grupal, seis salas de terapias polivalentes, una sala de espera, un comedor y una sala-gimnasio para psicomotricidad,

además de un área de recepción. El CSM de Lorca cuenta a su vez con sótano que acoge el aparcamiento y otras dependencias.

2.2.2.3 Recursos Personales del Centro de Salud Mental de Lorca

El centro cuenta con un amplio equipo multidisciplinar que trabaja conjuntamente para prestar un servicio integral al paciente, especialmente al paciente con TMG; está compuesto por 47 profesionales y tres guardias de seguridad.

A. CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

El centro cuenta con los siguientes profesionales:

- Psiquiatría: 10
- Psicología Clínica: 11
- Enfermería: 8
- Trabajo Social: 4
- Terapia Ocupacional: 3
- Personal Auxiliar de enfermería: 3
- Personal Auxiliar administrativo: 7
- Personal Subalterno-Celador: 1

B. Dirección y coordinación de Unidades del CSM:

- Director-Jefe de Servicio: Dr. D. Fernando Lojo Fritzchi
- Responsable de Violencia de Género: D^a. M^a. Ascensión Albacete Belmonte.

- Responsable de Coordinación Sociosanitaria: D^a Inmaculada Martínez Tudela
- Coordinador “Unidad de Adultos”: D. Jesús O. Valera Bernal.
 - ✓ Responsable Subprograma de Psicogeriatría: D. Gonzalo Pérez López.
- Coordinador “Unidad Infanto-Juvenil”: D. Manuel Artés López.
- Coordinador “Unidad de Rehabilitación”: D. José Joaquín García Arenas.
- Coordinadora “Centro de Atención al Drogodependiente” (CAD): D^a. Isabel María de Haro García.
- Coordinador “Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario” (ETAC): D. Carlos Oliván Roldán.

2.2.2.4 Programas Asistenciales del Centro de Salud Mental de Lorca

La organización del Centro de Salud Mental de Lorca se encuadra en los siguientes Programas asistenciales que dan contenido y función a las Unidades de las que consta el centro.

1. Programa de Adultos
2. Programa Infanto-juvenil.
3. Centro de Atención al Drogodependiente (CAD).
4. Programa de Rehabilitación
5. Programa Asertivo-comunitario.

1. Programa de Adultos

La atención a adultos se organiza y actúa en relación a la Salud Mental de la población mayor de 16 años, y cubre las necesidades de prevención, diagnóstico, orientación y tratamiento de los usuarios que acuden a este Centro de Salud Mental.

Este programa constituye el eje vertebrador de la asistencia al TMG, ya que el equipo multiprofesional les presta asistencia en primer lugar y organiza los itinerarios que servirán de apoyo a la recuperación de estas personas, tanto dentro como fuera del centro.

El Programa de Adultos cuenta en este sentido con 5 equipos multiprofesionales para el abordaje y tratamiento integral de los pacientes diagnosticados con TMG. Estos equipos están compuestos por las siguientes categorías profesionales: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional.

Este Programa acoge al subprograma de Psicogeriatría con el objetivo de dar cabida al tratamiento de personas con problemas de Salud Mental mayores de 65 años. El equipo que atiende dicho subprograma está compuesto por: un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a clínico/a y una/un enfermera/o, pudiendo derivar cuando se requiera al Trabajador/a Social del Programa de Adultos.

Así mismo desde el Programa de Adultos se tiene en cuenta el abordaje integral de la Violencia de Género, ya que es un problema de relevancia sociosanitaria de primer orden. Dada la complejidad y especificidad con la que se pretende tratar a este tipo de paciente, se realizan reuniones de coordinación con los CAVI (Centro de atención especializada para mujeres víctimas de violencia) de la zona de influencia del CSM de Lorca, contando el CSM de Lorca con una responsable que realiza las labores de coordinación, supervisión y integración de los distintos profesionales implicados en dicho abordaje. Para las pacientes

con diagnóstico de TMG que pueda haber sufrido o sufrir violencia de género es útil contar con este recurso.

El Programa de Adultos cuenta con los siguientes profesionales:

- Psiquiatría: 5
- Psicología Clínica: 7
- Enfermería: 3
- Trabajo Social: 1
- Personal Auxiliar administrativo: 2

2. Programa Infanto-juvenil

La atención infanto-juvenil se organiza y actúa con relación a la Salud Mental de la población menor de 16 años, y cubre las necesidades de prevención, diagnóstico, orientación y tratamiento de los usuarios que acuden a este Centro de Salud Mental.

El Programa Infanto-Juvenil cuenta con los siguientes profesionales:

- Psiquiatría: 2
- Psicología Clínica: 2
- Enfermería: 1
- Trabajo Social: 1
- Terapia Ocupacional: 1
- Personal Auxiliar administrativo: 1

3. Centro de Atención a Drogodependencias

El programa de Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) es específico para atender a la población con problemas de abuso y dependencia de sustancias, así como problemas de conducta adictiva. El programa de Rehabilitación y Reinserción constituye una parte esencial de los dispositivos asistenciales con los que cuenta este Centro de Atención al Drogodependiente, teniendo como finalidad principal lograr el máximo nivel posible de recuperación, normalización del comportamiento e integración psicosocial, con el objetivo de evitar la marginación que supone la pérdida de la salud mental.

Para el abordaje integral del paciente con TMG que presenta a su vez problemática adictiva (patología dual) se recomienda una atención coordinada entre el CAD y la Unidad de Adultos del CSM.

El programa de Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) cuenta con los siguientes profesionales:

- Psiquiatría: 1
- Psicología Clínica: 2
- Enfermería: 1
- Trabajo Social: 1
- Personal Auxiliar de enfermería: 1
- Personal Auxiliar administrativo: 1

4. Programa de Rehabilitación

El programa de Rehabilitación se desarrolla en la “Unidad de Rehabilitación”. El Programa Adultos deriva a usuarios con diagnóstico de TMG a través del PAC. La Unidad de Rehabilitación también recibe derivaciones del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), CAD y recursos externos, tales como el Hospital de Día, la URME u otros.

El programa de Rehabilitación constituye una parte esencial de los dispositivos asistenciales con los que cuenta este Centro de Salud Mental, especialmente al dar asistencia al paciente con diagnóstico de TMG; la finalidad principal de la “Unidad de Rehabilitación” es favorecer que las personas a las que atiende adquieran o recuperen en la medida de sus posibilidades, las habilidades y competencias tanto personales como sociales necesarias para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio social y familiar.

El programa de Rehabilitación cuenta con los siguientes profesionales:

- Psiquiatría: 1
- Psicología Clínica: 1
- Enfermería: 1
- Trabajo Social: 1 a media jornada.
- Terapia Ocupacional: 3
- Personal Auxiliar de enfermería: 1

5. Programa Asertivo-Comunitario

El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (**ETAC**) del Área Sanitaria III es un programa dependiente de los Servicios de Salud Mental del SMS que proporciona atención comunitaria integral, intensiva y flexible a personas con un Trastorno Mental Grave y cuyas necesidades no pueden ser satisfechas desde el resto de programas del Área.

El programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) cuenta con los siguientes profesionales:

- Psiquiatría: 1 (que ejerce al mismo tiempo las labores de Coordinador del dispositivo)
- Enfermería: 2
- Trabajo Social: 1 a media jornada, compartida con el dispositivo Unidad de Rehabilitación.
- Personal Auxiliar de enfermería: 1

El equipo humano que compone el ETAC realiza labores sanitarias de salud general, psiquiátricas y psicológicas (tratamiento integral, adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, intervención en crisis, psicoeducación, intervención familiar, empoderamiento...) rehabilitadoras y sociales, incluyendo aquellas de tipo legal/judicial, todas ellas *in situ*, en el contexto real de vida del paciente y su entorno.

2.2.3- Puesta en marcha del Proceso TMG en el CSM Lorca

Las personas que padecen enfermedades crónicas y complejas necesitan una respuesta coordinada y mantenida en el tiempo. Es básico en estos casos diseñar un proceso que integre la asistencia sanitaria, psicológica y social y que coordine todos los recursos

disponibles para dar la mejor respuesta posible a las necesidades detectadas y a las complicaciones que normalmente aparecen a lo largo del tiempo. Para ello, nuestro centro amplía la población diana más allá del espectro de la esquizofrenia e incluye otros trastornos mentales graves como el TB, el TOC y el TLP.

Para su puesta en marcha se han llevado a cabo las siguientes actividades:

1. Se han diseñado equipos de intervención específica para el abordaje integral con los pacientes diagnosticados con TMG; dichos equipos están compuestos por profesionales del programa de Adultos del CSM de todos los ámbitos profesionales de actuación en TMG, aspecto que potencia la intervención multiprofesional y la comunicación desde los distintos encuadres de actuación.
2. Se han optimizado los recursos disponibles en la Unidad de Adultos con la creación de distintos equipos multiprofesionales mencionados.
3. Se han incorporado las aplicaciones necesarias en SELENE para facilitar la gestión del proceso: informes de derivación interna y a recursos externos y formulario del Plan de Actuación Coordinada (PAC). Con el compromiso de todo el equipo se ha conseguido dejar constancia de las actuaciones realizadas y del seguimiento del paciente.
4. Se han perfilado modelos de coordinación necesarias con el resto de dispositivos del área y de recursos a los que tiene acceso el CSM.
5. Se ha puesto en funcionamiento la Coordinación Socio-Sanitaria, convirtiéndose en uno de los procesos clave para la atención del paciente con TMG.
6. Se ha puesto en marcha el “*Proceso de Continuidad Asistencial*” con la “Unidad de Hospitalización de Agudos” del “Hospital Universitario Rafael Méndez”.

7. Se han establecido las pautas de comunicación para asegurar dicha continuidad de cuidados de los pacientes con TMG, tanto desde el Programa de infantil al de adultos, como desde la Unidad de Hospitalización al CSM y viceversa.
8. También se ha implementado el “*Protocolo de Continuidad de Cuidados de Enfermería*”, desarrollando coordinaciones efectivas con Atención Primaria en aquellos casos de pacientes con tratamiento inyectable en su Centro de Salud y siguiendo el protocolo regional: Protocolo de Continuidad de Cuidados de Enfermería en pacientes con Trastorno Mental Grave y Tratamiento Intramuscular: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/239812-Protocoloenfermeria.pdf>.
9. Como indica la “Guía de Esquizofrenia” se continúan desarrollando las intervenciones grupales previstas en los distintos programas del CSM.

La Coordinación Socio-Sanitaria del Área III y el Proceso de Continuidad Asistencial adquieren tal relevancia para el desarrollo del “Proceso TMG”, que se desarrollan de forma exhaustiva en capítulos aparte.

3.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TMG EN ADULTOS

Dentro del Programa de Adultos del CSM, la finalidad del Proceso TMG es atender de forma específica, integral y multidisciplinar a los pacientes mayores de 15 años afectados por trastornos del Espectro de la Esquizofrenia, Trastornos Bipolares graves, TOC graves y TLP graves, que acuden al CSM de Lorca; lograr la adherencia del paciente

al CSM y a su tratamiento individualizado; conseguir una mayor autonomía e integración social y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Los principales objetivos del proceso son:

- Priorizar la atención al TMG en sus diversas definiciones.
- Favorecer la adherencia del paciente tanto al Centro de Salud Mental como al Plan Terapéutico Programado.
- Proporcionar, desde el CSM, un tratamiento integral y multidisciplinar a estos pacientes, delimitando las funciones y responsabilidades de cada profesional implicado en el proceso.
- Tener en cuenta la realidad del paciente y sus motivaciones a la hora de la toma de decisiones de los objetivos del PAC.
- Garantizar la continuidad de cuidados, facilitando la coordinación de todos los dispositivos socio-sanitarios implicados.
- Trabajar junto a los Equipos de Atención Primaria, para prestar a estos pacientes una atención sanitaria integral que permita el desarrollo adecuado del seguimiento de este tipo de paciente.
- Conseguir la mayor integración posible de los pacientes con TMG a la sociedad, implicando para ello a familia, profesionales, instituciones y cualquier otro elemento de su entorno cercano que posibilite su adaptación social.

3.1- Misión

Valoración multidisciplinar y tratamiento integral de los pacientes con TMG, dando cobertura a sus necesidades y a las de sus familiares, siguiendo criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, para conseguir el mayor grado de autonomía e integración social.

3.2- Visión

- Conseguir que el CSM Lorca se convierta en un centro de referencia en el abordaje integral del TMG.
- Asegurar el tratamiento de todos los pacientes con TMG del Área de referencia del CSM Lorca.
- Favorecer la continuidad de cuidados.
- Implantar la Coordinación Sociosanitaria en el conjunto del Área.
- Implicar a los pacientes en la toma de decisiones relativas a su tratamiento.

3.3- Valores

- Universalidad y accesibilidad en la asistencia, inferido del propio carácter público de la misma.
- Equidad, reduciendo las desigualdades detectadas en la atención o protección de las personas más vulnerables (T.M.G.), condiciones de género o diversidad cultural.
- Participación y corresponsabilidad ciudadana.
- Trabajo en equipo.
- Transparencia y descentralización de la gestión

- Fomento de la investigación e innovación
- Cooperación con otros organismos públicos y privados implicados en la Salud Mental

3.4.- Límites

La entrada al proceso se realiza con el paciente que cumple los criterios para el diagnóstico de TMG (Espectro de la Esquizofrenia, Trastornos Bipolares graves, TOC graves y TLP graves) que acude al CSM de Lorca, derivado desde Atención Primaria, así como desde cualquier otro recurso asistencial.

La salida del proceso puede ser:

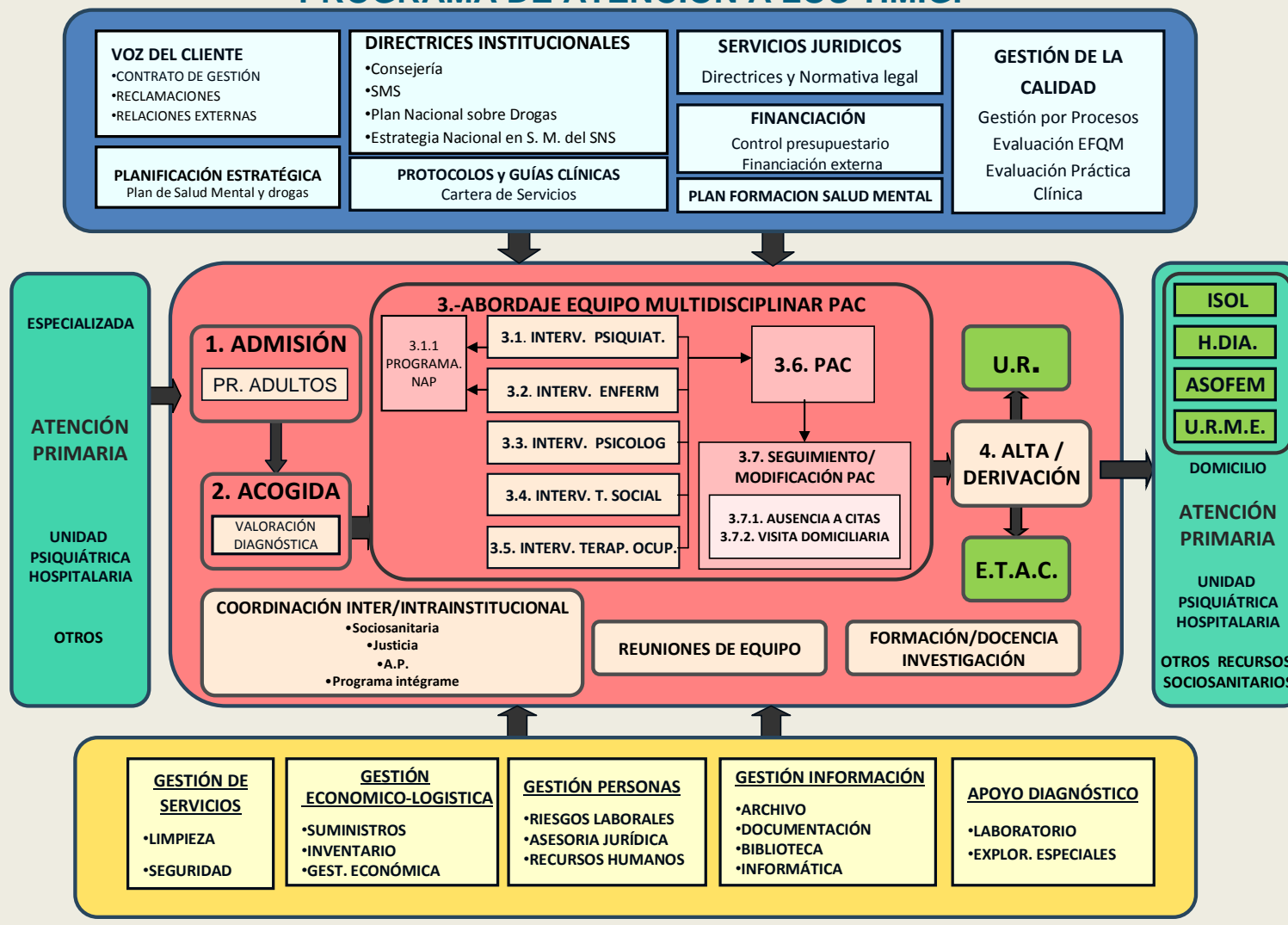
- Por traslado a otra Comunidad.
- Por derivación de manera definitiva a otros recursos (residenciales/larga estancia).
- Por fallecimiento.
- Por cambio a otra Área de Salud de referencia.

El presente proceso sigue las directrices de la “Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de la Esquizofrenia en Adultos”, con lo que se asegura el tratamiento más eficaz según las evidencias disponibles y se evita en la medida de lo posible la variabilidad.

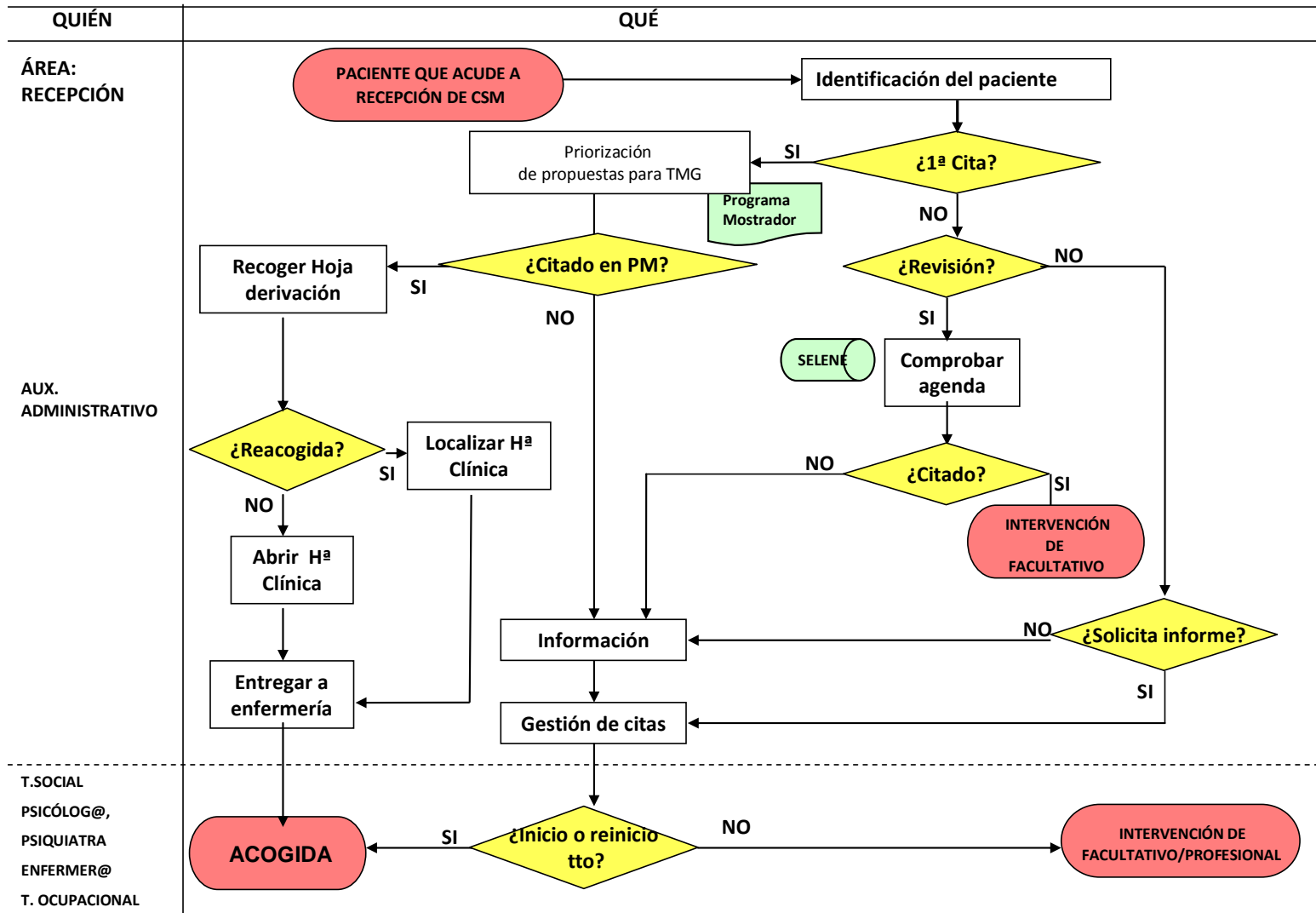
El propietario del proceso TMG en el caso del CSM Lorca es el Coordinador del Centro.

A continuación se desarrollan de forma detallada todos los subprocesos que componen el Proceso de Atención a las personas con TMG

MAPA DE PROCESOS DE C.S.M. LORCA "PROGRAMA DE ATENCIÓN A LOS T.M.G."



C.S.M. LORCA SUBPROCESO 1: RECEPCIÓN/ADMISIÓN



SUBPROCESO 1: RECEPCIÓN-ADMISIÓN

PROPIETARIO: AUX. ADMINISTRATIVO

MISIÓN: Recibir al paciente, 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 paciente en CSM
- Incluye: Identificación e información al paciente, actualización de datos, gestión de citas e informes
- Final: Paciente 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 con TMG y sus familias, que necesitan ser atendidos en el CSM de Lorca procedentes de las zonas del Área III a las que da servicio este CSM.

INDICADORES:

- 1.-Nº de pacientes que realizan proceso de admisión con diagnóstico TMG.
- 2.-Nº de pacientes que solicitan informes con diagnóstico TMG.

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

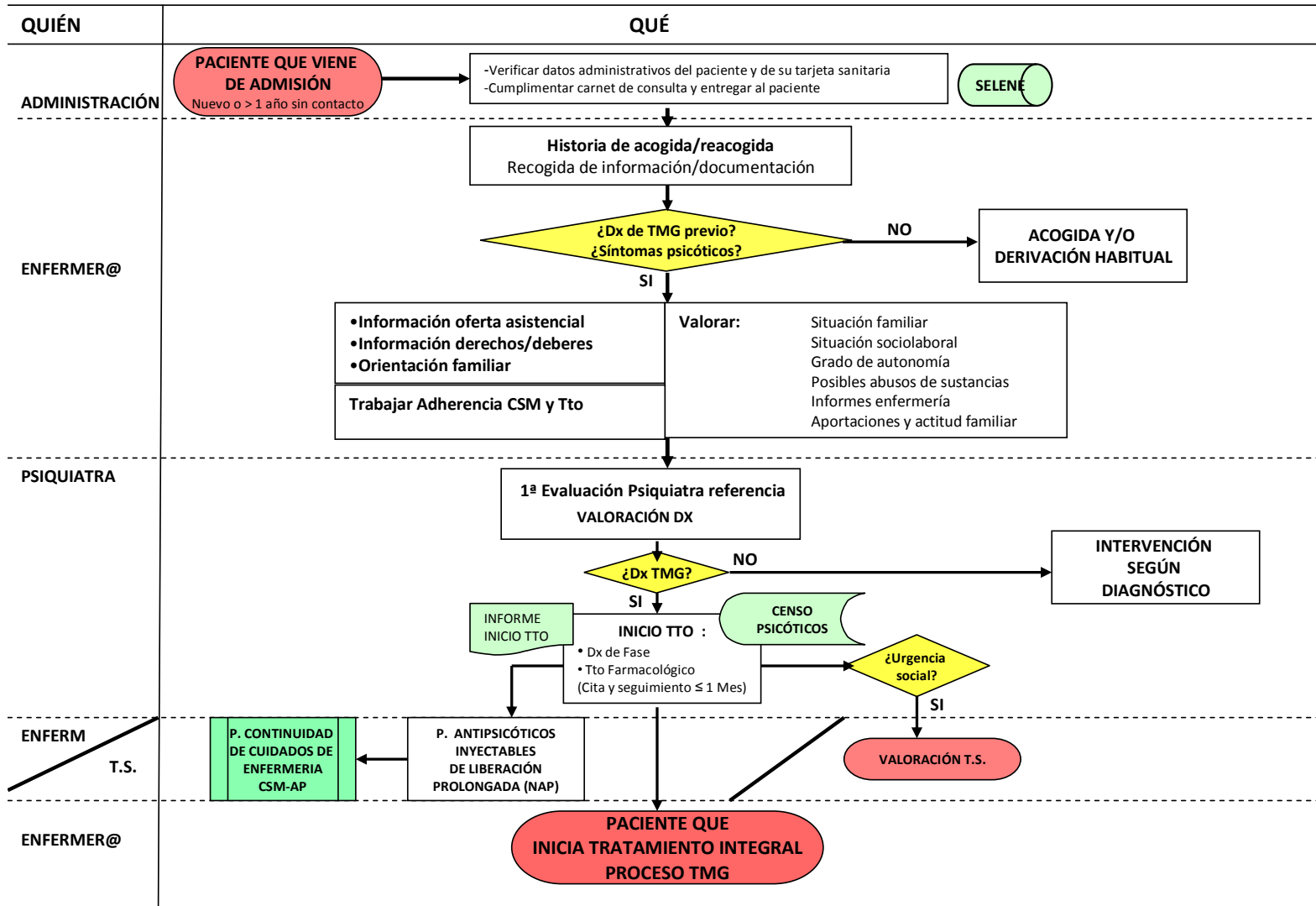
INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Registro programa mostrador.
- Programa Selene.
- Agendas.

RECURSOS:

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



SUBPROCESO 2: ACOGIDA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TMG

PROPIETARIO: Enfermería y Psiquiatría

MISIÓN: Realizar H^a. de acogida, informar ofertas asistenciales, orientar y finalmente asignar primera intervención facultativa por psiquiatría como inicio del proceso asistencial a pacientes con TMG

ALCANCE:

- Inicio: Administración verifica la presencia del paciente aportando documentación requerida (Admisión)
- Incluye: Realización de la H^a. de acogida por enfermería y asignación de *psiquiatra responsable del caso*.
- Final: Inclusión del paciente en el Programa de TMG.

ENTRADAS: Pacientes admitidos en el CSM que presentan síntomas propios de un TMG.

PROVEEDORES: Facultativos de A.P., A. Especializada y Hospitalaria del Área III.

SALIDAS: Pacientes que son derivados a psiquiatría. Pacientes que son derivados a otros programas o recursos.

CLIENTES: Pacientes con TMG y sus familias, que necesitan ser atendidos en el CSM procedentes de las zonas de actuación del mismo del Área III.

INDICADORES:

1.- % de pacientes diagnosticados de TMG.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro de Salud Mental.

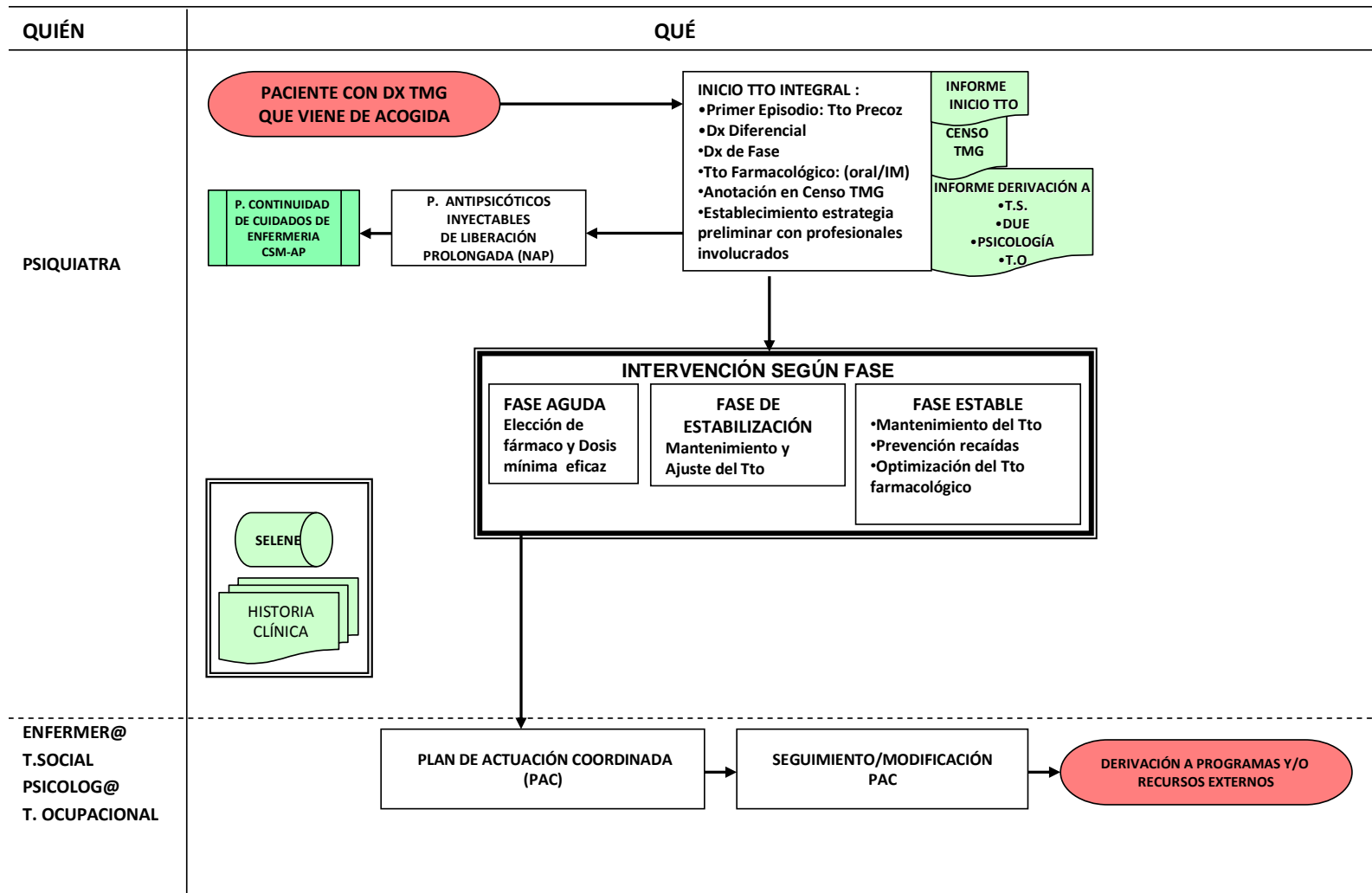
INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Registro programa mostrador.
- Censo TMG.
- H^a Clínica.
- Programa Selene.

RECURSOS:

- Humanos: Enfermería, Psiquiatría, T.S., Coordinador de CSM.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.



SUBPROCESO 3.1: TRATAMIENTO INTEGRAL INTERVENCIÓN PSIQUIATRÍA

PROPIETARIO: Psiquiatra

MISIÓN: Valoración diagnóstica del paciente e inicio del plan terapéutico que permita el establecimiento de los objetivos de intervención en la elaboración del PAC. Seguimiento hasta la derivación definitiva a otros programas/recursos. Conseguir la optimización del tratamiento psicofarmacológico a lo largo de la evolución de la enfermedad y favorecer el mayor grado de autonomía personal e integración social posible.

ALCANCE:

- Inicio: Valoración psiquiátrica del paciente y entorno sociofamiliar.
- Incluye: Elaboración y seguimiento del PAC, intervención en programas específicos y seguimiento de los mismos.
- Final: Paciente en tratamiento en CSM y/o derivado a otros recursos/programas asistenciales.

ENTRADAS: Pacientes de las zonas de actuación del CSM de Lorca del Área III de Salud diagnosticados de TMG derivados al mismo.

PROVEEDORES: Facultativos de A.P., A Especializada, incluyendo “Unidad Hospitalaria de Salud Mental” y personal vinculado a otros recursos socio-sanitarios del Área de Salud correspondiente.

SALIDAS: Pacientes que son derivados de manera definitiva a otros recursos (residenciales/larga estancia), pacientes que al cambiar de residencia habitual quedan fuera del Área III y por fallecimiento.

CLIENTES: Pacientes con diagnóstico TMG y sus familias.

INDICADORES:

- 1.-Nº total de pacientes diagnosticados de TMG.
- 2.-Nº pacientes nuevos diagnosticados de TMG.
- 2.-Nº consultas realizadas por paciente diagnosticado de TMG.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro.

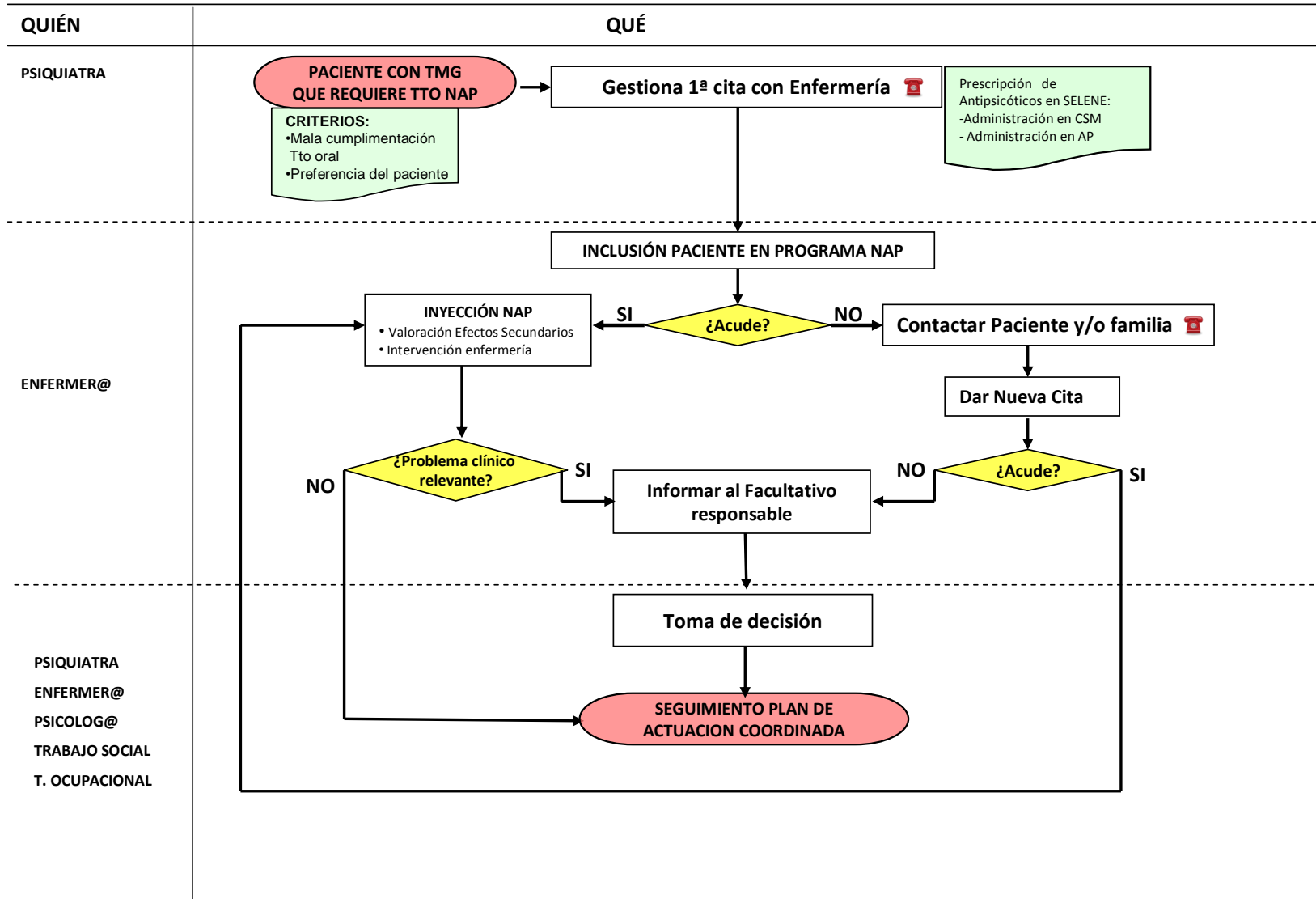
INSPECCIONES: Anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Hª Clínica.
- Censo de Psicóticos.
- Programa SELENE (incluye documento PAC).
- Informes de Derivación.

RECURSOS:

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



SUBPROCESO 3.1.1: DERIVACIÓN A PROGRAMAS NEUROLÉPTICOS ACCIÓN PROLONGADA (NAP)

PROPIETARIO: Enfermería y Psiquiatría.

MISIÓN: Derivar a los pacientes con TMG que cumplan criterios para el mismo a un Programa de Neurolépticos Acción Prolongada (NAP).

ALCANCE:

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

ENTRADAS: Pacientes del CSM que presentan TMG y cumplen criterios clínicos para ser asignados al Programa de NAP.

PROVEEDORES: Psiquiatras del CSM que atienden a pacientes con TMG.

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

CLIENTES: Pacientes con TMG, atendidos en el CSM que reciben tratamiento con NAP.

INDICADORES:

- 1.-Nº de pacientes en Programa de NAP .
- 2.-% de abandonos del Programa de NAP.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro de Salud Mental.

INSPECCIONES: Inspección anual.

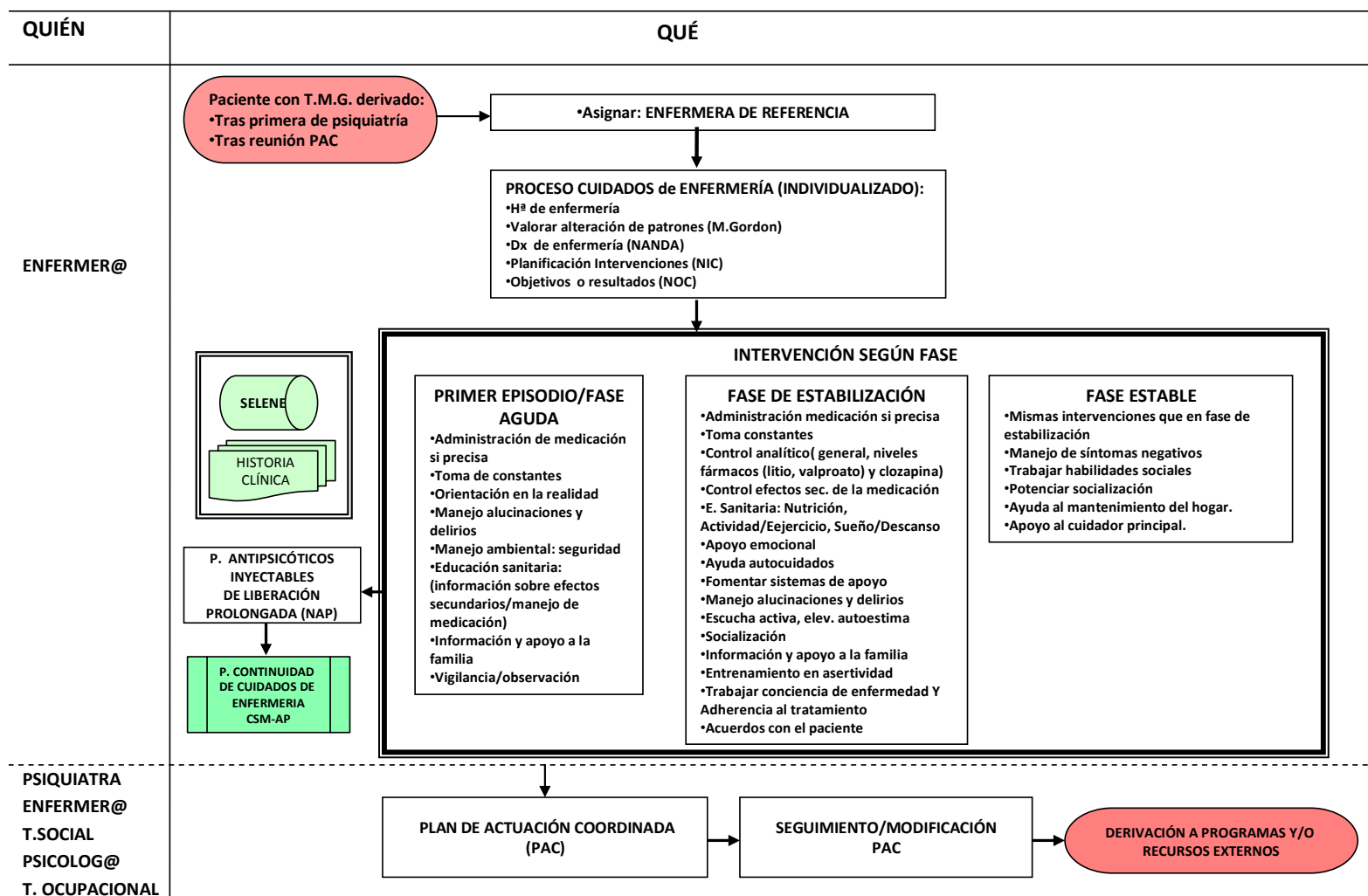
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Registro programa mostrador.
- Programa SELENE.
- Censo TMG
- Registros Programa NAP.
- Historia Clínica.

RECURSOS:

- Humanos: Enfermería, Psiquiatría, Coordinador de CSM.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Material Clínico, consulta de enfermería.

**SUBPROCESO 3.2. : TRATAMIENTO INTEGRAL
INTERVENCIÓN ENFERMERÍA**



SUBPROCESO 3.2: TRATAMIENTO INTEGRAL INTERVENCIÓN ENFERMERÍA.

PROPIETARIO: Enfermera/o.

MISIÓN: Administración de cuidados dirigidos al paciente familia y/o comunidad, a través de la valoración y detección de sus necesidades biopsicosociales, emitiendo un diagnóstico enfermero. 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 o equipo PAC, un paciente diagnosticado de Trastorno Mental Grave.
- 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 el plan de cuidados individualizados y/o en plan actuación coordinada. Alta voluntaria o derivación a otro dispositivo.

ENTRADAS: Pacientes derivados al CSM del Área III con TMG.

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

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. Pacientes que son derivados de forma definitiva a otros dispositivos socio-sanitarios, cambio de área sanitaria o éxitus.

CLIENTES: Pacientes con TMG y sus familias.

INDICADORES:

- 1.-Nº Pacientes con TMG que reciben atención de enfermería (individual y grupal).
- 2.-% pacientes que son alta voluntaria en plan de cuidados de enfermería.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro.

INSPECCIONES: Inspección anual.

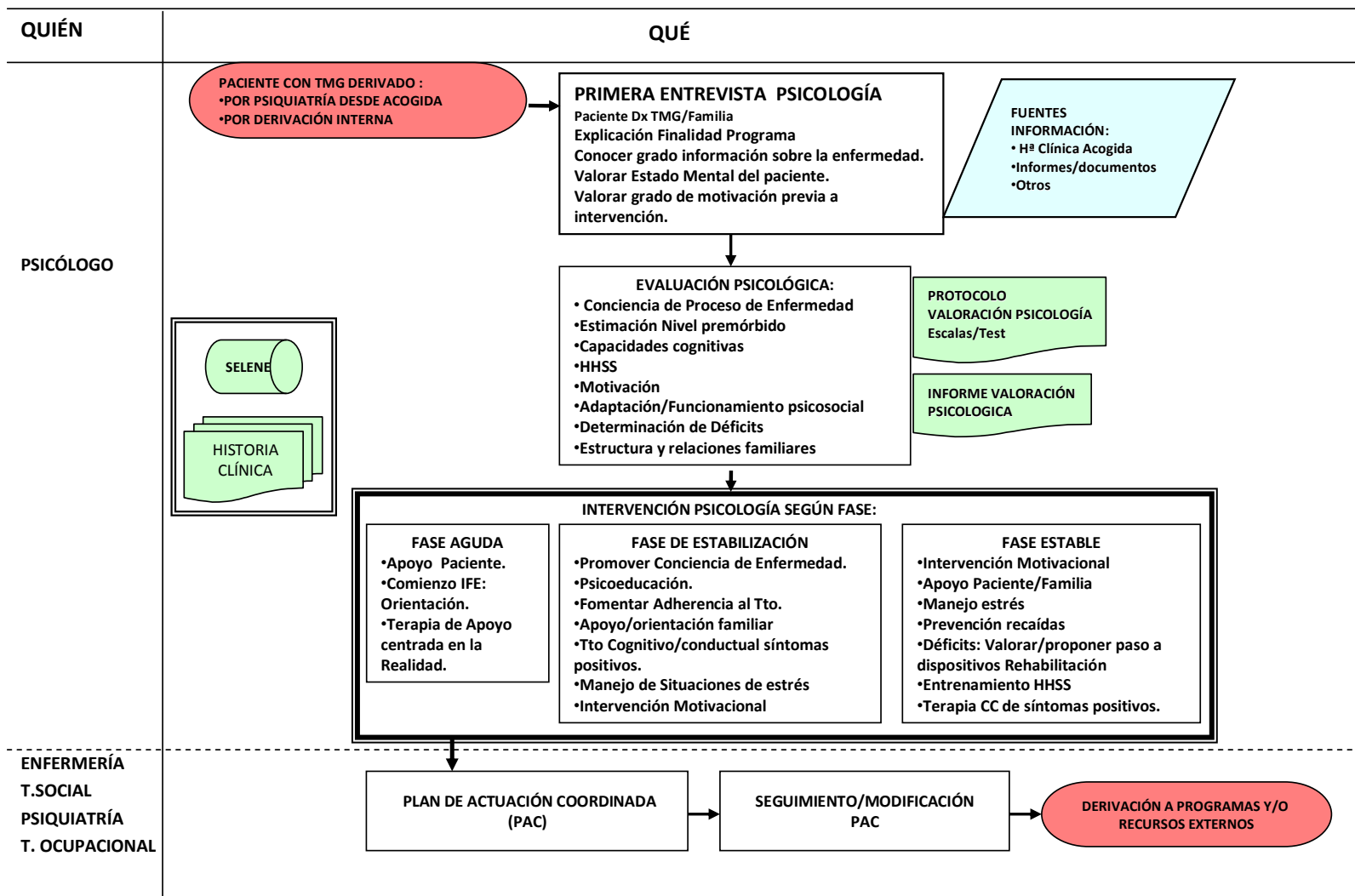
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- H^a de enfermería (valoración de enfermería por patrones funcionales de salud y registro del plan de cuidados).
- PAC.
- Formularios Selene.
- Evaluación de enfermería.
- Informe de alta.

RECURSOS:

- Espacio: consulta de enfermería, domicilio del paciente, salas de grupo.
- Humanos: Enfermera especialista salud mental.
- Materiales: ordenador, material administrativo, material para asistencia sanitaria, material bibliográfico, cursos de formación.

INTERVENCIÓN PSICOLOGÍA



SUBPROCESO 3.3: TRATAMIENTO INTEGRAL INTERVENCIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA

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 tanto de la intervención psicológico en sí, como de cara a 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 y estabilidad emocional.

ALCANCE:

- Inicio: Valoración psicológica del paciente, sus relaciones familiares, así como de su entorno sociofamiliar.
- Incluye: Elaboración del PAC. Intervención en reuniones del Equipo Multidisciplinar de TMG. Seguimiento del paciente.
- Final: Paciente derivado a otros recursos/programas o dispositivos asistenciales en consenso con Equipo de TMG.

ENTRADAS: Pacientes del Área III de Salud con diagnóstico de Trastorno Mental Grave derivados por Psiquiatría del propio CSM y adscritos según Equipo Multidisciplinar.

PROVEEDORES: Psiquiatras del propio CSM que realizan la propuesta de derivación y adscriben según Equipo Multidisciplinar de referencia.

SALIDAS: Pacientes derivados a otros dispositivos de larga estancia de forma definitiva, cambian de residencia de Área Sanitaria o Éxitus.

CLIENTES: Pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave y sus familias.

INDICADORES:

- 1.-Nº pacientes con diagnóstico de TMG en tratamiento psicológico.
- 2.-% de pacientes que son alta por derivación a otros recursos/programas o dispositivos asistenciales.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro.

INSPECCIONES: Anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

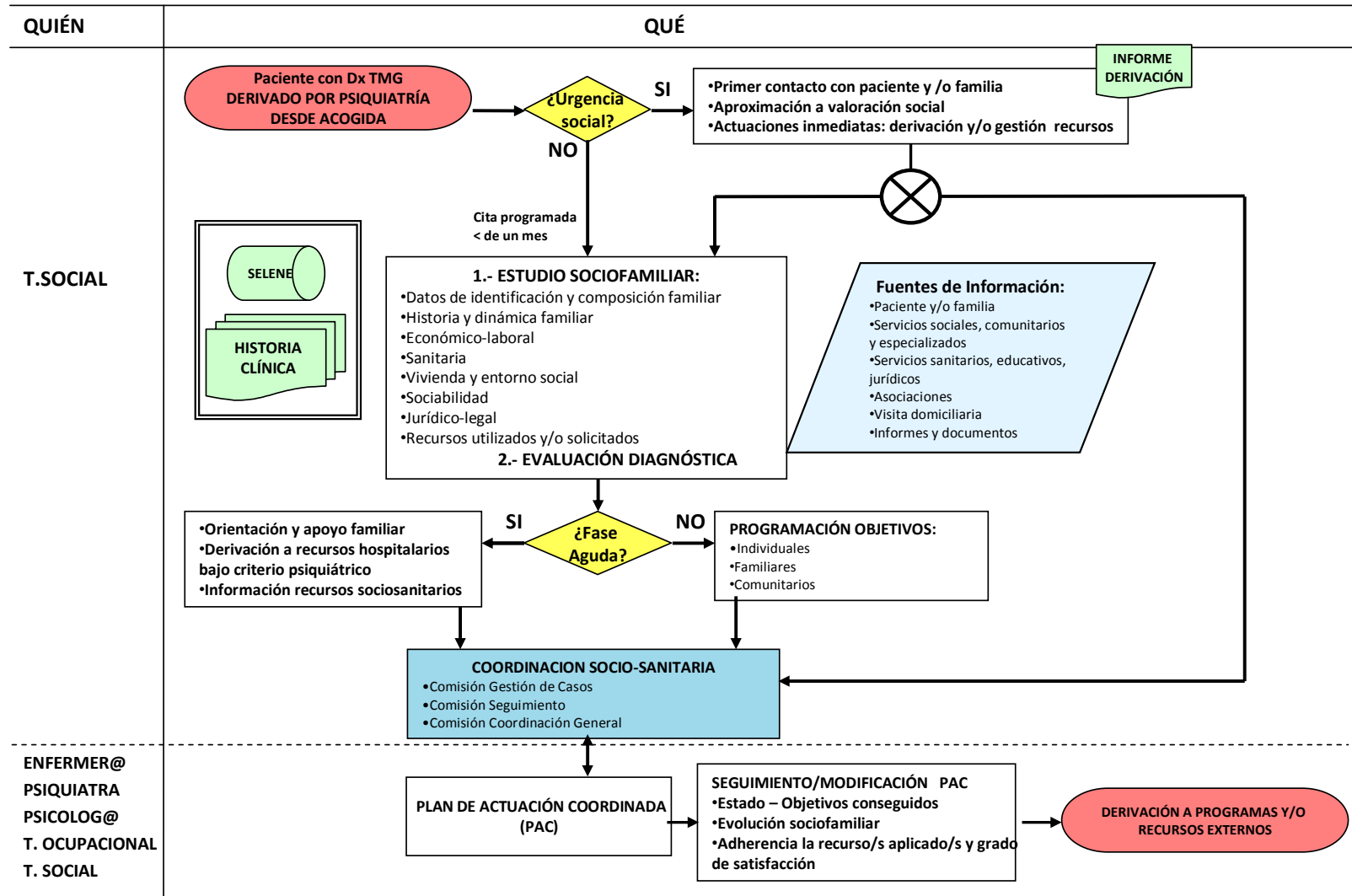
- Hª Clínica.

- Censo de TMG.
- Escalas de Valoración.
- Test.
- Informe de derivación.
- Programa Selene

RECURSOS:

- Humanos: Psicólogo Clínico
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Test y escalas de valoración.

INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL



SUBPROCESO 3.4: TRATAMIENTO INTEGRAL INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL

PROPIETARIO: Trabajador Social.

MISIÓN: Valoración sociofamiliar y comunitaria del paciente. Elaboración del PAC. Intervención en los programas específicos del área social. Coordinación con los recursos sociosanitarios. Todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

ALCANCE:

- Inicio: Derivación del paciente por Psiquiatría y/o Psicología Clínica para valoración de las necesidades socio-familiares (paciente, familia, entorno)
- Incluye: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de programas específicos, así como coordinación con los recursos sociosanitarios.
- Final: Paciente dado de alta por T.S. tras consecución de objetivos marcados en el plan de trabajo. Derivación a recursos .sociosanitarios.

ENTRADAS: Pacientes derivados al CSM del Área III con TMG

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 sociosanitarios. Pacientes que son alta en T.S., cambio de área sanitario o éxitus.

CLIENTES: Pacientes con TMG y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- Nº pacientes/familias que reciben intervención del trabajador social.
- 2.-% de pacientes TMG a los que se realiza intervención domiciliaria
- 3.-% de pacientes a los que se realiza informe de derivación a dispositivos sociosanitarios y/o rehabilitadores.
- 4.-% de pacientes TMG valorados en la comisión de gestión de casos.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro.

INSPECCIONES: Inspección anual.

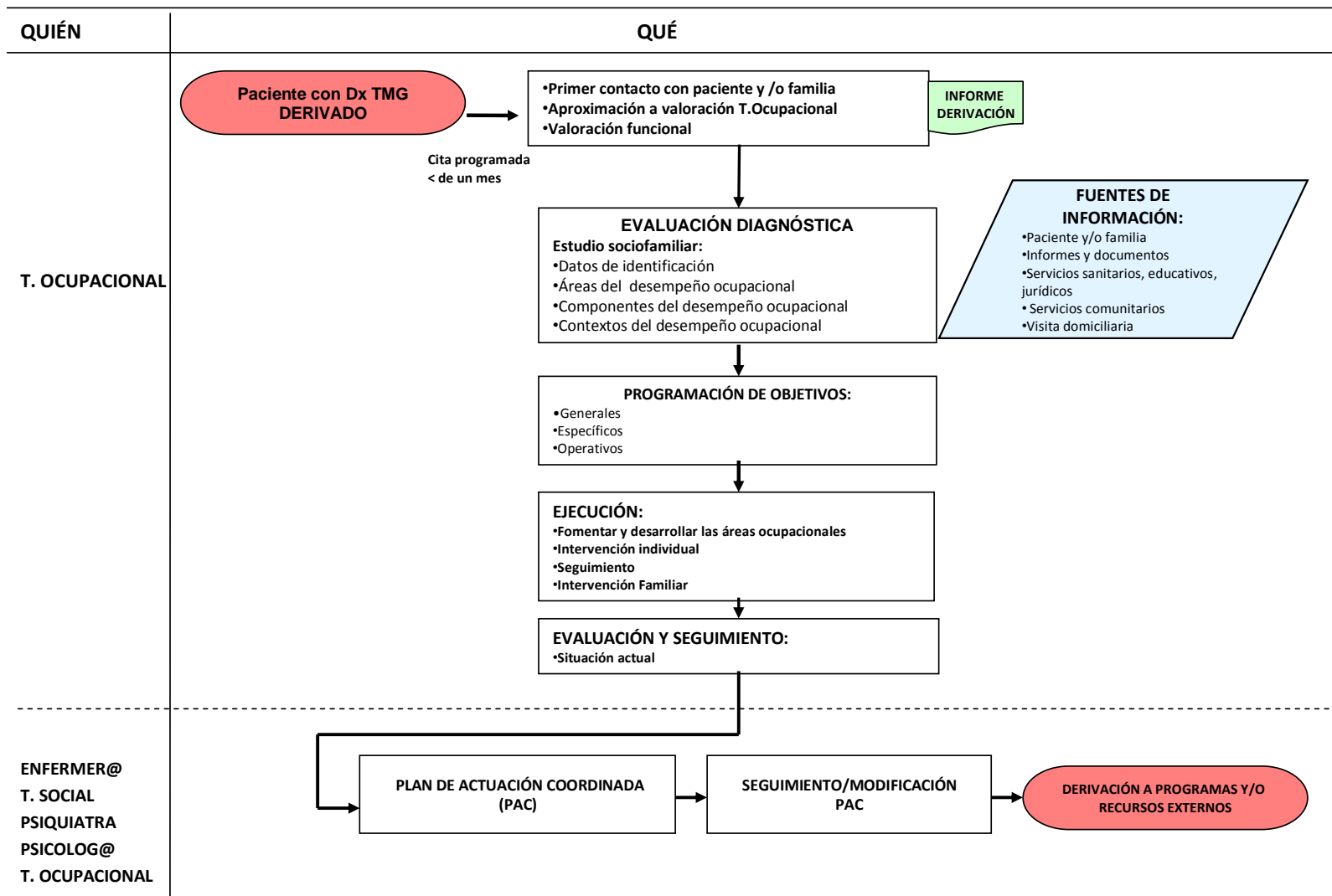
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Hª Clínica.
- Informe social. PAC.

- Registro de intervenciones y seguimiento.
- Programa Selene.
- Protocolos de derivación de cada recurso/programa.

RECURSOS:

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



SUBPROCESO 3.5: TRATAMIENTO INTEGRAL INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL.

PROPIETARIO: Terapeuta Ocupacional.

MISIÓN: Valoración de déficit y capacidades funcionales del usuario; plantear los objetivos del tratamiento. Elaboración del PAC. Desarrollar las intervenciones rehabilitadoras, todo ello encaminado a conseguir la máxima independencia posible del usuario.

ALCANCE:

- Inicio: Momento en el que recibimos en T.O. un usuario derivado tras valoración funcional.
- Incluye: Valoración, planificación, evaluación e intervención del tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Final: Usuario dado de alta por T.O., tras consecución de objetivos marcados en el plan de intervención. Alta voluntaria o derivación a otro recurso.

ENTRADAS: Pacientes derivados al CSM del Área III con TMG.

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a consulta de terapia ocupacional o equipo PAC.

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 terapia ocupacional. Pacientes que son derivados de forma definitiva a otros dispositivos socio-sanitarios, cambio de área sanitaria o éxitus.

CLIENTES: Pacientes con TMG y sus familias.

INDICADORES:

- 1.-Nº Pacientes con TMG que reciben atención de terapia ocupacional (individual y grupal).
- 2.-% pacientes que son alta en terapia ocupacional.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro.

INSPECCIONES: Inspección anual.

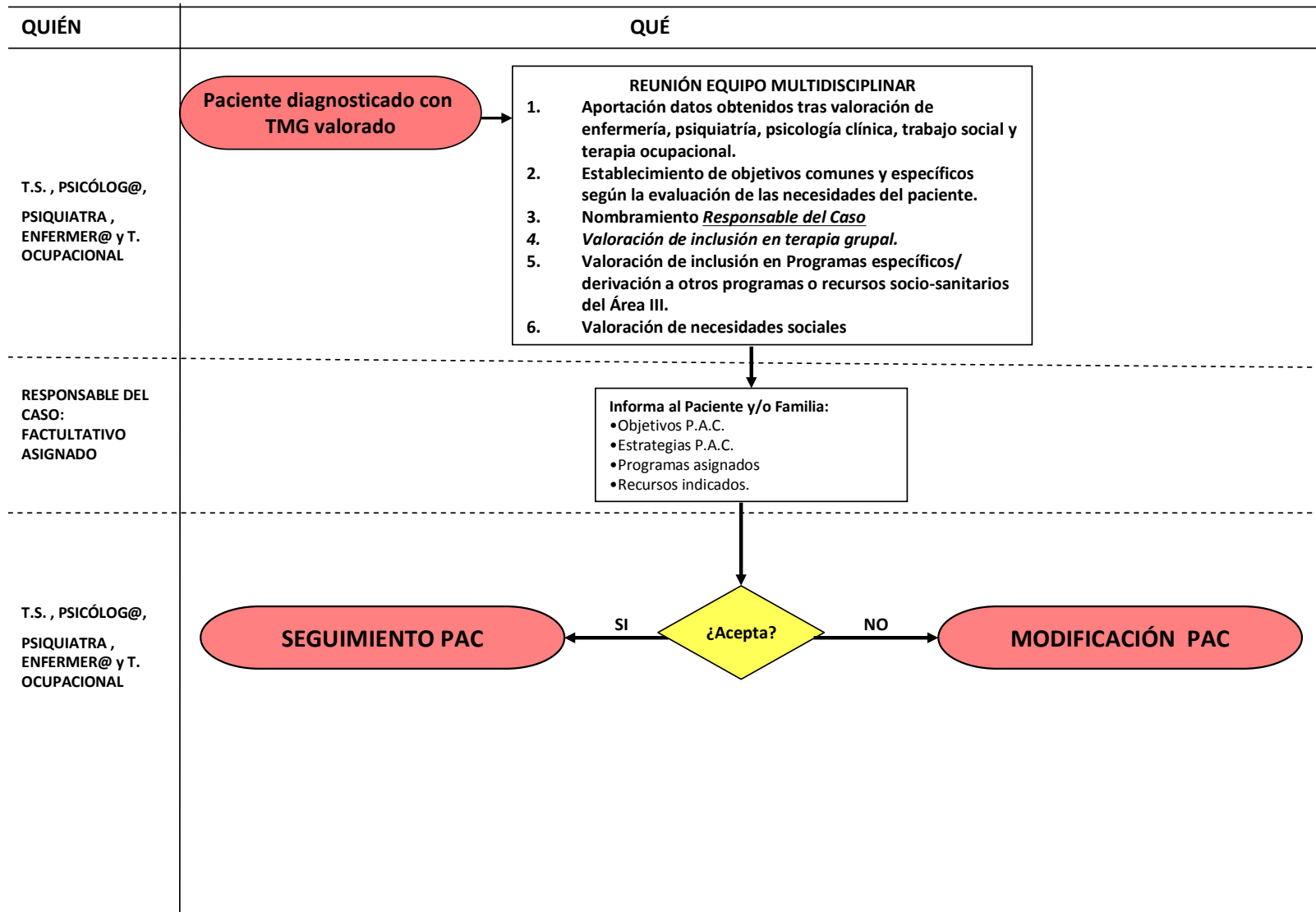
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Hª clínica.
- Hª de T.O.

- PAC.
- Formularios Selene.
- Evaluación de T.O. (BELS).
- Informe de alta.

RECURSOS:

- Espacio: consulta de Terapia Ocupacional, domicilio del paciente, salas de grupo.
- Humanos: Terapeuta Ocupacional.
- Materiales: ordenador, material administrativo, material bibliográfico, cursos de formación.



SUBPROCESO 3.6: PLAN ACTUACIÓN COORDINADA (PAC)

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar que atiende al paciente con TMG: Psiquiatra, psicólogo@, enfermer@, terapeuta ocupacional y trabajador/a 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.

ALCANCE:

- Inicio: Paciente con diagnóstico de TMG que ha sido valorado por el Equipo multidisciplinar.
- Incluye: Reunión equipo multidisciplinar, registro del PAC, planificación y elaboración de objetivos a desarrollar con el paciente de forma adaptada a la necesidad del mismo con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, así como inclusión del seguimiento del mismo según gravedad del caso.
- Final: Comienzo del plan de actuación (PAC.).

ENTRADAS: Pacientes incluidos en el Programa de TMG.

PROVEEDORES: Equipo multidisciplinar.

SALIDAS: Inicio del PAC.

CLIENTES: Pacientes con TMG que asisten al CSM.

INDICADORES:

- 1.-% PAC realizados
- 2.-Nº de profesionales intervinientes por PAC.

VALIDADO POR: Coordinador del CSM.

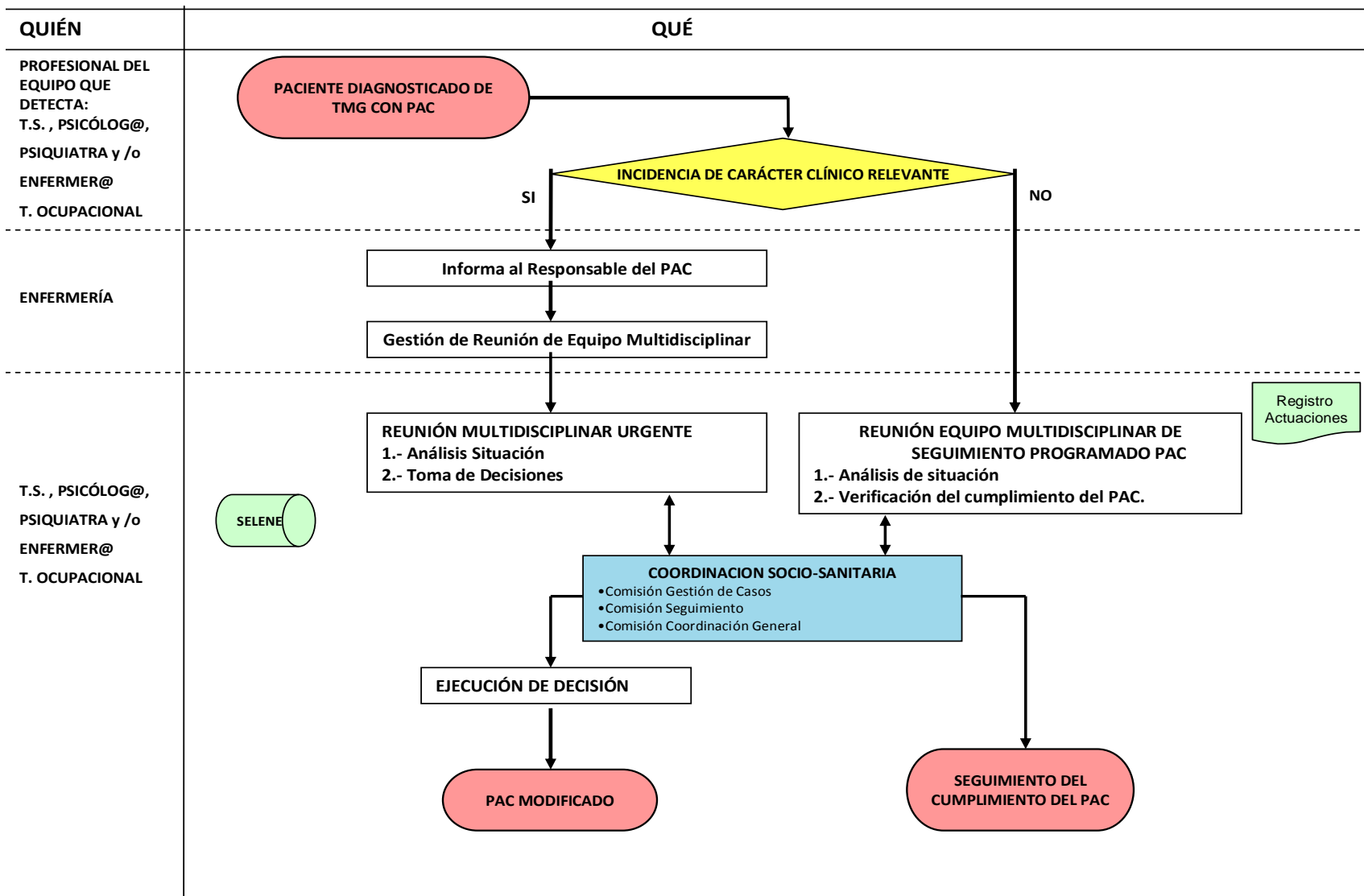
INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Hª Clínica.
- Valoración psiquiátrica, psicológica, social, de enfermería y de Terapia Ocupacional.

RECURSOS:

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



SUBPROCESO 3.7: SEGUIMIENTO/MODIFICACIÓN PAC

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar

MISIÓN: Garantizar la continuidad de cuidados del paciente con diagnóstico de TMG dentro del CSM, facilitando la comunicación del equipo multidisciplinar teniendo en cuenta la evolución del paciente en los distintos programas indicados, así como agilizar la toma de decisiones ante la aparición 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 con TMG.
- Incluye: verificación del cumplimiento del PAC. Valoración de incidencias clínicas relevantes. Elaboración de un plan de intervención que de respuesta adecuada.
- Final: Continuidad de PAC inicial. Modificación del PAC si precisa.

ENTRADAS: Pacientes del Programa de TMG.

PROVEEDORES: Equipo multidisciplinar.

SALIDAS: PAC modificado. Ejecución del plan de intervención del PAC.

CLIENTES: Pacientes con TMG en tratamiento en el CSM.

INDICADORES:

- 1.-% de reuniones de coordinación/seguimiento.
- 2.-Nº de profesionales intervinientes por PAC.

VALIDADO POR: Coordinador del CSM.

INSPECCIONES: Inspección anual.

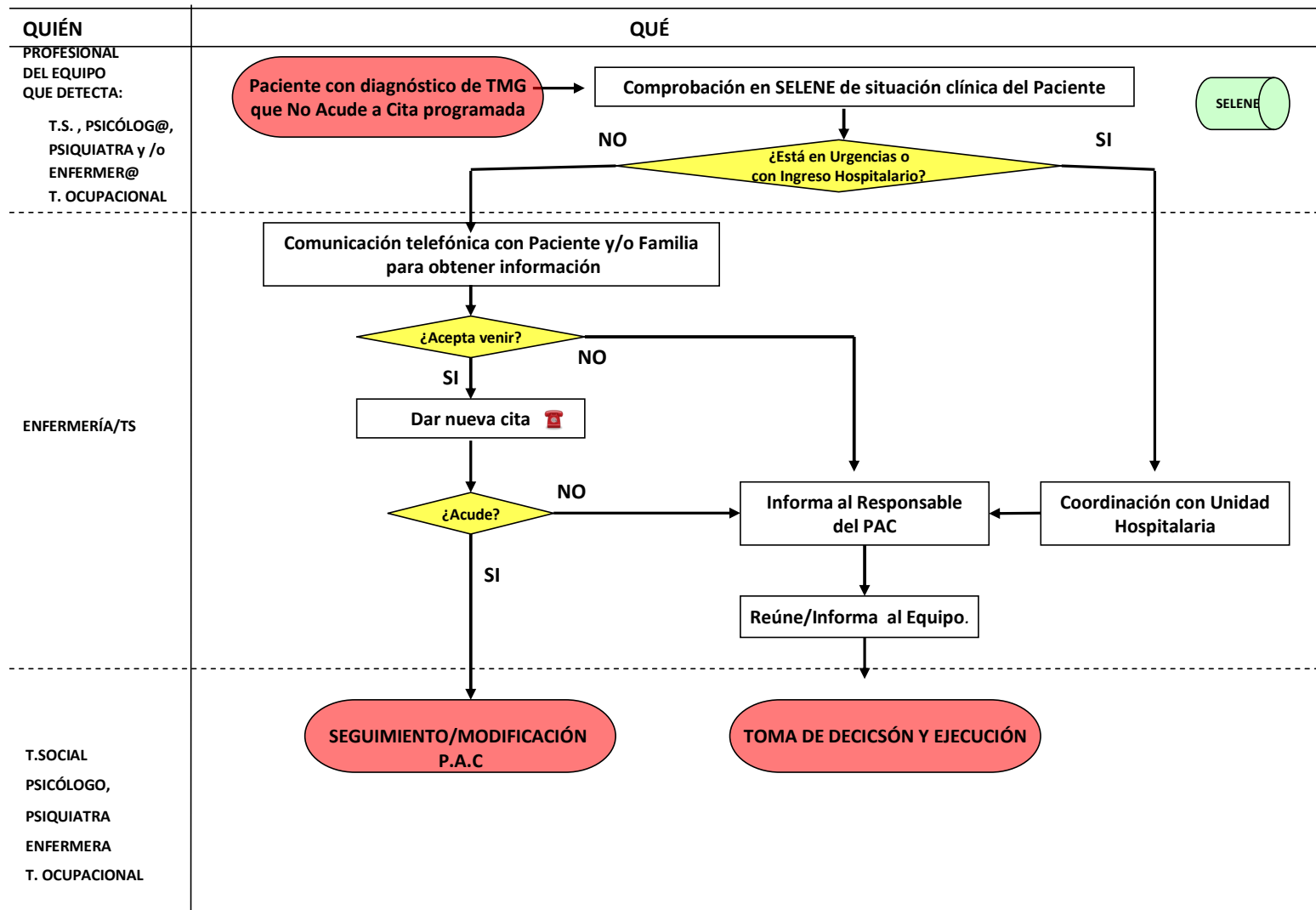
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Historia Clínica .
- PAC
- Agendas
- Censo TMG
- SELENE

RECURSOS:

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

C.S.M. LORCA SUBPROCESO 3.7.1.: ACTUACIÓN ANTE AUSENCIA A CITA PROGRAMADA



SUBPROCESO 3.7.1.: ACTUACIÓN ANTE AUSENCIA A CITA PROGRAMADA

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar.

MISIÓN: Garantizar la continuidad de cuidados del paciente con diagnóstico de TMG dentro del CSM que no acude a citas programadas.

ALCANCE:

- Inicio: Detección de ausencia a cita programada por parte de un miembro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente con TMG.
- Incluye: verificación del cumplimiento del PAC. Valoración de incidencias clínicas relevantes. Elaboración de un plan de intervención que de respuesta adecuada.
- Final: Continuidad de PAC inicial. Modificación del PAC si precisa.

ENTRADAS: Pacientes del Programa de TMG.

PROVEEDORES: Equipo multidisciplinar.

SALIDAS: Ejecución del Plan de intervención. Seguimiento del PAC.

CLIENTES: Pacientes con TMG en tratamiento en el CSM.

INDICADORES:

1. Nº de ausencia a citas programadas.
- 2.-% de pacientes recuperados tras cita reprogramada.

VALIDADO POR: Coordinador del CSM.

INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

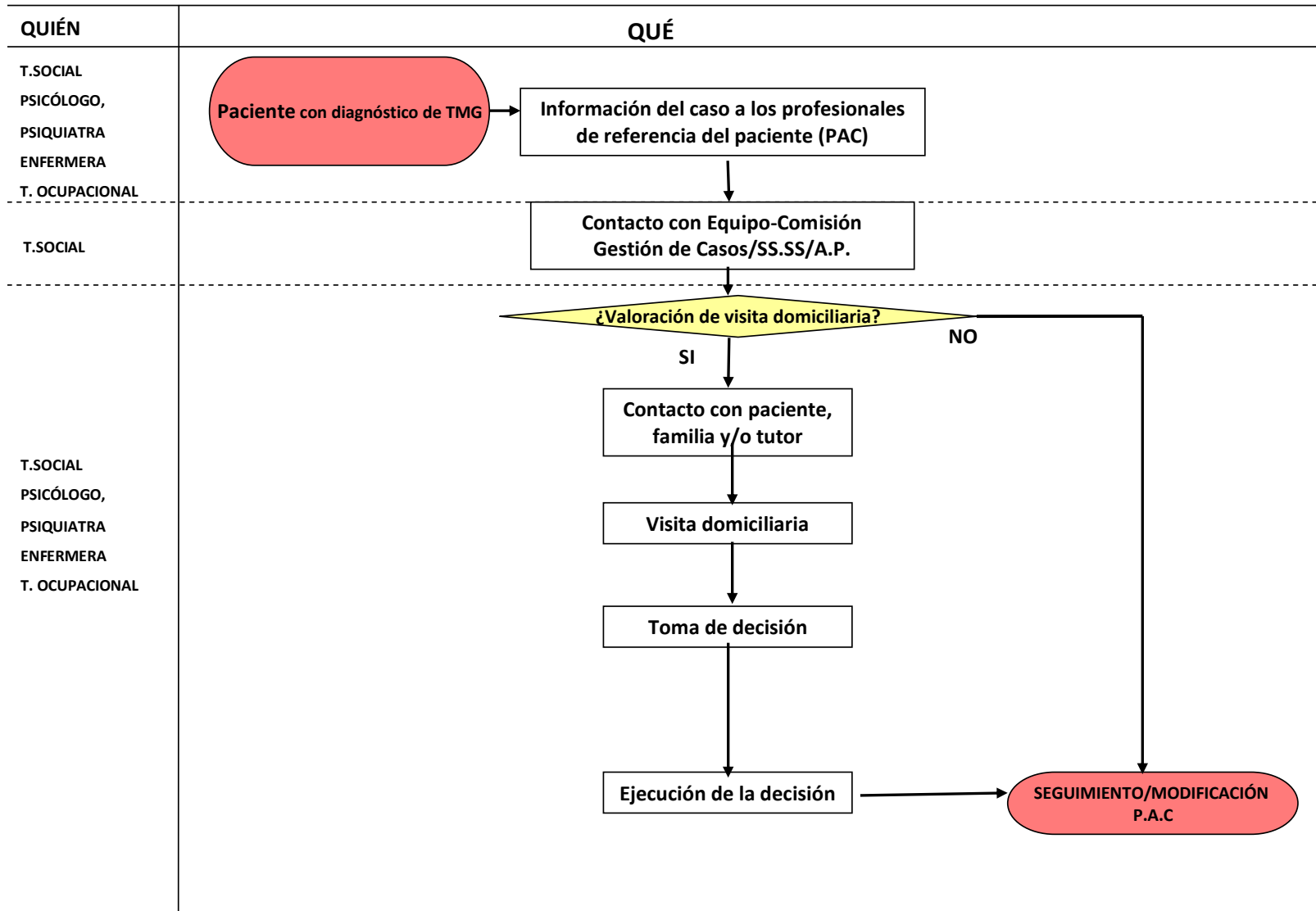
- Historia Clínica.
- PAC.
- Agendas.
- Censo TMG.
- SELENE.

RECURSOS:

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

C.S.M. LORCA

SUBPROCESO 3.7.2.: VISITA DOMICILIARIA



SUBPROCESO 3.7.2.: VISITA DOMICILIARIA

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar.

MISIÓN: Garantizar la continuidad de cuidados del paciente con diagnóstico de TMG.

ALCANCE:

- Inicio: Detección de necesidad de visita domiciliaria para valorar determinados aspectos clave para la realización efectiva del proceso de intervención.
- Incluye: Detección por parte del Equipo Multiprofesional del PAC de la conveniencia de una valoración in situ que permita dar respuesta adecuada y efectiva a las necesidades del paciente.
- Final: Continuidad de PAC inicial. Modificación del PAC si precisa.

ENTRADAS: Pacientes del Programa de TMG.

PROVEEDORES: Equipo multidisciplinar.

SALIDAS: Modificación de PAC. Ejecución del Plan de intervención previsto.

CLIENTES: Pacientes con TMG en tratamiento el CSM que requieren visita domiciliaria.

INDICADORES:

- 1.-Nº de visitas domiciliarias programadas.
- 2.-% de visitas domiciliarias realizadas.
- 3.-Nº de visitas por profesional.

VALIDADO POR: Coordinador del CSM.

INSPECCIONES: Inspección anual.

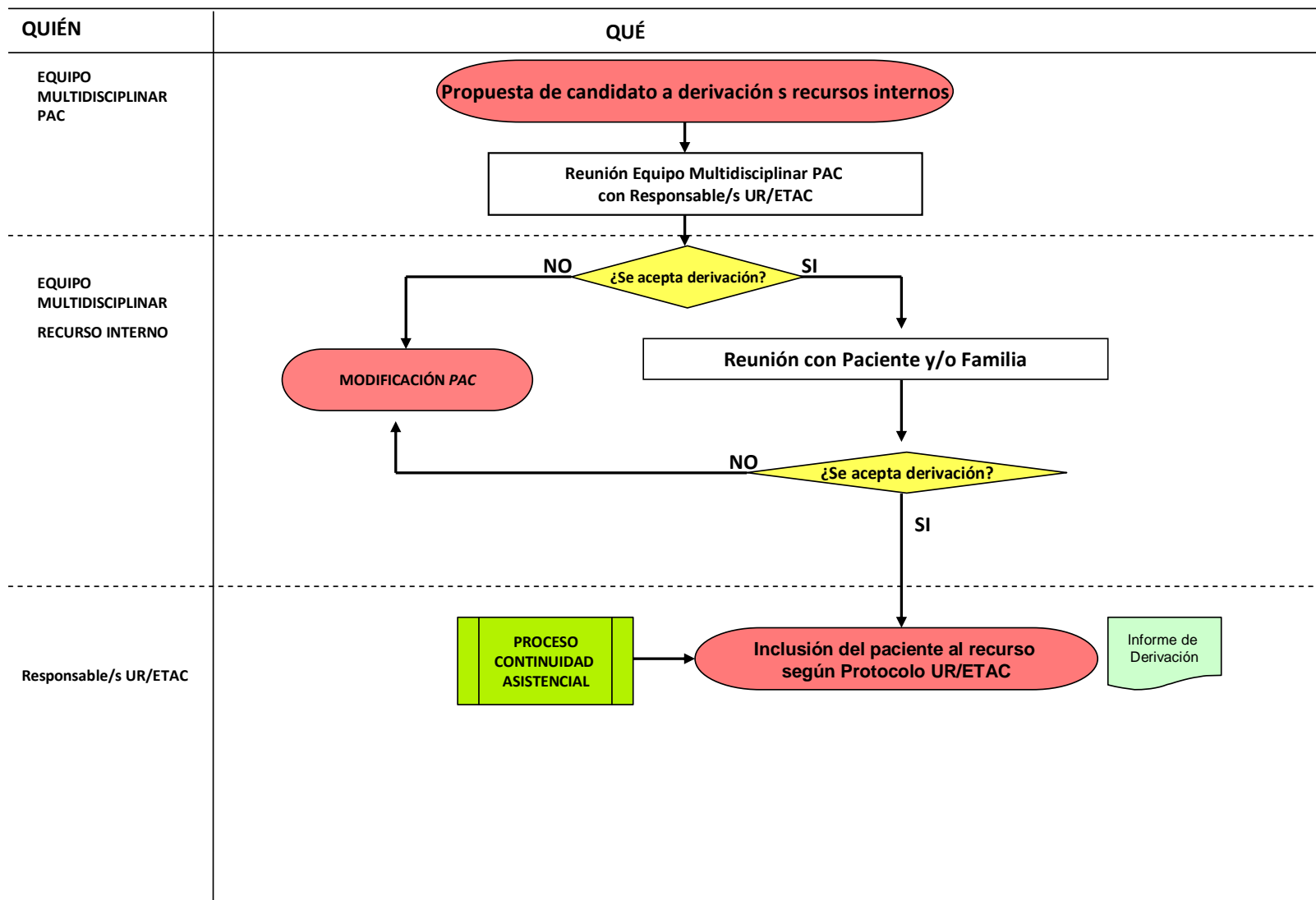
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS:

- Historia Clínica.
- PAC.
- Agendas.
- Censo TMG.
- SELENE.

RECURSOS:

- Humanos: Equipo multidisciplinar del CSM. SS de zona/referencia.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Vehículo

**SUBPROCESO 4.1: DERIVACIÓN A RECURSOS INTERNOS DEL CSM
(U.R./E.T.A.C.)**



SUBPROCESO 4.1: DERIVACIÓN A RECURSOS INTERNOS DEL CSM (U.R./E.T.A.C.)

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar PAC

MISIÓN: Proponer pacientes adscritos a Programa de TMG que por su complejidad o severidad puedan ser candidatos a recibir atención complementaria desde la Unidad de Rehabilitación o desde el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario según los criterios respectivos de cada recurso.

ALCANCE:

- Inicio: Detección por parte del equipo multidisciplinar que atiende al paciente con diagnóstico de TMG de la idoneidad de su inclusión en alguno de los recursos internos específicos del CSM en función de su situación específica.
- Incluye: Coordinación con el recurso. Información y asesoramiento al paciente y/o familia.
- Final: Derivación del paciente al recurso interno y confirmación de asistencia al mismo (Continuidad de cuidados).

ENTRADAS: Pacientes incluidos en el Programa de adultos con diagnóstico de TMG que presentan objetivos no cubiertos según el PAC correspondiente y que cumplen criterios de ingreso para ser derivados a alguno de los recursos internos disponibles (U.R. y/o E.T.A.C:).

PROVEEDORES: Equipo multidisciplinar que atiende al paciente con diagnóstico de TMG.

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

CLIENTES: Pacientes adultos con diagnóstico de TMG que no tienen cubierto algún objetivo relevante de su PAC y sean susceptibles de derivación a otros recursos internos del CSM.

INDICADORES:

- 1.-% de pacientes del Programa TMG que son derivados a alguno de los recursos internos.
- 2.-% de pacientes derivados a alguno de los recursos internos que son finalmente ingresados en dicho recurso.

VALIDADO POR: Coordinador del CSM.

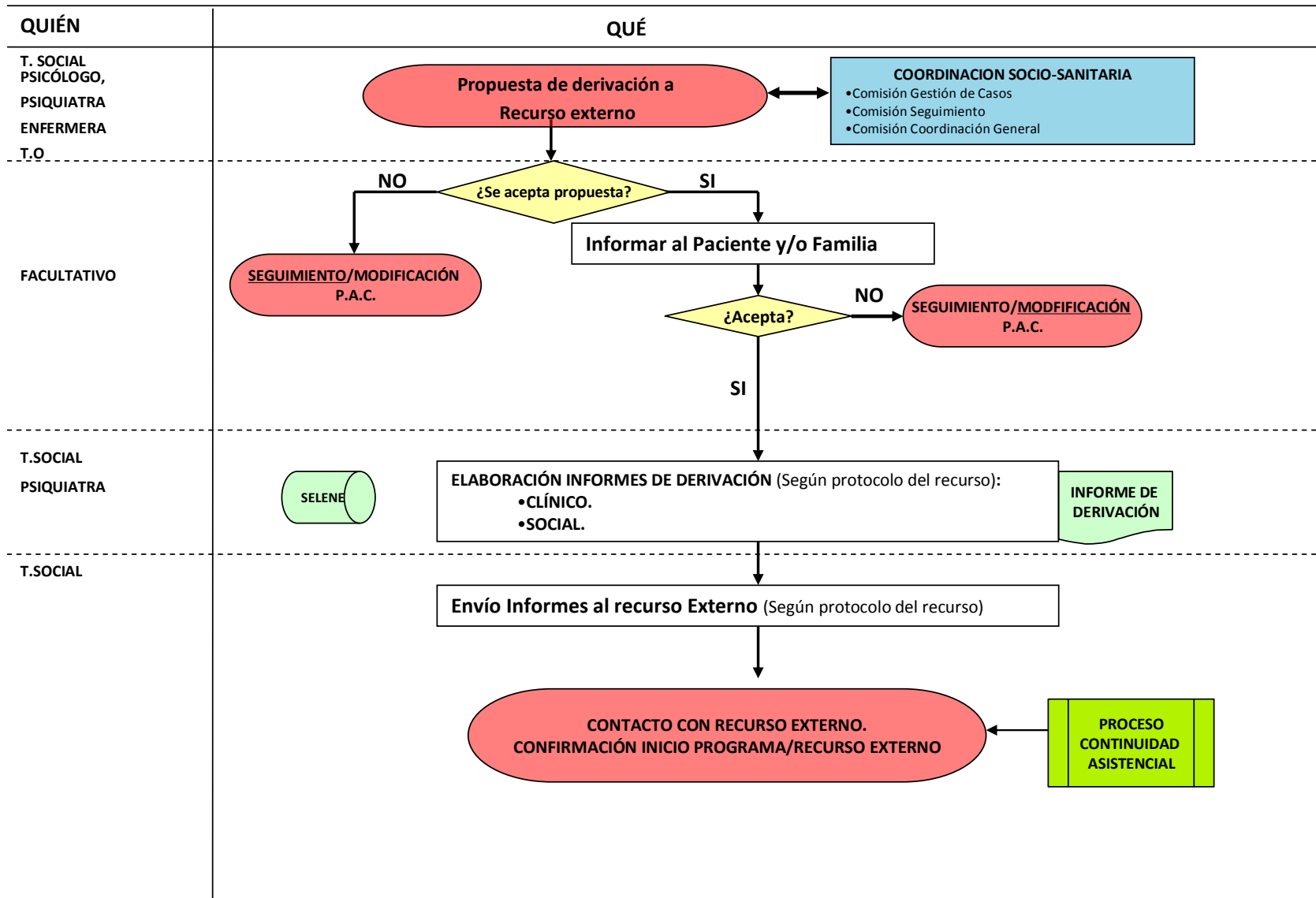
INSPECCIONES: Inspección anual

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 interno.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.



SUBPROCESO 4.2 - DERIVACIÓN A PROGRAMAS Y/O RECURSOS EXTERNOS

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar del PAC

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 Asistencial).

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: Coordinadora 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.

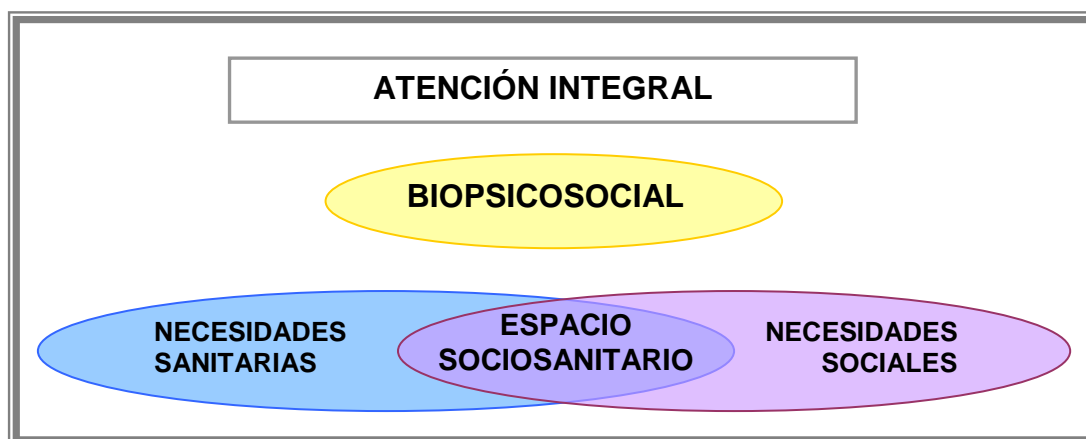
4.- COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL AREA III DE SALUD.

El 14 de junio de 2013 se celebró en Lorca el I Encuentro Socio Sanitario denominado “La mejora en la Atención de las personas con trastorno mental grave y/o drogodependencias”. En este encuentro se puso de relieve la absoluta necesidad de implantar la Coordinación Socio Sanitaria en el Área III de Salud.

Es importante definir el concepto de “Coordinación SocioSanitaria” como el conjunto de acciones encaminadas a establecer estrategias comunes, desde los ámbitos social y sanitario, que garanticen la atención integral a las personas con TMG.

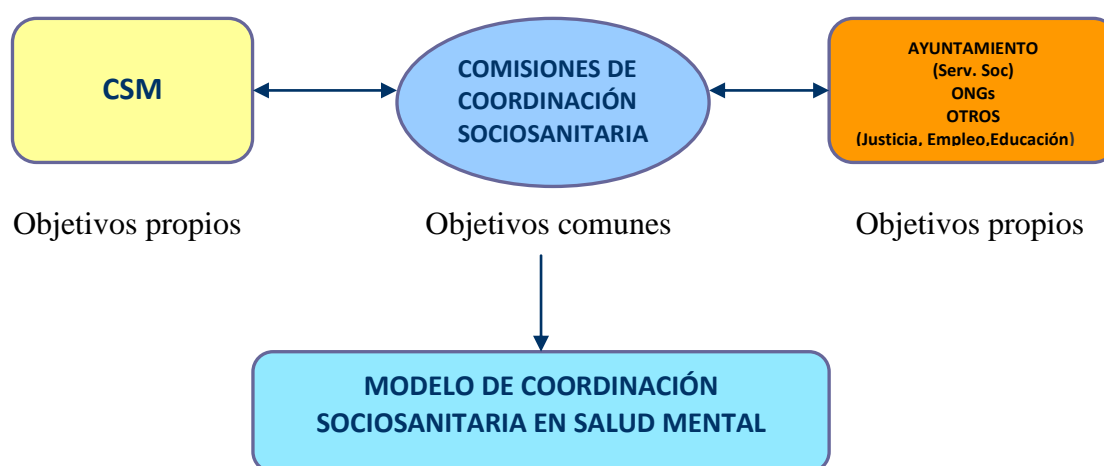
Los principales beneficios de esta coordinación serían:

1. Atención integral al paciente y su implicación en todo el proceso, convirtiéndolo en agente activo en sus decisiones. Este modelo evita un continuo peregrinaje por los distintos recursos y servicios.
2. Optimización de los recursos existentes.
3. Modelo de atención en red.
4. Colaboración de los diferentes ámbitos profesionales, servicios e instituciones del Area III de salud.
5. Mejoría de la eficiencia y eficacia de los servicios, evitando la fragmentación de los servicios que dan lugar a la duplicidad de actuaciones.



4.1. Modelo de Coordinación del Centro de Salud Mental de Lorca

El modelo de coordinación Socio Sanitaria de Centro de Salud Mental de Lorca, se refleja en siguiente diagrama; se realiza a través de comisiones de coordinación y pretende alinear de forma constructiva a los diferentes agentes que intervienen en la atención a la personas con Trastorno Mental Grave.



El Centro de Salud Mental de Lorca va implementando paulatinamente y con carácter flexible, a través del Trabajador Social adscrito al programa de Adultos, un modelo de coordinación con todas las entidades y organizaciones que trabajan en el Área de referencia.

En un primer momento, la coordinación se establece con los Centros de Servicios Sociales de Lorca y Puerto Lumbreras. Para su puesta en marcha se realizan reuniones entre el Coordinador de Centro de Salud Mental y la Trabajadora Social del CSM de Lorca responsable de la Coordinación Socio-Sanitaria con el coordinador del respectivo Centro de Servicios Sociales. Está previsto que para el primer trimestre del año 2015 se inicie con los municipios de Totana y Aledo de modo similar al proyectado.

Para hacer efectiva esta coordinación, es necesario planificar tareas y tomar decisiones a distintos niveles. Siguiendo el modelo de propuesta de la comisión de

trabajadores sociales de la red de Salud Mental en la Región de Murcia, se plantea la creación de distintos tipos de comisiones de coordinación:

- 1.Comisión de gestión de casos
- 2.Comisión de seguimiento
- 3.Comisión de coordinación General.

Las características comunes de estas comisiones, de acuerdo al Informe elaborado sobre el I Encuentro Socio sanitario (Área de Salud III) son:

- Una estructura con carácter permanente.
- Representadas por la totalidad de instituciones y entidades del Área de referencia.
- Participación de los técnicos del Área y Administración Regional.
- Abordaje concreto de los casos.
- Definición de unas líneas de actuación conjuntas.
- Periodicidad en las reuniones.

Veamos la definición cada una de las comisiones y su funcionamiento:

4.1.1. Comisión de Gestión de Casos

Comisión formada por un grupo de profesionales del Centro de Salud Mental de Lorca y Centro de Servicios Sociales de Lorca, Puerto Lumbreras y Totana, para la gestión y tratamiento individualizado de los casos.

En esta comisión está formada por lo siguientes actores:

- Profesionales de Unidades de Trabajo Social de Zona (U.T.S.)

- Profesionales de los siguientes programas: Dependencia, Acompañamiento para inclusión Social y Menores en situación de riesgo social.
- Profesionales del Centro de Salud Mental de Lorca: Adultos, Rehabilitación, Asertivo –Comunitario e Infanto-Juvenil.

Es importante indicar en el presente documento que está previsto para el año 2015 contar también en esta comisión con de Atención al Drogodependiente del CSM-CAD de Lorca.

La coordinación con Programa de Acompañamiento para Inclusión Social, se inicia en Lorca en el año 2005, y ha servido de modelo para definir la coordinación con el resto de programas incluidos en la red de servicios sociales, lo que da un cuerpo unitario al mismo.

Esta comisión se reúne mensualmente en el Centro de Servicios Sociales y/o CSM de Lorca. Si los casos precisan una actuación urgente, se establecerán contactos telefónicos y/o reuniones con los profesionales implicados.

El método de trabajo para los casos que van a ser atendidos en la Comisión, requerirán de:

- Una valoración sociofamiliar del paciente.
- Información al paciente y/o representante legal sobre la coordinación con Centro de Servicios Sociales con la consiguiente firma de autorización para la recogida y tratamiento de datos.
- Inscripción del paciente candidato en el Censo Socio Sanitario.
- La autorización por parte del paciente con TMG para la recogida y tratamiento de sus datos sociosanitarios, mediante la firma del documento correspondiente (Anexo I).

Realizada esta primera parte, se propondrá al responsable técnico de la comisión (Trabajador Social del Centro de Salud Mental y/o Técnico del Centro de Servicios Sociales) los casos a valorar con una semana de antelación, para su posterior asignación al profesional de referencia de U.T.S. y/o programas de Servicios Sociales y/o Salud Mental.

La Comisión de Gestión de Casos informa, planifica y evalúa las actuaciones.

Los casos vistos en la Comisión serán revisados, dependiendo de la situación sociofamiliar y/o gravedad del mismo. Se evaluarán los resultados obtenidos, pudiendo introducir cambios en las intervenciones acordadas con el paciente y su familia.

4.1.2 Comisión de Seguimiento

Comisión creada para la gestión y seguimiento de los pacientes. Incluye a las Entidades y Asociaciones que trabajan en el Área de referencia.

- Hospital Universitario Rafael Méndez.
- Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial: Proyecto Inserción Socio-laboral ISOL.
- ASOFEM: Asociación de familiares y Personas con enfermedad mental de Lorca y comarca con sus programas Sadem, Puzzle, Centro de Día, Respiro Familiar, Escuela de familias y grupos de autoayuda.
- AFEMTO: Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Totana con sus programas: para la mejora de calidad de vida y autonomía de las personas con enfermedad mental, Centro Día, Servicio de Atención Domiciliaria, Respiro familiar, Ocio y Tiempo Libre, Escuela de Familias y grupos de autoayuda.
- Centro de Día Princesa Leticia dependiente del Ayuntamiento de Totana.

El objetivo de esta comisión es garantizar la continuidad de cuidados de las personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave.

Su función se centra en la orientación, valoración y seguimiento de las personas con trastorno mental grave atendidas en el Centro de Salud Mental de Lorca y en los recursos de estas entidades o propuestas para su derivación, con la participación activa del paciente en todo el proceso (firma de autorización para la recogida y tratamiento de datos) .

Se realizarán reuniones trimestrales.

En esta Comisión podrán participar:

- Trabajadora Social de Hospital Rafael Mendez
- Psicólogo / coordinador de los talleres ISOL.
- Psicóloga y Trabajadora Social de Asofem.
- Psicóloga y Trabajadora Social de Afemto.
- Coordinadora, Psicólogo y Trabajadora Social de Centro de Día Princesa Letizia.
- Profesionales responsables del PAC: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Terapia Ocupacional, Trabajadora Social y resto de programas del Centro de Salud Mental de Lorca.

4.1.3. Comisión de coordinación general

Formada por los responsables de los servicios y/o programas de las entidades de referencia.

Esta comisión se creará durante el año 2015 y podrán participar:

- Coordinador de servicios Sociales.
- Coordinador de Programas de Servicios Sociales.
- Coordinador del Centro de Salud Mental.
- Trabajadora Social de Programa de Adultos del Centro de Salud Mental
- Coordinadora de Asofem.
- Coordinadora de Afemto.
- Coordinador ISOL.
- Coordinadora de Centro de Día Princesa Leticia.
- Empleo.
- Educación.
- Justicia.

Para la puesta en marcha de cada una de estas comisiones, se considera necesario reuniones entre el Coordinador del Centro de Salud Mental y Trabajadora Social adscrita al programa de adultos con los profesionales de Servicios Sociales y Entidades de referencia del Área. Así como la posibilidad de realizar sesiones formativas: “Mejora en la atención a las personas con trastorno mental grave”

Es importante la definición y elaboración de protocolos de colaboración entre las instituciones implicadas en el tema.

5.- PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

5.1. Introducción:

Concebir la atención a la salud como un continuo, permite centrar la atención en el paciente y no tanto en las prioridades o necesidades de servicios o unidades. Los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) a lo largo de su enfermedad van a pasar de unos servicios a otros, dándose la posibilidad de perder el contacto con el centro o unidad de referencia, en perjuicio de su proceso terapéutico.

La finalidad del proceso de continuidad asistencial es conseguir que los pacientes con TMG, no abandonen prematuramente el tratamiento en el paso de unos dispositivos a otros. En el Proceso de Continuidad Asistencial actual, se establece como principio general que el paciente derivado a otro servicio o unidad es responsabilidad del centro remitente hasta la confirmación de que éste ha llegado a su destino.

5.2. Misión:

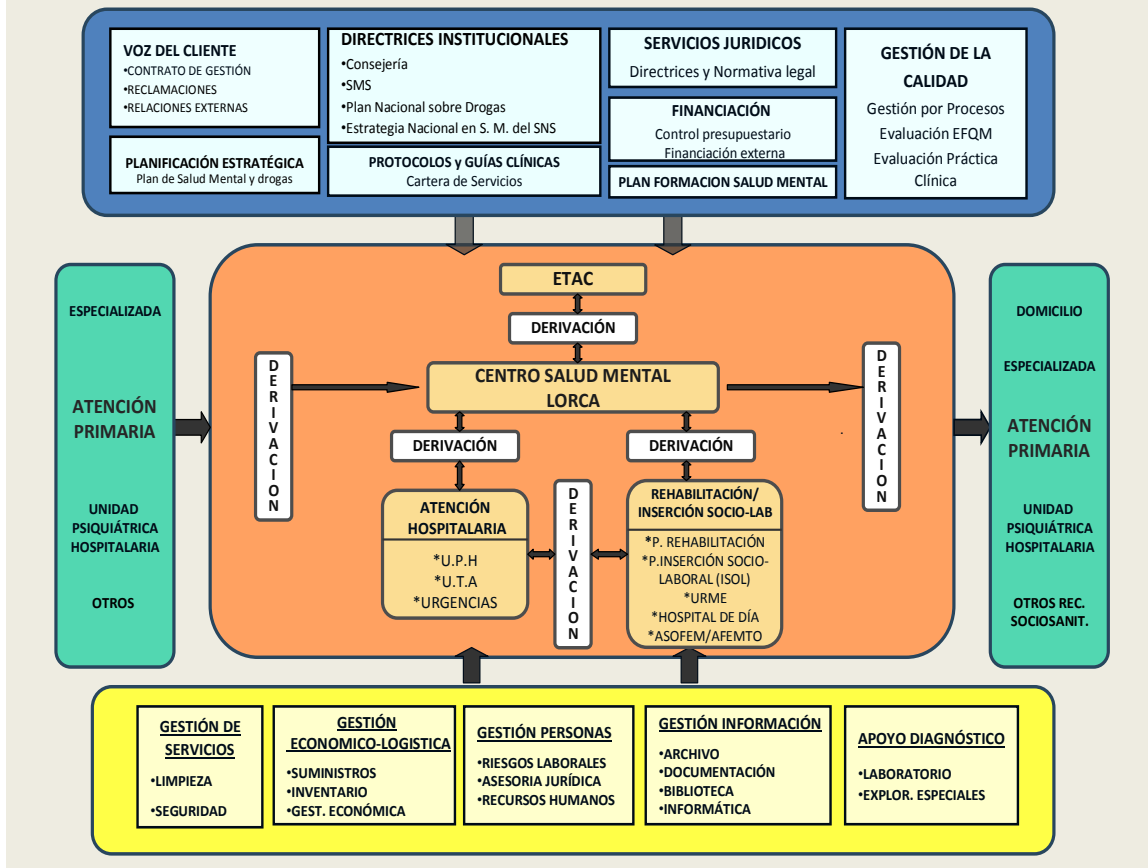
Asegurar la continuidad asistencial a los pacientes con TMG del CSM de Lorca garantizando su paso por los diferentes recursos (ambulatorios, hospitalarios y programas de rehabilitación y otros recursos socio-sanitarios) y su correcto abordaje de una manera eficaz y eficiente.

5.3. Límites:

Inicial: Paciente con TMG que acude al CSM de Lorca desde Atención Primaria, desde Especializada, Unidad Hospitalaria psiquiátrica de referencia, servicios sociales o desde otras instituciones.

Final: Paciente dado de alta, o con su demanda atendida.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL



5.4. Descripción del proceso de continuidad asistencial del paciente con TMG en el CSM de Lorca.

A lo largo de los años se han puesto en marcha una serie de modificaciones en el proceso de continuidad asistencial, en relación con la derivación del CSM al Hospital de referencia (Hospital Universitario Rafael Méndez), para la valoración del ingreso urgente y en la coordinación al alta hospitalaria entre la Unidad de Hospitalización y el CSM, que hacen que sea más eficaz el proceso.

Desde la implantación del soporte informático SELENE en el Área III de Salud, y en concreto en las derivaciones existentes entre el CSM de Lorca y el Hospital Universitario Rafael Méndez, se ha modificado actualmente la forma de corroborar la

recepción del paciente a dicha unidad, centrándonos en la comprobación de forma directa de la información del paciente a través de dicho programa y no tanto en sí en la comprobación a nivel telefónico.

Además se ha sistematizado la derivación de pacientes con TMG desde el CSM a los recursos de rehabilitación y socio-sanitarios contando con la coordinación socio-sanitaria cómo mejora en este proceso de continuidad.

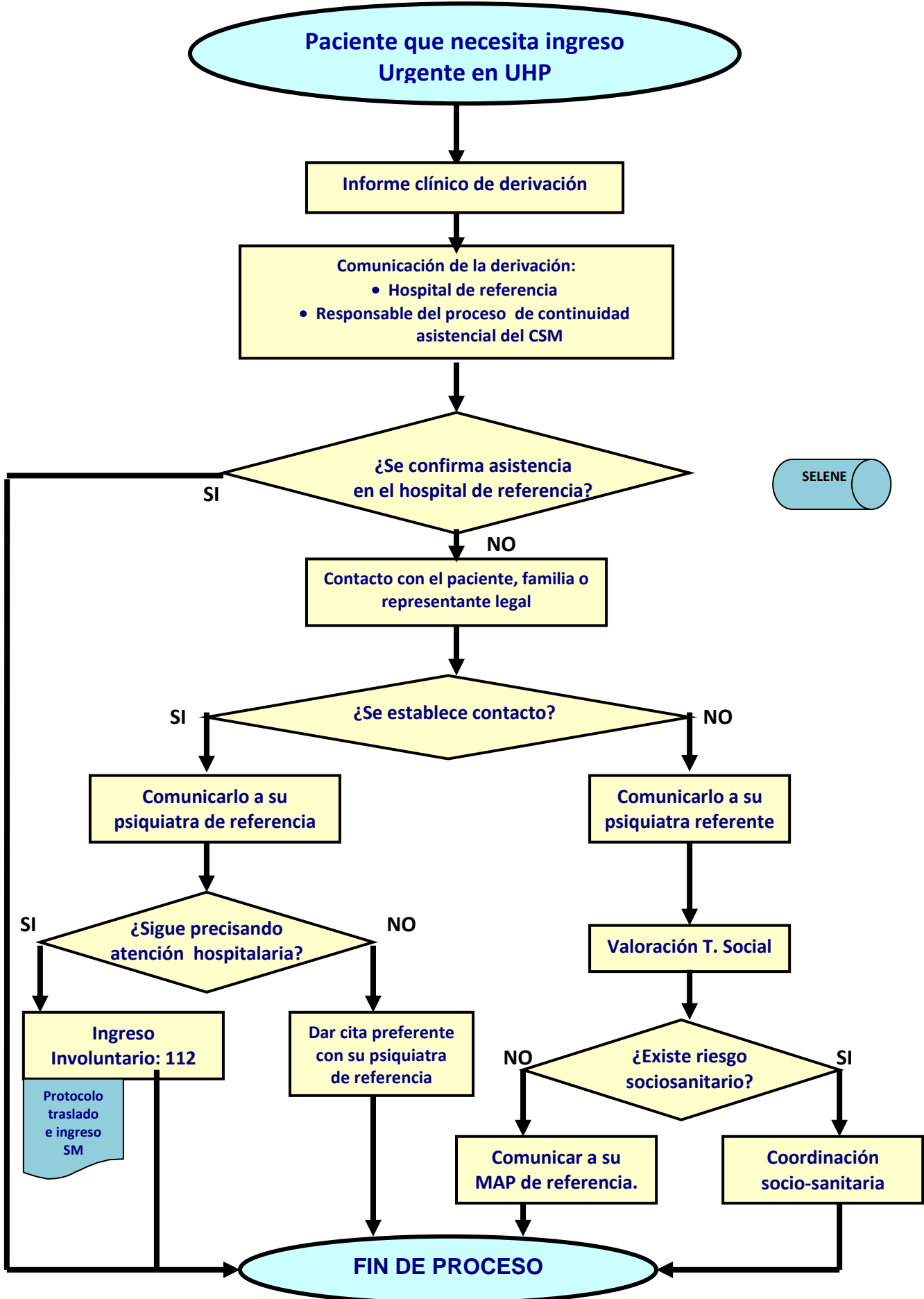
PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL CSM LORCA

A. Derivación CSM - UHP.

B. Derivación UHP- CSM.

C. Derivación CSM - Unidad de Rehabilitación/ETAC/Recursos Socio-sanitarios

A.- Derivación CSM - U.H.P.

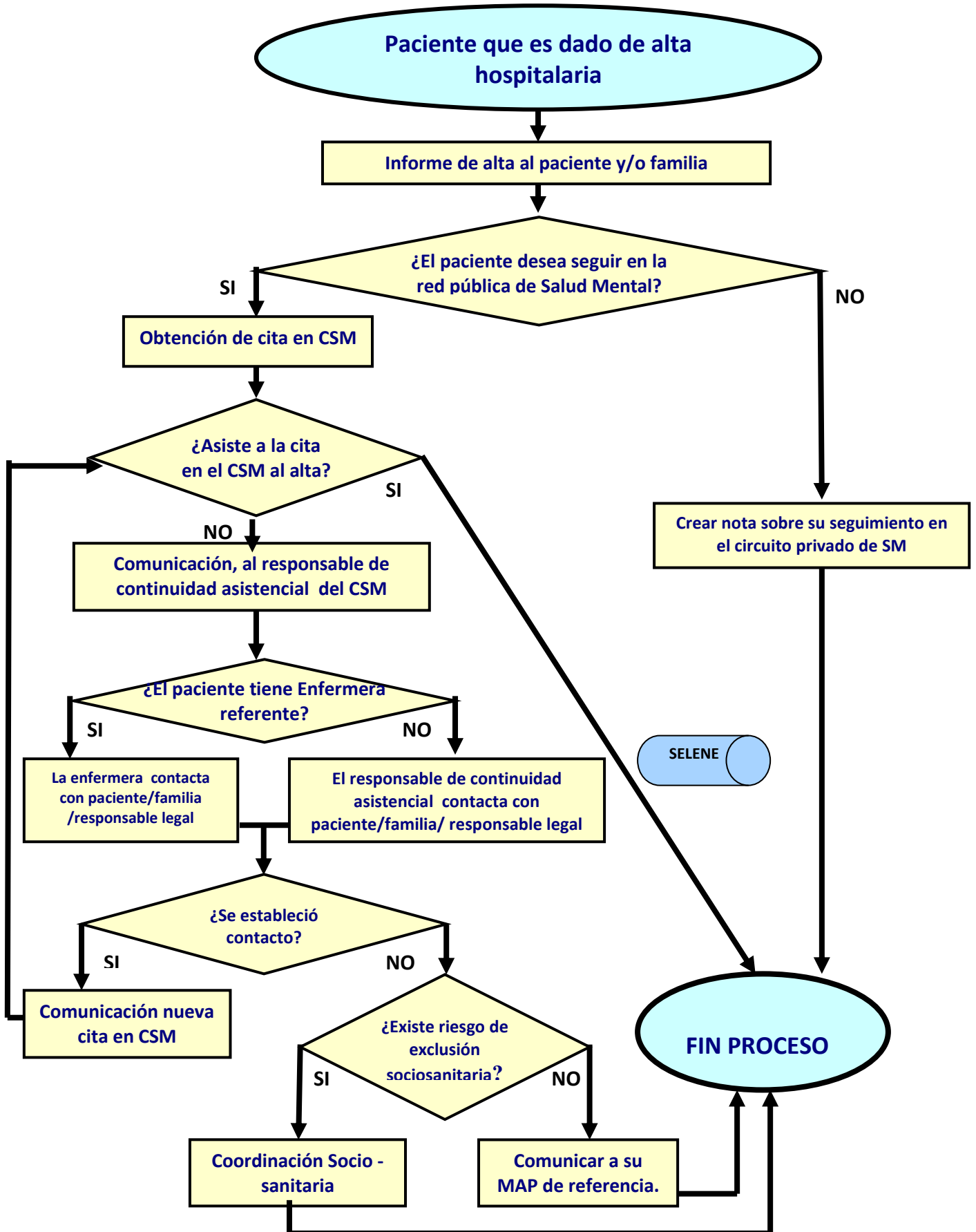


A.- Derivación CSM - UHP

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
<p><i>Valoración para derivación a Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de caso urgente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de autocuidados • Riesgo de peligrosidad para si o para otros • Incompetencia/Otros 	Equipo del CSM
<p><i>Cumplimentación del formulario de derivación y entrega al paciente o familiar</i></p>	Facultativo especialista
<p><i>Comunicación Informe clínico de derivación de derivación (Formulario de CSM a Unidad Hospitalaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamar al Psiquiatra de guardia del hospital • Al responsable del Proceso de continuidad asistencial CSM 	Facultativo Especialista
<p><i>Confirmar asistencia en la 24h siguientes a la realización de la derivación CSM-UHP.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se consulta en la Historia del paciente en SELENE, si tiene abierto en la fecha de la derivación un proceso “asistencia en Urgencias” • Leer contenido del informe de alta de urgencias. 	Enfermera responsable del proceso de continuidad asistencial
<p><i>Contactar con el paciente, la familia o representante legal.</i></p> <p>Se establece contacto y tras comunicarlo a su psiquiatra referente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si no precisa ingreso dar cita preferente con psiquiatra • Sigue precisando ingreso, se activará ingreso involuntario. (protocolo de traslado e ingreso en UPH 	<p>Enfermera responsable según el facultativo de referencia.</p> <p>Facultativo Especialista</p>

<p>Si no se establece contacto, comunicarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al facultativo responsable • Al trabajador social • Si no existe riesgo de exclusión social: Contactar con su MAP y dejar constancia en OMI. 	<p>Enfermera responsable según el facultativo de referencia.</p>
<p>Valoración por el Trabajador Social del CSM,</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de que exista un riesgo de exclusión sociosanitaria 	<p>Trabajador Social</p>
<p>FIN DE PROCESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia del paciente a la puerta de urgencias tras derivación desde el CSM • Coordinación de ingreso involuntario • Nueva cita preferente con su Psiquiatra referente, si no es ingresado. • Derivación al Trabajador social 	<p>Enfermera responsable del proceso de continuidad asistencial</p> <p>Facultativo Especialista</p> <p>Enfermera responsable según el facultativo de referencia.</p> <p>Enfermera responsable del proceso de continuidad asistencial / Facultativo Especialista</p>

B.- Derivación U.H.P.-CSM

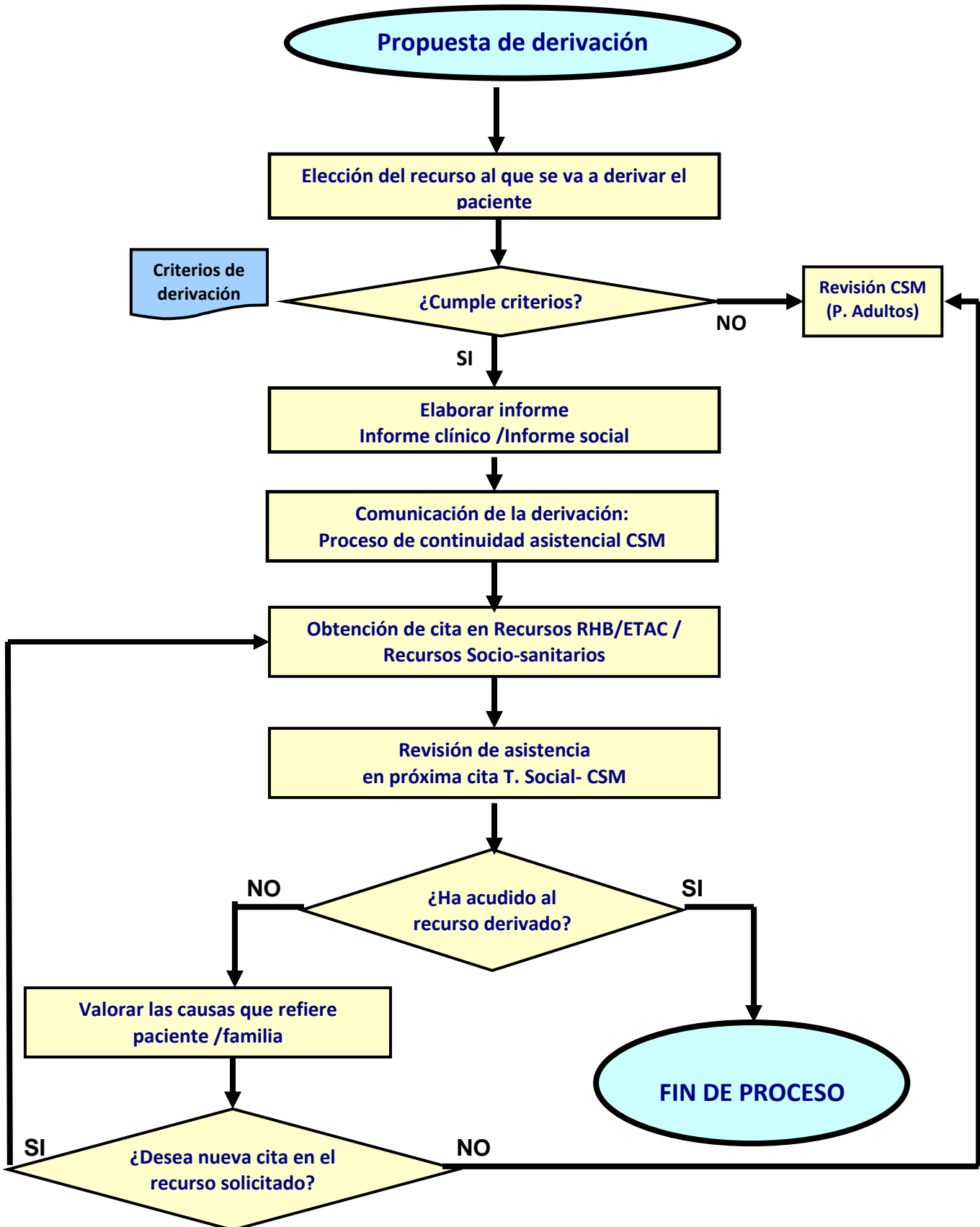


B- Derivación U.H.P. – CSM

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Valoración para Alta hospitalaria	Equipo de la Unidad Psiquiatría
de Alta: <ul style="list-style-type: none"> • Redacción informe • Entregar al paciente o familiar junto con la cita en CSM 	Psiquiatra Enfermería / Pers. administrativo
Obtención de Cita: Llamada telefónica al CSM (No es preciso mandar informe de alta vía FAX al CSM. Tras comunicación telefónica del alta a través del proceso de continuidad asistencial se consulta informe de alta en SELENE)	Pers. administrativo
Si es un primer contacto con el CSM, tras el alta hospitalaria: asignación de psiquiatra de referencia en la acogida y asignación posterior del resto de profesionales	Enfermera responsable del proceso de continuidad asistencial
Notificación de la NO asistencia al CSM , del paciente tras alta hospitalaria. Crear nueva nota en el proceso abierto SALUD MENTAL de la historia SELENE del paciente	El psiquiatra referente del paciente en el CSM, con quien tiene la cita-revisión tras el alta hospitalaria.
Contactar telefónicamente con el paciente, familia o representante legal, para conocer el motivo de la no asistencia a la cita prevista y le informará de la nueva cita.	La enfermera referente del paciente o la enfermera responsable del proceso de continuidad asistencial.

<p>En el caso de no poder contactar con el paciente, familia y/o representa legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no existe riesgo de exclusión social: Contactar con su MAP y dejar constancia en OMI. ▪ Si existe riesgo de exclusión social: notificarlo al trabajador social del CSM para coordinación socio-sanitaria. 	<p>La enfermera referente del paciente o la enfermera responsable del proceso de continuidad asistencial.</p>
<p>FIN DEL PROCESO</p> <p>Dejar constancia en SELENE que el paciente no desea seguir en la red pública de SM.</p> <p>Nota de Evolución en SELENE: Acude a la cita-revisión al alta en el CSM</p> <p>Nota de Evolución en SELENE: No acude, Se comunica ausencia a su MAP y/o SSSS</p>	<p>Enfermería/Pers. administrativo</p> <p>Psiquiatría</p> <p>La enfermera responsable del proceso de continuidad asistencial.</p>

C. Derivación CSM (Programa Adultos) - Unidad de Rehabilitación/ETAC/Recursos Socio-sanitarios



**D.- Derivación CSM (P. Adultos) - Unidad de RHB/ ETAC/
Recursos socio-sanitarios**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Decisión de derivación y propuesta.	Equipo PAC
Revisión de cumplimiento de criterios	Equipo PAC
Elaboración de informe de derivación	Facultativo/ Trabajador Social
Comunicación de la derivación	Facultativo
Petición de cita y envío de informe(*)	Aux. / Enfermería/T.S.
Entregar informe y comunicar cita al paciente	Aux. / T S
Revisión de asistencia en próxima cita TS	Trabajador social
Si no ha llegado, valorar causas de no asistencia	Trabajador social/facultativo /Enfermería
Contactar con paciente, familia o representante legal	T. S. / Facultativo
Valoración y decisión sobre seguimiento	Equipo multidisciplinar
Dar nueva cita en U.R., ETAC y otros recursos	Trabajador social/Aux./ Facultativo
<p style="text-align: center;">FIN DEL PROCESO</p> Adjuntar a la historia clínica copia del informe de derivación Cumplimentar hoja de registro de evaluación de “continuidad asistencial”	Aux.Enfermería/Trabajador social

Referencias

Dirección General del IMSERSO, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2011). Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Versión completa [*Internet*]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. Disponible en: [URL]

Martín, J.C. y otros (2009). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Murcia: Servicio Murciano de la Salud.

Martín, J. C., Martínez, M. D., y Martínez, R. (2012). Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería en pacientes con trastorno mental grave y tratamiento intramuscular. Murcia: Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad y Política Social, Subdirección General de Salud Mental.

National Institute of Mental Health. (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC

Olmos, E., Díaz, I., y Martínez, J. (2009). Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Lorca/Águilas. Documento Técnico. Procesos de Unidad de Rehabilitación. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. 2009.

Olmos, E. y Martínez, J. (2010). Proceso de atención a los trastornos mentales graves: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Aplicación de la metodología de gestión por procesos a la organización asistencial de los trastornos psicóticos en el Centro de Salud Mental Lorca/Águilas. Murcia: Servicio Murciano de Salud, Subdirección de Salud Mental.

Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 177-184

Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. (2011). Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013. Murcia: Consejería de Sanidad y Política social. 2011.

Viñas, R., Martínez, A., Martínez, A. M., Celdrán, J., Martínez, A. I., y Alonso, I. (2014). Proceso de Atención al Trastorno Mental Grave: modelo de abordaje integral de Molina de Segura. Murcia: Subdirección General de Salud Mental.

Documentos de trabajo

1. Hoja de continuidad de cuidados de enfermería de Salud Mental-Atención Primaria
2. Formulario Plan de Actuación Coordinada (PAC)
3. Hoja de Reunión Coordinación Adultos-Infantil de pacientes con TMG.
4. Modelo Censo TMG.
5. Registro para la evaluación de la cumplimentación del protocolo “Continuidad asistencial”.
6. Informe clínico de derivación al programa de inserción sociolaboral ISOL.
7. Informe social de derivación al programa de inserción sociolaboral ISOL.
8. Informe social de solicitud de ingreso en URME.
9. Protocolo de Derivación a Unidad de Rehabilitación Centro-Día.
10. Propuesta de Derivación al Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).
11. Informe Clínico Psiquiátrico.
12. Informe Clínico Psicológico.
13. Informe Social.
14. Informe solicitud Terapia Electro-Convulsiva (TEC).
15. Informe administración antipsicótico de liberación prolongada en CS/CSM.
16. Autorización para recogida y tratamiento de datos.
17. Volante de derivación a CAD desde el CSM-Lorca.
18. Hoja Interconsulta a otros servicios sanitarios del Hospital Universitario Rafael Méndez.

1.- Hoja de continuidad de cuidados de enfermería de Salud Mental- Atención Primaria



Anexo 1. Hoja de continuidad de cuidados de enfermería de salud mental a centro de salud (AP)

CSM:

TELF: _____

Datos del paciente:	Cita en su CS: _____
---------------------	----------------------

Enfermera de referencia del CSM: _____

Psiquiatra de referencia del CSM: _____

Derivación a centro de salud: _____

ROGAMOS INCLUSIÓN EN EL PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TMG.

Diagnóstico y tratamiento: _____

Cuidados a reforzar: _____

Fdo,

Murcia, a ____, de _____, de 20__

2.- Formulario Plan de Actuación Coordinada (PAC)



FORMULARIO PLAN DE ACTUACIÓN COORDINADA (PAC).

Paciente			Sexo	
NHC		Edad	Ámbito	
Alérgias				
Proceso				
Fecha de inicio Proceso				

Fecha de la toma:

Objetivo 1:

Estado: Abierto/ En proceso (A/EP).

Estado: Aplazado (A)

Estado: Conseguido (C).

Estado: Descartado (D).

Estado: No conseguido (NC).

Estado: Parcialmente (P).

Observaciones:

3.- Hoja de Reunión Coordinación Adultos-Infantil de pacientes con TMG



REUNION ADULTOS – INFANTIL (PACIENTES CON TMG)

SELENE	Hº. CSM	PACIENTE	PROFESIONALES QUE DERIVAN	SELENE	Hº. CSM	FAMILIARES	PROFESIONAL/ES QUE DERIVAN	OBSERVACIONES

4.- Modelo Censo TMG



MODELO CENSO TMG.

Paciente	<i>(Apellidos y Nombre)</i>
Hª Selene	<i>(Nº de Historia de Selene)</i>
Hª CSM	<i>(Nº de Historia del CSM)</i>
Fecha 1ª acogida	
Fecha última acogida	
Fecha de nacimiento	
Diagnóstico principal	
Otros diagnósticos	
Programa	<i>(URA, ETAC, CAD, ADULTOS, ADULTOS/TMS)</i>
Derivación/Seguimiento	<i>(Derivación a los dispositivos anteriores)</i>
Introducción Programa	<i>(Fecha de introducción al Programa derivado)</i>
Grupo PAC	<i>(Grupo multidisciplinar que atiende al paciente)</i>
Psiquiatría	
Psicología	
Enfermería	
Trabajo Social	
Tutor	<i>(Profesional responsable del programa)</i>
Estado	<i>(Inicio o Revisión)</i>
Nº de Reunión	



**5.- Registro para la evaluación de la cumplimentación del protocolo
“Continuidad asistencial”**

CENTRO DE SALUD MENTAL LORCA

**Registro para la evaluación de la cumplimentación del protocolo
“Continuidad Asistencial”**

FACULTA TIVO RESPONSA BLE	NHC	FECHA DERIVACIÓ N	NOMBRE APELLIDOS	TLF	RECURSO	ASISTENCIA SI/NO	PERSONA QUE CONFIRMA	OBSERVACIONES

6.- Informe clínico de derivación al programa de inserción sociolaboral

ISOL



Área III de
Salud
CSM Lorca

N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
Nombre		Nº S.S.	
1º Apellido		Nº Acto C	
2º Apellido			
Sexo			
F. Nacim.			
Edad		Dirección	
C.I.P.		Población	
		Teléfono	



ASOCIACIÓN MURCIANA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Código

INFORME CLINICO DE DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN LABORAL DESDE EL C.S.M. DE _____

FECHA:

NOMBRE:

1. DATOS ACTUALES CLÍNICO-PSIQUIÁTRICOS

PSIQUIATRA DE REFERENCIA:
HORARIO y TELÉFONO DE CONTACTO:
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ACTUAL:
Código C.I.E. 10:
Código D.S.M.-IV:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

FÁRMACO	DOSIS	FRECUENCIA
---------	-------	------------

OBSERVACIONES: (efectos secundarios, problemas en el seguimiento regular de la medicación, automedicación, etc...)

OTRO TIPO DE TRATAMIENTOS

Nº DE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS:

Fecha del último ingreso:

¿ACUDE A LAS CITAS DEL CSM?

SI

NO

Observaciones:

BREVE RESUMEN DE LA SITUACIÓN PSIQUIÁTRICA:

Síntomas:
Factores de riesgo:
Crisis:

OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS (físicos o psiquiátricos):

Terapeuta responsable

Coordinador del Centro

Fdo: _____

Fdo: _____

7.- Informe social de derivación al programa de inserción sociolaboral ISOL



Área III de
Salud
CSM Lorca

N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
Nombre		Nº S.S.	
1º Apellido		Nº Acto C	
2º Apellido			
Sexo			
F. Nacim.			
Edad		Dirección	
C.I.P.		Población	
		Teléfono	



ASOCIACIÓN MURCIANA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Código

FICHA SOCIAL DE DERIVACION AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN LABORAL DESDE
EL C.S.M. DE _____

FECHA:

1. DATOS PERSONALES-SOCIALES

NOMBRE y APELLIDOS: _____ EDAD: _____
 FECHA y LUGAR DE NACIMIENTO: _____ S.SOC: _____
 ESTADO CIVIL: _____ D.N.I: _____
 DOMICILIO ACTUAL: _____
 LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
 TELÉFONO: _____
 CARNET DE CONDUCIR: _____
 FAMILIAR DE CONTACTO: _____
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____
 TELÉFONO: _____

1.1. TIPO DE CONVIVENCIA

Solo En pensión concertada
 Con sus padres En piso tutelado/supervisado
 Con el cónyuge o pareja En mini residencia (especificar cuál)
 Con cónyuge e hijos/as sin domicilio Otros
 En piso compartido sin supervisión
 En pensión sin concertar

1.2. VALORACIÓN DE MINUSVALÍA y SITUACIÓN LEGAL

¿Tiene declaración de **minusvalía**?

SI

Grado de minusvalía: _____

NO

Fecha de revisión: _____

En trámite

Situación legal:

- Responsable ante la ley
- En proceso de incapacitación
 - ¿Existe un administrador provisional de los bienes?
 - Sí Especificar quien
 - NO
- Incapacitado legalmente
 - Representante legal
 - Relación de parentesco o afinidad con el incapacitado:
 - En calidad de: Tutor Curador



Área III de
Salud
CSM Lorca

N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
Nombre		Nº S.S.	
1º Apellido		Nº Acto C	
2º Apellido			
Sexo			
F. Nacim.			
Edad		Dirección	
C.I.P.		Población	
		Teléfono	



1.3. NIVEL ECONÓMICO DEL USUARIO

- | | | | |
|---------------------------------|----|----|---------------------------------------|
| - Ingresos propios: | sí | NO | No se conoce |
| - Nivel de ingresos. | | | - Procedencia de los ingresos: |
| Menos de 200 Euros./mes | | | Trabajo |
| De 200 a 300 Euros./mes | | | Subsidio de desempleo |
| De más de 300 a 400 Euros./mes | | | Pensión contributiva |
| De más de 400 a 600 Euros./mes | | | Pensión no contributiva |
| De más de 600 a 800 Euros./mes | | | Minusvalía |
| De más de 800 a 1000 Euros./mes | | | Hijo a cargo |
| Más de 1000 Euros./mes | | | Orfandad |
| | | | Rentas |
| | | | IMI |
| | | | Otros. Especificar: |

1.4. SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR.

- Para el paciente es urgente encontrar trabajo remunerado
- Para la familia es urgente/prioritario encontrar trabajo remunerado

2.ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN REALIZADAS

3. DATOS FORMATIVO LABORALES

3.1.NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS

- | | |
|--|---------------------------------|
| No lee ni escribe | Titulado medio. Especificar: |
| Sin escolarizar o sin estudios (lee y escribe) | Titulado superior. Especificar: |
| Estudios primarios o EGB (1ª etapa) | Otros. Especificar: |
| Bachiller elemental, EGB (2ª etapa) o Graduado Escolar | |
| Bachiller Superior o BUP-COU | |
| Formación Profesional. Especificar Rama: | |

3.2. CURSOS DE FORMACIÓN

- Organismo:
- Organismo:
- Organismo:
- Organismo:
- Organismo:
- Organismo:

Observaciones sobre la historia de Formación:



Área III de
Salud
CSM Lorca

N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
Nombre		Nº S.S.	
1º Apellido		Nº Acto C	
2º Apellido			
Sexo			
F. Nacim.			
Edad		Dirección	
C.I.P.		Población	
		Teléfono	



3.3. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

Buscando primer empleo
Parado (no primer empleo) con subsidio
Parado (no primer empleo) sin subsidio
Trabajando. Especificar tipo de trabajo:
Estudiando. Especificar tipo de estudio y lugar
Incapacidad laboral transitoria
Incapacidad laboral permanente
 Parcial
 Total
 Absoluta
 Gran invalidez

Actividades marginales: Especificar:
Otras: Especificar:

Observaciones sobre su **HISTORIA LABORAL**:

Trabajo	Duración	Motivo finalización	Problemas
---------	----------	---------------------	-----------

3.4. APOYO DE LA FAMILIA EN EL ÁMBITO LABORAL

Aspectos positivos, negativos del núcleo familiar
Actitud de la familia
Demanda y expectativas

3.5. ÁMBITOS LABORALES o PROFESIONES DE INTERÉS

Preferencias expresadas por el usuario:
Necesidades percibidas por el profesional de referencia:
Valoración del profesional de referencia, en función de los conocimientos y habilidades del usuario:

3.6. ¿HA BUSCADO TRABAJO ALGUNA VEZ?

SI Métodos utilizados:
NO

3.7. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL USUARIO QUE PUEDEN FACILITAR O DIFICULTAR SU INTEGRACIÓN LABORAL.

El/la Trabajador Social ó
Educador

Fdo:

El/la Profesional Responsable.
De Rehabilitación:
Fdo.:

8.- Informe social de solicitud de ingreso en URME



Área III de
Salud
CSM Lorca

N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
Nombre		Nº S.S.	
1º Apellido		Nº Acto C	
2º Apellido			
Sexo			
F. Nacim.			
Edad		Dirección	
C.I.P.		Población	
		Teléfono	



INFORME SOCIAL DE SOLICITUD INGRESO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA CENTRO DE DÍA PROGRAMA TP

TRABAJADOR/A SOCIAL:

DIRIGIDO A: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "ROMÁN ALBERCA"

MOTIVO DEL INFORME: Solicitud de Plaza.

FUENTES DE INFORMACIÓN FECHA LUGAR

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

C/

POBLACIÓN: TELÉFONO: F.N.

E. C.: NACIONALIDAD: DNI:

SITUACIÓN SANITARIA:

Nº SEGURIDAD SOCIAL:

MINUSVALÍA:

2. SITUACIÓN FAMILIAR

2.1. HISTORIA FAMILIAR

2.2. DINÁMICA FAMILIAR

2.3. COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

2.4. OTROS FAMILIARES DE APOYO AL NÚCLEO

3. SITUACIÓN ECONÓMICO-LABORAL

4. SITUACIÓN CULTURAL-ESCOLAR

5. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO SOCIAL

5.1. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

5.2. RELACIONES SOCIALES Y FAMILIARES

5.3. SITUACIÓN LEGAL

5.4. RECURSOS UTILIZADOS

6. VALORACIÓN

7. PROPUESTA

Fecha:.....

Fdo.:

9.- Protocolo de Derivación a Unidad de Rehabilitación Centro-Día



Área III de
Salud
CSM Lorca

N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
Nombre		Nº S.S.	
1º Apellido		Nº Acto C	
2º Apellido			
Sexo			
F. Nacim.			
Edad		Dirección	
C.I.P.		Población	
		Teléfono	



Protocolo Derivación a Unidad de Rehabilitación Centro-Día

Nombre y Apellidos: _____ Hª Clínica _____

Fecha de derivación: _____

Diagnóstico: _____

Situación actual: (Medicación, síntomas y factores de riesgo)

DEFICITS DETECTADOS (Hacer una cruz en los que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Afrontamiento del estrés
<input type="checkbox"/>	Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento
<input type="checkbox"/>	Situación económica y residencial
<input type="checkbox"/>	Actividades de la vida diaria y autocuidados
<input type="checkbox"/>	Habilidades sociales
<input type="checkbox"/>	Habilidades ocupacionales y laborales
<input type="checkbox"/>	Convivencia familiar
<input type="checkbox"/>	Ocupación y tiempo libre
<input type="checkbox"/>	Cognitivos
<input type="checkbox"/>	Factores de riesgo (especificar:)

Terapeuta de referencia: _____

Próxima cita con el terapeuta de referencia: _____

Exploraciones e intervenciones llevadas a cabo con el paciente:

Observaciones:

10.- Propuesta de Derivación al Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)



ETAC

Equipo de Tratamiento
Asertivo Comunitario
Área Sanitaria III



PROPUESTA DE DERIVACION AL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

El ETAC del Área Sanitaria III es un programa dependiente de los Servicios de Salud Mental que proporciona atención comunitaria integral, intensiva y flexible a personas con un Trastorno Mental Grave y cuyas necesidades no pueden ser satisfechas desde el resto de programas. Se compone de 1 Psiquiatra, 2 DUEs, ½ Trabajadora Social y 1 Auxiliar.

CRITERIOS DE INCLUSION El paciente debe cumplir los siguientes criterios:

① Diagnóstico principal de un Trastorno Mental Grave (TMG) de la siguiente lista (*marcar el que corresponda*)

- F20 Esquizofrenia
- F25 Trastorno esquizoafectivo
- F31 Trastorno bipolar
- F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes
- F42 Trastorno obsesivo compulsivo

① Se acepta la Patología Dual entendida como un diagnóstico secundario de Trastorno por consumo de sustancias (F10-F19) siempre asociado al diagnóstico primario de TMG.

① Se acepta un diagnóstico secundario de Trastorno de Personalidad (F60-F62) siempre asociado al diagnóstico primario de TMG.

② Alto nivel de consumo de recursos, demostrado por (*marcar las que correspondan*)

- Ingresos hospitalarios repetidos
 - ↳ Número total de ingresos hospitalarios: ____
 - ↳ Número de ingresos hospitalarios en el último año: ____
- Frecuentador de los servicios de urgencia con demandas repetidas de ingreso

① Cuentan como ingresos los realizados en Dispositivos de corta, media y larga estancia -Unidad de Agudos, URME, Comunidades Terapéuticas, Centros residenciales privados- así como los intentos de ingreso fallidos –por ejemplo por fuga del paciente)

③ Dificultad para mantener la vinculación con los servicios del Centro de Salud Mental (*marcar las que correspondan*)

- El paciente no acude a las citas programadas en el Centro de Salud Mental
 - ↳ Número de citas perdidas con su profesional de referencia en el último año: ____
- El que acude es un familiar o conocido que ejerce de cuidador e informa sobre el estado del paciente

④ Dificultades para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito (*marcar las que correspondan*)

- Incumple con frecuencia la pauta oral de psicofármacos
- Incumple con frecuencia la pauta depot de antipsicóticos

✓ La presencia de problemática social grave (incluyendo exclusión o en riesgo de exclusión social) supone un criterio facilitador y otorgará prioridad a la hora de ser incluido en el dispositivo, pero NO supone criterio único de inclusión.

✎ Si el paciente propuesto necesita ingreso hospitalario por su descompensación psicopatológica, éste será realizado por el profesional responsable y NO por el ETAC. Nuestro equipo iniciará la intervención a partir de dicho ingreso.

CRITERIOS DE EXCLUSION El paciente NO debe cumplir ninguno de los siguientes criterios:

- ① Cualquier diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias (F10-F19) sin un diagnóstico primario de TMG
- ② Cualquier diagnóstico de Trastorno de Personalidad (F60-F62) sin un diagnóstico primario de TMG
- ③ Cualquier diagnóstico de Retraso Mental (F70-F79)
- ④ Cualquier diagnóstico de Trastorno mental orgánico (F00-F09)
- ⑤ Edad ≤16 años. No hay límite superior de edad siempre que se cumplan el resto de criterios.

10.- Propuesta de Derivación al Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)



ETAC

Equipo de Tratamiento
Asertivo Comunitario
Área Sanitaria III



PROPUESTA DE DERIVACION AL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE			
NUMERO DE HISTORIA CLINICA		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION			
TELEFONO(S) DE CONTACTO			
DIAGNOSTICO PRIMARIO (CIE-10)			
DIAGNOSTICO(S) SECUNDARIO(S) (CIE-10)			
BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA			

FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA PROPUESTA			
FECHA		FIRMA	


✓ El ETAC intentará dar respuesta escrita a la propuesta en el plazo de 15 días.

EJEMPLOS DE PROPUESTAS DE DERIVACION Y RESPUESTAS DEL ETAC

- Persona con TMG que reingresa, no acude al centro y no toma el tratamiento: ☹ (candidato ideal)
- Persona con TMG que reingresa, no acude al centro aunque sí toma el tratamiento: ☹ (y será prioritario si recibe Leponex)
- Persona con TMG que reingresa, sí acude al centro pero no toma el tratamiento: ? (caso dudoso a valorar)
- Persona con TMG que no reingresa aunque no acude al centro ni toma el tratamiento: ? (caso dudoso, ¿por qué no ingresa?)
- Persona con TMG que no reingresa, no acude al centro pero sí toma el tratamiento: ☺ (paciente desvinculado pero estable)

✓ Cualquier caso complejo o no contemplado específicamente en esta propuesta de derivación puede ser comentado directamente con el Responsable Clínico del ETAC (Dr. Carlos Oliván Roldán)

11.- Informe Clínico Psiquiátrico

 Área III de Salud CSM Lorca	N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
	Nombre		Nº S.S.	
	1º Apellido		Nº Acto C	
	2º Apellido		Dirección	
	Sexo		Población	
	F. Nacim.		Teléfono	
	Edad		C.I.P.	

INFORME CLÍNICO PSIQUIÁTRICO

Antecedentes Personales

Antecedentes Familiares

Exploración Psicopatológica

Juicio Diagnostico

Recomendaciones al Paciente

Tratamiento

Murcia a 00/00/0000


Fdo:
Dr/Dra.
Nº Colegiado/a:
Facultativo especialista en Psiquiatria

De conformidad con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos Personales y a través de la cumplimentación del presente formulario, Vd. presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales facilitados, que serán incorporados al fichero "Historias Clínicas", titularidad del Servicio Murciano de Salud, inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos.

Igualmente le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley mediante escrito dirigido al Centro de Salud Lorca.

Centro de Salud:C.S. Médico de A. Primaria:

12.- Informe Clínico Psicológico

 Área III de Salud CSM Lorca	N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
	Nombre		Nº S.S.	
	1º Apellido		Nº Acto C	
	2º Apellido			
	Sexo			
	F. Nacim.			
	Edad		Dirección	
	C.I.P.		Población	
			Teléfono	

INFORME CLÍNICO PSICOLÓGICO

Antecedentes Personales

Antecedentes Familiares

Exploración Psicopatológica

Juicio Diagnostico

Recomendaciones al Paciente

Tratamiento

Murcia a 00/00/0000

Fdo.:
Dr./Dra. D./Dª.
Nº Colegiado/a:
Psicólogo Clínico

De conformidad con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos Personales y a través de la cumplimentación del presente formulario, Vd. presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales facilitados, que serán incorporados al fichero "Historias Clínicas", titularidad del Servicio Murciano de Salud, inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos.

Igualmente le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley mediante escrito dirigido al Centro de Salud Lorca.

Centro de Salud C.S. Médico de A. Primaria:

13.- Informe Social



Área III de
Salud
CSM Lorca

N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca
Nombre		Nº S.S.	
1º Apellido		Nº Acto C	
2º Apellido			
Sexo			
F. Nacim.			
Edad		Dirección	
C.I.P.		Población	
		Teléfono	



INFORME SOCIAL

TRABAJADORA SOCIAL:

DIRIGIDO A

MOTIVO DEL INFORME

FUENTES DE INFORMACIÓN

FECHA00/00/0000

LUGAR:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS

DIRECCIÓN:

POBLACION:

TLF:

F.N.:

E.C.:

NACIONALIDAD:

D.N.I.:

SITUACIÓN SANITARIA:

Nº SEGURIDAD SOCIAL:

MINUSVALIA :

DEPENDENCIA:

2. SITUACIÓN FAMILIAR

2.1. HISTORIA FAMILIAR

2.2. DINAMICA FAMILIAR

2.3. COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

Nombre y apellidos

Parentesco

F. nacimiento

E. Civil

Profesión

2.4. OTROS FAMILIARES DE APOYO AL NÚCLEO

3.SITUACIÓN ECONOMICO-LABORAL

4.SITUACIÓN CULTURAL-ESCOLAR

5.CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO SOCIAL

5.1 SITUACION DE LA VIVIENDA

5.2. RELACIONES SOCIALES Y FAMILIARES

5.3 SITUACION LEGAL

5.4. RECURSOS UTILIZADOS



6. VALORACIÓN

7. PROPUESTA

Murcia, de de .

Fdo:

15.- Informe administración antipsicótico de liberación prolongada en CS/CSM

 <p>Área III de Salud Hospital Rafael Méndez Ctra. Nal 340 km 589 30800 Lorca (Murcia) Tif. 968 44 55 00</p>	N.H.C.		Servicio	Salud Mental Adultos Lorca	
	Nombre		Nº S.S.		
	1º Apellido		Nº Acto C.		
	2º Apellido		Cns. Ext.		
	Sexo		Dirección		
	F. Nacim.		Poblacion		
	Edad		C. Postal		
	C.I.P.		Teléfono		
	Tif. Centro				

Pág. 1 de 1

**PACIENTE INCLUIDO EN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE SALUD MENTAL.
Administración antipsicótico parenteral de liberación prolongada en Centro de Salud/Centro de Salud Mental**

:	
:	

-
-
-

00/00/0000

Dr.Dra.:
Nº Colegiado:
CIAS:

16.- Autorización para recogida y tratamiento de datos



AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE DATOS

PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL SOCIO SANITARIA SALUD MENTAL

ENTIDADES
CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE:
CENTRO DE SALUD MENTAL DE:
CENTRO CONCERTADO:

PACIENTE
NOMBRE Y APELLIDOS:
DNI:
TUTOR:

Por favor, antes de firmar lea detenidamente esta información.

Mediante la cumplimentación y firma del presente documento, el interesado/a acepta y autoriza expresamente que sus datos personales sean tratados en la forma y CON LAS LIMITACIONES Y DERECHOS QUE RECOGE LA Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

Asimismo se le informa de lo siguiente:

1. Con la firma de este documento, el interesado declara haber sido informado/a y autoriza a las entidades citadas para que realicen consulta en ficheros públicos y compartan información entre los profesionales que le atienden, con el objetivo de proporcionarle una atención integral a su situación socio sanitaria.
2. De conformidad con la vigente legislación, el interesado podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los ficheros de las entidades arriba mencionadas en la forma prevista en la citada Ley Orgánica 15/1999 y en su reglamento de desarrollo y de los cuales son responsables de su custodia, respectivamente:

ENTIDAD	RESPONSABLE DEL FICHERO

Murcia, de de 2014

Fdo.:

17.- Volante de derivación a CAD desde el CSM-Lorca

VOLANTE DE DERIVACIÓN AL C.A.D. DESDE EL C.S.M.

NOMBRE DEL PACIENTE:

Nº DE HISTORIA:

DIAGNÓSTICO:

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:

OBJETIVO TERAPÉUTICO:

PROFESIONAL QUE DERIVA:

DERIVACIÓN PARCIAL¹ / PSICOLOGÍA CAD (MANTIENE PSIQUIATRA EN LA UNIDAD DE PROCEDENCIA).

DERIVACIÓN PARCIAL / PSIQUIATRÍA CAD (MANTIENE PSICÓLOGO EN UNIDAD DE PROCEDENCIA).

DERIVACIÓN COMPLETA².

FECHA DE DERIVACIÓN:

¹ CUANDO SE EFECTUE UNA DERIVACIÓN ES RECOMENDABLE PROCEDER A LA ANULACIÓN DE LAS CITAS DEL PACIENTE PENDIENTES CON EL PROFESIONAL DE ORIGEN QUE LE DEJE DE TRATAR PARA EVITAR DUPLICIDADES Y CONFUSIÓN TANTO EN EL PROPIO PACIENTE COMO EN LA UNIDAD DE DESTINO.

² SE CONSIDERA CONVENIENTE QUE EL PROFESIONAL QUE EFECTUE LA DERIVACIÓN VALORE PONERLO EN CONOCIMIENTO DEL RESTO PROFESIONALES AFECTADOS DE LA UNIDAD DE PROCEDENCIA (EN CASO DE QUE EN EL PACIENTE ESTUVIERA EN TRATAMIENTO POR MÁS DE UN PROFESIONAL DE ESA UNIDAD).

18.- Hoja Interconsulta a otros servicios sanitarios del Hospital Universitario Rafael Méndez



Hospital Rafael Méndez



N.º H.ª Clínica:

Apellidos:

Nombre:

Habit.:

Cama:

INTERCONSULTA

Del Servicio o Sección _____

Al Servicio o Sección _____

PETICION DE INFORME

Fecha:

Firma:

INFORME

Fecha:

Firma:

