

PROCESO DE ATENCIÓN EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

Dirección General de Asistencia Sanitaria
Servicio de A Dirección Técnica de Atención Primaria.
Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria.



Coordinación

Concepción Velasco Velado. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria.
M^a Ángeles Álvarez López. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria

Apoyo metodológico

M^a Eugenia Fernández Rodríguez. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Programas Asistenciales

Grupo de trabajo

Dña. Araceli Sánchez García. Psiquiatra. Ávila
Dña. Silvia Cuesta Merino. Psiquiatra. Burgos
Dña. Carmen Bardón García. Trabajadora Social. León
Dña. Yolanda Zapico Merayo. Psiquiatra. El Bierzo
D. Francisco Carlos Ruiz Sanz. Psiquiatra. Palencia
D. José Antonio Benito Sánchez. Psicólogo. Salamanca
D. Jorge Arévalo Ferrera. Psicólogo. Segovia
Dña. Rosario Álvarez Pérez. Enfermera. Segovia
Dña. Susana Alcalde Palacios. Psicóloga. Soria
Dña Rosario Villa Carcedo. Servicios Centrales. Valladolid
Dña. M^a José García Busnadiago. Trabajadora Social. Valladolid Este
Dña Belén de Dios de la Fuente. Enfermera. Valladolid Oeste
Dña. Antonia M^a del Brío González. Psiquiatra. Zamora



INTRODUCCIÓN

El modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental es el modelo vigente en la mayoría de los Sistemas de Salud de los países desarrollados, también en nuestra comunidad. Dentro de este modelo, la atención ambulatoria llevada a cabo en los Equipos de Salud Mental constituye el elemento central de la organización asistencial. El Equipo de Salud Mental es en sí mismo la puerta de entrada al sistema, así como el dispositivo donde pivota el proceso terapéutico de cada paciente, desde él se ha de garantizar la equidad en la atención, la atención integral y coordinada que se consigue con el equipo multidisciplinar, la continuidad de cuidados, así como todos los demás principios básicos del modelo comunitario que se recogen en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Aceptando que esta es la base teórica a seguir, la realidad en nuestra comunidad está siendo la necesidad de refuerzo de muchos de los aspectos del modelo comunitario. Se necesita potenciar el trabajo en equipo, la multidisciplinaridad coordinada, la consecución de programas generales y específicos. Otra de las debilidades detectadas en nuestro sistema es la falta de homogeneidad en el funcionamiento de los distintos ESM de la comunidad.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades detectadas en la asistencia dispensada en los ESM se elabora el actual documento. Es el fruto del trabajo de un equipo humano que ha intentado cumplir con el objetivo de construir una guía para revitalizar el modelo comunitario y garantizar que los pacientes de nuestra comunidad estén tratados con las mismas directrices en cualquiera de los ESM.

Una de las fortalezas de este documento es la metodología de trabajo que hemos empleado. Se empezó por reunir un equipo de trabajo en el que han tenido cabida con la misma relevancia, todos los niveles profesionales que integran el equipo multidisciplinar del ESM (médicos especialistas en psiquiatría, psicólogos clínicos, enfermería y trabajo social) y representantes del Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria de la Gerencia Regional de Salud.



Otro aspecto metodológico a destacar, es que todas las decisiones se han tomado por consenso, incluso en algunos momentos críticos en los que conseguirlo ha sido muy costoso.

En la elaboración de este proceso se ha utilizado como herramienta de trabajo para ofrecer mayores niveles de calidad, la Gestión por Procesos. Con ello se garantiza que tanto la organización asistencial como las actividades clínicas se orienten a satisfacer las necesidades de pacientes y usuarios, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible.

A los profesionales que trabajamos en lo ESM nos aporta una guía de en qué fase del proceso asistencial se encuadran en cada momento las distintas actividades asistenciales.

Hay que destacar como puntos críticos varios aspectos, los ya mencionados y otros con especial relevancia, como la derivación directa desde Atención Primaria en base a la elaboración de criterios de derivación diferenciados para psiquiatras y psicólogos clínicos, así como la reorganización de las tareas en base a la capacitación profesional, creándose para ello agendas para todas y cada una de las categorías profesionales que componen el equipo multidisciplinar.

La elaboración de este documento ha sido un proceso largo, que ha requerido un esfuerzo mantenido para ir superando las dificultades que han ido surgiendo, pero que para los miembros del equipo de trabajo, ha sido siempre un reto motivador y un esfuerzo gratificante al fin. Deseamos con ello poder cumplir los objetivos planteados.

PROCESO DE ATENCIÓN EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

- 1.- MISIÓN, CLIENTES Y LÍMITES DEL PROCESO
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- FLUJOGRAMA.
- 4.- ACTIVIDADES:
 - SUBPROCESO 1: RECEPCIÓN
 - SUBPROCESO 2: ADMISIÓN
 - SUBPROCESO 3: DESARROLLO DEL PLAN TERAPÉUTICO
- 5.- BIBLIOGRAFÍA
- 6.- INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROCESO

1.

MISIÓN DEL PROCESO

La misión de este proceso será atender los problemas de Salud Mental de la población adulta del distrito correspondiente, coherente con el modelo comunitario de atención a la Salud Mental, a través de un abordaje integral y multiprofesional, garantizando la accesibilidad, la continuidad de cuidados en las patologías que lo requieran y la integración con el resto de niveles asistenciales sanitarios, para un uso eficiente de los recursos.

CLIENTES DEL PROCESO

Nuestros clientes son aquellas Personas mayores de 18 años que necesitan atención ambulatoria de salud mental, los profesionales de los ESM, de Atención Primaria y del resto de especialidades Médicas del Área de salud.

ALCANCE DEL PROCESO

INICIO DEL PROCESO

Con la demanda de atención en el ESM.

FINAL DEL PROCESO

Lo termina el ESM ante la consecución de los objetivos planteados o finaliza con el abandono del paciente.



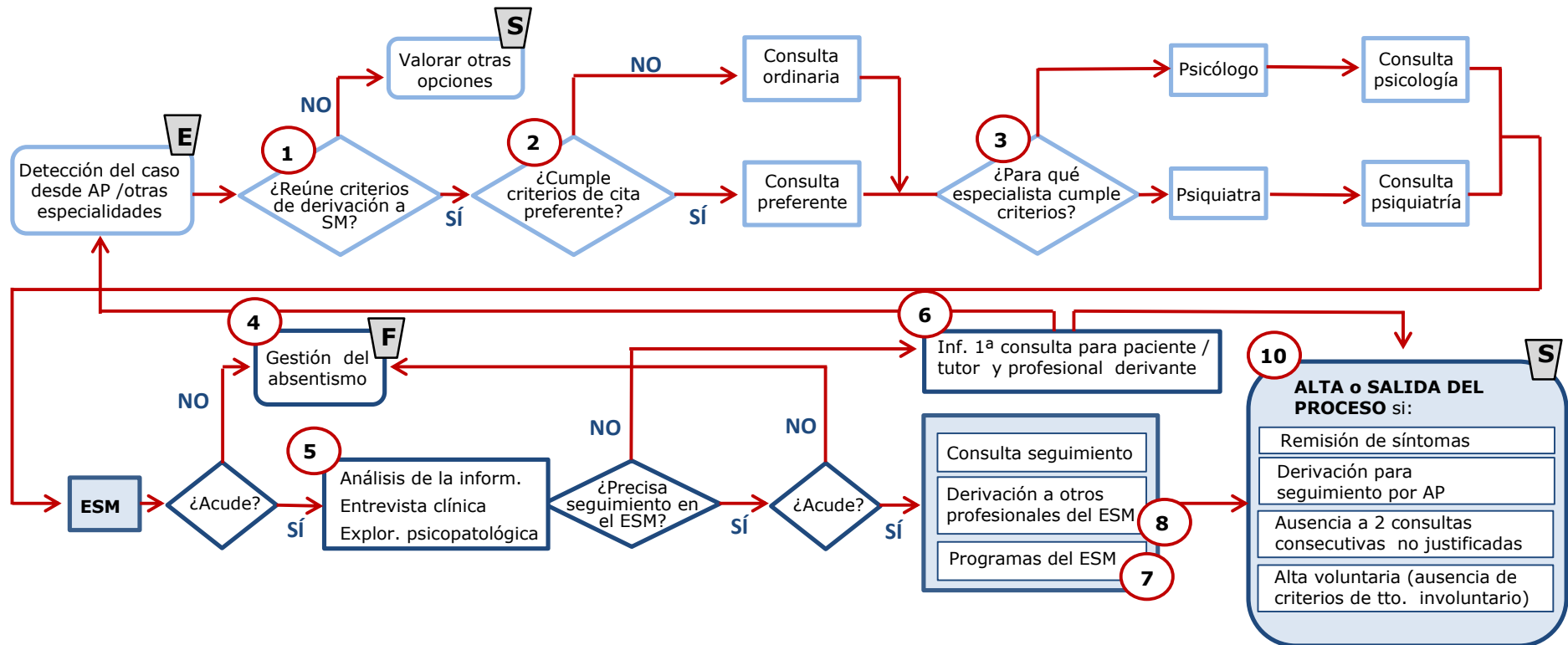
2.

OBJETIVOS

- Potenciar las actividades de promoción y prevención de la Salud Mental.
- Establecer un procedimiento estructurado en la derivación y gestión de los recursos en los ESM de adultos de la Comunidad de Castilla y León.
- Mejorar la accesibilidad y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, para una mejora de la atención.



3. FLUJograma



4.

ACTIVIDADES

SUBPROCESO 1: RECEPCIÓN EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Criterios consensuados, de derivación a Psiquiatría y Psicología.	Ficha 1	Médico de AP y Especializada.	
Carácter de las consultas.	Ficha 2	Equipo Multidisciplinar.	
Organización de la agenda en SM.	Ficha 3	Equipo Multidisciplinar.	
Gestión del absentismo.	Ficha 4	Equipo Multidisciplinar.	

Ficha 1: Criterios de derivación a Salud Mental: Psiquiatría y Psicología Clínica

Objetivos	Mejorar la accesibilidad, aumentar la especificidad de la intervención, evitando dobles consultas innecesarias
Quién	Médico de Atención Primaria, Médico de Atención especializada.
Cuándo	<p>CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ante el riesgo de suicidio y/o heteroagresividad, relacionado con problemas de salud mental - Ante sospecha de Trastorno psicótico - Cuando el estado clínico del paciente le impida realizar actividades de baja complejidad - Patología Dual y adicciones comportamentales graves y complicadas - Cuando existan protocolos que requieran la intervención del especialista en SM - En aquellos casos que no responden al tratamiento farmacológico adecuado y en tiempo suficiente, en Atención Primaria
Cómo	Una vez satisfechos los criterios de derivación a Salud Mental , se derivará al profesional de Psiquiatría/Psicología Clínica teniendo en cuenta lo siguiente:

DERIVACIÓN A **PSIQUIATRÍA**

- Trastornos psicóticos
- Pacientes con Patología Dual (Drogo dependencias-TM/ Discapacidad Intelectual- TM)
- Los casos que no responden al tratamiento farmacológico adecuado y suficiente en tiempo en Atención Primaria
- En los casos que exista un protocolo que requiera la intervención del especialista Psiquiatría
- Otros motivos de consulta que requieren la intervención del especialista en Psiquiatría
-

DERIVACIÓN A **PSICOLOGÍA CLÍNICA**

- En adicciones comportamentales graves y complicadas.
- Trastornos adaptativos graves con clínica compleja
- Trastornos de personalidad
- Fobias específicas que generen alteración importante en la funcionalidad
- En los casos que exista un protocolo que requiera la intervención del especialista en Psicología Clínica
- Otros motivos de consulta que requieren la intervención del especialista en Psicología Clínica

CRITERIOS de CONSULTA **PREFERENTE** a Salud Mental

- Riesgo de suicidio.
- Descompensación psicótica o brote psicótico, excluyendo patología somática.



Ficha 2: Carácter de las consultas

Objetivo Diferenciar las distintas consultas en SM, clasificar las mismas para una mayor eficiencia de la agenda, priorizar la intervención necesaria y organizar la asistencia según la demanda.

- **CONSULTA NUEVA:**

Consulta originada a petición externa y que resulta el primer contacto con la red de SM del Área, o cuando no es el primer contacto pero tiene alta previa.

- **CONSULTA PREFERENTE:** Las atendidas con especial premura, es decir, que no esperan al primer hueco ordinario, sino que son incluidas en huecos previos (como máximo una demora de 15 días), señalando la excepcionalidad para el riesgo de suicidio, de atención antes de 7 días.

- o Los que acuden con volante preferente de su MAP

- o Los pacientes para los que desde otras unidades del Servicio de Psiquiatría (Unidad de agudos, Convalecencia, Rehabilitación, etc.) se solicita consulta preferente.

- **REVISIÓN A PETICIÓN DE PSIQUIATRA/PSICÓLOGO CLÍNICO (RPP):** Consulta nueva para el profesional pero no en la Red de SM, se originan por solicitud de otro especialista de la red de SM. A efectos estadísticos (RPP) tiene carácter mixto: se codifica como revisión, pero el tiempo asignado es el de consulta nueva (45 min.)

- **REVISIÓN:**

- o **Ordinaria:** Cualquier consulta solicitada por los diversos profesionales de los distintos dispositivos del Servicio de Psiquiatría, generada tras la primera consulta, que es atendido en el ESM (No de alta).

- o **Demanda no programada/Urgente:** La que se atiende con carácter extraordinario en el mismo día, a demanda de los pacientes o a petición del MAP/otro especialista, debidamente documentada y justificada.

Ficha 3: Organización de la agenda en SM

Objetivo Definir y organizar la actividad de los profesionales del ESM, para optimizar la gestión del tiempo y favorecer la calidad de la asistencia.

Las agendas de todos los profesionales de los Equipos de Salud Mental/ Atención Ambulatoria, tienen que contemplar actividades relacionadas con:

1. **COORDINACIÓN**
2. **ASISTENCIAL**
3. **DOCENTE**
4. **GESTIÓN**
5. **INVESTIGADORA**

1. **ACTIVIDADES de COORDINACIÓN**

Se incluyen: Reuniones de equipo, Reuniones de coordinación con el resto de dispositivos de la red de SM, Reuniones de coordinación con aquellos profesionales de instituciones o recursos fuera del ámbito de SM (AP, EMP, ECBs, CTSS, S. Sociales, EPAP, Fundaciones tutelares, etc.), contactos telefónico, audioconferencias, etc.

MÍNIMOS DE COORDINACIÓN:

- ✓ 1 Reunión de equipo multidisciplinar/semanal
- ✓ 1 Reunión con el Coordinador de AP/semestral
- ✓ 1 Reunión/semanal* con otros dispositivos de la red (Unidad de hospitalización, U. Rehab., CRPS...).
- ✓ 1 Reunión/mensual* con otros profesionales o ámbitos, Área, etc.

TIEMPO/SEMANAL ASIGNADO EN LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES DE LOS ESM, A LAS ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN:

- 🕒 Profesional de **psiquiatría: 4 h**
- 🕒 Profesional de **Psicología Clínica: 4 h**
- 🕒 Profesional de **Enfermería: 5 h**
- 🕒 Profesional de **Trabajo Social: 7 h 30 min.**

*Excepto la reunión del equipo multidisciplinar, que implica a todos los profesionales, el resto pueden ser realizadas por distintos miembros del equipo.

2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

PROFESIONAL DE PSIQUIATRÍA

Contempla los siguientes aspectos:

Consultas nuevas, Revisiones (Ordinarias, Preferentes, Revisión no programada, RPP), intervención grupal* e Intervención telefónica.

- ⌚ Consulta Nueva 45 min.
- ⌚ Revisiones 20 min.
- ⌚ RPP. 45 min.
- ⌚ Consulta Preferente/ Revisión no Programada/ Consulta telefónica/ 30 minutos
- ⌚ Actividad grupal: 1h

Agenda **semanal** en ESM para profesionales de Psiquiatría

- ✓ **10** Consultas Nuevas/ RPP (Incluidas 2 preferentes)
- ✓ **43** Revisiones Ordinarias (Incluidas 5 preferentes)

*La actividad grupal computará como una actividad específica de SM, se restará del tiempo asignado a revisiones.

PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Contempla los siguientes aspectos:

Consultas nuevas, Revisiones (Ordinarias, Preferentes, Revisión no programada, RPP), intervención grupal*, intervención telefónica y pruebas psicodiagnósticas**

- ⌚ Consulta Nueva 45min.
- ⌚ Revisiones 30min.
- ⌚ RPP. 45 min
- ⌚ Actividad grupal: 1h
- ⌚ Administración de pruebas de evaluación diagnóstica

Agenda **semanal** en ESM para profesionales de Psicología

- ✓ **7** Consultas (Nueva, RPP) (Incluida 1 preferente)
- ✓ **38** Revisiones Ordinarias (Incluida 1 preferente)

*La actividad grupal computará como una actividad específica de SM, se restará del tiempo asignado a revisiones

**La realización de pruebas psicodiagnósticas, computará como actividad específica de SM, y el tiempo adjudicado se retraerá de las revisiones.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Contempla los siguientes aspectos:

Consultas de enfermería (Nuevos, seguimiento y pacientes en GC), Intervención grupal*, Visita domiciliaria**, Atención al cuidador e Intervención telefónica

- ⊕ Consulta de Enfermería: 30min.
- ⊕ Visita domiciliaria: 1 hora
- ⊕ Intervención Grupal: 1 hora
- ⊕ Atención al cuidador: 30 min
- ⊕ Intervención telefónica: 15 min

Agenda **semanal** en ESM para profesionales de Enfermería

- ⊕ Intervención grupal*: **1 h**
- ⊕ Visitas domiciliarias**: **5 h**
- ⊕ Intervenciones telefónicas: **4h 45 min / 19**
- ⊕ Intervenciones cuidador principal: **2h 30 min/ 5**
- ⊕ Consultas de enfermería: **10 h/ 20** (incluye 1 preferente)

* La actividad grupal computará como una actividad específica de SM, se restará del tiempo asignado a revisiones La actividad grupal computará como una actividad específica de SM.

**El tiempo requerido para realizar las Visitas Domiciliaria semanales fuera mayor del asignado, se restará del número de consultas de enfermería en el Centro de Salud Mental.

PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Contempla los siguientes aspectos:

Consulta de TS o de Atención directa a usuarios y familia (Nuevos, Seguimiento y pacientes en GC), Intervención grupal*, atención domiciliaria**, Atención al cuidador y Atención telefónica

- ⊕ Consulta de Trabajo Social: 30min.
- ⊕ Atención domiciliaria: 1 hora
- ⊕ Intervención Grupal: 1 hora
- ⊕ Atención al cuidador: 30 min
- ⊕ Intervención telefónica: 15 min

Agenda **semanal** en ESM para profesionales de Trabajo Social

- ⊕ Intervención grupal*: **1 h**
- ⊕ Intervención Comunitaria: **6h**
- ⊕ Intervención telefónica: **4h 45 min/ 19**
- ⊕ Intervenciones cuidador principal: **2h 30 min/5**
- ⊕ Consultas de Trabajo Social: **6h 30 min/13** (Incluye 1 preferente)

*La actividad grupal computará como una actividad específica de SM, se restará del tiempo asignado a revisiones

** Si el tiempo requerido para realizar las Intervenciones en la Comunidad semanal, fuera mayor del asignado, se restará del número de consultas de Trabajo Social en el Centro de Salud Mental.

3. **COMPETENCIAS DOCENTES**

Incluyen actividades relacionadas con la formación en SM a futuros profesionales y especialistas, así como colaborar en la formación de otros profesionales.

- Mínimos docentes para todos los profesionales del Equipo multidisciplinar: 1 sesión específica /anual

4. **Las ACTIVIDADES de GESTIÓN**

Están definidas para la realización de informes, cumplimiento de registros, programación de objetivos, programación, etc.

5. **INVESTIGACIÓN**

Incluye estudios relacionados con la clínica, objeto de presentaciones científicas, publicaciones, ensayos clínicos, etc

- Mínimos investigación: Participación en trabajos científicos, proyectos de investigación, etc



Tiempo/Semanal asignado en las agendas de los profesionales de los ESM, a las actividades de Gestión, Docencia e Investigación: **7h 30 min**

Ficha 4: Gestión del absentismo

Objetivo	<input checked="" type="checkbox"/> Unificar actitud asistencial ante el paciente que no acude. <input checked="" type="checkbox"/> Prevenir el absentismo en Salud Mental. <input checked="" type="checkbox"/> Establecer estrategias para reducir el impacto.
Quién	I-Atención Primaria, II-Servicio de Citaciones, III-Servicio de Psiquiatría.
Cuándo	<p>Fase I: El MAP ante la Derivación del Paciente a SM.</p> <p>Fase II: El Servicio de Citaciones ante la emisión de la cita de un usuario a la consulta de SM.</p> <p>Fase III: El Servicio de Psiquiatría como respuesta ante el absentismo a la consulta referida.</p>
Cómo	<p>Fase I: <u>Identificación del paciente con riesgo de absentismo.</u> Los estudios señalan que presentan mayor riesgo de absentismo los varones de menor edad, con problemas de abuso de sustancias como diagnóstico principal o comórbido. El MAP no deberá derivar a solicitud de familiares sin la presencia del paciente o sin asegurarse de la aceptación salvo en el caso de incapacitación legal.</p> <p>Fase II: El Servicio de Citaciones enviará información de la consulta adjudicada, haciendo énfasis en el perjuicio para el paciente y de otros usuarios, el no acudir.</p> <p>El servicio de citaciones facilitará estrategias para el cambio de cita, insistiendo a los usuarios sobre la necesidad de avisar con antelación.</p> <p>El servicio de citaciones establecerá estrategias de recuerdo de consulta con 24/48h de antelación.</p> <p>Fase III: Se realizará un registro de causas de absentismo (lista de espera, derivación inadecuada, solución del proceso, asistencia fuera del sistema público, otros).</p> <p>Se notificará al profesional derivante la no asistencia del paciente.</p> <p>Consulta nueva: Si se comunica con antelación la no asistencia a una consulta nueva, se remitirá la derivación al servicio de citaciones para otra consulta (no contabilizable en lista de espera).</p> <p>En las consultas de revisión, <u>se considera alta</u> dos absentismos consecutivos no justificados o la solicitud de nueva consulta con 6 meses de retraso.</p>
Dónde	Consulta de Atención Primaria, Servicio de Citaciones, Unidad de Salud Mental.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de consulta, HCE. - Informe Resumen sobre estudio de absentismo.



SUBPROCESO 2: ADMISIÓN EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

Conjunto de actividades clínicas que realizan los profesionales del ESM, durante la primera consulta y que finaliza con la propuesta de un plan terapéutico (emisión de la siguiente cita, la inclusión en un programa, la derivación a otro dispositivo de Salud Mental) y/o alta.

Se inicia cuando el paciente acude a la primera consulta programada del Psiquiatra o Psicólogo/a Clínico/a y finaliza con el plan terapéutico (emisión de la siguiente cita, la inclusión en un programa, la derivación a otro dispositivo de Salud Mental) y/o alta por el ESM.

El responsable del proceso es el especialista en Psiquiatría o Psicología Clínica del caso.

Objetivos

- Recibir información del caso a través de las fuentes (H^a Clínica, Hoja de derivación, informes previos).
- Realizar la entrevista Clínica y Exploración Psicopatológica y pruebas complementarias, en los casos que proceda.
- Aproximación diagnóstica.
- Presentar, si procede, un plan terapéutico y de seguimiento que incluya una o varias de las siguientes opciones:
 - Propuesta y puesta en marcha de un tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.
 - Propuesta de inclusión en programa específico.
 - Derivación a otros profesionales del equipo
 - Derivación a un dispositivo de la red sanitaria de Salud Mental.
 - Derivación a otro dispositivo sanitario.
 - Alta e informe a su Médico de AP/especialista, según proceda.



ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Objetivos mínimos de 1ª consulta en el ESM.	Ficha 5	Profesional de Psiquiatría y Psicología Clínica.	Historia clínica
Derivación a otros profesionales/dispositivos.	Ficha 6	Profesional de Psiquiatría y Psicología Clínica.	Historia clínica

Ficha 5: Objetivos mínimos de la 1ª consulta en el ESM

Objetivo	Recoger información de un paciente y proporcionar una propuesta terapéutica destinada al abordaje del problema
Quién	Psiquiatra / Psicólogo/a Clínico/a.
Cuándo	En la primera consulta.
Cómo	Fases: <ul style="list-style-type: none">- Análisis de la información disponible.<ul style="list-style-type: none">• A través del informe de derivación.• Exámenes complementarios e información clínica y documental que aporta el paciente.• Historia previa de SM, si se dispone (Infanto-juvenil/adultos).- Entrevista clínica.- Exploración psicopatológica.- Informe de primera consulta para el paciente y/o representante legal y profesional derivante, que incluya:<ul style="list-style-type: none">• Impresión clínica.• Solicitud de pruebas: Analítica/ Psicodiagnóstico/ Derivación a otros especialistas.• Tratamiento/Propuesta de tratamiento.
Dónde	Consulta Psiquiatra, Psicólogo/a Clínico/a.
Documentación asociada	Hoja de informe, volante de derivación HCE, hojas de petición de interconsulta, pruebas complementarias, etc. Decreto 1001/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica

Ficha 6: Derivación a otros profesionales/dispositivos

Objetivo	Adecuar los recursos de la red asistencial a la demanda planteada
Quién	Psiquiatra / Psicólogo/a Clínico/a.
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando la intervención requerida supera las posibilidades del ESM (p.e. patologías a tratar en otras áreas de especialización, requerimientos de contención o intensidad de actividad terapéutica no posibles en el ESM...). - Cuando la intervención indicada es realizada de manera especializada por otro dispositivo. - Cuando se requiere un seguimiento, pero el proceso de intervención no es pertinente que sea realizado en el ESM (p.e. para el seguimiento en su EAP).
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación a dispositivos asistenciales del Área de Salud Mental: <ul style="list-style-type: none"> • Información y propuesta al paciente. • Cumplimentación del protocolo de derivación acordado en el Área. - Derivación a EAP <ul style="list-style-type: none"> • Remisión de información pertinente al MAP - Derivación para valoración y/o atención si se precisa por otros especialistas: <ul style="list-style-type: none"> • Información al paciente • Cumplimentación del protocolo acordado en el Área.
Dónde	Consulta Psiquiatra/Psicólogo/a Clínico/a
Documentación asociada	<p>Protocolos de derivación establecidos en el Área de Salud o el Área de Salud Mental. Informes de alta si la derivación implica el alta del ESM (a MAP/ otras especialidades).</p>

SUBPROCESO 3: DESARROLLO DEL PLAN TERAPÉUTICO

ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Programas del ESM	Ficha 7	Equipo multidisciplinar	HC
Derivación a otros profesionales	Ficha 8	Equipo Multidisciplinar	HC
Cambio de profesional en el ESM	Ficha 9	Equipo multidisciplinar	HC
Criterios de Alta en el ESM	Ficha 10	Psiquiatra/Psicólogo Clínico	HC

Ficha 7: Programas del ESM

Objetivo	Ofrecer, de forma organizada, procesos de atención orientados a mejorar la continuidad de la asistencia, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar el funcionamiento social y calidad de vida de las personas incluidos en ellos.
Quién	El equipo multidisciplinar.
Cuándo	Cuando se detecte un caso que cumple criterios de inclusión en alguno de los programas señalados.
Cuáles	<ul style="list-style-type: none">- PROCESO DE ATENCIÓN AL TRASTORNO CRÓNICO COMPLEJO/GESTIÓN DE CASOS.- PROCESO DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.- PROCESO DE ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA.- PROCESO DE ATENCIÓN DE 1º EPISODIOS PSICÓTICOS.- PROCESO DE ALTA RESOLUCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL DEL ADULTO.
Dónde	ESM
Documentación asociada	Pendiente de desarrollo de los siguientes procesos: Proceso de Atención a los Trastornos de personalidad, proceso de Atención a 1º brotes Psicóticos, Proceso de alta resolución del Trastorno Mental del Adulto.

Ficha 8: Derivación a otros profesionales del ESM

Objetivo	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer un plan de intervención que aborde de forma integral los problemas de salud de la persona. <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar una asistencia coordinada que integre los aspectos bio-psico-sociales de acuerdo a las necesidades terapéuticas del paciente. <input checked="" type="checkbox"/> Garantizar el seguimiento del paciente en aquellos casos que se precise. <input checked="" type="checkbox"/> Asegurar la mejor eficiencia de los recursos.		
Quién	Equipo multidisciplinar: Psiquiatra, Psicólogo/a Clínico/a, Enfermero/a, Trabajador Social.		
Cuándo	Cuando se considere que el paciente puede beneficiarse específicamente de la intervención de otro miembro del equipo.		
Cómo	<p><u>CRITERIOS DE DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA</u></p> <p>En aquellos casos en los que está demostrada la eficacia de la intervención del profesional derivado a través de la evidencia, o viene establecido en los programas al respecto.</p>	<p><u>CRITERIOS DE DERIVACIÓN A PSICOLOGÍA CLÍNICA</u></p> <p>En aquellos casos en los que está demostrada la eficacia de intervención del profesional derivado a través de la evidencia, o viene establecido en los programas al respecto.</p>	
	<p><u>CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ENFERMERÍA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Todos los pacientes incluidos o susceptibles de ser incluidos, en el Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo en Salud Mental (Gestión de Casos). → Los pacientes con riesgo de suicidio que puedan beneficiarse del seguimiento y cuidados de enfermería. → Cualquier paciente que necesite atención y cuidados por parte del profesional de enfermería. → Cualquier paciente que se pueda beneficiar de un programa que desarrolle de forma específica el Profesional de enfermería. 	<p><u>CRITERIOS DE DERIVACIÓN A TRABAJADO SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Todos los pacientes incluidos o susceptibles de ser incluidos, en el Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo en Salud Mental (Gestión de Casos) → Pacientes que presentan riesgo o problemática social relacionada con la situación familiar, económica, laboral-ocupacional y el contexto social: → Cuando el protocolo establecido requiera la intervención del Trabajador Social → Todos aquellos casos que puedan beneficiarse de la intervención específica del Trabajador Social 	
Dónde	Equipo de Salud Mental.		

Ficha 9: Cambio de profesional facultativo en el ESM

Objetivo	Asegurar el cumplimiento de la normativa vigente respecto al cambio de profesional en SM Establecer las situaciones que justifican la aceptación de cambio de profesional
Quién	El paciente y/o tutor y el profesional facultativo del ESM implicado
Cuándo	<ul style="list-style-type: none">- Cuando el paciente verbaliza su intención de cambio.- Cuando llega la solicitud escrita de cambio.
Cómo	<ol style="list-style-type: none">1º - Se redirigirá al solicitante al servicio de Atención al Paciente.2º - Como principio general la solicitud de cambio que no sea aceptada, se motivará de forma justificada en la Historia Clínica el rechazo de tal solicitud.
Dónde	En ESM.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none">- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación a su salud.- Real decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud.

Ficha 10: Criterios de Alta en el ESM

Objetivo	Reincorporar al paciente a su medio habitual, con la documentación clínica pertinente, asegurando la continuidad asistencial en los casos que se requiera.
Quién	Psiquiatra y/o Psicólogo/a Clínico/a del ESM.
Cuándo	<ol style="list-style-type: none">1. Remisión del proceso que justificaron la demanda.2. Derivación para seguimiento y control por AP, de un proceso activo.3. Cuando el paciente deje de acudir a dos consultas consecutivas programadas sin causa justificada.4. Todo paciente que lleve más de un año sin acudir a la Unidad de Salud Mental.5. Cuando el paciente es derivado a otras Unidades especializadas.6. Cuando el paciente y/o tutor legal solicita Alta voluntaria y no reúne criterios de tratamiento involuntario.
Cómo	Mediante la realización de informe clínico de Alta.
Dónde	En ESM.
Documentación asociada	Informe de Alta. Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

5.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Lorca/Águilas. Documento técnico Procesos de Unidad de Rehabilitación. Murcia. 2009.
- Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Organización, funcionamiento y evaluación de Centros de Salud Mental Atención Infanto-Juvenil. Murcia. 1995.
- Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Badajoz. 2008.
- Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Badajoz. 2008.
- Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia. Badajoz. 2007.
- Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias. Gran Canaria. 2006.
- Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León
- Duro Martínez JC. Estudio sobre la psicología clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. La perspectiva de los profesionales. Madrid. 2013.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/instituciones/planes-estrategias>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Documento de Consenso de Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y León
- Junta de Castilla y León. Documento de Consenso. Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2013.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría (BOE nº 224, de 16 de septiembre de 2008). Madrid. 2008.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (BOE nº 146, de 17 de junio de 2009). Madrid. 2009.





- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. (BOE nº 123, de 24 de mayo de 2011). Madrid. 2011.
- Servicio Aragonés de Salud. Guía de Cuidados. Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón. Zaragoza. 2003.
- Servicio Extremeño de Salud. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia. Badajoz. 2007.



6.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROCESO

- Se dispone de un plan de implementación del proceso en el Área.
- % de pacientes atendidos en 1ª consulta con informe para AP, respecto al nº total de pacientes de 1ª consulta en el periodo correspondiente
- % de pacientes en 1ª consulta que se ajustan a los criterios de derivación a SM, respecto al nº total de pacientes en 1ª consulta en el periodo de correspondiente
- % de pacientes que no acuden a 1ª consulta, respecto al nº total de pacientes de 1ª consulta (tasa de absentismo) en el periodo correspondiente.
- % de pacientes con motivo de alta según criterios 3-4 y 6, respecto al nº total de pacientes atendidos, en el periodo de un año.
- % de pacientes de 1ª consulta derivados para atención social, respecto al nº total de pacientes nuevos, en el periodo correspondiente
- % de pacientes de 1ª consulta derivados a un programa específico de enfermería, en relación al nº total de pacientes nuevos, en el periodo correspondiente

Revisión del documento: **Enero 2020**

