



GESTIÓN DE CASOS EN SALUD MENTAL: PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE SM

Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Gerencia Regional de Salud



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. Sara Escribano Sánchez. Psiquiatra. Ávila
Dña. Ana Cuéllar Martín. Médica de Atención Primaria. Burgos
Dña. Isabel Abad Pinillos. Socióloga. Burgos
D. Ángel Lozano de las Morenas. Representante de pacientes y familiares con enfermedad Mental. Gerente de FEAFES
Dña. M^a José Martínez Fernández. Trabajadora Social. León
Dña. Teresa Cañas Cañas. Psiquiatra. Palencia
D. Ángel Martín Sánchez. Psicólogo. Salamanca
Dña. Alicia de la Calle Sanz. Terapeuta Ocupacional. Segovia
Dña. Sonia Encabo Franco. Psicóloga. Soria
Dña. Esther Cembranos García. Trabajadora Social. Gerencia de Servicios Sociales. Valladolid
D. Eduardo Lamarca Pinto: Médico de Emergencias. Valladolid
Dña. M^a Aranzazu Pérez Carranza. Enfermera. Valladolid Este
Dña Belén Ferradas Gonzalez. Trabajadora Social. Valladolid Oeste
Dña. Ana Castaño Villarroel. Enfermera. Zamora



INTRODUCCIÓN

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN SALUD MENTAL

- 1.- Misión, objetivos y profesionales que intervienen.
- 2.- Trastorno Crónico Complejo en Salud Mental.
- 3.- Límites de entrada y salida.
- 4.- Necesidades y expectativas de pacientes y familiares.
- 5.- Flujograma.
- 6.- Actividades:
 - 6.1 Subproceso 1: Acogida en el programa, Valoración integral del paciente, Realización de Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), Seguimiento y alta
 - 6.2 Subproceso 2: Coordinación

INDICADORES DE EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS



INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las enfermedades crónicas en las sociedades avanzadas va en aumento debido a múltiples factores, entre los que cabe destacar el aumento de la esperanza de vida y los cambios en los hábitos de vida junto a otros fenómenos complejos, ligados a los avances biomédicos y al desarrollo económico, siendo su atención, uno de los principales retos de nuestro sistema sanitario.

La creciente presencia de pluripatología y su mayor complejidad, como fenómenos asociados a la cronicidad, suponen retos adicionales que obligan a repensar el modelo de prestación de servicios sanitarios y sociales, y el rol que los diferentes agentes pueden prestar en el mismo.

El modelo de atención curativa, de contactos episódicos y centrados en procesos agudos, no es el más adecuado para el paciente crónico en general, y en especial para el paciente de SM, puesto que la respuesta a la cronicidad requiere de un modelo de atención integrado, donde la coordinación entre niveles asistenciales sea imprescindible y la familia o los cuidadores informales cobren un papel relevante; un modelo donde el profesional "individual" no es suficiente, donde el curar no es el objetivo prioritario y empieza a serlo el cuidar, mantener, apoyar, mejorar la calidad de vida de pacientes y familias, y donde "el equipo multidisciplinar" se pone en valor; un modelo que sea capaz de responder a las necesidades plurales de las personas con enfermedades crónicas y complejas, que tenga en cuenta, además de la enfermedad, la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar, especialmente del cuidador principal, y que aborde las respuestas humanas que todo ello genera.

La complejidad de estos pacientes, sus altas demandas de cuidados y recursos sanitarios, familiares y sociales, precisa de un sistema de atención que desde el modelo comunitario, impacte en los determinantes sociosanitarios y mejore la coordinación intersectorial y de los recursos disponibles.

El proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo (Gestión de Casos) de Salud Mental, se enmarca dentro de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León, cuya elaboración y desarrollo, lo convierte en un instrumento para mejorar la atención de aquellas personas con problemas de Salud Mental, graves déficits y dificultades importantes para mantenerse de manera autónoma en la comunidad, en los que es habitual la falta de conciencia de enfermedad, baja demanda asistencial, escasa adherencia terapéutica, y dificultad para el acceso a los recursos disponibles.

Al ser un grupo de población con frecuente comorbilidad, vulnerabilidad, dependencia, complejidad de cuidados y elevado consumo de recursos sociosanitarios, se hace necesario una gestión integral del caso en su conjunto, necesitando cuidados fundamentalmente profesionales, que requieren un **Gestor del Caso** y estrategias que posibiliten su mantenimiento en su entorno social y familiar.

Este proceso está insertado en los Equipos de SM de adultos y participarán en su desarrollo, todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Servicios Sociales y otros recursos Sociosanitarios.



En este proceso, cuando se hace referencia al Equipo Multidisciplinar de los Equipos de Salud Mental, se incluye a los profesionales de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional (siempre que dentro de algún dispositivo de la red se cuente con este profesional, y se considere necesaria su intervención en cualquier punto del proceso).

Los profesionales de Trabajo Social serán los referentes en el ámbito social de las personas incluidas en el Modelo integrado de Atención Sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.

PRINCIPIOS RECTORES

- Se fundamenta en una concepción biopsicosocial y comunitaria de la atención a la Salud Mental.
- Se basa en la coordinación efectiva entre los servicios de Salud Mental, Atención Primaria, la red de Servicios Sociales, y otros agentes comunitarios, asegurando la continuidad de la atención, buscando soluciones prácticas y lo más comunitarias posibles.
- Precisa de un funcionamiento en red, que supone el contacto fluido entre los integrantes de la misma, compartiendo objetivos y estrategias, con una asignación clara de responsabilidades y competencias y una cultura asistencial coherente, que garantice una adecuada transferencia de la información entre las diferentes estructuras que intervienen.
- Requiere de un trabajo en equipo: El equipo multidisciplinar es el instrumento básico de atención, asegurando la coherencia del proceso, evitando vacíos o duplicidades para el abordaje integral del caso.
- Establece la proactividad como valor añadido desde el ámbito asistencial específico de Salud Mental.
- Pretende conseguir pacientes informados y empoderados, cediéndoles el protagonismo, capacitándolos para el autocuidado y para afrontar y autogestionar su proceso de manera activa y autónoma, participando en la toma de decisiones y que adquieran un compromiso y responsabilidad sobre su propia salud.



1.

MISIÓN DEL PROCESO

La misión de este proceso es prestar una atención integral e integrada a la persona con un Trastorno Crónico Complejo en Salud Mental, acorde a sus necesidades, a través de un proceso de recuperación gradual, sostenido en el tiempo, para que alcance su mayor nivel de autonomía, superando síntomas y discapacidades.

OBJETIVO GENERAL

Garantizar el acceso y la continuidad de cuidados, a través de la coordinación interdisciplinar, de aquellas personas con un Trastorno Crónico Complejo en SM, para los que se hace necesario una mayor intensidad en las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, atendiendo sus necesidades en su entorno familiar habitual, y contribuir a mejorar estabilidad clínica, favoreciendo la autonomía e integración comunitaria, obteniendo como resultado una reducción de recaídas e ingresos hospitalarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evitar las interrupciones y/o abandonos de tratamiento y conseguir la adherencia y la continuidad terapéutica.



- Monitorizar el proceso terapéutico y de recuperación en el medio comunitario.
- Favorecer el acceso y uso eficaz a los recursos sociales y sanitarios.
- Asegurar la coordinación entre profesionales, sistemas, servicios y programas implicados.
- Favorecer la participación del paciente y su familia en actividades encaminadas a la recuperación, que reduzcan el impacto de la enfermedad sobre la autonomía personal y mejoren la capacidad para el autocuidado y la integración social.
- Prevenir las complicaciones de la enfermedad.
- Atender las necesidades y demandas del paciente y familia.
- Mejorar la satisfacción de usuarios y profesionales con valoración de necesidades para la mejora de prestaciones asistenciales.

AGENTES QUE INTERVIENEN

Profesionales de la red de SM, AP, Servicios Sociales, Recursos Sociosanitarios y Asociaciones de pacientes y familiares.



2.

TRASTORNO CRÓNICO COMPLEJO EN SALUD MENTAL

En este proceso, se define el Trastorno Crónico Complejo, a través de tres aspectos:

2.1 Duración de la enfermedad

En este proceso se utiliza como criterio de duración, una evolución del trastorno de **dos años o más**, o un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos **6 meses**, tomando como referencia la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave.

2.2 Diagnóstico médico

Los diagnósticos principales que se incluyen en este proceso, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS 2003), son los siguientes:

- F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29: Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico, Trastorno delirante, Trastorno psicótico compartido, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno psicótico no especificado, otros trastornos psicóticos de origen no orgánico. Trastorno Esquizofrénico residual.



- F31: Trastorno bipolar con mala evolución.
- F32.3, F33: Trastornos depresivos mayores graves y recurrentes.
- F60: Trastornos de la personalidad severos.
- F42: Trastorno obsesivo compulsivo.
- F50: Trastornos de la conducta alimentaria.
- Otros trastornos mentales que por su duración y gravedad sean subsidiarios de ser incluidos.

Con **exclusión** de aquellos casos que tengan como diagnóstico único:

- Trastornos mentales orgánicos (F00-09).
- Retraso mental (F70-79).
- Abuso y dependencia de sustancia psicotrópicas, como diagnóstico único y exclusivo (F10-F19).

2.3 Déficit en el funcionamiento personal y/o psicosocial que será evaluado por la escala **PSP**, (con una Puntuación igual o menor de 60), siendo necesario identificar los **Diagnósticos de Enfermería**, (Clasificación NANDA 2015) y los **Diagnósticos Sociales** (CIE-10 y DSM 5), relacionados con el paciente y la familia, que justifiquen la necesidad de cuidados específicos y las necesidades sociales.

Entre otros:

Diagnósticos de Enfermería (NANDA 2015):

- 00078 Gestión ineficaz de la propia salud.
- 00080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar.
- 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud.
- 00188 Conductas de riesgo para la salud.
- 00079 Incumplimiento.
- 00069 Afrontamiento ineficaz.
- 00052 Deterioro de la interacción social.
- 00055 Desempeño inefectivo del rol.
- 00063 Procesos familiares disfuncionales.
- 00053 Aislamiento social.

Diagnósticos psicosociales (DSM 5): (Z 55.9-65.9)

- Problemas educativos y laborales.
- Problemas de vivienda y económicos.
- Otros problemas relacionados con el entorno social.
- Problemas relacionados con delincuencia o interacción con el sistema legal.
- Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales.



3.

LÍMITES DE ENTRADA

- Personas mayores de 18 años, que cumpliendo los criterios de Trastorno Crónico Complejo en Salud Mental, el Equipo multidisciplinar decide su inclusión en el proceso.

LÍMITES DE SALIDA

- Una vez logrados los objetivos propuestos, continuar en seguimiento menos intensivo y complejo.
- Traslado de distrito sanitario.
- Fallecimiento del paciente.
- Alta voluntaria (si no reúne criterios para tratamiento involuntario).

4.

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PACIENTES Y FAMILIARES

Para incorporar la visión de las personas con Trastorno Crónico Complejo y sus familiares a este Proceso, se realizó un estudio cualitativo al objeto de conocer sus necesidades, opiniones y expectativas, e identificar aquellas situaciones que facilitarían la información, la participación activa en la gestión de su propia salud y la toma de decisiones.

Para responder a los objetivos del estudio, la metodología de recogida de información se llevó a cabo con técnicas de tipo cualitativo (2 Grupos focales, uno de pacientes y otro de familiares), desarrollado en las siguientes fases:

- Revisión de la literatura científica sobre el tema de estudio.
- Diseño de los guiones para la conducción de los grupos.
- Selección y reclutamiento de los participantes.
- Trabajo de campo: 2 grupos focales, uno de personas afectadas de Trastorno Crónico Grave de SM y otro de familiares.
- Análisis de la información y Resultados.
- Conclusiones.

La selección de los participantes fue realizada por la Federación Salud Mental Castilla y León, tomando como referencia criterios de heterogeneidad, para obtener información sobre diferentes experiencias y puntos de vista, y de homogeneidad que facilitarían la comunicación entre los asistentes.

El grupo de pacientes estuvo constituido por un total de 9 personas: 1 mujer y 8 hombres, que pertenecían a las asociaciones de las distintas provincias de la Comunidad de Castilla y León. Se buscaron personas que padecieran un trastorno con más de 10 años de evolución, siendo el diagnóstico médico mayoritario de Esquizofrenia Paranoide. Todos pertenecían a la Federación Salud Mental Castilla y León.

Los mismos criterios se aplicaron para el grupo de familiares, participando un total de 8 personas: 6 mujeres y 2 hombres, todos cuidadores de personas con un Trastorno Crónico Complejo, cuya relación familiar era además de padre/madre, dos hermanas y una sobrina que tutelaba a su tío. Como en el grupo de pacientes, en el grupo de familiares, predominaba el diagnóstico médico de Esquizofrenia Paranoide.

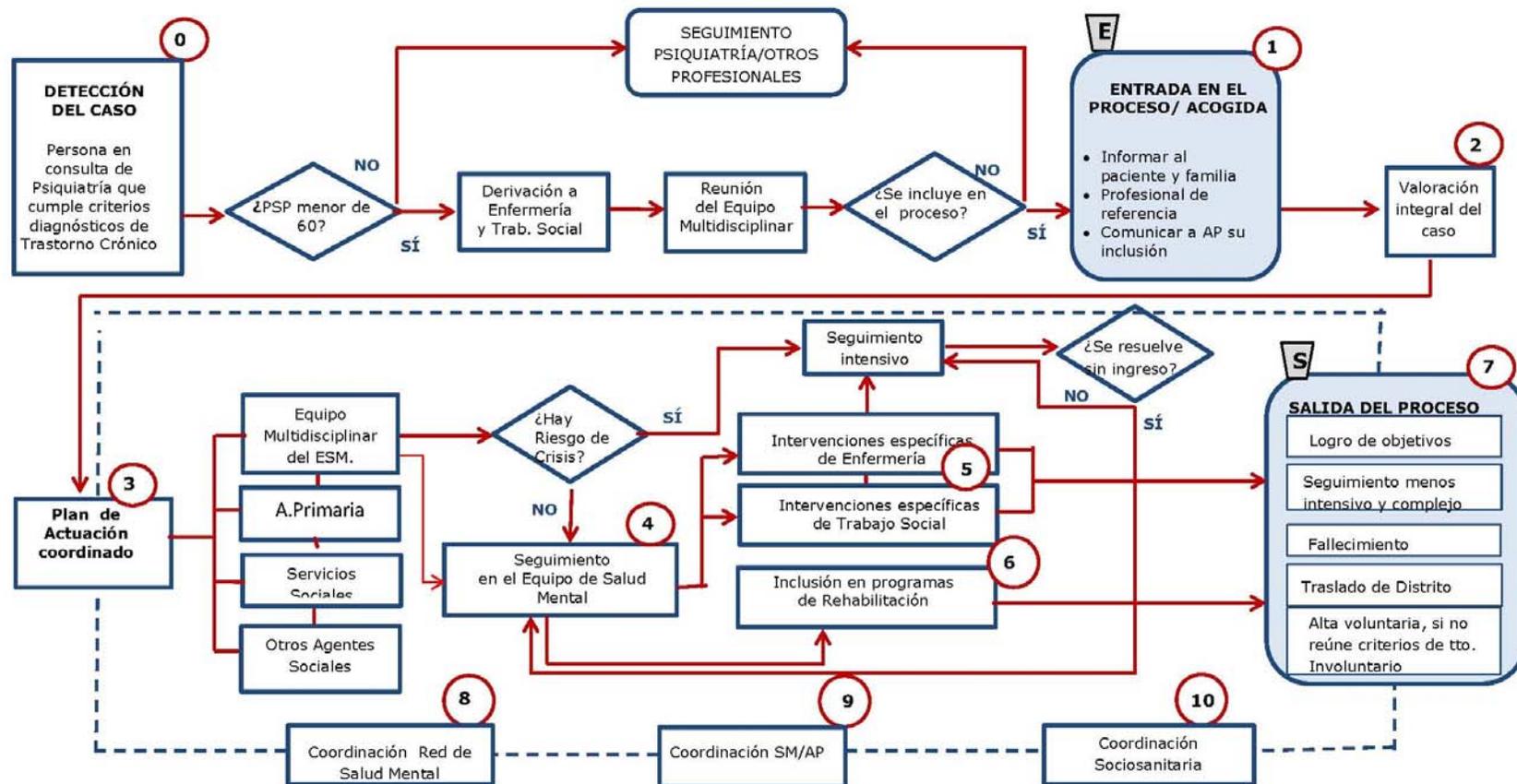
Aunque no es objeto de este estudio, se observa que en el rol de paciente prevalece el género masculino y en el rol de cuidador, hay mayoritariamente presencia femenina.

En función de los resultados obtenidos, se destacan las conclusiones más relevantes:

1. Los pacientes y familiares solicitan información de la enfermedad en todos los momentos de su proceso, desde el momento del diagnóstico, incluyendo el tratamiento y sus efectos y las actividades rehabilitadoras, por lo que conseguir pacientes y familiares informados se conforma como un aspecto clave en el desarrollo de este proceso.

2. La información debe estar adaptada a su nivel de comprensión, y explícitamente los pacientes solicitan no ser tratados como “discapacitados intelectuales” por los profesionales que les atienden, lo que supone que la lucha contra el estigma debe iniciarse dentro del propio sistema sanitario.
3. Los Pacientes y Familiares depositan en la figura del psiquiatra todas sus expectativas de atención, escucha, cuidados e información, lo que evidencia la necesidad de potenciar otros roles profesionales del equipo asistencial, tanto en Atención Especializada como de Atención Primaria.
4. Es necesario establecer medidas para mejorar la continuidad de cuidados hospitalarios y comunitarios y definir formas de comunicación interniveles.
5. La demanda reiterada de los familiares sobre la necesidad de tratamiento en Unidades de hospitalización psiquiátrica e ingreso (U. de Agudos, Rehabilitación, Convalecencia, etc), se conforma como prioritario, lo que evidencia la importancia de ofrecer cuidado y apoyo al cuidador principal y a la familia, realizando intervenciones profesionales dirigidas específicamente a ambos.

5. FLUJOGRAMA



6 ■ ACTIVIDADES

Subproceso 1: Valoración integral, elaboración del PIT, seguimiento y alta

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Detección del caso	Ficha 0	Psiquiatra	Historia Clínica
Acogida en el proceso.	Ficha 1	Psiquiatra, Gestor del caso	Historia Clínica
Valoración integral del paciente.	Ficha 2	Equipo multidisciplinar	Historia Clínica
Elaboración/actualización del plan intervención.	Ficha 3	Equipo multidisciplinar	Historia Clínica
Seguimiento Salud Mental.	Ficha 4	Equipo multidisciplinar	Historia Clínica
Intervenciones Específicas	Ficha 5	Equipo multidisciplinar	Historia Clínica
Inclusión en programas específicos de rehabilitación	Ficha 6	Equipo multidisciplinar	Historia Clínica
Alta en el proceso	Ficha 7	Equipo multidisciplinar	Historia Clínica

Ficha 0. Detección del caso y derivación a otros profesionales

Objetivo	- Garantizar la intervención multidisciplinar, la coordinación y el seguimiento del paciente crónico, para retrasar y evitar la progresión de la enfermedad, la discapacidad, el estigma y la exclusión.
Quién	Psiquiatra
Cuándo	Cuando el diagnóstico (CIE-10) de los señalados para el Trastorno Crónico Complejo, tiene una duración de dos años o más, y/o un deterioro progresivo y marcado en su funcionamiento personal y social, evaluado con la escala PSP (< o igual que 60).
Cómo	Derivando al profesional de Enfermería y Trabajador/a Social, para la identificación de los diagnósticos de enfermería y diagnósticos sociales, que asociados al déficit funcional, lo determinan como paciente complejo
Dónde	En la consulta de Psiquiatría del ESM
Documentación asociada	Anexo I: Escala de Funcionamiento personal y social PSP

Ficha 1. Acogida en el Proceso

Objetivo	- Informar al paciente y la familia de su inclusión en el Proceso de Atención al Trastorno Crónico Complejo y obtener la aceptación y compromiso del paciente y la familia
Quién	Gestor del Caso
Cuándo	Cuando el equipo multidisciplinar decide su inclusión.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará el método de trabajo y se informará al paciente y familia de su inclusión en el proceso, así como las intervenciones que implica: <ul style="list-style-type: none"> - Abordaje multidisciplinar. - Disponer de un profesional de referencia. - Seguimiento proactivo estructurado, adaptado a sus necesidades. - Participación activa del paciente y familia en el proceso. - Educación para el autocuidado. - Apoyo a la familia y cuidadores. - Apoyo psicosocial y ayuda en la toma de decisiones. - Intervención en la comunidad. Visita domiciliaria. • Recogida/actualización de datos para su registro: domicilio, teléfono, persona de referencia, apoyos, etc., temas de interés del paciente, problemas relacionados con su vida diaria, nivel de autonomía, registrando la aceptación y el compromiso del paciente y la familia de la inclusión en el proceso, etc. • Comunicación a AP de la inclusión del paciente en el proceso, para establecer un trabajo conjunto y coordinado.
Dónde	En Centro de Salud Mental, en la consulta del profesional que le atiende, o domicilio.
Documentación asociada	HCE

Ficha 2. Valoración integral del paciente

Objetivo	- Realizar la valoración multidimensional de la persona con un Trastorno Crónico Complejo de SM, para cuantificar los problemas, necesidades y capacidades, en la esfera clínica, funcional, mental y social.
Quién	Equipo multidisciplinar del ESM
Cuándo	Desde su inclusión en el proceso, en un plazo no superior a 15 días.
Cómo	La valoración multidimensional debe incluir, como mínimo: antecedentes y estado de salud actual, exploración psicopatológica, funcionalidad personal y social, valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon (MG), diagnósticos de enfermería, recursos personales y del entorno para hacer frente a su situación, nivel y estilos de afrontamiento, presencia del cuidador familiar o formal, valoración de necesidades sociales, diagnósticos sociales y de recursos sociosanitarios, revisión de medicación y régimen terapéutico. Para realizar esta valoración se emplearán la entrevista clínica, la visita domiciliaria, y las escalas validadas que se requieran.
Dónde	Centro de Salud Mental y domicilio.
Documentación asociada	Anexo II: Documento de Valoración Social en Salud Mental. Anexo III: Valoración de enfermería por patrones funcionales de MG.

Ficha 3. Elaboración/actualización PIT (Plan Individualizado de Tratamiento)

Objetivo	- Establecer y priorizar las intervenciones y seguimiento del paciente en coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales y otros recursos , en función de su necesidades
Quién	Profesionales del Equipo multidisciplinar de SM, profesionales de AP, SS y el resto de agentes sociales implicados en el caso.
Cuándo	La elaboración del PIT se hará después de la valoración integral inicial, y en el primer mes, tras su inclusión. La actualización se llevará a cabo: <ul style="list-style-type: none"> • Ante cambios en su situación clínica o sociofamiliar. • Tras el alta hospitalaria o de otro recurso/dispositivo. Si no existen cambios significativos, la revisión de objetivos se hará de forma semestral .
Cómo	Fijando objetivos consensuados con el paciente y familia, en los siguientes ámbitos: <ul style="list-style-type: none"> • El equipo Multidisciplinar del ESM. • Comisión de Área Psiquiátrica. • Equipo Mixto Provincial. • AP y el resto de recursos que intervengan. Estableciendo contacto telefónico o presencial con los recursos implicados (AP, SS, etc.), especificando el interlocutor de los diferentes ámbitos. El PIT comprenderá: <ul style="list-style-type: none"> • Control evolutivo: psicopatológico, factores de riesgo, Salud Física, tratamiento psicofarmacológico prescrito, etc. • Plan de cuidados. • Plan de intervención social y familiar, cuando proceda. • Objetivos para la Recuperación, estableciendo las actividades de rehabilitación comunitaria y/o la inclusión en dispositivos específicos. • El plan de intervención conjunta y cronograma para la revisión de objetivos.
Dónde	En el lugar que se decida que facilite la coordinación.
Documentación asociada	HCE, Informe paciente, Informe AP.

Ficha 4: Seguimiento en el ESM

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la continuidad asistencial, mejorar la adherencia terapéutica y evitar, demorar o minimizar el riesgo de crisis. - Tras valorar los resultados y objetivos planteados en el PIT, adaptar la intervención y los posibles cambios en función de la situación clínica y social del paciente
Quién	Equipo Multidisciplinar del ESM
Cuándo	Desde la inclusión en el proceso de atención, y en función de las necesidades del paciente. Tras el alta hospitalaria En riesgo de crisis, cuando la gravedad de la situación y la contención del paciente y el entorno, lo permiten.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la consulta programada y no programada, la visita domiciliaria y la intervención en la comunidad. • Planificando y coordinando el alta hospitalaria, entre el ESM y el dispositivo que corresponda, a través de las estructuras de coordinación establecidas a tal fin, con la periodicidad acordada. • En todos los casos habrá que establecer la periodicidad del seguimiento de cada profesional, en base a los objetivos acordados y las necesidades individuales del paciente y la familia. • La coordinación con los profesionales de SS y AP, se realizará de forma periódica, programada o a demanda de cualquiera de los agentes implicados en su atención. <ul style="list-style-type: none"> * Detección de Pródromos: Poner en conocimiento del Equipo multidisciplinar y AP * Ajuste farmacológico, si precisa * Detectar causas de descompensación, para incidir en ellas. * Seguimiento intensivo: Garantizar consulta a demanda/RPP de psiquiatra de referencia y contacto del profesional de enfermería diario (telefónico/presencial), hasta desaparecer riesgo. • En riesgo de crisis:
Dónde	Según la situación social y clínica del paciente: En Centro de Salud Mental, otros dispositivos, ámbito residencial o domicilio.
Documtción. Asoc	Historia Clínica

Ficha 5: Intervenciones específicas de Enfermería y Trabajo Social en la Gestión de Casos

Objetivo	- Lograr la recuperación, fomentar la autonomía, el autocuidado y la integración comunitaria, favoreciendo la permanencia del paciente en su entorno.	
Quién	Profesionales de Enfermería y Trabajo Social	
Cuándo	Según quede establecido en el PIT	
Cómo	En la consulta específica del profesional y/o domicilio/comunidad	
	<p style="text-align: center;"><u>ENFERMERÍA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ★ Prestación de cuidados profesionales ★ Cuidados específicos al cuidador principal ★ Coordinación de la continuidad asistencial ★ Atención en la comunidad 	<p style="text-align: center;"><u>TRABAJO SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ★ Información, Orientación y Asesoramiento ★ Integración Comunitaria ★ Intervención Familiar ★ Integración Laboral y Social
Dónde	Consultas SM, AP, domicilio, comunidad	
Documentación asociada	Historia Clínica	

Ficha 6: Inclusión en programas de Rehabilitación Psicosocial

Objetivo	- Conseguir la recuperación de las habilidades, lograr el máximo nivel de autonomía y la integración en su entorno de referencia
Quién	Equipo multidisciplinar del dispositivo en el que se encuentre el paciente
Cuándo	Tras la realización del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), de manera continua.
Cómo	<p>Durante este periodo se ejecutarán las actividades/programas rehabilitadores existentes en cada dispositivo, decididos en el PIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de AVD´s • Educación para la salud • Rehabilitación cognitiva • Habilidades sociales • Autocontrol • Conciencia y conocimiento de la enfermedad • Psicomotricidad • Integración sociocomunitaria • Búsqueda de empleo o rehabilitación laboral • Relajación • Ocio saludable • Apoyo familiar
Dónde	Dispositivo, Comunidad y Domicilio.
Documentación asociada	Historia Clínica

Ficha 7: Gestión del Alta en el Proceso

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la continuidad asistencial del paciente en Gestión de Casos y su familia, en coordinación con otros profesionales sanitarios y sociales. - Adecuar el plan de intervención y seguimiento tras la consecución de los objetivos establecidos
Quién	El Equipo Multidisciplinar del ESM, en coordinación con AP y otros agentes sociales intervinientes en el caso.
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez logrados los objetivos propuestos. • Traslado de distrito sanitario • Fallecimiento • Alta voluntaria del paciente
Cómo	<p>A través de las estructuras de coordinación establecidas por el ESM con AP y otros agentes sociales intervinientes en el caso, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planificar de forma conjunta las actuaciones, para normalizar el seguimiento, con una menor intensidad en las intervenciones. - Informar al paciente y familia de la salida del proceso - Registrar la salida del proceso
Dónde	Centro de Salud Mental
Documentación asociada	Historia Clínica

Subproceso 2: Coordinación

La coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos (Starfield 2002; Terraza et al. 2006) y se centra en la interacción entre proveedores. Se trata de un proceso complejo que depende del grado de especialización clínica, el nivel y tipo de interdependencias de las actividades asistenciales y el grado de incertidumbre de la atención asociada con la capacidad para procesar información y la variabilidad en la respuesta del paciente (Ovretveit 1995; Shortell et al. 1996). Cuando alcanza su grado máximo, decimos que la atención está integrada (Glendinning et al. 2002).

Se distinguen dos tipos de coordinación:

1.1 Coordinación de información

Por coordinación de información se entiende la transferencia y el uso de información de episodios anteriores para la atención actual al paciente. La manera en la que los profesionales se transmiten la información es importante para unir los eventos anteriores con los actuales y para adaptar la atención a las necesidades de los pacientes (Reid et al. 2002). La coordinación de información está definida por dos dimensiones: la transferencia y la utilización de información.

- *Transferencia de la información clínica:* es el intercambio de información sobre el paciente entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención, mediante mecanismos formales e informales.

- *Utilización de mecanismos de transferencia:* es el uso de la información sobre circunstancias y eventos del paciente atendidos previamente en un nivel asistencial, para orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual que recibe atención en otro nivel asistencial.

1.2 Coordinación de la gestión

La coordinación de la gestión es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y niveles de atención que participan. La coordinación de la gestión se define a partir de dos dimensiones, el seguimiento del paciente y de la coherencia de la atención.

- *El seguimiento del paciente:* hace referencia al seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro (por ejemplo, por parte del primer nivel de atención después del alta hospitalaria o la consulta al especialista).
- *La coherencia de la atención:* implica la existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Coordinación Red de Salud Mental	Ficha 8	Profesionales de la red de SM.	Historia Clínica
Coordinación con Atención Primaria	Ficha 9	Profesionales de Salud Mental y de Atención Primaria	Medora Historia Clínica
Coordinación Sociosanitaria	Ficha 10	Profesionales de Salud Mental, profesionales de Atención Primaria, CEAS, y de todas las instituciones en contacto con el caso	Historia Clínica Informes Actas de ECBs Actas C. Sociosanitaria Actas de E.Mixto Provincial. Expedientes de derivación

Ficha 8: Coordinación en la Red de Salud Mental

Objetivo	- Revisar de forma multidisciplinar los casos , adoptar acuerdos sobre itinerario del paciente
Quién	Todos los profesionales de la red de SM
Cuándo	En las reuniones establecidas entre los dispositivos de la red de SM, con la periodicidad acordada y de forma excepcional, siempre que se considere necesario revisar de forma multidisciplinar los casos.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación interna de los E.S.M*. (mínimo 1/mes) • Reuniones de coordinación del ESM con el resto de dispositivos* • Reuniones de la Comisión de Área*. • Reuniones de coordinación interna con el resto de dispositivos de la red*, con la periodicidad que se haya establecido con cada dispositivo. <p>*Excepto la reunión del equipo multidisciplinar, que implica a todos los profesionales del ESM, el resto pueden ser realizadas por distintos miembros del equipo.</p>
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> • En los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos y Actas. • Historia Clínica • Protocolos de derivación

Ficha 9: Coordinación entre el ESM y Atención Primaria

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la continuidad de cuidados en los distintos niveles de atención - Garantizar la cartera de servicios de AP a las personas con TM - Proporcionar apoyo especializado a profesionales de AP
Quién	Profesionales de AP y profesionales de los Equipos de Salud Mental
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el momento de la inclusión en el proceso • En situaciones puntuales que requieran la coordinación de ambos niveles (ingreso, abandono de tratamiento, riesgo de crisis, etc.)
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto telefónico • Visitas presenciales cuando requiera AP • Comunicación desde el Equipo de Salud Mental a los profesionales de referencia de AP, del plan de intervención establecido. • Reunión en los casos que se requiera para revisión de casos complejos. • Formación de los profesionales de Atención Primaria para el abordaje conjunto del caso. • Coordinación para la administración, control de medicación y seguimiento, siempre que se requiera
Dónde	En el Centro de Salud
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de comunicación del Plan Individualizado de Atención (PIA) • H.C.

Ficha 10: Coordinación Sociosanitaria

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una respuesta unificada a las múltiples y distintas necesidades sanitarias y sociales - Prevenir las complicaciones asociadas a la patología crónica, a través de la promoción de la salud y de la autonomía - Prevención de la situación de dependencia - Detección precoz e intervención precoz ante el riesgo de agudización del proceso, a través de una actitud proactiva.
Quién	Profesionales de SM, Gerencia de Servicios Sociales, Servicios Sociales Municipales, y otros proveedores de servicios o agentes sociales, movimiento asociativo.
Cuándo	En el momento de la inclusión en el proceso de gestión de casos
Cómo	<p>A través del Modelo integrado de Atención Sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones puntuales convocadas para la coordinación de casos complejos con aquellos profesionales de instituciones o recursos que estén o puedan estar comprometidos con él. • Reuniones del Equipo Mixto Provincial y Regional. • Reuniones de la Comisión Técnica Sociosanitaria.
Dónde	En las sedes de cualquiera de los dispositivos anteriormente señalados.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos y Actas • Expedientes administrativos • H.C • Documento del Proceso integrado de Atención Sociosanitaria

INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. Disponer en el área de un plan de implementación del proceso.
2. % de personas incluidas en el proceso con evaluación completa de salud física por parte de AP, respecto al nº total de personas incluidas.
3. Disponer en el ESM de un programa de apoyo y formación a los familiares de personas con un Trastorno Crónico Complejo en SM.
4. Tasa de ingresos de pacientes incluidos en el proceso en la unidad de hospitalización Psiquiátrica, respecto al nº total de ingresos en la Unidad.

Revisión del documento: **Octubre 2020**

BIBLIOGRAFÍA

1. AGÈNCIA D'AVALUACIÓ DE TECNOLOGIA I RECERCA MÈDIQUES. Guía de Práctica Clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa. Barcelona. 2003. (AETRM).
2. LEHMAN AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56. (APA).
3. CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. (CPA). *Can J Psychiatry*. 2005
4. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el adulto. 2008
5. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. 2009
6. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. 2009
7. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Guía Clínica sobre el manejo de la esquizofrenia y psicosis en el adulto. 2014
8. PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS IN THE MANAGEMENT OF SCHIZOPHRENIA. SIGN Publication No. 30. October 1998. (SIGN)

9. ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. *Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Jan-Feb;39(1-2):1-30. (RANZCP).
10. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *Ambiente terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía*. 2010
11. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave*. 2012
12. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *Guía de práctica clínica para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y en salud mental*. 2015
13. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental*. 2016
14. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en los Centros de Salud Mental*
15. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. *Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena*. 2008



**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria

16. TALAVERA VALVERDE, MA. *Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>*

ANEXO I:

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL PSP

Entrevista para la administración de la Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP)

ID/DNI: _____ Fecha: _____

Introducción: Voy a hacerte algunas preguntas relativas al último mes (o desde la visita previa) ¿Puedes decirme, en general, cómo has estado en el último mes?

Autocuidado

¿Dónde vives? ¿Qué tal te has cuidado durante el último mes (o desde la visita previa)?

¿Debes tomar algún medicamento diariamente? ¿Y lo tomas como debes hacerlo? ¿Alguien tiene que recordártelo o ayudarte a tomarlo?

¿Dirías que por término medio, has comido al menos dos veces al día durante el último mes (o desde la visita previa)? ¿Alguien tiene que recordártelo o ayudarte a hacerlo? ¿Con qué frecuencia?

¿Con qué frecuencia te bañas o duchas? ¿Alguien tiene que recordártelo o ayudarte a hacerlo? ¿Con qué frecuencia?

¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? ¿Alguien te lo recuerda o te ayuda a hacerlo? ¿Con qué frecuencia?

¿Cuál ha sido tu aspecto durante el último mes (o desde la visita previa)?

¿Con qué frecuencia te lavas la cabeza? ¿Alguien tiene que recordártelo o ayudarte?

¿Con qué frecuencia te lavas, o echas a lavar la ropa? ¿Alguien tiene que recordártelo o ayudarte?

Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el **último mes (o desde la visita previa)** en esta área teniendo en cuenta los siguientes criterios operativos.

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcado	Grave	Muy Grave
A) Autocuidado	<input type="checkbox"/>					

Actividades Sociales Habituales

¿Cómo has empleado tu tiempo durante el último mes (o desde la visita previa)?
¿Qué has hecho?

¿Has estado trabajando? ¿Cuál era tu horario (días/semana y horas/día)? ¿Con qué frecuencia asististe?

¿Has hecho algún trabajo de voluntariado? ¿Cuál era tu horario (días/semana y horas/día)? ¿Con qué frecuencia asististe?

¿Has estado yendo al colegio/instituto? ¿Cuál era tu horario (días/semana y horas/día)? ¿Con qué frecuencia asististe?

¿Has estado acudiendo a algún programa de tratamiento? ¿Cuál era tu horario (días/semana y horas/día)? ¿Con qué frecuencia asististe?

¿Hiciste las tareas domésticas durante el último mes (o desde la visita previa) (p.e. cocinar, limpiar, etc) ¿Con qué frecuencia lo tenías que hacer? ¿Con qué frecuencia lo hiciste?

¿Participaste en alguna actividad de grupo? (p.e. algún tipo de club, equipo, grupo de apoyo) ¿Con qué frecuencia tenías que participar? ¿Con qué frecuencia participaste?

¿Participaste en alguna actividad de una organización religiosa o asististe a los servicios religiosos? ¿Con qué frecuencia participaste? ¿Con qué frecuencia asististe?

¿Cómo utilizaste tu tiempo libre? ¿Actualmente tienes alguna afición? ¿Con qué frecuencia hiciste...?

Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el **último mes (o desde la visita previa)** en esta área teniendo en cuenta los siguientes criterios operativos.

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcado	Grave	Muy Grave
B) Actividad de sociales habituales	<input type="checkbox"/>					

Relaciones Personales y Sociales

¿Con quién te relacionas? ¿Dirías que es una persona cercana a tí?

¿Cómo dirías que te has llevado con ellos durante el último mes (o desde la visita previa)?

¿Cuánto tiempo al día has estado solo/a?

¿Cuánto tiempo has pasado con tu familia?

¿Cuánto tiempo has pasado con amigos?

¿Llamas por teléfono a familiares o amigos?

¿Te llevas bien con la gente del trabajo/instituto/programa de tratamiento?

Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el **último mes (o desde la visita previa)** en esta área teniendo en cuenta los siguientes criterios operativos.

C) Relaciones personales y sociales	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcado	Grave	Muy Grave
	<input type="checkbox"/>					

Comportamientos Perturbadores y Agresivos

Durante el último mes (o desde la visita previa), ¿dirías que te has irritado fácilmente con otras personas? Por favor, cuéntame algo más sobre eso

¿Qué has hecho en el último mes (o desde la visita previa) cuando te has irritado o enfadado con alguien?

¿Has actuado de alguna manera que los demás hayan considerado inapropiada? (p.e., hablar con desconocidos con demasiada familiaridad, molestar a los demás por hablar muy alto, desvestirse en público)

Durante el último mes (o desde la visita previa), ¿has roto algo intencionadamente? Por favor, cuéntame algo más sobre eso.

¿Has tirado objetos?

¿Has dado puñetazos a algún mueble o a la pared? ¿Cuántas veces ha ocurrido esto en el último mes (o desde la visita previa)?

Durante el último mes (o desde la visita previa), ¿has tenido alguna discusión verbal? ¿Alguna pelea física? Por favor, cuéntame algo más sobre eso.

¿Has insultado a alguien?

¿Has levantado la voz o gritado a alguien?

¿Has amenazado con herir a alguien?

¿Has intentado agredir físicamente a alguien?

¿Has intentado autolesionarte? Por favor, cuéntame algo más sobre eso.

¿Has realizado algún intento de suicidio? ¿Ese intento afectó tu capacidad para funcionar? Por favor, cuéntame algo más sobre eso: (p.e. pérdida de trabajo, estancia en el hospital)

Los comportamientos que has descrito anteriormente, ¿con qué frecuencia han sucedido en el último mes (o desde la visita previa)?

Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el **último mes (o desde la visita previa)** en esta área teniendo en cuenta los siguientes criterios operativos.

D) Comportamientos perturbadores o agresivos	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcado	Grave	Muy Grave
	<input type="checkbox"/>					

Escala de Funcionamiento Personal y Social

Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el último mes (o desde la visita previa) en las siguientes 4 áreas principales. Para determinar el grado de disfunción ha de utilizar los criterios operativos que a continuación se facilitan. Observe que existen unos criterios comunes para las áreas (A-C) y otros criterios específicos para el área (D).

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcado	Grave	Muy Grave
A) Autocuidado	<input type="checkbox"/>					
B) Actividades sociales habituales	<input type="checkbox"/>					
C) Relaciones personales y sociales	<input type="checkbox"/>					
D) Comportamientos perturbadores o agresivos	<input type="checkbox"/>					

Calcular la puntuación final:

Ajuste dentro del intervalo

Ajuste dentro del intervalo de 10 puntos. El nivel de funcionamiento en otras áreas debería tenerse en cuenta para ajustar la puntuación dentro del intervalo decimal (por ejemplo de 31 a 40). Por favor, marque las áreas en las que el paciente tiene un funcionamiento normal o próximo a la normalidad:

Cuidados de salud física y psicológica <input type="checkbox"/>	Red social, amigos y colaboradores <input type="checkbox"/>
Alojamiento, área de residencia, cuidado de la vivienda <input type="checkbox"/>	Ajuste a las normas sociales <input type="checkbox"/>
Contribución a las actividades del hogar, participación en la vida familiar o en la vida del centro de día/residencial <input type="checkbox"/>	Intereses generales <input type="checkbox"/>
Relaciones íntimas y sexuales <input type="checkbox"/>	Uso del transporte y teléfono <input type="checkbox"/>
Cuidado de los niños <input type="checkbox"/>	Estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis <input type="checkbox"/>

Calcular ajuste dentro del Intervalo:

Nota: El riesgo y el comportamiento suicida no se tienen en cuenta en esta escala

Selección del intervalo

100-91	Funcionamiento excelente en las 4 áreas principales. Se le tiene en elevada consideración por sus buenas cualidades, afronta adecuadamente los problemas de la vida, está involucrado/a en un amplio rango de intereses y actividades.
90-81	Funcionamiento bueno en las 4 áreas, presencia tan sólo de problemas o dificultades comunes
80-71	Dificultades leves en una o más áreas a-c.
70-61	Dificultades manifiestas, pero no marcadas, en una o más áreas a-c o dificultades leves en d. En el área b incluya aquí el empleo protegido, si el rendimiento es bueno.
60-51	Dificultades marcadas en sólo una área a-c o dificultades manifiestas en d.
50-41	Dificultades marcadas en dos o tres áreas a-c, o dificultades graves en sólo una área a-c sin dificultades marcadas en las otras 2 áreas; no dificultades marcadas en d.
40-31	Dificultades graves en sólo una área a-c y dificultades marcadas en al menos una de las otras dos; o dificultades marcadas en d.
30-21	Dificultades graves en dos áreas a-c; o dificultades graves en d, incluso si no hay dificultades graves o marcadas en las áreas a-c.
20-11	Dificultades graves en todas las áreas a-c; o muy graves en d, incluso si no hay dificultades graves en las áreas a-c. Si la persona reacciona a provocaciones externas se sugiere puntuaciones entre 20 y 16; si no, las puntuaciones sugeridas son 15-11.
10-1	Falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos pero sin riesgo de supervivencia (puntuaciones 6-10) o con riesgo de supervivencia, p.e. riesgo de muerte por malnutrición, deshidratación, infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto (puntuaciones 1-5).

PSP - Escala de Rendimiento Personal y Social

Califique al paciente en su nivel de funcionamiento durante el último mes.

La escala se divide en 4 dominios:						
	Ausente	Leve	Evidente	Markado	Grave	Muy Grave
a) Actividades socialmente funcionales: trabajo/ estudio	<input type="radio"/>					
b) Relaciones Personal y Social	<input type="radio"/>					
c) Autoaidado	<input type="radio"/>					
d) Conductas perturbantes y agresivas	<input type="radio"/>					

Hay dos grupos de criterios operativos para juzgar el grado de dificultad: uno para las áreas a-c y otro específico para el área d.

Grado de severidad en las áreas a-c		Grado de severidad en el área d	
(I) Ausente.	(I) Ausente.	(II) Leve: dificultades que sólo conoce alguien muy cercano a la persona.	(II) Leve: leve grosería, insolidaridad o quejas.
(III) Leve: dificultades que sólo conoce alguien muy cercano a la persona.	(III) Evidente: dificultades claramente identificables por otros, pero que no interfieren substancialmente en las habilidades personales para ejercer su rol en cada área, teniendo en cuenta el contexto socio-cultural, edad, sexo y nivel educativo de la persona.	(III) Evidente: como hablar demasiado fuerte o de una manera demasiado familiar, o comer de un modo socialmente inaceptable.	(III) Evidente: como hablar demasiado fuerte o de una manera demasiado familiar, o comer de un modo socialmente inaceptable.
(IV) Markado: dificultades que interfieren fuertemente en el desempeño de roles en cada área; sin embargo, la persona es todavía capaz de hacer algunas cosas sin ayuda profesional o social, aunque inadecuadamente y/o ocasionalmente, si es ayudada, es capaz de alcanzar su nivel previo de funcionamiento.	(IV) Markado: dificultades que interfieren fuertemente en el desempeño de roles en cada área; sin embargo, la persona es todavía capaz de hacer algunas cosas sin ayuda profesional o social, aunque inadecuadamente y/o ocasionalmente, si es ayudada, es capaz de alcanzar su nivel previo de funcionamiento.	(IV) Markado: insultar a otros en público, o romper objetos, actuando frecuentemente de una manera socialmente inapropiada pero no peligrosa (por ejemplo, desudarse u orinar en público).	(IV) Markado: insultar a otros en público, o romper objetos, actuando frecuentemente de una manera socialmente inapropiada pero no peligrosa (por ejemplo, desudarse u orinar en público).
(V) Grave: dificultades que hacen que la persona sea incapaz de realizar ninguna función de cada área si no es ayudada profesionalmente, o presenta un patrón destructivo, aunque sin riesgos de supervivencia.	(V) Grave: dificultades que hacen que la persona sea incapaz de realizar ninguna función de cada área si no es ayudada profesionalmente, o presenta un patrón destructivo, aunque sin riesgos de supervivencia.	(V) Grave: realizar frecuentemente amenazas de agresiones físicas, sin intención o posibilidad de lesiones graves.	(V) Grave: realizar frecuentemente amenazas de agresiones físicas, sin intención o posibilidad de lesiones graves.
(VI) Muy Grave: deterioros y dificultades tan graves que ponen en riesgo de supervivencia a la persona.	(VI) Muy Grave: deterioros y dificultades tan graves que ponen en riesgo de supervivencia a la persona.	(VI) Muy Grave: considerado como frecuentes actos de agresión, dirigidos o que puedan causar lesiones graves.	(VI) Muy Grave: considerado como frecuentes actos de agresión, dirigidos o que puedan causar lesiones graves.

Guía para obtener la puntuación total

91-100	Excelente funcionamiento en todas las áreas. Es reconocido/a por sus buenas cualidades, hace frente adecuadamente a los problemas de la vida, está involucrada en una amplia gama de actividades e intereses.
81-90	Buen funcionamiento en todas las áreas, sólo presenta problemas y dificultades comunes.
71-80	Leves dificultades en una o más áreas a-c.
61-70	Evidentes, pero no marcadas dificultades en una o más áreas a-c, o dificultades leves en d.
51-60	Dificultades marcadas en una de las áreas a-c, o dificultades evidentes en d.
41-50	Dificultades marcadas en 2 o más áreas a-c, o dificultades graves en una de las áreas a-c, con o sin dificultades evidentes en d.
31-40	Dificultades graves en un área y marcadas por lo menos en otra área a-c, o dificultades marcadas en d.
21-30	Dificultades graves en 2 de las áreas a-c, o dificultades graves en d con o sin deterioro en áreas a-c.
11-20	Dificultades graves en todas las áreas a-d, o muy graves en d con o sin deterioro en las áreas a-c. Si la persona reacciona a las indicaciones externas se sugiere una puntuación entre 16-20; si no lo hace se sugiere una puntuación entre 11-15.
1-10	Falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos pero sin riesgo para la supervivencia (6-10) o con riesgo para la supervivencia (1-5), por ejemplo: riesgo de muerte debido a la malnutrición, deshidratación, infecciones, o incapacidad de reconocer situaciones de peligro evidente.

	Puntuación Total
71-100 Refleja sólo leves dificultades.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
31-70 Refleja distintos grados de discapacidad.	
1-30 Refleja un funcionamiento tan pobre que el paciente requiere de supervisión continua.	

ANEXO II: VALORACIÓN SOCIAL EN SM

FECHA:

NOMBRE:

DIRECCION:

LOCALIDAD:

EMPADRONAMIENTO:

TELÉFONO:

DISTRITO DE S. M. REFERENCIA

PSIQUIATRA DE REFERENCIA:

TRABAJADOR SOCIAL DE REFERENCIA:

SERVICIO: CAMA:

INCIDENCIAS:

Gestor de caso F. de inclusión



1. Situación Administrativa

Dependencia solicitada: si no **F. solicitud** _____

✓ **dependencia reconocida:** Fecha _____

- Ninguna
- Grado I Dependencia Moderada
- Grado II: Dependencia Severa
- Grado III: Gran Dependencia
- Pendiente de resolución

✓ **Discapacidad** si no **Fecha solicitud:** _____

✓ **Reconocida** _____ % **Fecha:** _____

Dictamen

✓ **Incapacidad legal:**

- Parcial
- Total
- Total en trámite.

✓ **Figura legal:**

- Patria potestad (para < años)
- Tutor
- Curador
- Guardador de hecho

✓ **Identificación de la figura (texto libre): Año de aceptación del cargo de tutor**

✓ **Relación con paciente**

- nombre y apellidos, dirección, teléfonos de contacto
- -----

✓ Incapacidad laboral reconocida:

- Ninguna
- Permanente total
- Permanente absoluta
- Gran invalidez
- Pendiente de resolución.

Problemática legal

2. Composición y dinámica de la unidad de convivencia (presencia e identificación del cuidador familiar)

✓ Convivientes:

- Vive solo
- Vive con familia que cuida
- Vive con familia que no cuida
- Otros:

Detalle de otros convivientes (nombre, relación, nº miembros unidad familiar, situación laboral):

✓ Es cuidador: si no

✓ Tiene cuidador: si no (hace referencia a cuidadores familiares)

- Cuidador principal: Parentesco, tipo de apoyo
- Texto libre: nombre y apellidos, dirección, teléfonos de contacto y correo electrónico. Capacidad para cuidar, relación de apoyos...Estado de salud del cuidador:- Salud física, necesidades psíquicas, conocimientos, riesgo claudicación
- Otros cuidadores secundarios
- ---

✓ **Dinámica del núcleo de convivencia:**

- Buena
- Conflictiva
- Riesgo de conflictos

Abierta: Identificación de conflictos

Nivel de comunicación:

✓ **Valoración sociofamiliar Escala Gijón: poner puntuación**

A. SITUACIÓN FAMILIAR

1. Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica.
2. Vive con cónyuge de similar edad.
3. Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia.
4. Vive solo y tiene hijos próximos.
5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos.

B. SITUACIÓN ECONÓMICA (*)

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo (SMI).
2. Del salario mínimo a 1,5 veces.
3. Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo.
4. Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS.
5. Menos del apartado anterior.

C. VIVIENDA

1. Adecuada a necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en vivienda o portal.
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.
4. Ausencia de ascensor/teléfono.
5. Vivienda inadecuada.

D. RELACIONES SOCIALES

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia o vecinos.
4. No sale del domicilio, recibe visitas.
5. No sale y no recibe visitas.

E. APOYOS DE LA RED SOCIAL

1. Con apoyo familiar o vecinal.
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo.
4. Pendiente de residencia geriátrica
5. Tiene cuidados permanentes

Buena/aceptable situación social (5-9 puntos).

Riesgo social (10-14 puntos)

Posible problema social (mayor = 15 puntos)

Recursos sanitarios y sociales que le han atendido con anterioridad:

3. Apoyos formales/recursos de servicios sociales

- Servicio de ayuda a domicilio (SAD)
- Prestación de cuidados en el entorno familiar
- Estancia diurna
- Teleasistencia
- EPAP
- PISOS PROTEGIDOS
- VIVIENDAS TUTELADAS
- MINIRESIDENCIA
- CENTRO DE DÍA
- CENTRO OCUPACIONAL
- C.E.E.

4. Otros apoyos formales: (O.N.G., Cáritas, fundaciones)

5. Red social informal: (vecinos, asociaciones, voluntarios, amigos...) Descripción de tipo de apoyos

-
- Patrón de relaciones /Cúanto sale, con quien, etc) _____
 - Aficiones _____
 - Participación social _____

6. Valoración de la vivienda: condiciones de habitabilidad, higiene y barreras arquitectónicas

✓ Domicilio tipo:

- Domicilio familiar estable
- Domicilio familiar rotatorio
- Institución
- Sin techo
- Otros (pensión, hotel...)

✓ Vivienda Adecuación:

- Adecuada a sus necesidades
- Adecuada pero precisa mejoras
- No adecuada
- Sin vivienda

✓ Tipo Entorno comunitario

- Rural Semiurbano Urbano

Accesibilidad a los recursos necesarios
Características del entorno

7. Situación laboral

Profesión

Descripción del último trabajo

Fecha del último trabajo _____

Experiencia y trayectoria laboral

Situación laboral actual

- Desempleado
- Demandante de empleo
- Sin ocupación retribuida
- Trabajo inestable
- Trabajo estable
- Jubilado
- Otra

Nivel de estudios

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> Grado medio |
| <input type="checkbox"/> Primarios | <input type="checkbox"/> Grado superior |
| <input type="checkbox"/> Secundarios | <input type="checkbox"/> Universitarios |
| <input type="checkbox"/> Bach | <input type="checkbox"/> Último curso completo finalizado |

8. Capacidad económica individual y familiar

- ✓ Ingresos mensuales propios

- ✓ Personas a su cargo

- ✓ Capacidad económica familiar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin ingresos suficientes | <input type="checkbox"/> Ingresos elevados |
| <input type="checkbox"/> Ingresos suficientes | <input type="checkbox"/> Deudas contraídas |

- ✓ Gestión adecuada de los recursos económicos: Si No

9. Situación ocupacional:

- ✓ Actividades que realiza

✓ Rutina diaria

10. Expectativas interesado

11. Expectativas de la familia

12. Resultados de Escala MOS (para investigar el apoyo social)

Familiares de apoyo: Quienes son

Apoyo emocional/informacional:	Nº	Media	24
Instrumental:	Nº	Media	12
Interacción social:	Nº	Media	12
Afectivo:	Nº	Media	09
Índice global:	Nº	Media	57

13. Resultados de escala SSQ-6 (calidad del apoyo social)

Diagnósticos sociales

Manual de indicadores del diagnóstico social

Necesidades básicas	Adecuada	Deficitaria	muy deficitaria
Información			
Habilidades Sociales			
Autonomía psíquica/física			
Relación convivencial			
Organización unidad convivencial			
Recursos económicos			
Trabajo/ocupación			
Formación/educación			
Vivienda			
Participación social			
Aceptación social			

14. Plan de intervención

Problemas

Objetivos

actividades o tareas programadas

15. Destino al alta (registrar solamente en JIMENA)

ANEXO III: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todos las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Puesto que la valoración se hace a individuos tipo, no a una persona en concreto, se debe huir, cuando realicemos la valoración en el ámbito de este proyecto, de describir situaciones concretas que no sean aplicables al conjunto, o a la mayoría, de individuos que se encuentren en la situación que describe el servicio a valorar.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

En él se describe el patrón senso-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc..Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

PATRÓN 9 SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.