

Proceso Asistencial Integrado

Atención sanit

Trastorno mental grave

Proceso Asistencial Integrado

SSPA

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

Procesos Asistenciales

Profesionales

PAI

Ciudadanía



Trastorno mental grave

Proceso Asistencial Integrado

TRASTORNO mental grave [Recurso electrónico] :
proceso asistencial integrado / [autores/as: Del Río
Noriega, Francisco (coordinador)...et al.]. -- 2ª ed. --
Sevilla : Consejería de Salud y Familias, 2020.

Texto electrónico (pdf), 132 p.

ISBN 978-84-120550-2-3

1.Trastornos mentales. 2. Trastornos psicóticos.

3. Trastornos psicóticos afectivos. 4. Calidad de la
atención de salud. 5. Guía de práctica clínica.

6. Andalucía. I. Río Noriega, Francisco del.

II. Andalucía. Consejería de Salud y Familias.

WM 40

1ª edición 2006

2ª edición 2020



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. TRASTORNO MENTAL GRAVE.

Edita: **Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias.**

Maquetación: **Kastaluna.**

ISBN: **978-84-120550-2-3**

Consejería de Salud: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Autores/as: **Del Río Noriega, Francisco (Coordinador)**

Médico. Especialista en Psiquiatría. Director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental (SM) del Hospital de Jerez. Cádiz.

Castellano Ramírez, Julio

Terapeuta ocupacional. Hospital de Día. UGC Salud Mental. Almería.

Fernández Burgos, Francisca

Trabajadora Social. UGC Salud Mental Axarquía. Vélez Málaga.

Fernández Gutiérrez, Beatriz

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Asesora técnica de Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI). Apoyo metodológico. Sevilla.

Guerra Arévalo, Josefa

Enfermera. Especialista en Salud Mental. Coordinadora de Cuidados de UGC Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Cádiz.

Huizing, Evelyn

Enfermera. Especialista en Salud Mental. Asesora técnica. Programa de Salud Mental. Servicios Centrales (SSCC) Servicio Andaluz de Salud (SAS). Sevilla

Lara Ruiz-Granados, Ignacio

Médico. Especialista en Psiquiatría. Coordinador de la Unidad Hospitalaria de Salud Mental (UHSM). UGC Salud Mental. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

López Álvarez, Marcelino

Médico y sociólogo. Especialista en Psiquiatría. Presidente del comité de expertos de Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). Sevilla.

Martínez García de Castro, Manuel

Médico. Especialista en Psiquiatría. Coordinador del Hospital de Día de Salud Mental. UGC SM Este de Málaga.

Moreno Pérez, Agustín

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Villamartín. Cádiz.

Rojas Corrales, María Olga

Farmacéutica. Atención Primaria. AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz.

Autores/as:**Sanz Amores, Reyes**

Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Sevilla.

Vázquez Morejón, Antonio J.

Psicólogo. Especialista en Psicología clínica. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) Guadalquivir. HU Virgen del Rocío. Sevilla.

Declaración de intereses:

Todos los autores y las autoras han realizado una declaración de intereses así como de confidencialidad, que constan en el Servicio de Calidad y Procesos.

Colaboradores:**Haza Duaso, Miguel A.**

Médico. Especialista en Psiquiatría. UGC Salud Mental. Hospital Regional Universitario (HRU) de Málaga.

Molina Linde, Juan Máximo

Psicólogo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).

Morales Iglesias, Manuel

Psicólogo. Hospital de Día. UGC Salud Mental Antequera. Málaga.

Comité Permanente de Medicamentos Psiquiátricos del SAS**Revisión interna:** **Consejería de Salud y Familias. Servicio Andaluz de Salud.**

De los centros directivos consultados se han recibido aportaciones de:

- Subdirección de Planificación, Derechos y Resultados en Salud
- Estrategia de Bioética
- Estrategia de Cuidados de Andalucía
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

- Revisión externa:**
- Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental (AAPSM-AEN)
 - Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESM)
 - Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)
 - Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS)
 - Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales (APATO)

- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN-Andalucía)
- Asociación Andaluza Farmacia Atención Primaria (AAFAP)
- Asociación de Enfermeros de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)
- Sociedad de Especialistas de Psicología Clínica del SSPA (SEPCA)

Nuestro agradecimiento a las aportaciones realizadas por:

Benedetto Saraceno

Exdirector del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999-2010). Profesor de la Universidad Nova de Lisboa. Director del Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS en la Universidad de Ginebra.

Jorge L. Tizón García

Psiquiatra, Psicólogo, Neurólogo, Psicoanalista (SEP-API). Fundador y director del equipo de Atención Precoz a Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) del Institut Català de la Salut (ICS). Profesor en varias Universidades españolas y extranjeras.

Manuel Gómez-Beneyto

Catedrático honorario de la Universidad de Valencia. Ex coordinador científico de la Estrategia Nacional de Salud Mental hasta 2013. Presidente de Honor de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

José Leal Rubio

Psicólogo Clínico, Psicoanalista. Supervisor Clínico e Institucional en Servicios de Salud Mental en Catalunya y otras CCAA. Miembro de la Coordinación Científica de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Presentación

Desde hace más de una década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tiene puesto en marcha un plan para la gestión del conjunto de actos que permiten establecer mecanismos que nos lleven a desarrollar acciones motivadas, la Gestión por Procesos.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua y ordenado los diferentes flujos de trabajo, integrando el conocimiento actualizado y mejorando los resultados en salud, gracias todo ello a la implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua en la calidad de sus procesos.

En estos años, se ha tratado de depurar la descripción del PAI, incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos consolidados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o revisadas, surgen de la priorización, en base al análisis de cómo se realizan las cosas, la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y sistemática y creando una propuesta razonable y coherente, que recoja las recomendaciones clave, para mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque contribuyen a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Isaac Túnez Fiñana

Secretario General de Investigación,
Desarrollo e Innovación en Salud

Recomendaciones clave / 11

Introducción / 15

Aspectos metodológicos / 17

Definición / 25

Descripción general / 27

Componentes: profesionales, actividades, características de calidad / 29

Recursos / 103

Competencias específicas del equipo profesional / 107

Representación gráfica: Representación global / 111

Indicadores / 113

Anexos / 119

Acrónimos / 121

Bibliografía / 123

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo, siguiendo la metodología establecida en el apartado de la introducción.

Recomendaciones	Grado
Se sugiere que ante la demanda de un familiar, se realice una detección activa del Trastorno Mental Grave (TMG) mediante una o varias visitas programadas en el domicilio.	AG
Se recomienda fomentar un enfoque colaborativo que apoye tanto a los pacientes como a los cuidadores, y respetar sus necesidades individuales y su interdependencia.	Recomendación NICE ⁶
Se recomienda derivar a Salud Mental a personas con funcionamiento social deficitario y con familiar de primer grado con psicosis o esquizofrenia.	Recomendación NICE ⁶
Para poder identificar un o una paciente con TMG, se requiere realizar por parte de los profesionales de la USMC/UHSM: • Historia clínica para determinar el diagnóstico CIE 10-ES⁴: F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30 (F30.13 y F30.2), F31, F32 (F32.2, F32.3), F33 (F33.2, F33.3), F60 (F60.0, F60.1 y F60.3). • Obtener los resultados descritos en las siguientes 3 escalas de valoración, referidas a los últimos seis meses: - Escala GAF⁷³: Menos de 60 puntos. - Escala HONOS⁷⁴: Una puntuación en cualquiera de las escalas excepto la 5. - Escala BPRS⁷⁵: Mayor o igual a 21 puntos.	AG
La evaluación debe abordar los siguientes dominios: psicológica y psicosocial; desarrollo; social; ocupacional y educativo; calidad de vida y estatus económico.	Recomendación NICE ⁶
Se recomienda realizar la valoración multidisciplinaria integral en un plazo máximo de 2 meses .	AG
El Plan Individualizado de Tratamiento será el documento de referencia para la realización del conjunto de las intervenciones necesarias y para la atención continuada de las personas con TMG. Se entregará una copia de este Plan a la persona o a su tutor/a para que lo comparta con sus cuidadores y/o familia y se enviará una copia al profesional de atención primaria de salud de referencia. Y será revisado al menos anualmente.	Recomendación NICE ^{6, 19}

Recomendaciones	Grado
Se recomienda la indicación sistemática de intervenciones psicológicas para todas las personas con TMG y sus familias.	<i>Recomendación NICE^{6, 19, 47} Recomendación⁷</i>
Se recomiendan programas de psicoeducación a pacientes y familiares de personas con esquizofrenia y trastorno bipolar.	<i>Recomendación NICE^{6, 19} Recomendación fuerte⁵ Recomendación ERB I¹³ Recomendación A²⁰</i>
Se debe desarrollar un plan de gestión de situaciones de crisis conjuntamente con la persona y su cuidador, si es posible, para poder identificar y manejar desencadenantes y alertas tempranas personales, sociales, laborales o ambientales así como signos y síntomas de recaída.	<i>Recomendación NICE^{6, 19, 29, 47}</i>
Se recomienda realizar intervenciones sobre las redes de apoyo social , en las relaciones interpersonales y ocupacionales.	<i>Recomendación NICE^{6, 19, 29, 47}</i>
Se recomienda abordar los problemas relacionados con el estigma y la discriminación .	<i>Recomendación NICE²⁹</i>
Se favorecerá el apoyo entre iguales en Grupos de Apoyo Mutuo (GAM).	<i>Recomendación NICE^{6, 29}</i>
Se comprobará la capacidad para ejercer autocuidados y se proporcionará ayuda hasta que la persona sea capaz de asumirlos, alentando su independencia. Se recomiendan sesiones de apoyo entre iguales proporcionadas por un paciente experto entrenado.	<i>Recomendación NICE⁶</i>
Para la gestión de casos de intensidad muy alta se recomienda el modelo Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC).	<i>AG⁹⁴</i>
La intervención temprana en los primeros episodios de psicosis debe ser accesible para todas las personas con un primer episodio o primera presentación de psicosis, independientemente de la edad de la persona o la duración de la psicosis no tratada. Deben ser evaluados sin demora y se le deben proporcionar intervenciones completas.	<i>Recomendación NICE⁶</i>
Se sugiere realizar un control de los efectos secundarios de la medicación antipsicótica.	<i>Recomendación NICE^{6, 19, 29} Recomendación fuerte^{5, 9}</i>
La salud física del paciente con TMG se debe vigilar por el equipo de Atención Primaria (AP) en el espacio de colaboración AP-SM al menos anualmente. Incluirá los controles básicos sobre enfermedades cardiovasculares, obesidad y enfermedad respiratoria así como los efectos secundarios de la medicación prescrita.	<i>Recomendación NICE¹⁹ OMS⁹¹</i>
Se recomiendan intervenciones en ambientes y contextos reales basadas en el empleo, formación y actividades ocupacionales.	<i>Recomendación NICE¹⁹</i>

Recomendaciones de no hacer	Grado
Se recomienda evitar la polifarmacia , salvo en periodos breves de cambio de medicación o de forma individualizada en situaciones clínicas especiales y siempre de forma individualizada y no rutinaria. En todos los casos, es necesario acordar con el paciente los beneficios y los daños esperables.	<i>Recomendación NICE⁶</i>
Se recomienda evitar la contención mecánica siempre que sea posible y usar la desescalada verbal como tratamiento de primera elección ante una agitación.	<i>AG¹⁰⁴</i>
Una vez detectada la persona con sospecha de TMG, no se debe iniciar un tratamiento antipsicótico en AP necesitando la intervención de una Unidad de Salud Mental para poder iniciar un tratamiento precoz especializado. No se debe retrasar el inicio del tratamiento.	<i>Recomendación NICE¹⁸</i>
No se debe valorar y tratar al paciente con TMG por un único profesional ya que la persona se debe beneficiar de un equipo multidisciplinar e intersectorial	<i>AG</i>
Los medicamentos no deben utilizarse para el trastorno por inestabilidad emocional, para síntomas aislados o comportamiento asociado con el trastorno como el riesgo de repetición de conductas autolíticas, inestabilidad emocional marcada, conducta de riesgo o síntomas psicóticos transitorios.	<i>Recomendación NICE²⁹</i>
No se recomienda el uso de escalas que valoran el riesgo de suicidio.	<i>Recomendación fuerte en contra⁹</i>

Introducción

Transcurridos doce años de la publicación del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (PAI TMG)¹ se hace necesaria su revisión, tal como establece el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (PISMA III)². Una revisión que responde, como recoge el Plan, al desarrollo de un modelo de recuperación centrado en la persona que sufre un TMG. Este enfoque implica la participación plena de las personas afectadas y sus allegados, que va desde la evaluación hasta las distintas intervenciones que pudieran estar indicadas. En este contexto, el modelo de decisiones compartidas resulta válido para garantizar tanto la eficacia como el respeto a los derechos fundamentales de las personas.

Desde otro marco de referencia se ha procedido a la actualización de conocimientos basados en la mejor evidencia científica disponible, atendiendo a uno de los principios transversales del Plan de Acción de la OMS³. Así, se han mejorado notablemente los aspectos metodológicos de búsqueda de evidencia disponible y como consecuencia, una serie de recomendaciones clave - que figuran al principio - referente a aquéllas características de calidad que aportan más valor, según se desprende de las evidencias halladas en las diferentes búsquedas.

En la definición se han eliminado del límite marginal los trastornos mentales orgánicos y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas, al tratarse de diagnósticos CIE-10-ES⁴ (F00-F09 y F10-F19) no incluidos en la definición de este proceso. No obstante se contempla, en un apartado específico, la comorbilidad con el consumo de sustancias psicotropas.

Respecto a la detección se pone el acento en la Atención Primaria, por lo que el espacio de colaboración² entre los Centros de Salud y las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) resulta así esencial para la detección temprana. Se requiere, por tanto, un desarrollo del espacio de colaboración frecuente y continuado en el tiempo que permita reducir el periodo de trastorno no tratado. Este aspecto está relacionado con la intervención en los primeros episodios al que se dedica un capítulo específico.

Por otra parte, se han tenido en cuenta las dificultades surgidas en la identificación de posibles casos de personas con TMG. Como se sabe, el TMG es un concepto complejo que incluye diversas categorías diagnósticas, pero que además requiere que existan graves dificultades en el funcionamiento personal y social y una previsión de evolución prolongada en el tiempo.

La determinación de estos factores, al no estar definidos de manera operativa, ha generado una alta variabilidad de criterios de inclusión entre los diferentes recursos de Salud Mental de nuestra comunidad autónoma. De ahí que, en la presente revisión, se hayan contemplado una serie de criterios basados en tres escalas de amplia difusión y sencillas en su aplicación: Health of the Nation Outcome Scales (HONOS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) y Global Assessment of Functioning Scale (GAF). En cada una de ellas se establecen puntos de corte con el objetivo de introducir mediciones de los distintos aspectos que contempla la definición, haciendo más factible una identificación más rigurosa.

No obstante, a pesar de la dificultad en la identificación, la implantación del PAI TMG durante todos estos años ha arrojado la cifra de 19.365 personas afectadas, lo que nos da una tasa global para Andalucía de 2,4 personas con TMG por 1000 habitantes cercana a la prevalencia de TMG que ofrece la literatura internacional entre 2,5 y 3 casos por cada 1.000 habitantes en población general. Se estima además, según datos del PISMA², que alrededor de 10.000 personas más, con diagnóstico de Esquizofrenia, Trastornos Delirantes, Trastornos del Humor y Trastornos Límite, están en riesgo de cumplir los criterios de inclusión en el PAI TMG. Hay pues un amplio margen de personas que pueden estar diagnosticadas de cualquiera de los trastornos mencionados y las que, además, tengan una afectación grave en el funcionamiento y persistente en el tiempo. De ahí la necesidad de afinar en los criterios de inclusión para facilitar una identificación más homogénea, en nuestro territorio, de aquellas personas más necesitadas de continuidad en la atención y cuidados. Otra consecuencia de estos datos, esta vez positiva, es la conformación de un censo de personas con TMG, con toda la variabilidad territorial señalada, pero que constituye un material hasta ahora inédito y sobre el que es posible actuar con criterios más operativos como los que se proponen en el actual documento.

El capítulo de evaluación se ha ampliado de forma significativa. Se contemplan 6 áreas debidamente estructuradas y con diferentes apoyos de herramientas específicas para cada una de ellas. Hay que resaltar, en consonancia con el modelo de recuperación, la inclusión de la evaluación de la percepción subjetiva de la persona sobre su trastorno, así como la asignación posterior de un nivel de intensidad que garantice un abordaje lo más adecuado posible en frecuencia y duración y que pudiera corresponderse con los modelos de Tratamiento Asertivo Comunitario, Gestión Intensiva de Casos o Gestión de Casos.

La elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) conserva la estructura general en cuanto a la enumeración de problemas, objetivos, responsables, referentes, etc. y se añade la participación efectiva de la persona y/o allegados mediante la decisión compartida que haga posible el consenso sobre las intervenciones que se planteen.

El capítulo referido a las intervenciones también se ha ampliado extensamente. En las intervenciones psicológicas se distingue entre psicoterapias e intervenciones psicoso-

ciales. Las primeras aumentan en número respecto a la versión anterior, dado el grado de recomendación que han alcanzado algunas no incluidas entonces. Lo mismo puede decirse de las segundas. En ambos casos se distinguen las dirigidas a la persona, familia y entorno social; se recogen así mismo unas mínimas características de calidad de cada una de ellas. Los tratamientos farmacológicos hacen referencia a lo recomendado en las GPC seleccionadas relativas a 4 tipos de trastornos: esquizofrenia y trastornos relacionados; trastorno bipolar; depresión moderada-grave/grave, y trastorno de inestabilidad emocional. Las intervenciones sociales presentan como novedad - en concordancia con el modelo de recuperación, como se ha reiterado en varias ocasiones- la inclusión en el PIT de programas de apoyo mutuo y programas dirigidos a la lucha contra el estigma social y el autoestigma. Finalmente, se exponen una serie de intervenciones a llevar a cabo en situaciones específicas.

Según datos extraídos de los boletines de indicadores del PISMA III, la tasa de ingreso por cada 1000 habitantes en las Unidades de Hospitalización en Andalucía ha disminuido en un 18%, lo que constituye un dato indirecto del trabajo comunitario tanto sanitario como sociosanitario llevado a cabo en nuestros servicios.

Por último, queremos afirmar nuestro convencimiento de que la implantación progresiva de este PAI tiene un efecto directo contra la discriminación y el estigma y, por otra parte, ayuda a la inserción y recuperación de las personas.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica orientada a identificar si existían Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre el Trastorno Mental Grave (TMG) sin obtener resultados, ya que es un concepto complejo que incluye diversas categorías diagnósticas asociadas a dificultades en el funcionamiento personal y social. Por este motivo, se realizaron cuatro búsquedas sistemáticas consecutivas para identificar las GPC o documentos relacionados con la evaluación y tratamiento de aquellas patologías encuadradas dentro del TMG, que se recogían en el PAI anterior y que corresponden a la Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, Trastorno bipolar, Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y Trastorno depresivo recurrente. A partir de las cuales se tomarán recomendaciones que sirvan como herramienta de ayuda a la toma de decisiones relacionadas con el proceso asistencial.

Como paso previo a la búsqueda de la literatura, se formuló la pregunta de investigación en el formato **PICO** (**P**oblación, **I**ntervención, **C**omparador, **O**utcomes/ Resultados) y el diseño de los estudios a incluir en cada una de las búsquedas:

Población	Pacientes adultos con: 1. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. 2. Trastorno bipolar. 3. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. 4. Trastorno depresivo recurrente.
Intervenciones	Cualquier tipo de intervención, en cualquier ámbito.
Comparador	Cualquier comparador.
Resultados	Cualquier resultado en salud (v.gr. mortalidad, morbilidad, eventos graves, calidad de vida, frecuentación hospitalaria e impacto sobre los recursos del sistema).
Diseño	Guías de práctica clínica (GPC)

Las **bases de datos** utilizadas para la obtención de **guías y documentos de forma sensible** fueron las siguientes: American Psychological Association, American Psychiatric Association, Australian Clinical Practice Guidelines, Confederación Salud Mental España, GuiaSalud, Guideline Advisory Committee (GAC) _ Ontario, GUIDELINECENTRAL (NZGG) _ New Zealand, Guidelines and Protocol Advisory Committee (GPAC) _ British Columbia, Guidelines International Network (GIN), Infobase Clinical Practice Guidelines (CMA), Ministry of Health Singapore Practice Guidelines _ Singapore, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Preventive Services Task Force (USPSTF) _ US, Registered Nurses' Association of Ontario – Nursing Best Practice Guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Las bases de datos utilizadas para la obtención de guías y documentos de forma específica en las cuatro búsquedas fueron MEDLINE (a través de OVID) EMBASE. Otras bases de datos y metabuscadores considerados de interés fueron Web of Science y Global Index Medicus en general. Para la esquizofrenia y el trastorno bipolar también se usaron Tripdatabase, Scopus y Pubpsych.

Esta búsqueda se limitó por diseño (guías de práctica clínica basadas en la evidencia), idioma (inglés o español) y fecha de publicación (los últimos 5 años; hasta 2017 para la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad respectivamente y hasta enero de 2018 para la depresión mayor recurrente. Las estrategias de búsqueda incluyeron términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado con los términos MeSH y Emtree.

La búsqueda se amplió hasta agosto del 2019, descartando aquellas guías encontradas de más de 5 años que no estuviesen actualizadas.

Se realizó una lectura crítica por pares mediante la herramienta AGREE II. Se consideró esta evaluación para establecer un criterio de inclusión, este criterio fue presentar en 4 dominios una puntuación de al menos el 60 % según la herramienta AGREE II, incluyéndose en estos 4 dominios el Rigor en la Elaboración y la Independencia Editorial.

Los **resultados de las cuatro búsquedas** fueron:

1. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes:

Se localizaron **687 documentos**. Se seleccionaron 3 guías de práctica clínica^{5, 6, 7}, que establecen recomendaciones sobre el manejo de pacientes con esquizofrenia y en la búsqueda ampliada hasta agosto de 2019 se detectaron otras 5 guías^{8, 9, 10, 11, 12}.

Se incluyeron otros 7 documentos de apoyo^{13, 14, 15, 16, 17, 18} al contener información que podría ser relevante hasta mayo de 2017.

La evaluación de las guías seleccionadas con la herramienta AGREE II muestra las siguientes recomendaciones:

Guías	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Promedio
Ministerio de Salud y Protección Social 2014 ⁵	100%	100%	95%	97%	98%	96%	97,6% Sí
NICE 2014 ⁶	100%	89%	84%	94%	75%	86%	88% Sí
Baandrup 2016 ⁷	83%	47%	79%	86%	35%	88%	69,66% Sí, con modificaciones
Canadian. 2017 ^{8, 9, 10, 11, 12}	97%	69%	78%	100%	58%	100%	83,66% Sí

GPC	SISTEMA DE GRADACIÓN DE RECOMENDACIONES
Ministerio de Salud y Protección Social 2014 ⁵	Esta guía usa el sistema GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>).
NICE 2014 ⁶	Esta guía usa el sistema GRADE.
Baandrup 2016 ⁷	El grupo elaborador formuló las recomendaciones teniendo en cuenta la calidad de la evidencia, el balance beneficios y riesgos y las preferencias de la persona. En el caso de ausencia de evidencia, se llevó a cabo una discusión de grupo y se adoptó un proceso de consenso.
Canadian. 2017 ^{8, 9, 10, 11, 12}	Usa el propio sistema de las guías incluidas.



2. Trastorno bipolar:

Se localizaron **641 documentos** de los que 6 respondieron a la pregunta de investigación y a los criterios de inclusión planteados en el apartado de metodología. Además de estas 5 guías de práctica clínica^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26}, se consideró incluir otros 2 documentos^{27, 28} localizados en la búsqueda bibliográfica como documentación adicional hasta julio de 2017. A continuación, se describen los documentos incluidos y su calidad metodológica medida con la herramienta AGREE II.

GPC / año	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Promedio
NICE. 2014 ¹⁹ (updated 2018)	100%	100%	99%	100%	98%	100%	99,5% Sí
Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association and Academy of Medicine Malaysia. 2014 ²⁰	78%	81%	73%	89%	73%	83%	79,5% Sí
Malhi et al., Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist. 2015 ²¹	97%	83%	60%	78%	54%	83%	75,8% Sí, con modificaciones
Fountoulakis et al., International College of Neuropsychopharmacology. 2017 ^{22, 23, 24, 25}	67%	50%	64%	72%	35%	88%	62,66% Sí, con modificaciones
CANMAT. 2018 ²⁶	100%	69%	45%	71%	48%	86%	69,8% Sí, con modificaciones



GPC	SISTEMA DE GRADACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES
NICE. 2014 ¹⁹ (updated 2018)	Metodología GRADE .
Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association and Academy of Medicine Malaysia. 2014 ²⁰	Se basó en el sistema SIGN . Cuando las pruebas fueron insuficientes, se hicieron por consenso del grupo.
Malhi et al., Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist. 2015 ²¹	Se basó en los niveles de evidencia del <i>National Health and Medical Research Council (NHMRC)</i> para estudios de intervención (I, II, III o IV). En los casos de ausencia de evidencia se empleó un acuerdo dentro del grupo elaborador.
Fountoulakis et al., International Co- llege of Neurpsycho pharmacology. 2017 ^{22, 23, 24, 25}	Los autores desarrollaron un método basado en una “Clasificación basada en la eficacia”, “Clasificación basada en la seguridad y tolerabilidad” y “Recomendaciones para el tratamiento (combinación de eficacia y seguridad / tolerabilidad)”.
CANMAT. 2018 ²⁶	Se calificaron las recomendaciones en primera, segunda o tercera línea, así como no recomendable, considerando los niveles de evidencia (1-4), con apoyo de la experiencia clínica y del consenso de seguridad, tolerabilidad y riesgo del tratamiento.

3. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad:

Se localizaron **297 documentos** de los que **1 guía de práctica clínica**²⁹ respondió a la pregunta de investigación planteada y la evaluación con la herramienta AGREE II, muestra que la guía seleccionada es recomendable. Además de esta guía de práctica clínica, se consideró incluir otros **6 documentos adicionales**^{21, 30, 31}. La búsqueda se realizó hasta agosto de 2017.

GPC / año	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Promedio
NICE. 2009 (revisada 2018) ²⁹	100%	69%	78%	100%	58%	100%	84,16% Sí,

Las recomendaciones de esta GPC se realizaron según los niveles de evidencia y grados de recomendación de la NHMRC y GRADE respectivamente.

4. Trastorno depresivo recurrente:

Se localizaron 880 documentos de los que 13 guías de práctica clínica^{21, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47} respondieron a la pregunta de investigación planteada en el apartado de metodología. A continuación, se describe de forma detallada los documentos seleccionados, así como su calidad metodológica medida con la herramienta AGREE II, que muestra que estas guías son recomendables o recomendables con modificaciones. La búsqueda se realizó hasta enero de 2018 y se amplió hasta agosto de 2019.



GPC / año	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Promedio
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), 2015 ³²	92%	67%	76%	92%	44%	96%	77,86% Sí, con modificaciones
Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014 ³³	100%	94%	100%	100%	85%	100%	96,5% Sí
Won et al., 2014 ³⁴	75%	39%	61%	89%	23%	83%	61,66% Sí, con modificaciones
Torres, Secretaría de Salud de México, 2015 ³⁵	94%	61%	92%	100%	17%	92%	76% Sí, con modificaciones
Trangle et al., ICSI, 2016 ³⁶	100%	89%	93%	100%	96%	100%	96,33% Sí, con modificaciones
Qaseem et al., American College of Physicians (ACP), 2016 ³⁷	72%	36%	66%	72%	13%	75%	55,66% Sí, con modificaciones
Jobst et al., European Psychiatric Association, 2016 ³⁸	92%	69%	80%	100%	2%	100%	73,83% Sí, con modificaciones
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (Canmat) ^{39, 40, 41, 42, 43, 44}	94%	86%	93%	100%	31%	100%	84% Sí, con modificaciones
Department of Veterans Affairs and Department of Defense (VA/DoD), 2016 ⁴⁵	92%	92%	98%	86%	65%	71%	84% Sí
Ministerio de Salud Pública, 2017 ⁴⁶	100%	75%	99%	100%	48%	100%	87% Sí, con modificaciones
NICE. 2018 ⁴⁷	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100% Sí

GPC	SISTEMA DE GRADACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), 2015 ³²	Se derivaron de la categoría de evidencia para la eficacia y de aspectos adicionales tales como seguridad, tolerabilidad y potenciales interacciones. 1 (categoría A y un buen balance riesgo/beneficios), 2 (categoría A y un moderado balance riesgo/beneficios), 3 (categoría B), 4 (categoría C) y 5 (categoría D).
Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014 ³³	Se basó en la “evaluación formal” o “juicio razonado” de SIGN.
Won et al., 2014 ³⁴	En una escala de 1 a 9 (1, más inapropiado y 9, más apropiado).
Torres, Secretaría de Salud de México, 2015 ³⁵	Se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada recomendación.
Trangle et al., ICSI, 2016 ³⁶	Metodología GRADE.
Qaseem et al., American College of Physicians (ACP), 2016 ³⁷	Se clasificaron usando el sistema del American College of Physicians (ACP).
Jobst et al., European Psychiatric Association, 2016 ³	Método Delphi como procedimiento de consenso formal.
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (Canmat) ^{39, 40, 41, 42, 43, 44}	Las recomendaciones se basaron en la calidad de la evidencia y el consenso de los expertos clínicos.
Department of Veterans Affairs and Department of Defense (VA/DoD), 2016 ⁴⁵	Metodología GRADE.
Ministerio de Salud Pública, 2017 ⁴	Escala de Shekelle.
NICE. 2018 ⁴⁷	Metodología GRADE.

En la **elaboración de las recomendaciones** del PAI, se han utilizado los sistemas de gradación específicos de las GPC seleccionadas como guías clave. Es necesario tener en cuenta que al no existir guías sobre el TMG, las recomendaciones se toman de guías sobre las patologías incluidas en el concepto de TMG.

Para aquellos aspectos de la atención a la persona con TMG que no han sido contemplados en las guías de práctica clínica seleccionadas, se ha recurrido a bibliografía complementaria y a las siglas **AG** (acuerdo de grupo), que se corresponden con las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI.

Definición funcional:

Conjunto de actividades encaminadas a la detección precoz, identificación, evaluación, diagnóstico, elaboración consensuada de un Plan Individualizado de tratamiento y la aplicación de distintas intervenciones que garantice en las personas y en su entorno un abordaje multidisciplinar e integral.

Límite de entrada:

Paciente adulto con sospecha de trastorno mental grave (TMG), entendiéndose por tal aquella persona que **presenta una sintomatología de características psicóticas o prepsicóticas*** que:

- Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con los otros.
- Supone o puede suponer riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).
- Puede presentar un consumo perjudicial de sustancias psicotrópicas.

El concepto de TMG incluye:

1. Una **sintomatología** referida anteriormente que incluye los **diagnósticos CIE-10-ES⁴**: F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30 (F30.13 y F30.2), F31, F32 (F32.2, F32.3), F33 (F33.2, F33.3), F60 (F60.0, F60.1 y F60.3).
2. La necesidad un **abordaje multidisciplinar, intersectorial y continuado**.
3. La previsión de una **evolución prolongada en el tiempo**.

Límite final:

- Paciente en el que **no se confirma** un TMG tras la evaluación.
- Pacientes en los que se confirma el diagnóstico de un **episodio de corta duración** que incluye los **diagnósticos CIE-10-ES⁴**: F23; F30.13, F30.2; F32.2, F32.3.
- **Curación, o mejoría suficiente**, desde el punto de vista sintomático y funcional, por lo que no requiere abordaje complejo en un periodo mínimo de 2 años.

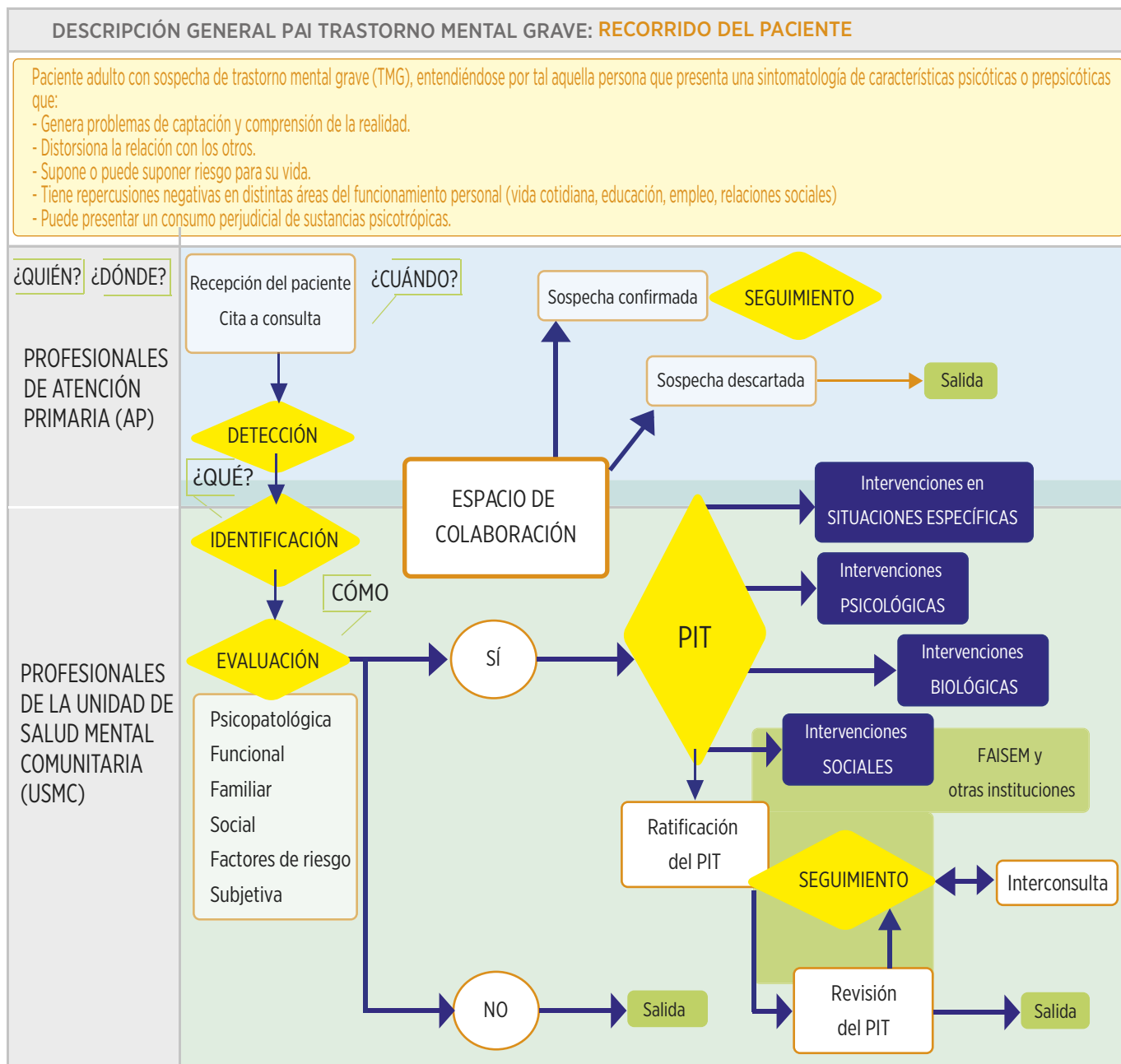
Límites marginales:

- Trastornos mentales graves en **la infancia y la adolescencia**.

*Se entiende por sintomatología prepsicótica, por un lado, aquellos estados previos a una psicosis instaurada - de primordial importancia en la detección precoz y la intervención temprana- y caracterizados por perplejidad, ansiedad y pánico intensos, desconfianza, autorreferencialidad, extrañamiento; otras veces por retracción y aislamiento marcados e indiferencia ante el mundo externo, o bien, por ideas sobrevaloradas de perjuicio, exaltación, inculpación, etc. Por otro lado, a una organización de la personalidad caracterizada por la inadaptación social, dificultades en la relación interpersonal, tendencia al aislamiento, suspicacia o inestabilidad permanentes, rasgos que pueden confluir o mostrarse separadamente.

Descripción general

La descripción general del PAI Trastorno Mental Grave se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona, representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), las actividades o servicios que se realizan (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO), y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO), reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente.



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido del paciente, se ha identificado a los y las profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse y las principales características de calidad que han de tener estas actividades⁴⁸.

Se trata de incorporar sólo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  a las buenas prácticas de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía^{49, 50} y/o la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵¹.
 - Se identifica, además, con  la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información y toma de decisiones²⁹:**
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la persona, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía⁵², Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética⁵³ y otros documentos de la Estrategia de Bioética:
 - > Uso de formulario de consentimiento informado escrito del Catálogo de Formularios del SSPA⁵⁴.
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones⁵⁵.
 - > Consulta del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas⁵⁶.

- **El uso adecuado de medicamentos:** se identifica con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.

Las guías de práctica clínica que se utilizan como base en la elaboración de los PAI no siempre incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste-efectividad, coste-beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como Informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Guía Farmacoterapéutica del SSPA y protocolos locales.

- **Los cuidados de Enfermería:** se describen mediante los diagnósticos NANDA, la identificación de los resultados a conseguir (NOC: *Nursing Outcomes Classification*)⁵⁷ y las principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*)⁵⁸.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el o la profesional sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA de AP

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	1.1 Se aplicarán medidas para saber la identidad inequívoca de la persona mediante tres códigos de identificación diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) en el ámbito de la atención primaria y consultas hospitalarias (Δ).

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP): MÉDICOS/AS DE MFYC, ENFERMEROS/AS, TRABAJADORES/AS SOCIALES.

Actividades	Características de calidad
2º DETECCIÓN	2.1 Se recomienda que la detección de la persona con sospecha de trastorno mental grave sea realizada por el o la profesional responsable de AP que conozca bien a la persona y su evolución (AG). 2.2 Se sugiere que ante la demanda de un familiar, se realice una detección activa del TMG mediante una o varias visitas programadas en el domicilio (AG). 2.3 Se recomienda incorporar a la familia para poder realizar la detección cuando la persona esté en situación de incapacidad de hecho. Para determinar esta situación por parte del médico o de la médica responsable se evaluará⁵⁹ (Δ): • Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra. • Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones. • Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones. • Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas. • Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla. 2.4 Se recomienda para la detección de TMG realizar: • Valoración clínica, teniendo en cuenta la presencia de: - una sintomatología de características psicóticas o prepsicóticas que (AG)⁶: - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad. - Distorsiona la relación con los otros. - Supone o puede suponer riesgo para su vida. - Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales) - Puede presentar un consumo perjudicial de sustancias psicotrópicas.

Actividades	Características de calidad
2º DETECCIÓN	- Se debe realizar una exploración completa para identificar enfermedades físicas (incluyendo trastornos cerebrales orgánicos) y tratamientos farmacológicos prescritos que puedan propiciar una psicosis (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. - Se debe tener en cuenta la posibilidad de diagnósticos diferenciales que incluyen trastornos del espectro de esquizofrenia, trastornos de personalidad, uso indebido de drogas, trastornos por consumo de alcohol, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y subyacentes y trastornos físicos como el hipotiroidismo o hipertiroidismo (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • Valoración personal, familiar y social, mediante un análisis y detección de las situaciones o problemas de salud actuales, de las necesidades individuales o familiares y del riesgo social. • Valoración subjetiva de la persona sobre su situación clínica. 2.5 Si una persona tiene un familiar de primer grado con psicosis o esquizofrenia y tiene un retraimiento en el funcionamiento social, dérivelo para su evaluación a un servicio de Salud Mental, ya que puede tener un riesgo importante de desarrollar psicosis (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. 2.6 Se recomienda utilizar como instrumento para la detección la Escala EDIE⁶⁰ (<i>AG</i>), cuyos criterios más relevantes son: • Sensación de que la gente le está observando. • Sensación de que oye cosas que los demás no pueden oír. • Ideas de referencia. • Creencias raras. • Pensamiento o lenguaje raro. • Afectividad inadecuada. • Conducta o apariencia rara. • Historia de psicosis en un familiar de primer grado y estrés aumentado o deterioro en el funcionamiento. 2.7 La valoración del paciente se realizará dentro del espacio de colaboración que integra a los profesionales de AP y Salud Mental, de forma urgente o programada, mediante un informe con los datos más relevantes para garantizar la transferencia de información interprofesional (<i>AG</i>)³. 2.8 No se debe comenzar la medicación antipsicótica en los primeros síntomas en AP a menos que se consulte con un psiquiatra (<i>Recomendación NICE</i>)⁶.



Actividades	Características de calidad
2º DETECCIÓN	2.9 Se recomienda en AP la atención de las diferentes patologías del paciente, mediante control y tratamiento, intervenciones sobre el estilo de vida y en la accesibilidad a la atención sanitaria, ya que en pacientes con TMG hay una elevada morbilidad debido a patologías concurrentes (AG)^{61, 62}. 2.10 Se recomienda favorecer los hábitos de vida saludable para controlar los factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo o el consumo de tabaco y alcohol (AG)^{61, 62}. 2.11 (I) Se informará a la persona de las actuaciones sanitarias a realizar en relación con el diagnóstico del TMG (AG). Se informará, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Cuando un/a paciente, tras valoración, carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. También serán informadas las personas vinculadas a él en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita⁵⁹. 2.12 (I) Se recomienda determinar, tan pronto como sea posible, cómo se compartirá la información, discutir derechos de confidencialidad, enfatizar la importancia de compartir información sobre riesgos y la necesidad de que los cuidadores entiendan la perspectiva del paciente. Fomentar un enfoque colaborativo que apoya tanto a los pacientes como a los cuidadores, y respetar sus necesidades individuales y su interdependencia (Recomendación NICE)⁶. 2.13 (I) Se registrará, en la historia de salud si se ha detectado una situación de incapacidad de hecho y los datos de la persona que actuará como su representante. Se registrará, en la historia de salud el momento y los contenidos de la información dada a el/la paciente y/o a la persona que proceda, así como el consentimiento otorgado verbalmente para la realización de las intervenciones/actuaciones sanitarias propuestas (Δ).

PROFESIONALES: PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS/AS CLÍNICOS/AS DE LA USMC Y/O UHSM

Actividades	Características de calidad
3º IDENTIFICACIÓN	3.1 La persona debe ser atendida en la USMC para la identificación en el plazo máximo de 1 semana y deberá concluirse esta intervención en 1 semana (AG). 3.2 Para poder identificar un o una paciente con TMG, se requiere realizar (AG): • Historia Clínica para determinar el diagnóstico CIE 10-ES⁴: F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30 (F30.13 y F30.2), F31, F32 (F32.2, F32.3), F33 (F33.2, F33.3), F60 (F60.0, F60.1 y F60.3). • Obtener los resultados descritos en las siguientes 3 escalas de valoración, referidas a los últimos seis meses: - Escala GAF⁶³: Menos de 60 puntos. - Escala HONOS⁶⁴: Una puntuación de 4 en cualquiera de las escalas excepto la 5. - Escala BPRS⁶⁵: Mayor o igual a 21 puntos. 3.3 (i) Tras la identificación, la persona será informada sobre su situación actual, la necesidad de una valoración multidisciplinar, intersectorial y continuada así como la previsión de una evolución prolongada en el tiempo y las posibilidades de tratamiento (AG). 3.4 (i) Se recomienda informar a la persona sobre su derecho de Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación del tratamiento, Portabilidad y Oposición (Derechos ARSLPO⁶⁶) (AG). 3.5 Se registrará toda la información relevante en su Historia Clínica (⚠).

PROFESIONALES DE LA USMC: PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS/AS CLÍNICOS, ENFERMEROS/AS DE SALUD MENTAL, TRABAJADORES/AS SOCIALES, TERAPEUTAS OCUPACIONALES.

Actividades	Características de calidad
4º VALORACIÓN	4.1 Se recomienda realizar la valoración multidisciplinaria integral en un plazo máximo de 2 meses. No se debe valorar al paciente con TMG por un único profesional ya que la persona se debe beneficiar de un equipo multidisciplinar e intersectorial (AG). 4.2 Se recomienda abordar las siguientes dimensiones (AG): • Valoración psicopatológica reglada de todas las áreas: Se recomienda utilizar como herramienta de ayuda las siguientes escalas: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)⁶⁷ (Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia), Escala de manía de Young⁶⁸ (alteraciones afectivas), escala de desesperanza de Beck⁶⁹ y Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)⁷⁰ (evaluación cognitiva). • Valoración funcional: - Capacidades y/o dificultades para la autonomía en las áreas de funcionamiento personal y social. Antecedentes de pérdida y recuperación. - Repercusiones en la vida cotidiana de la persona, así como su valoración subjetiva sobre las mismas. - Estrategias desarrolladas por la persona para el manejo de los síntomas, discapacidades, situaciones de crisis y/o riesgo. - Se recomienda utilizar como herramienta de ayuda las siguientes escalas: Life Skills Profile (LSP)⁷¹ habilidades de la vida cotidiana, la escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)⁷² y la escala de desempeño ocupacional (OPHI-II)⁷³. • Valoración familiar: - Genograma. Pautas de relación entre sí y específicamente con la persona. - Eventos familiares significativos - Impacto de la enfermedad en la vida familiar, cuidador principal y grado de estrés que genera. - Conocimiento de la familia sobre la enfermedad y estrategias que ha puesto en marcha para solucionar los problemas. - Se recomienda utilizar como herramienta de ayuda las siguientes escalas: - Escala de sobrecarga del cuidador: Zarit⁷⁴. - Percepción de la función familiar: Apgar Familiar⁷⁵. - Evaluación de la emoción expresada: Five Minutes Speech Simple (FMSS)⁷⁶. - Evaluación de la percepción de la persona de las relaciones familiares: Parent Perception Inventory (PPI)⁷⁷.

Actividades	Características de calidad
4º VALORACIÓN	• Valoración social y ocupacional: - Se recomienda completar esta evaluación a través de la atención en el domicilio. Se realizará mediante entrevistas individuales y familiares. - La evaluación debe abordar los siguientes dominios (<i>Recomendación NICE</i>)⁶: - Psicológica y psicosocial, incluidas las redes sociales, las relaciones y la historia previa de trauma. - Desarrollo (habilidades y desarrollo social, cognitivo y motor, incluyendo condiciones de neurodesarrollo coexistentes). - Social (alojamiento, cultura y etnia, actividades de ocio y recreación, y responsabilidades para los niños o como cuidador). - Educativo y Ocupacional (nivel de estudios, empleo y actividades de la vida diaria). - Calidad de vida. - Estatus económico. - Además se tendrá en cuenta el riesgo de exclusión social, dependencia y discapacidad así como la situación legal y judicial. - Se realizará un diagnóstico social y ocupacional con el fin de tener información sobre la situación actual para concretar la acción que se llevará a cabo con la persona, contextualizándola en su futuro plan de intervención y así poder hacer un pronóstico de evolución de la situación observada identificando déficit y potencialidades. - Se recomienda utilizar como herramienta de ayuda la Escala de Funcionamiento Social <i>SFS</i>⁷⁸. • Valoración de los factores de riesgo: - Estilos de vida y/o adicciones, mediante las siguientes actividades que permiten determinar si existen adicciones y su severidad: - Entrevistas: De investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias como Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (<i>PRISM</i>); Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual (<i>ECDD</i>) y el Índice Europeo de Gravedad de la Adicción <i>EuropASI</i>. - Cuestionarios para detectar el consumo como <i>CAGE</i> o Alcohol Use Disorders Identification Test (<i>AUDIT</i>). - Pruebas complementarias (análisis toxicológico). - Obtener información de familiares u otras personas cercanas, en general y frente a cambios de comportamiento, faltas frecuentes a consulta, adherencia al tratamiento y problemas económicos o legales.

Actividades	Características de calidad
4º VALORACIÓN	- Acontecimientos vitales estresantes. - Comorbilidad con otra patología somática o riesgo cardiovascular. - Conducta suicida. - Falta de vinculación a los servicios de salud. - Otros riesgos: Sospecha de malos tratos, riesgos de violencia de género, menores o adultos a cargo, etc... • Valoración de la percepción subjetiva de la persona: - Grado de aceptación y manejo de la enfermedad. - Identificación de áreas importantes para la persona y la consecuente planificación de metas para conseguir el bienestar. - Explorar los valores, deseos, preferencias y necesidades de la persona para la planificación anticipadas de decisiones en salud mental (PAD-SM)⁵⁵. - Se recomienda utilizar como herramienta de ayuda la Individual Recovery Outcomes Counter (I-ROC)⁷⁹. 4.3 En la valoración (y en la intervención posterior) se tendrá en cuenta el Modelo de la marea de recuperación en Salud Mental o <i>Tidal Model</i>⁸⁰. 4.4 Se recomienda que la persona reciba una valoración específica de enfermería que puede realizarse según el modelo de <i>Necesidades Básicas de Virginia Henderson</i>⁸¹ o a través de los Patrones Funcionales de Salud de <i>Marjory Gordon</i>⁸². 4.5 Tras la valoración de las 6 dimensiones se procederá a la asignación de un nivel de intensidad que permitirá ajustar las intervenciones a las necesidades individuales de cada paciente. Cada persona debe presentar, al menos el primero de los ítems y además uno de los 3 ítems siguientes. Se revisará al menos anualmente, salvo en el caso de primeros episodios que sería al menos semestralmente (AG): • Intensidad muy alta: - Los síntomas positivos y negativos interfieren gravemente en su vida diaria, causan problemas graves en sus relaciones con los demás y en su autocuidado. - Ha requerido más de un ingreso en el último año. - No cuenta con entorno familiar, o si lo tiene, es muy conflictivo, no proporcionando apoyo a las dificultades de la persona y no siendo efectivo para responder a sus necesidades. - No tiene adherencia a los servicios de SM. • Intensidad alta: - Presenta síntomas positivos y negativos que interfieren gravemente en su vida diaria y en su autocuidado, pero no causa problemas graves en sus relaciones con los demás.



Actividades	Características de calidad
4º VALORACIÓN	- Ha requerido al menos un ingreso en el último año. - Cuenta con entorno familiar, pero proporciona un apoyo deficitario a las dificultades de la persona y no es efectivo para responder a sus necesidades. - Tiene problemas de adherencia a los servicios de SM. • Intensidad media: - Presenta síntomas positivos y/o negativos, pero no interfieren en su vida diaria ni en su autocuidado y no causan problemas graves en sus relaciones con los demás; o presenta síntomas negativos que interfieren leve o moderadamente en su funcionamiento diario. - No hay ingresos en el último año. - Cuenta con entorno familiar que proporciona contención adecuada a las dificultades de la persona, pero no es efectivo en dar respuesta a todas sus necesidades. - Presenta una buena adherencia a los servicios de SM. 4.6 (i) La persona será informada, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Cuando la persona, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico (incapacidad de hecho), esta se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁵⁹. 4.7 (i) La información sobre la valoración tiene que tener unos contenidos mínimos en relación a la confirmación del TMG, la evolución y el planteamiento del PIT. Se informará, de las pruebas y técnicas diagnósticas a realizar, su finalidad, los riesgos, beneficios y alternativas (4G). 4.8 (i) Se registrará en la Historia Clínica el momento y los contenidos de la información verbal dada, así como el consentimiento o el rechazo otorgado para la realización de las intervenciones/actuaciones sanitarias (pruebas y técnicas diagnósticas) propuestas.

PROFESIONALES DE LA USMC: PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS/AS CLÍNICOS, ENFERMEROS/AS DE SALUD MENTAL, TRABAJADORES/AS SOCIALES, TERAPEUTAS OCUPACIONALES.

Actividades	Características de calidad
5º PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)	5.1 Todas las personas con trastorno mental grave contarán con un plan denominado PIT en un tiempo máximo de 30 días. 5.2 No se debe tratar al paciente con TMG por un único profesional ya que la persona se debe beneficiar de un equipo multidisciplinar e intersectorial (AG). 5.3 Se elaborará un plan de atención en colaboración con el paciente y familia tan pronto como sea posible después de la evaluación, teniendo en cuenta las necesidades de los mismos en la comunidad. 5.4 Se recomienda que la elaboración del PIT por el equipo multidisciplinar tras la valoración de la persona, se base en un modelo de decisión compartida y que fije en cada momento la visión general de la persona, su familia y su entorno, presentando las siguientes características (AG)⁸³: • Implicar a todos los protagonistas: Profesionales responsables del PIT y pacientes y, cuando proceda, la familia y/o tutor legal. Así mismo, se favorecerá la implicación activa de agentes de la red comunitaria, facilitando su participación en entrevistas tipo diálogo abierto (OD). • Compartir la información entre todos los profesionales y con la persona. • Favorecer, de forma deliberativa, la expresión de las preferencias de la persona en el proceso de decisión. • Llegar a una decisión, que será consensuada entre los profesionales y la persona, y en el caso de incapacidad de hecho, ateniéndose a lo establecido en la ley⁵⁹. • Que exista una corresponsabilidad en todas las fases del proceso. 5.5 Se concretará en un documento que contemple la visión general de la persona, su familia y su entorno, y deberá incluir los siguientes apartados (AG): • Datos de identificación de la persona, de su familiar referente y/o representante legal. • Servicios de referencia (Centro de Salud, USMC). • Profesionales de referencia: Facultativo/a responsable y referente personal. • Nivel de autonomía funcional • Resumen de la Historia Clínica y diagnóstico (CIE-10-ES y escalas HONOS, BPRS, GAF).



Actividades	Características de calidad
5º PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)	• Resumen de la evaluación de las 6 áreas concretando los problemas detectados y los objetivos a conseguir, en función del estadio evolutivo, la patología específica y las prioridades a corto, medio y largo plazo, y el nivel de intensidad requerido de los tratamientos e intervenciones. • La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental (PAD-SM)⁵⁵. • Intervenciones necesarias, especificando los resultados esperados. • Unidades y dispositivos donde realizar las intervenciones, su responsable y su referente personal. • Fecha y firma del facultativo/a, paciente con TMG y/o tutor/a legal. • Periodo de revisión del PIT. 5.6 El PIT será el documento de referencia para la realización del conjunto de las intervenciones necesarias y para la atención continuada de las personas con TMG (AG). 5.7 Se entregará una copia de este PIT a la persona o a su tutor/a para que lo comparta con sus cuidadores y/o familia y se enviará una copia al profesional de atención primaria de salud de referencia (<i>Recomendación NICE</i>)^{6,19}. 5.8 Cuando el primer contacto de la persona con el Servicio de Salud Mental tenga lugar durante un episodio de hospitalización, los profesionales de este dispositivo realizarán aquellas actividades necesarias dirigidas a la elaboración del PIT, siempre en coordinación con la USMC a la que transferirá la información pertinente, antes del alta de hospitalización (AG). 5.9 Se identificarán claramente los roles y las responsabilidades de todos los profesionales de Salud Mental que están implicados en la atención a la persona (<i>Recomendación NICE</i>)^{6,29,47}. 5.10 La persona seleccionará su referente personal de forma consensuada con su facultativo responsable en la USMC para monitorizar el acceso a los tratamientos y la toma de decisiones (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. 5.11 La coordinación para la elaboración, supervisión y evaluación periódica de las intervenciones programadas en el PIT, se realizarán por parte del profesional responsable, que podrá modificarlas, de acuerdo con el paciente y /o tutor en caso necesario. Si se precisa una intervención en otro dispositivo, tendrá otros facultativos de referencia durante su estancia, que serán responsables del cumplimiento de ese objetivo del PIT y se coordinarán con el profesional responsable y con el referente de su USMC (AG). 5.12 El PIT se ratificará por la Comisión de TMG donde se confirmará la información relevante, se establecerán las intervenciones pertinentes y se determinarán los responsables (AG).

Actividades	Características de calidad
5º PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)	5.13 Será revisado al menos anualmente (<i>Recomendación NICE</i>)^{6, 19, 29, 47} así como cuando se produzcan variaciones significativas en los objetivos propuestos, o bien cambios en los profesionales comunitarios que se relacionan con el sujeto y su familia, estableciendo, en su caso, correcciones y/o nuevas estrategias. 5.14 (i) Se informará a la persona de las posibilidades de tratamientos psicológicos, biológicos y sociales y las posibles implicaciones en su vida y se registrará, en la historia de salud de Salud Mental la información facilitada sobre el plan terapéutico, sus características, y las decisiones clínicas tomadas, favoreciendo siempre la toma de decisiones compartidas. También se reflejará el rechazo por el paciente, al tratamiento.

PROFESIONALES DE RECURSOS DE SM, AP, AH y FAISEM

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	6.1 Las intervenciones que reciban las personas deberán estar contempladas dentro del modelo de recuperación (AG)⁸⁴. 6.2 La relación terapéutica con la persona deberá constar de tres elementos (AG): • La comunicación tendrá las siguientes características: - Será cálida y con deseo de comprensión de sus vivencias. - Se extraerá de la información aportada por la persona las ideas que parecen dirigir su contenido y se devolverá, de un modo sencillo a la persona, lo que el profesional ha entendido y lo que le quiere expresar. - La persona recibirá respuestas claras y concisas. - La persona recibirá por parte del profesional una actitud de interés y respeto, que se manifestará mediante el lenguaje verbal, corporal y el contacto visual. - En el caso de que predomine el silencio por parte de la persona, la actitud del profesional debe ser respetarlo, utilizar palabras de apoyo, lenguaje no verbal y una actitud de disponibilidad, atención, tolerancia y esfuerzo por entenderle. • La contención psíquica se centrará en: - Reducir la angustia de la persona mediante la moderación y elaboración de sus emociones, que de no ser contenidas, determinarán actos impulsivos o síntomas psicóticos. - Permitir a la persona pensar en situaciones en las que sería imposible hacerlo por sí mismo. - En situaciones críticas, podrá abrir una esperanza ante una idea suicida, o infundir un sentimiento de seguridad frente un miedo delirante, o evitar una acción impulsiva sustituyéndola por palabras. - Facilitar que la persona mejore su propia contención; pueda darse cuenta de lo que le pasa, que acepte los posibles cambios y que pueda ir generando la capacidad de autocuidado. • La alianza terapéutica se caracterizará por (AG)⁸⁵: - Permitir a la persona establecer un acuerdo con el/la profesional sobre la intervención y también un vínculo emocional. - Presentar una actitud empática. - Se centrará en una aceptación positiva, no valorativa de la persona, para establecer un sentimiento de seguridad interna.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Deberá establecer límites a los eventuales intentos de la persona de aprobación total, de seducción o de ruptura de la alianza. - Debe ir encaminada a la recuperación de la persona mediante un mayor autocontrol, autodeterminación y descubrimiento de su identidad personal, que integre su trastorno en su biografía. 6.3 Se recomiendan las siguientes actuaciones en la atención a la familia (AG)^{6,19,29,47}: • Se establecerá una alianza terapéutica con las personas cuidadoras y familiares que contenga todos los elementos descritos para la persona. • Se ofrecerá un apoyo a las personas cuidadoras teniendo en cuenta el riesgo de sobrecarga. • Si los familiares presentan patologías psíquicas graves, se aplicarán los aspectos expuestos en los apartados de comunicación y contención psíquica. • Se contemplará el abordaje familiar en el plan individualizado de tratamiento, consensuado con la persona. 6.4 Se recomiendan las siguientes actuaciones en el contexto social y asistencial (AG)^{6,19,29,47}: • Se atenderán las necesidades básicas de la persona: salud física, alojamiento, empleo, ingresos. • Se ofrecerán los programas de empleo asistido a las personas con trastorno mental grave que deseen encontrar o volver al trabajo. Considere otras actividades laborales o educativas, incluyendo la formación pre-profesional, para las personas que no pueden trabajar o que no tienen éxito en la búsqueda de empleo. • Se promoverá la integración de la persona en su entorno comunitario, en redes de apoyo social, facilitando el acceso a los recursos y animando a su participación en asociaciones. • Se favorecerá el apoyo entre iguales en Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) o en otros contextos. • Se debe ofrecer la disponibilidad y accesibilidad al sistema de salud que precisen las personas con trastorno mental grave. • Con el objetivo de reducir en lo posible los ingresos involuntarios de personas con psicosis o trastorno bipolar, se favorecerán las intervenciones de planificación de crisis en relación con la PAD-SM⁵⁵. • El Plan Individualizado de tratamiento (PIT) deberá servir de elemento integrador de las actuaciones de los profesionales dentro del equipo de referencia de la persona así como de la coordinación de las distintas unidades asistenciales.

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	6.5 Intervenciones psicológicas 6.5.1 Se recomienda la indicación sistemática de intervenciones psicológicas y psicosociales para todas las personas con TMG y sus familias (AG)^{6, 19, 29, 47}. 6.5.2 Se recomienda tener en cuenta en las intervenciones psicológicas, la alianza terapéutica, los tiempos disponibles de aplicación y la inclusión sistemática en la organización asistencial de los dispositivos (AG)^{85, 86}. 6.5.3 El modelo de psicoterapia deberá tener presente los siguientes “Factores Comunes” (AG)^{87, 88}. • La relación terapéutica. • La creación de expectativas de los y las pacientes. • La inducción o generación de acciones saludables por parte de la persona a través de los factores específicos. 6.5.4 (i) Se informará a la persona y su familia o cuidadores sobre las intervenciones psicológicas disponibles para ellos, consensuando aquellas que van a recibir. 6.5.5 Se registrarán todas las intervenciones indicando aquellas acciones realizadas con la persona, su familia y su entorno social (Δ). 6.5.6 Se recomiendan las siguientes terapias psicológicas, que se especificarán por tipo de terapia, área de intervención y tiempo de aplicación: • Terapia dirigida a los pacientes: • Terapia Cognitiva Conductual (TCC): - En las personas con esquizofrenia está indicada para síntomas positivos preferentemente en los primeros episodios de psicosis y tras recaída. Se establecerán vínculos entre pensamientos, sentimientos o acciones respecto a los síntomas. Se recomiendan 16-24 sesiones (Recomendación NICE)⁶. - Para el Trastorno Bipolar, fase aguda y prevención de recaídas sobre todo depresivas. Se recomienda durante 3 meses (Recomendación NICE)¹⁹. • Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) para el Trastorno Límite de personalidad. Se trabajará la regulación emocional, el desarrollo de habilidades de eficacia interpersonal, para Mindfulness y de tolerancia del malestar. Se recomienda al menos 3 meses (Recomendación NICE)²⁹.

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Terapia de Mentalización para el Trastorno límite de personalidad (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. Se favorecerá la mentalización (función reflexiva) en un apego seguro y se trabajará con los vacíos entre experiencia afectiva y representación en la relación terapéutica. Se recomienda 1-2 semanas, 12-18 meses, individual y grupal. • Terapia de entrenamiento emocional y solución de problemas para el Trastorno Límite de la Personalidad (STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) (<i>AG</i>)⁸⁹. Combina elementos cognitivo-conductuales y de aprendizaje de habilidades. Se recomienda 20 semanas. • Psicoterapia Dinámica para la Esquizofrenia, Trastorno bipolar y Trastorno Límite de la Personalidad (<i>AG</i>)⁶: - Individual. Se trabajará sobre la asociación libre, el señalamiento, la interpretación, el <i>insight</i> (tomar conciencia de conflictos) y el apoyo (reforzar defensas). Se recomienda como mínimo 9 meses, semanal o quincenal. - Grupal. Se trabajará la discusión libre flotante, el señalamiento, la consigna, la interpretación mediante fenómenos grupales de apoyo y de <i>insight</i> (relacionales). Se recomienda como mínimo 9 meses, semanal o quincenal. • Rehabilitación neurocognitiva para el funcionamiento psiconeurológico en la Esquizofrenia. Se trabajará mediante diversos métodos para mejorar el funcionamiento cognitivo. Se recomiendan sesiones grupales (<i>Recomendación B</i>)⁸. • Se recomienda utilizar la terapia psicológica integrada (IPT) de Brenner y Roder para la esquizofrenia. Se intenta mejorar las funciones cognitivas y sociales de un modo integrado. Está formada por cinco programas: Diferenciación cognitiva, Percepción social, Habilidades sociales, Comunicación verbal y Resolución de problemas interpersonales. Todo el programa se desarrolla en pequeños grupos de 6-8 personas (<i>AG</i>)⁶. • Se recomienda la terapia neurocognitiva integrada (INT) de Roder que trata la neurocognición y cognición social para mejorar no solo el rendimiento cognitivo sino también el resultado funcional (<i>AG</i>)⁹⁰. • Terapia cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) para la prevención de recaídas depresivas (<i>AG</i>)²¹. Aprender a practicar Mindfulness y algunas técnicas y ejercicios de la TCC tradicional. Se recomiendan 8 sesiones grupales.

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Terapias dirigidas a las familias: • Intervención Familiar para la Esquizofrenia. Se ofrecerá un programa de apoyo y educativo enfocado en las personas cuidadoras en el contexto familiar. Debe estar disponible y tener un mensaje positivo sobre la recuperación (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. Se recomiendan 10 sesiones. • Intervención Familiar para el Trastorno Bipolar. Se realizarán intervenciones psicológicas estructuradas para poder manejar mejor las situaciones, prevenir recaídas y un mejor control de los síntomas persistentes entre los episodios de manía y depresión (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹ (<i>Recomendación A</i>)²⁰. Se recomiendan 10-16 sesiones. • Grupo de familiares para la Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno límite de la Personalidad. Mediante una discusión libre flotante. Se trabajarán las emociones y relaciones de los familiares: dependencia, límites, capacidad de contención. Se recomienda mínimo 9 meses, semanal o quincenal (<i>AG</i>). • Grupo Multifamiliar (varias familias con pacientes y familiares) para la Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno límite de la Personalidad. Mediante una discusión libre flotante y centrado en la relación familiar. Se trabajará el <i>insight</i> de relaciones patológicas y el apoyo interfamiliar. Se recomienda como mínimo 9 meses, semanal o quincenal (<i>AG</i>). 6.5.7 Se recomiendan las siguientes intervenciones psicosociales que se especificarán por tipo de terapia, área de intervención y tiempo de aplicación: • Intervenciones dirigidas a los pacientes: • Psicoeducación: - En la Esquizofrenia (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. Mediante la información sobre la enfermedad, interacción entre profesional y usuario así como apoyo y estrategias de manejo. Se recomiendan sesiones grupales. No debe ser ofrecida como tratamiento único de base - En el Trastorno Bipolar (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. Se trabajará la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, la detección precoz, el manejo de estrés, y los hábitos saludables y regulares. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Entrevista motivacional: En las personas con TMG y trastornos por uso de sustancias mediante el uso de un estilo de conversación para favorecer la motivación de la persona y su compromiso para el cambio (<i>Recomendación OMS</i>)⁹¹. • Manejo y Recuperación de un trastorno (Illness Management and Recovery -IMR) para la Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Depresión grave. Se ofrece una variedad de intervenciones incluyendo Psicoeducación, prevención de recaídas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento en 11 módulos diferenciados. Se recomienda sesiones semanales (individual y/o grupal) durante 3 a 10 meses (<i>AG</i>)⁶. • Grupos de Encuentro: El Grupo del Descubrimiento, el Grupo de Compartir Información y el Grupo de Soluciones (Modelo de la Marea o <i>Tidal</i>) para todos los pacientes con TMG. Se desarrollará la habilidad de compartir con otros, de una manera sencilla, gratificante y esperanzadora, situaciones sociales cotidianas relacionadas consigo mismo o su vida cotidiana. Compartir sus problemas y formas de afrontamiento con otros, desarrollar concienciación de su valía personal y reivindicar su identidad como persona (<i>AG</i>)⁸⁶. • Grupos de Apoyo para todos los pacientes con TMG. Se proporcionará apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros (<i>AG</i>)⁶⁶. • Arteterapia en Esquizofrenia. Se recomienda para síntomas negativos con trabajo en grupo que permita experimentar, expresarse, aceptar y comprender sus sentimientos (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Programa de hábitos de vida saludables (alimentación, actividad física y ayuda para dejar de fumar) para todos los pacientes con TMG, especialmente si toman antipsicóticos. Se revisarán las actuaciones sobre el control del peso, alteraciones metabólicas y riesgo cardiovascular que la persona recibe en AP (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Programas de manejo de medicación para todos los pacientes con TMG. Se trabajará en la prevención de recaídas y estrategias de automanejo de la medicación: aspectos terapéuticos, dosis, manejo de efectos secundarios, prescripción y retirada en farmacia, estrategias de automedicación (pastilleros, calendarios etc.). Se recomiendan sesiones individuales y grupales (<i>AG</i>)⁹².



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Ayuda al autocuidado para todos los pacientes con TMG. Se proporcionará ayuda hasta que la persona sea capaz de asumirlo, alentando su independencia. Se recomiendan sesiones de apoyo entre iguales proporcionado por un paciente experto entrenado que se ha recuperado y se mantiene estable apoyado por el equipo de Salud Mental (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Relajación muscular progresiva en la Esquizofrenia. Se realizará un tratamiento complementario para reducir la ansiedad y la angustia psicológica y mejorar el bienestar subjetivo de estas personas. Se recomiendan sesiones individuales y grupales (<i>AG</i>)⁹³. • Intervenciones Ocupacionales: - Área de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se recomiendan sesiones grupales e individuales para la mejora de las habilidades y capacidad de desempeño. - Área de Trabajo y actividades productivas. Para conseguir mantener o adaptar la actividad productiva con valoraciones, asesorías, capacitación y adaptaciones de la actividad y del entorno. - Área de Ocio y tiempo libre. Se fomentará el conocimiento, acceso y desempeño de ocio a través de la participación en actividades gratificantes y significativas. - Habilidades de desempeño ocupacional. Se centrará en el entrenamiento, mejora y mantenimiento de las habilidades motoras, comunicación-interacción y procesamiento. Incluye programas de remotivación. - Patrones de ejecución. Se centrará en la competencia de roles, manejo y gestión del tiempo y del desempeño para establecer y mantener rutinas interpersonales y sociales. Apoyos y adaptaciones del contexto y ambiente para mejorar el funcionamiento adaptativo en las áreas de desempeño. • Intervenciones dirigidas a la familia: • Psicoeducación en Esquizofrenia. Se recomiendan sesiones grupales. Se basa en el concepto de “emoción expresada”, identificador de pautas de relación entre el paciente o la paciente y las personas que conviven con él/ella, mejorando la dinámica y comunicación familiar, la calidad de vida y tratando de reducir las tasas de recaídas (<i>Recomendación ERB I</i>)¹³.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Intervenciones psicosociales familiares en el Trastorno Bipolar con el fin de incorporar a la familia en el cuidado del paciente (<i>Recomendación A</i>)²⁰. • Grupos de Apoyo para todas las patologías del PAI TMG. Se proporcionará apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros (<i>AG</i>)⁵⁹. • Intervenciones dirigidas al área social: • Entrenamiento en Habilidades Sociales y en Cognición Social en Esquizofrenia. Se trabajará el funcionamiento social y las habilidades sociales dando importancia a la comunicación verbal y no verbal, a la capacidad para percibir y procesar las señales sociales, y proporcionar un refuerzo social apropiado. Se recomienda 6-12 sesiones grupales (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. • Interpersonal y Ritmos Sociales para el Trastorno Bipolar, fase aguda y prevención de recaídas (<i>Recomendación A</i>)²⁰. • Intervenciones Comunitarias - Se facilitará el desempeño de roles sociales y una vida comunitaria significativa en todos los ambientes y contextos posibles mediante la participación social. - Entrenamiento de habilidades para la vida en la comunidad, movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, entrenamiento en compra, así como intervenciones para la adaptación del entorno (físico, social y cultural). 6.5.8 La elección del tipo de intervención debe atenderse a los siguientes criterios (<i>AG</i>): • Necesidades de la persona y familia en la comunidad: indicación y área de intervención que ha sido identificada en la evaluación. Sería muy útil identificar distintas tipologías de pacientes para facilitar y precisar la indicación de la intervención. • Preferencia del usuario que debe consensuar con el profesional la intervención psicológica, su planteamiento teórico explícito y el compromiso en su desarrollo práctico. • Grado de evidencia de la intervención.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	6.5.9 Se gestionarán los casos por los niveles de intensidad evaluados, según el modelo de gestión intensiva de casos (AG)¹⁸: • Nivel 1: Casos de intensidad muy alta, donde se recomienda el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)⁹⁴ y las siguientes características: • Al menos 2 contactos asistenciales por semana. En total unos 100 contactos asistenciales/año con la siguiente orientación: - Atención por un equipo multidisciplinar, compuesto por todas las disciplinas, con asignación de 1 profesional referente del programa TAC. Todos los miembros son igual de importantes y todas las aportaciones son útiles. - El abordaje es integral, llevado a cabo principalmente en el entorno natural de la persona. El equipo TAC es responsable de mantener activamente al paciente o a la paciente vinculado al programa y garantizar la continuidad de cuidados Al menos el 50% del equipo con posibilidad de flexibilizar agenda. Puede ser rotatorio y mantener siempre un facultativo/a, enfermero y auxiliar/monitor. • Al menos 1 reunión semanal de coordinación y revisión de casos (PIT) con el equipo multidisciplinar. • Nivel 2: Casos de intensidad alta, en los que se recomiendan las siguientes actuaciones: • 1 contacto asistencial a la semana. En total unos 50 contactos asistenciales/año con la siguiente orientación. • Atención por un equipo multidisciplinar, compuesto por todas las disciplinas, con asignación de un/a profesional responsable facultativo/a y de un/a profesional referente personal que tiene las siguientes funciones: - Actuar como “cara visible” de la Red para la persona y su familia. - Ayudar la persona y a su familia para una correcta utilización de la red de servicios. - Alertar a la red sobre problemas por situaciones nuevas o dificultades de uso. - El abordaje es integral y las intervenciones no disponibles se gestionan con otros dispositivos de la red de atención a la salud mental.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- El referente personal es responsable de mantener activamente al paciente o a la paciente con vinculación al programa y garantizar la continuidad de cuidados. - Hay dos profesionales con posibilidad de flexibilizar la agenda, incluyendo el referente personal. • Se recomienda al menos 1 reunión mensual de coordinación y revisión de casos (PIT) con el equipo multidisciplinar. • Nivel 3: Casos de intensidad media, que presentan las siguientes recomendaciones: • Mínimo de contactos asistenciales 1 cada 21 días. Se recomienda unos 18 contactos asistenciales/año. • Atención por el equipo multidisciplinar, compuesto por todas las disciplinas. Las personas tienen asignados un/a profesional responsable facultativo/a y un/a profesional referente personal que tiene las siguientes funciones: - Actuar como “cara visible” de la Red para pacientes y su familia. - Ayudar a la persona y su familia para una correcta utilización de la red de servicios. - Alertar a la red sobre problemas por situaciones nuevas o dificultades de uso. - El abordaje es integral y las intervenciones no disponibles se gestionan con otros dispositivos de la red de atención a la salud mental. - El referente personal es responsable de mantener activamente al paciente o a la paciente con vinculación al programa y garantizar la continuidad de cuidados - Hay dos profesionales con posibilidad de flexibilizar la agenda, incluyendo el referente personal. • Se recomienda al menos 1 reunión bimensual de coordinación y revisión de casos (PIT) con el equipo multidisciplinar. 6.5.10 Las personas con Trastorno de Personalidad (F60) como diagnóstico principal no se incluyen en nivel 1 de gravedad, al ser el estilo de trabajo TAC ineficaz e incluso iatrogénica en esta población (AG)⁹⁴.

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	6.6 Se realizarán las siguientes intervenciones biológicas: 6.6.1 En el tratamiento farmacológico se recomienda seguir los criterios de la guía de la buena prescripción de la OMS⁹⁵. Destacamos algunas intervenciones relacionadas con la eficacia, seguridad, conveniencia y coste: • (i) Se Informará y se discutirá con la persona los beneficios y los efectos secundarios de cada tratamiento para modificar favorablemente el pronóstico, el curso de una enfermedad o un síntoma. • Se valorarán la existencia de duplicidades terapéuticas e interacciones que potencien los efectos tóxicos (Δ). • Discuta sobre la posible interferencia del consumo de: alcohol, tabaco, drogas ilícitas y otras medicaciones prescritas y no prescritas con el efecto terapéutico del antipsicótico • Se valorarán las contraindicaciones por la presencia de otras enfermedades asociadas que imposibilitan el empleo de un medicamento así como la vía de administración del fármaco, que será la más adecuada en función de la situación clínica de cada paciente y su ubicación. • Se elegirá el fármaco, entre varias alternativas, que a igualdad de eficacia, seguridad y adecuación, sea el de menor coste. • Discuta con el paciente y su cuidador las terapias no prescritas (incluyendo las alternativas) que él o ellos deseen usar: beneficios, riesgos y posibles interferencias con el efecto terapéutico de la medicación • Se planteará el tiempo estimado necesario de tratamiento. 6.6.2 Se comprobará la adecuación de los medicamentos, teniendo en cuenta que el objetivo es mejorar el control de síntomas y la calidad percibida por la persona. 6.6.3 Se valorará la adherencia de aquellos fármacos prescritos, objetivando en su caso el componente determinante de la mala adherencia. 6.6.4 (i) La persona será informada de todos los tratamientos disponibles. Se debe tener en cuenta la preferencia de cada paciente en el momento de determinar la prescripción. Las personas y los profesionales sanitarios deben trabajar conjuntamente para encontrar la medicación más adecuada y la dosis eficaz más baja (AG)⁵⁹. 6.6.5 Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito⁵⁹.

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	6.6.6 (I) Se informará a la persona para el uso de medicamentos en situaciones especiales cuya indicación específica no se encuentre recogida en la ficha técnica. Se registrará su consentimiento para el uso de dicho medicamento en su Historia de Salud⁹⁶ (Δ). 6.6.7 Se realizará un registro de las intervenciones biológicas, sus características y los objetivos propuestos en la Historia de Salud de la persona. El tratamiento con antipsicóticos debe ser registrado en la historia clínica del paciente incluyendo la siguiente información (<i>Recomendación BPC</i>)⁵ (Δ). • Indicación del tratamiento. • Justificación de dosis fuera del rango terapéutico establecido. • Cambios en los síntomas y en el comportamiento, los efectos colaterales, la adherencia y la condición física del paciente. • Justificación para continuar, cambiar o detener la medicación. 6.6.8 Tratamiento farmacológico en la esquizofrenia y trastornos relacionados (trastornos delirantes persistentes, psicóticos agudos, trastornos esquizotípico, esquizoide y paranoide de personalidad) • Terapia de iniciación: • La terapia antipsicótica debe ser iniciada como parte necesaria, pero no suficiente, de un conjunto de intervenciones amplio que atiende las necesidades clínicas, emocionales y sociales (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • La elección de un antipsicótico debe hacerse conjuntamente entre el psiquiatra y la persona, basada en una discusión informada de los beneficios de cada medicamento así como sus efectos secundarios (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵ (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • El tratamiento con medicamentos antipsicóticos debería ser considerado como una terapia personalizada incluyendo lo siguiente (<i>Recomendación NICE</i>)⁶: - Discutir y registrar los efectos secundarios que la persona está dispuesta a tolerar. - Registrar las indicaciones, los beneficios y riesgos esperados de la medicación antipsicótica oral, y el tiempo esperado para un cambio en los síntomas y la aparición de eventos adversos.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Al comenzar el tratamiento utilizar la dosis mínima del rango autorizado e incrementarla paulatinamente, si es necesario, hasta alcanzar la dosis mínima eficaz. - Justificar y registrar las razones para las dosis fuera del rango. - Registrar los motivos para continuar, cambiar o detener la medicación y los efectos de dichos cambios. - Llevar a cabo un ensayo de la medicación en la dosis óptima durante 4-6 semanas. - Monitorizar y registrar regularmente y sistemáticamente los efectos secundarios durante el tratamiento, pero especialmente durante la titulación (ajuste). - Adherencia: comprobar y registrar. - Exploración y registro de salud física general. • No se debe ofrecer tratamiento con medicamentos antipsicóticos a pacientes, sólo por el hecho de considerarlos como de mayor riesgo de desarrollar psicosis o con carácter preventivo (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • En el momento de prescribir el antipsicótico para el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia en adultos, se deben tener en cuenta los efectos adversos, que se considerarán críticos para la toma de decisiones (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. • No se recomienda el uso de olanzapina y clozapina como tratamiento inicial en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia y que tengan factores de riesgo como dislipemia, hipertensión, sobrepeso o diabetes (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. • Aunque todos los antipsicóticos tienen una influencia sobre el intervalo QT del electrocardiograma, específicamente no se recomienda el uso de amisulprida o ziprasidona en pacientes con antecedentes conocidos de arritmia cardíaca o prolongación del QTc (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. • La elección del antipsicótico debe ser pactada con el paciente teniendo en cuenta el punto de vista de los cuidadores si el paciente así lo consiente. Se proporcionará información y se discutirán los beneficios y efectos secundarios de cada medicamento, incluyendo (<i>Recomendación NICE</i>)⁶:



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Metabólico (aumento de peso y diabetes). - Extrapiramidales (acatisia, discinesia y distonía). - Cardiovasculares (prolongación del intervalo QT). - Hormonales (aumento de la prolactina). - Otros (incluidas las experiencias subjetivas desagradables). • En individuos con primer episodio de esquizofrenia se debe usar la dosis mínima efectiva de antipsicóticos (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • A las personas con primer episodio psicótico: - Se les debe ofrecer tratamiento con medicamentos antipsicóticos orales junto con intervenciones psicológicas (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. - No se recomienda utilizar una dosis de carga de medicación antipsicótica (a menudo denominada “neuroleptización rápida”) (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. - Tras el inicio de un medicamento antipsicótico, la titulación de la dosis y la respuesta deben ser monitorizadas durante la fase temprana de la prescripción (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Cuando haya una respuesta deficiente a la medicación debe haber una evaluación de la adherencia a la medicación y abuso de sustancias de forma concurrente antes de que la falta de respuesta pueda ser definitivamente establecida así como otras condiciones coexistentes, incluida la depresión y ansiedad, particularmente en las primeras fases del tratamiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Antes de cambiar un antipsicótico considere que el tiempo de respuesta es de cuatro a seis semanas en las dosis máximas toleradas (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Cuando haya una respuesta parcial, esta deberá ser reevaluada después de 8 semanas a menos que haya efectos adversos significativos (<i>AG</i>). • Tras la remisión del primer episodio de esquizofrenia, la duración del tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos deberá ser de al menos 18 meses (<i>AG</i>)⁵.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomienda evitar el uso simultáneo de dos o más antipsicóticos, salvo en períodos breves de cambio de medicación o en situaciones clínicas especiales y siempre de forma individualizada y no rutinaria. En todos los casos, es necesario acordar con cada paciente los beneficios y los daños esperables (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se sugiere realizar estudio somático previo y durante el tratamiento con antipsicóticos, que se realizará preferentemente por el equipo de AP en el espacio de colaboración AP-SM³. Los parámetros y la periodicidad en el control se describen a continuación (<i>AG</i>)^{5,6}. - Peso o Índice de Masa Corporal (IMC) y perímetro abdominal (Inicio, 3 meses y anual). - Pulso y Tensión Arterial (Inicio, 3 meses y anual). - Glucosa Basal y HbA1C y Perfil Lipídico (Inicio, 3 meses y anual). - Estado Nutricional. Dieta. Actividad Física (Inicio, 3 meses y anual). - Evaluar Trastornos del movimiento (Inicio, 3 meses y anual). - Consumo de tóxicos (Tabaco) (Inicio, 3 meses y anual). - Hemograma y Prolactina (Inicio y anual). - ECG (según clínica y fármaco). - Transaminasas y Tirotropina, Thyroid-Stimulating Hormone (TSH) (según clínica y fármaco). • El equipo de Salud Mental debe mantener la responsabilidad de monitorizar la salud física de los pacientes y los efectos de los medicamentos antipsicóticos durante al menos los primeros 12 meses o hasta que la situación de la persona se haya estabilizado. Posteriormente, la responsabilidad de este control puede ser transferido a Atención Primaria dentro del espacio de colaboración en atención compartida (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Tratamiento de exacerbación o recurrencia: • Se recomienda ofrecer tratamiento con medicamentos antipsicóticos orales junto con intervención psicológica (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • La elección del fármaco debe estar influenciada por los mismos criterios recomendados para el inicio del tratamiento, teniendo en cuenta la respuesta clínica y los efectos secundarios de la medicación actual y anterior de la persona (<i>Recomendación NICE</i>)⁶.

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Tratamiento de mantenimiento • (i) Se debe informar a la persona que existe un alto riesgo de recaída si detiene la medicación en los próximos 1-2 años (<i>Recomendación A</i>)⁸(<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • En caso de retirar la medicación antipsicótica, debe de llevarse a cabo gradualmente y controlando de forma regular los signos y síntomas de recaída. Una vez retirada, este control se ha de mantener durante al menos 2 años (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • No se recomienda el uso de estrategias de dosificación intermitente de forma rutinaria para el tratamiento de mantenimiento de la persona adulta con diagnóstico de esquizofrenia (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. • Revisar la medicación antipsicótica anualmente, incluyendo los beneficios y efectos secundarios observados. La elección del fármaco debe estar influenciada por los mismos criterios recomendados para iniciar el tratamiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • La decisión de cambiar la medicación antipsicótica debe tener en cuenta el riesgo de desestabilización y los efectos adversos y la dosis de los medicamentos debe ser gradualmente ajustada (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. • Se debe de valorar la posibilidad de ofrecer antipsicóticos inyectables depot / acción prolongada a las personas con psicosis o esquizofrenia, cuando: - La persona prefiera dicho tratamiento (<i>Recomendación débil</i>)⁵. - Existe falta de adherencia al tratamiento con antipsicóticos orales (<i>Recomendación débil</i>)⁹. • No se recomienda prescribir antipsicóticos depot en la fase aguda de la esquizofrenia en adultos (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. • Esquizofrenia resistente al tratamiento: • Para las personas que no han respondido adecuadamente al tratamiento farmacológico (a dosis recomendadas durante 6 a 8 semanas de al menos dos antipsicóticos, de los cuales uno al menos debe ser atípico) o psicológico se recomienda (<i>Recomendación NICE</i>)⁶:



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Revisar el diagnóstico. - Establecer que ha habido adherencia a la medicación antipsicótica, prescrita en una dosis adecuada y para la duración correcta. - Revisar el uso de tratamientos psicológicos indicados. - Considerar otras causas de falta de respuesta, como el uso indebido de sustancias comórbidas (incluido el alcohol), el uso concomitante de otros medicamentos prescritos o enfermedades físicas. • Se recomienda ofrecer clozapina a personas que no hayan respondido adecuadamente al tratamiento a pesar del uso secuencial de dosis adecuadas de al menos 2 fármacos antipsicóticos diferentes. Al menos uno de los dos fármacos debe ser un antipsicótico de segunda generación (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Para pacientes sin respuesta a varios compuestos antipsicóticos, incluida la clozapina, es una buena práctica disminuir gradualmente cualquier tratamiento antipsicótico en curso, prestando especial atención al riesgo de síntomas psicóticos agravados (<i>AG</i>)⁷. • Las pautas a seguir con el uso de clozapina son las siguientes: - No se recomienda el uso de clozapina en pacientes con antecedentes conocidos de discrasias sanguíneas o convulsiones (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. - La prescripción de la clozapina debe estar condicionada a la posibilidad de realizar el seguimiento hematológico adecuado (<i>Recomendación fuerte</i>)⁵. - Se debe considerar la monitorización de los niveles plasmáticos de clozapina cuando exista (<i>Recomendación NICE</i>)⁶: - Cambios en el hábito tabáquico - Asociación de clozapina con otro antipsicótico. Se debe considerar la asociación de clozapina con un segundo antipsicótico de segunda generación (ASG) para pacientes cuyos síntomas no hayan respondido adecuadamente a clozapina sola, a pesar de la optimización de la dosis.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- El tratamiento debería continuar durante un mínimo de 10 semanas. - Se debe elegir un fármaco que no superponga los efectos secundarios comunes de la clozapina. - La asociación de clozapina con lamotrigina puede considerarse para aquellos pacientes cuyos síntomas han tenido una respuesta insuficiente a clozapina sola. • En el tratamiento urgente de la persona agitada se recomienda (Anexo 1): • Valorar la situación usando toda la información disponible. • Establecer un diagnóstico teniendo en cuenta la medicación que está tomando la persona y su estado mental. • Utilizar medidas no farmacológicas como la contención psíquica. • Utilizar la mínima dosis eficaz en el tratamiento farmacológico. • Incluir tanto las dosis orales como intramusculares (IM) para el cálculo total de la cantidad de medicamento administrado. 6.6.9 Tratamiento farmacológico de la depresión moderada-grave o grave. • Tratamiento de síntomas depresivos crónicos (<i>Recomendación NICE</i>)⁴⁷: • Se recomienda la combinación de medicamentos antidepresivos y tratamientos cognitivos conductuales. El medicamento de elección es un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS), si no se tolera un ISRS, considerar el tratamiento con un ISRS alternativo. • Si la respuesta al tratamiento es limitada o nula tras 4 a 6 semanas con un tratamiento combinado de fármacos con psicoterapia, se recomienda aumentar duración y número de contactos asistenciales y revisar factores personales, sociales y condiciones físicas de salud, incluidos los efectos adversos de la medicación. • Si no hay respuesta a la intensificación del plan terapéutico y se decide continuar el tratamiento con fármacos, se recomienda: - Si el medicamento de primera elección (ISRS) es bien tolerado, continuar y aumentar la dosis, aunque la evidencia es limitada. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Si existe mala tolerabilidad, cambiar a un medicamento de la misma clase. - Cambiar a una clase diferente de antidepresivos (incluidos ISRS, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), Antidepresivos tricíclicos (ATC) o Inhibidores de Monoamino Oxidasa (IMAO). • Si no hay respuesta a un aumento de dosis o cambio a otro antidepresivo, revisar el plan de tratamiento a las 2-4 semanas. • Si no hay respuesta a un tratamiento combinado de medicamentos y psicoterapia tras 12 semanas, cambiar a una combinación diferente. • Considerar combinar fármacos si no hay respuesta al tratamiento y la persona rechaza tratamiento psicológico, teniendo en cuenta los riesgos: - Explicar el posible aumento de la carga de efectos secundarios (incluido el riesgo de síndrome serotoninérgico). - Tener en cuenta que algunas combinaciones son potencialmente peligrosas y deben evitarse (por ejemplo, un ISRS, IRSN o ATC con IMAO) - Considerar combinar un medicamento antidepresivo con un antipsicótico o litio. - Tener en cuenta que citalopram y escitalopram están asociados con la prolongación del QTc. • Si hay una falta de respuesta tras un tratamiento a largo plazo, se recomienda revisar los beneficios del tratamiento con la persona y considerar suspender el medicamento. • Depresión compleja (<i>Recomendación NICE</i>)⁴⁷: • Se recomienda tratar la depresión comórbida con trastorno de la personalidad en programas de tratamiento específicos para trastornos de la personalidad. • Como alternativa puede considerarse una combinación de medicación antidepresiva y terapia cognitivo conductual en un entorno estructurado y multidisciplinar durante el tiempo necesario hasta un año. • Depresión Psicótica: • Se recomienda tratar a la persona en un programa multidisciplinar que incluya psicoterapia y considerar añadir medicación antipsicótica al plan de tratamiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁴⁷.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Prevención de recaídas (<i>Recomendación NICE</i>)⁴⁷: • En pacientes en riesgo de recaída, se recomienda la combinación de medicamentos antidepresivos con terapia psicológica con componente de prevención de recaída. Continuar con la misma dosis del fármaco a menos que exista una razón para reducirla (como los efectos adversos). • Se recomienda revisar el estado de ánimo de la persona y los efectos secundarios del fármaco a los 3, 6 y 12 meses y cualquier factor personal, social y ambiental que pueda afectar el riesgo de recaída. Comentar en cada visita la necesidad de continuar con el medicamento antidepresivo. 6.6.10 Tratamiento farmacológico del Trastorno Afectivo Bipolar: • Tratamiento del episodio agudo: Manía/Hipomanía • Se debe ofrecer monoterapia con litio como tratamiento de primera línea (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹ (<i>Recomendación A</i>)²⁰. • Considerar el uso de valproato o antipsicóticos atípicos si hay mala tolerancia al litio (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • Discutir los posibles beneficios y riesgos de cada medicamento (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹ (<i>Recomendación A</i>)²⁰. • Si una persona desarrolla manía o hipomanía y no está tomando un antipsicótico considerar añadir haloperidol, olanzapina o quetiapina o risperidona según las preferencias de la persona y la respuesta a tratamientos previos (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • En caso de usar antipsicóticos atípicos en monoterapia se recomienda como primera línea risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol y asenapina. Como alternativa se puede considerar haloperidol, ziprasidona o clozapina (<i>AG</i>)²⁶. • Si el primer antipsicótico es mal tolerado o es ineficaz a las dosis máximas, se ofrecerá un antipsicótico alternativo (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • Si el antipsicótico alternativo no es suficientemente eficaz, añadir litio. Si la adición de litio es ineficaz o inadecuada (no puede realizarse monitorización sérica rutinaria), se puede añadir valproico en su lugar (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Si está en tratamiento con litio o valproico, se recomienda analizar los niveles plasmáticos para optimizar el tratamiento (asegurar una litemia de 1,0 mmol/l o concentraciones plasmáticas de valproato entre 50 y 120 microgramos/ml). • Si está en tratamiento con antidepresivos, interrumpir dicho tratamiento y comenzar con antipsicóticos (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. Contemplar siempre la posibilidad de la existencia de una manía o hipomanía inducida por antidepresivos. • Las benzodiacepinas pueden ser útiles en el manejo inicial si existen alteraciones de conducta y agitación (<i>AG</i>)^{20, 24}. • Se recomienda, en el caso de cicladores rápidos, empezar con quetiapina o aripiprazol en monoterapia (<i>Recomendación 3</i>)²⁴. - En casos no psicóticos valproato es también una opción (<i>Recomendación 4</i>)²⁴. - Como segunda elección puede optarse por olanzapina o litio, este último especialmente eficaz en pacientes con predominio depresivo (<i>AG</i>)²⁴. - Como alternativa puede emplearse terapia combinada de litio o valproico con quetiapina o risperidona (<i>AG</i>)²⁴. • Se recomienda en el caso de episodio mixto tratar a las personas como si padecieran un episodio agudo maníaco, evitando el uso de antidepresivos (<i>AG</i>)²⁰. - Aunque el Litio beneficia a pacientes con episodios mixtos, ésta eficacia puede ser menor que la de valproato - La monitorización de episodios mixtos debe ser al menos semanal. • Tratamiento del episodio agudo: Depresión bipolar: • Si la persona no está en tratamiento, ofrecer fluoxetina combinada con olanzapina (<i>Recomendación A</i>)²⁰, o quetiapina sola (<i>Recomendación 1</i>)²⁴ (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • Si ya estaba en tratamiento con litio o valproico, analizar los niveles plasmáticos y optimizar. Si los límites del litio o valproico están al máximo, añadir fluoxetina combinada con olanzapina; quetiapina; olanzapina o bien lamotrigina, según las preferencias de la persona y la respuesta previa al tratamiento (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Los antidepresivos se pueden añadir al tratamiento durante un periodo corto de tiempo (<i>Recomendación A</i>)²⁰. No deberían ser usados como monoterapia (<i>Recomendación C</i>)²⁰. • Para evaluar la estrategia terapéutica del episodio actual depresivo debe transcurrir un periodo de tratamiento de 6-8 semanas con dosis terapéuticas. Si no hay respuesta favorable cambiar de fármaco o combinar con otro agente (<i>AG</i>). • Después de 4 semanas tras resolución de los síntomas, consensuar con la persona y sus cuidadores la continuación del tratamiento durante 3-6 meses o el comienzo de tratamiento a largo plazo, teniendo en cuenta sus riesgos (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • Tratamiento del trastorno bipolar a largo plazo: • Para la elección del tratamiento se debe tener en cuenta la respuesta a tratamientos previos, polaridad predominante, factores de riesgo en la salud física y las preferencias de la persona, incluyendo su cumplimiento y adherencia previas (<i>AG</i>). • Pueden ser utilizados eutimizantes y antipsicóticos tanto solos como en combinación durante la fase de mantenimiento. Se requiere una especial consideración del beneficio riesgo cuando se use terapia combinada (<i>Recomendación A</i>)²⁰. • Primera elección: Litio (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹(<i>Recomendación A</i>)²⁰. Consensuar con la persona el cambio a litio, informando que es el medicamento más eficaz para el trastorno bipolar a largo plazo independientemente de la polaridad predominante. • La monitorización de los niveles de Litio se debe llevar a cabo al menos cada 6 meses (<i>Recomendación C</i>)²⁰. • Alternativas a monoterapia con Litio: - Monoterapia de (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹: a) Valproico, olanzapina o quetiapina (si ha sido eficaz durante un episodio de manía o depresión bipolar). b) Lamotrigina (No recomendada en el tratamiento de la manía). c) Aripiprazol (Recomendado en la manía). - Terapia combinada de litio o valproato con risperidona, quetiapina, aripiprazol o ziprasidona.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Si no se continúa con Litio, se requiere una retirada gradual y se deben controlar los signos de recaída (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • Si se suspende el tratamiento, continuar el seguimiento de los síntomas, el estado de ánimo y el estado mental durante los 2 años siguientes (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. • El tratamiento farmacológico a largo plazo debe prescribirse de forma individualizada y mantenerse al menos 5 años (<i>AG</i>). • Tratamiento de mantenimiento cicladores rápidos: • Se recomienda el tratamiento con litio o valproato y pueden considerarse olanzapina o aripiprazol en pacientes que hayan respondido a este tratamiento durante un episodio agudo (<i>AG</i>)²⁰. • En pacientes con consumo de alcohol se recomienda la terapia combinada con litio y valproato (<i>AG</i>). • Se debe evitar el uso de antidepresivos (<i>Recomendación B</i>)²⁰. • Si se prescribe lamotrigina tener en cuenta el riesgo de reacciones cutáneas graves, sobre todo combinado con valproico concomitante . 6.6.11 Tratamiento farmacológico del trastorno por inestabilidad emocional tipo límite: • El tratamiento farmacológico no debe usarse específicamente para el trastorno límite de la personalidad o para los síntomas individuales o el comportamiento asociado con el trastorno: autolesiones repetidas, inestabilidad emocional marcada, conducta de riesgo, síntomas psicóticos transitorios (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹ (<i>Recomendación B</i>)³⁰. • El uso de medicamentos puede considerarse en el tratamiento global de las comorbilidades (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. Debe ser considerado como un complemento de la terapia psicológica para manejar síntomas específicos y deben tener un uso limitado en el tiempo (<i>AG</i>)³⁰. • Antes de comenzar un tratamiento farmacológico para una afección comórbida se recomienda (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹: • Revisar el diagnóstico del trastorno y de la condición comórbida, especialmente si se ha realizado durante una crisis o urgencia. • La efectividad y tolerabilidad de los tratamientos previos y actuales. Suspenda los tratamientos no efectivos. • Se debe tratar la depresión comórbida, el trastorno de estrés postraumático o la ansiedad (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Si el tratamiento se instaura durante una crisis, no debe ser suspendido durante una semana. Posteriormente, debe ser revisado regularmente para controlar su efectividad, efectos adversos, mal uso y dependencia. La frecuencia de la revisión se acordará con el paciente y se registrará en su plan de tratamiento (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. • Se recomienda evitar la polifarmacia (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. Se debe usar un solo fármaco y en caso de ineficacia esperar antes de introducir el siguiente (<i>AG</i>)³⁰. • Se informará sobre la ausencia de indicación en ficha técnica a estos pacientes, por lo que será de cumplimiento la normativa reguladora de la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales⁹⁶ y de la autonomía del paciente⁵⁹, lo que incluye proceder al consentimiento informado. • Se derivarán a un servicio especializado aquellos pacientes que también tienen dependencia al alcohol o drogas o un trastorno alimentario severo (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. • Manejo de la crisis aguda: • El uso de fármacos a corto plazo puede ser útil en situaciones de crisis aguda (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. • Al prescribir un tratamiento a corto plazo, debe tenerse en cuenta (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹: - Elegir un medicamento que tenga un perfil bajo de efectos secundarios, bajas propiedades adictivas, potencial mínimo de mal uso y seguridad relativa en sobredosis. - Usar la dosis mínima efectiva. - Recetar menos cantidad y con mayor frecuencia si existe un riesgo significativo de sobredosis. - Acordar con la persona los objetivos para el control de síntomas, la monitorización y la duración del tratamiento. - Acordar con la persona un plan de adherencia - Suspender un medicamento después de un período de prueba si los síntomas no mejoran. - Considerar tratamientos alternativos, incluidos tratamientos psicológicos, si el objetivo de los síntomas no mejoran o el nivel de riesgo no disminuye.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Concertar una cita para revisar el plan de atención general, incluidos los farmacológicos y otros tratamientos, después de que la crisis haya disminuido. • El fármaco prescrito para el manejo de una crisis debe ser retirado cuando la crisis esté resuelta (AG)³⁰. • En el seguimiento después de la crisis, se recomienda actualizar el plan de tratamiento y detectar qué tratamientos han resultado útiles. Debe realizarse de forma conjunta con el paciente y su familia o cuidadores (Recomendación NICE)²⁹. 6.6.12 Terapia electroconvulsiva (TEC): • En el trastorno depresivo grave, la TEC se tendrá en cuenta en las siguientes situaciones: • Con carácter general en el trastorno depresivo grave que compromete la vida y cuando es necesaria una rápida respuesta o bien otros tratamientos han fallado (Recomendación NICE)⁴⁷. • Debe considerarse de primera línea para la depresión psicótica o cuando es necesaria una respuesta inmediata. Es un tratamiento seguro y efectivo para presentaciones más severas de depresión (Recomendación EBR I)²¹. • Se debe considerar en la depresión melancólica severa, especialmente cuando el paciente se niega a todo tipo de ingesta, cuando existan síntomas psicóticos o catatonía, o bien un alto riesgo de suicidio y para aquellas personas que hayan tenido una respuesta previa satisfactoria y prefieran elegir esta técnica (AG)²¹. • Como segunda línea de tratamiento podría considerarse en pacientes que no hayan respondido a varios tratamientos con medicación (AG)²¹. • También puede contemplarse en situaciones donde puedan estar contraindicados los fármacos antidepresivos: embarazo, enfermedad médica, intolerancia a antidepresivos o personas de edad avanzada cuando se prevean inconvenientes graves con fármacos antidepresivos (AG). • No se recomienda habitualmente en personas con depresión moderada, si bien puede considerarse si su depresión no ha respondido a múltiples tratamientos farmacológicos y psicológicos (Recomendación NICE)⁴⁷.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Para aquellas personas cuya depresión no haya respondido bien a tratamiento con TEC se considerará repetir el tratamiento solo después de revisar la adecuación del tratamiento anterior, considerando otras opciones y tratando los riesgos y beneficios con la persona y/o, cuando corresponda, su tutor legal o cuidador (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. • En el trastorno bipolar, la TEC se tendrá en cuenta en las siguientes situaciones: • Es un tratamiento seguro y efectivo para presentaciones más severas de depresión incluidos los episodios depresivos mayores que ocurren en el contexto del trastorno bipolar (<i>Recomendación EBR I</i>)²¹. • Es un tratamiento de segunda línea, y debe considerarse especialmente para pacientes resistentes al tratamiento y aquellos para quienes se necesita una respuesta rápida al tratamiento, como aquellos con depresión severa con riesgo suicida inminente, catatonia o depresión psicótica, y/o cuando una respuesta rápida es importante para la estabilización médica (<i>Recomendación nivel 3</i>)²⁶. • En episodios maníacos severos (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹, con síntomas psicóticos resistentes o si está contraindicada la medicación antipsicótica o eutimizantes o bien se necesite una respuesta rápida (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. • En los estados mixtos y cicladores rápidos que sean resistentes a tratamiento farmacológico (<i>AG</i>)²⁶. • En general en los trastornos psicóticos se puede contemplar aplicar la TEC ocasionalmente en episodios agudos de ciertos tipos de esquizofrenia y para reducir la aparición de recaídas (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. También de forma ocasional en los que sean resistentes a múltiples tratamientos, que cursen con síntomas catatónicos graves, o que presenten clínica afectiva predominante y resistente (cuadros esquizoafectivos o depresiones pospsicóticas) (<i>AG</i>). • Se recomienda las siguientes acciones en el procedimiento de la técnica: • Se recomienda que la elección de la colocación del electrodo y la dosis de TEC debe ser determinado de forma individual para cada paciente, equilibrando la eficacia contra los efectos secundarios.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	La colocación unilateral suele ser hacia el lado no dominante del cerebro, con el objetivo de reducir los efectos cognitivos (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. • Se recomienda un número total de sesiones con el que se consiga la máxima remisión de los síntomas. Normalmente entre 6-12 sesiones y no se prolonga más de 20. Habitualmente la TEC se aplica en esquema de días alternos. Se recomienda una vez cada quince días o una vez al mes como terapia de continuación o mantenimiento para prevenir la recaída de los síntomas. Los tratamientos menos frecuentes o con menor intensidad de energía causan menos deterioro cognitivo, aunque el inicio de la respuesta terapéutica es más lento (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. • (i) Se debe informar de todos los riesgos y beneficios asociados a la TEC. Se debe tener en cuenta los aspectos clínicos del paciente, sus comorbilidades y los riesgos de una anestesia general así como los efectos adversos potenciales, especialmente deterioro cognitivo. Así mismo, debe informarse de los riesgos de no recibir TEC (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. • (ii) La decisión de usar la TEC debe tomarse conjuntamente con el paciente y, si no es posible, la TEC solo se debe dar si no está en conflicto con una decisión anticipada válida (PAD-SM)⁵⁵, y se debe consultar al tutor o cuidador de la persona (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. • Los riesgos asociados con la TEC pueden aumentar durante el embarazo, en personas mayores y en niños y jóvenes, y por lo tanto, se debe tener especial cuidado al considerar el tratamiento con TEC en estos grupos (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. • Se debe hacer constar en el consentimiento informado que la persona debe firmar (<i>Recomendación NICE</i>)^{47,97}. • Se recomienda realizar una evaluación previa a la TEC, que incluya examen físico, exploración neurológica detallada, examen psicopatológico, así como posibles complicaciones de la anestesia, demencia, cualquier síntoma sugestivo de aumento de la presión intracraneal o de alteración cardiovascular (<i>AG</i>). • Se debe evaluar el estado clínico después de cada sesión utilizando un instrumento de evaluación validado y terminar el tratamiento cuando se consiga la remisión o antes si los efectos secundarios superan a los beneficios potenciales (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se debe evaluar la función cognitiva antes de iniciar el tratamiento y cada cuatro sesiones. Debe incluir (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷: - Orientación y tiempo de reorientación después de cada tratamiento - Medidas de nuevo aprendizaje, amnesia retrógrada y deterioro subjetivo de la memoria, llevadas a cabo al menos 24 horas después de un tratamiento. - Si hay evidencia de deterioro cognitivo significativo en cualquier etapa, considere, en discusión con la persona con depresión, cambiar de colocación de electrodos bilateral a unilateral, reducir la dosis de estímulo o suspender el tratamiento dependiendo del equilibrio de riesgos y beneficios. • Se recomienda TEC de mantenimiento en aquellos pacientes que presenten recaídas (<i>AG</i>)²¹. Se administrará cada quince días o una vez al mes como terapia de continuación o mantenimiento para prevenir la recaída de los síntomas. La TEC se puede administrar como paciente hospitalizado o de día (<i>Recomendación NICE</i>)⁹⁷. 6.7 Intervenciones sociales: • Todas las personas con TMG contarán dentro de su PIT con un plan de intervención social personalizado a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, que se interrelacionan y con los que se trabaja simultáneamente (<i>AG</i>). • Se recomienda que el paciente tenga elaborado un informe social, necesario para la realización de actividades coordinadas con otros profesionales. Se tendrán especial atención a los factores de riesgo para dar una respuesta temprana a las necesidades de la persona (<i>AG</i>). • Se recomienda una atención directa a las personas, sus familias y a las redes de relación, desde una perspectiva de asistencia integral, con el objetivo de evitar los desajustes socio-familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud (<i>AG</i>). • Se recomienda una intervención social coordinada o trabajo en red profesional mediante la activación de recursos y/o estrategias sociales que contribuyan a mejorar la perspectiva asistencial y los resultados en salud de las personas, favoreciendo su autonomía y bienestar en coordinación con todos los recursos (<i>AG</i>). • Se recomienda identificar el papel y las responsabilidades de los profesionales implicados (<i>Recomendación NICE</i>)^{29, 47}. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Se debe desarrollar un plan de gestión de situaciones de crisis conjuntamente con la persona y su cuidador, si es posible, para poder identificar y manejar desencadenantes y alertas tempranas personales, sociales, laborales o ambientales así como signos y síntomas de recaída (<i>Recomendación NICE</i>)^{6, 19, 29, 47}. - Al preparar la transferencia del paciente para regresar a la atención primaria, acuerde un plan de atención con la persona que incluya objetivos de recuperación social y emocional, claros e individualizados (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁹. 6.7.1 Las intervenciones individuales y/o familiares tendrán las siguientes recomendaciones generales: ❶ Se debe informar y orientar a la persona y/o familia, si así lo desea, sobre su propia realidad, sus capacidades y las oportunidades que tiene en su entorno así como sobre los servicios, programas de salud, los recursos comunitarios (ocupacionales, de formación y empleo) para que alcancen sus objetivos en salud ayudando a mantener la capacidad de toma de decisiones. ❷ Se recomienda proporcionar a las personas información y consejos dentro de los programas de apoyo y autogestión para que disminuya la probabilidad de que se produzcan nuevos acontecimientos estresantes (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. - Se fomentará una red de apoyo en salud, imprescindible para completar las actuaciones que requerirá la persona en su proceso de recuperación (administración de tratamiento farmacológico, acompañamiento a consultas, realización de las actividades de la vida diaria, etc..) (<i>AG</i>). - Se recomienda impulsar, fortalecer y rescatar los aspectos más sanos de las personas, su medio familiar y entorno social, para que la relación paciente-familia-medio sea tan autónoma y satisfactoria como sea posible y nos facilite la recuperación (<i>AG</i>). - Se potenciarán los recursos internos (capacidades) y externos de las personas que tengan dificultad y/o experimenten estrés y ansiedad relacionados con la interacción social mediante estrategias de afrontamiento personal (<i>AG</i>)¹², para favorecer las interacciones y la prevención de problemas. - Si existe el riesgo de autolesión o suicidio se debe evaluar si la persona tiene el apoyo social adecuado y si conoce las posibles ayudas (<i>Recomendación NICE</i>)⁴⁷. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Los pacientes y sus cuidadores deberán recibir una provisión adecuada de las prestaciones y servicios sociales y recibirán una explicación de cómo acceder a ellos (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se recomienda asesorar a los cuidadores sobre su derecho a una asistencia por los servicios de atención social y explicarles cómo pueden acceder a éstos (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se ayudará a los cuidadores a desarrollar mecanismos de adaptación a las nuevas necesidades que evite la institucionalización y la estigmatización de la persona y posibilite la rehabilitación social. Se facilitará apoyo e información sobre aspectos legales, jurídicos, discapacidad y dependencia (<i>AG</i>). • Se fomentará el voluntariado social en ambas direcciones, como apoyo a la persona y como participación de la misma en acciones de voluntariado (<i>AG</i>). 6.7.2 Las intervenciones grupales tendrán las siguientes recomendaciones generales: • Se realizarán actividades de apoyo, formación y creación de nuevos grupos. • Se recomienda realizar acciones sociales en grupo con propósitos diversos (educativos, preventivos, de promoción, ...) para favorecer el crecimiento de los individuos en el grupo y a través del grupo hacia tareas específicas y como medio para actuar sobre ámbitos sociales más amplios (<i>AG</i>). • Se recomienda ofrecer intervenciones como un programa estructurado de actividad física grupal (<i>Recomendación NICE</i>)⁴⁷. • (II) Se ofrecerá información sobre grupos locales de apoyo a familias o cuidadores y voluntariado en organizaciones y ayudar a las familias o cuidadores a acceder a estos (<i>Recomendación NICE</i>)⁴⁷. 6.7.3 Se recomienda realizar intervenciones sobre las redes de apoyo social, en las relaciones interpersonales y ocupacional (<i>Recomendación NICE</i>)^{6, 19, 29, 47}. • Se recomienda la participación en un programa residencial donde cada residente deberá contar con un programa individual de atención residencial, incluido en el PIT y coordinado con el facultativo responsable y el referente personal, que determine claramente las

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	necesidades a cubrir desde el programa, impulsando la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad y evitando un enfoque institucional o de mera custodia (AG)^{8,18}. • Mediante la atención en régimen de cobertura de 24 horas, basado en estructuras (“Casas Hogar”) de no más de 20 residentes con presencia física de personal de apoyo (Monitores residenciales), para personas que no pueden organizar por sí mismos los aspectos básicos de su residencia, manutención, convivencia y manejo cotidiano. • Mediante la atención en régimen de supervisión horaria parcial, basado en estructuras más pequeñas (en torno a 4 residentes), con cobertura externa de personal de apoyo (Monitores residenciales), para personas que tienen mayor capacidad para organizar por sí mismas, con apoyo intermitente, al menos algunos de los aspectos básicos de su residencia, manutención, convivencia y manejo cotidiano. • Mediante la atención en régimen de apoyo domiciliario, basado en la permanencia del usuario en su propia vivienda, con cobertura externa de personal de apoyo (Monitores residenciales) durante algunas horas al día, para personas con perfiles similares a los de las viviendas tuteladas pero con posibilidad de residencia propia y/o familiar. • Se facilitarán recursos para una adaptación de la vivienda, así como acercamiento al medio donde se ubican los domicilios (en especial las Zonas con Necesidad de Transformación Social) para trabajar con los agentes sociales que puedan facilitar la integración. • Se recomienda la participación en un programa de soporte diurno donde cada usuario deberá contar con un programa individual de atención, incluido en el PIT y coordinado con el Facultativo responsable y el referente personal, con objetivos rehabilitadores, es decir impulsando la autonomía personal y el ajuste a la vida en la comunidad: • Mediante la atención en régimen de día, basado en la asistencia a un programa estructurado de actividad, habitualmente desarrollado en un Centro de Día, que facilita estímulos cognitivos, relaciones sociales y ayuda a organizar la vida cotidiana, para pacientes que tienen dificultades temporales o permanentes para desarrollar actividades laborales más específicas. • Mediante la atención en actividades puntuales más específicas de rehabilitación y / o formación durante un tiempo limitado. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomienda la participación en un programa de orientación y apoyo al empleo: • Se facilitarán actividades educativas u ocupacionales alternativas según las necesidades individuales y capacidades para participar en tales actividades con un objetivo final de acceder a una educación general, capacitación o empleo (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se debe ofrecer programas de empleo con apoyo a personas con TMG en atención primaria o secundaria que deseen encontrar o volver a trabajar. Considerar otras actividades ocupacionales o educativas, incluida la formación profesional, para personas que no pueden trabajar o no logran encontrar empleo (<i>Recomendación NICE</i>)^{6,19}. • Se recomienda identificar objetivos a largo plazo, incluidos los relacionados con el empleo y la ocupación, que a la persona le gustaría lograr, lo que debería apuntalar el largo plazo general como estrategia de tratamiento; estos objetivos deberían ser realistas y estar vinculados a corto plazo a objetivos de tratamiento (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. • Se realizará una orientación vocacional sobre las posibilidades de empleo que implica la exploración y valoración de conocimientos, habilidades, historia previa, expectativas y deseos en el área laboral, que permita ajustar las características de la persona al contexto real, incluyendo actividades complementarias de rehabilitación vocacional, formación profesional, desarrollo de habilidades básicas, y apoyo en la búsqueda, consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo (<i>AG</i>). • Se realizarán actividades de formación profesional para mejorar la capacidad de la persona para el empleo. Puede tener lugar mediante su integración, con apoyo en cursos de carácter general o a través de cursos específicos para personas con trastorno mental grave, gestionados directamente desde el servicio de orientación y apoyo al empleo. Debe basarse en expectativas reales de empleo e integrarse en un itinerario personal realista, incluyendo la consideración del riesgo de frustración de expectativas de empleo sobrevaloradas (<i>AG</i>). • Para la capacitación en la búsqueda de empleo se elaborarán unos inventarios de intereses, intereses vocacionales, rendimiento laboral, hábitos laborales así como una asesoría y autogestión. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se llevará a cabo un apoyo al empleo para el mantenimiento del puesto de trabajo. La modalidad de intervención debe tener en cuenta una valoración realista del balance entre el apoyo que se espera poder aportar y las dificultades añadidas que, en bastantes ocasiones, pueden suponer (especialmente en relación con el estigma social) intervenciones directas en el medio laboral. • Se recomienda la participación en programa de provisión de tutela: Defensa judicial / Curatela / Tutela jurídica: • En el caso de que la persona no pueda de manera duradera gestionar por sí misma aspectos básicos de su vida, y no haya en su entorno familiar ninguna persona que pueda asumir estas funciones, las Instituciones Tutelares deben garantizar: - La defensa judicial durante el proceso de incapacitación. - La curatela y / o tutela tras la resolución judicial de incapacitación. - Y la defensa judicial en los procesos de modificación de la capacidad. • En todo caso tales funciones deberán ejercerse con criterios restrictivos teniendo en cuenta que si el objetivo final del proceso de atención es la recuperación de la persona, la incapacitación y la tutela son como mucho un mal menor que hay que ejercer debidamente, pero en el mínimo de casos posibles y durante el mínimo de tiempo imprescindible para ayudar a la persona, sin generarle problemas adicionales de dependencia y privación de derechos. 6.7.4 Se recomiendan los programas de apoyo mutuo: • El apoyo mutuo y los programas de autogestión deben incluir información y consejos para construir una red de apoyo social (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. Se canalizará a la persona/familia poniéndolos en relación con otros que sufran el mismo problema y/o grupos de ayuda mutua existentes. • Se debe proporcionar y/o asesorar a los pacientes sobre las intervenciones sociales y psicológicas, incluyendo el acceso a grupos de apoyo mutuo (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. • Los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) tienen la finalidad de: • Generar contactos, que proporcionan información, ayuda material y apoyo emocional para la superación y/o adaptación a la situación actual.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Poner en relación a las personas afectadas con el mismo problema. • Fomentar, difundir, promover, desarrollar y mantener el GAM al igual que con los movimientos asociativos de usuarios y familiares de salud mental y/o asociaciones relacionadas con salud de las que se pudiera beneficiar la persona. 6.7.5 Programas de lucha contra el estigma social, público y la discriminación: • Se recomienda abordar los problemas relacionados con el estigma y la discriminación. Se debe tener en cuenta que muchas personas habrán experimentado un rechazo, abuso y trauma y el estigma a menudo se encuentra asociado con autolesiones (<i>Recomendación NICE</i>)²⁹. • Se debe tener especial atención en proteger los derechos de las personas con TMG (<i>AG</i>)^{2, 98, 99, 100, 101}. • Se recomienda participar en programas dirigidos a disminuir el autoestigma. Además de mantener una actitud correcta, protectora y favorecedora de la alianza terapéutica, y del apoyo y la colaboración con los movimientos asociativos de usuarios y usuarias, hay intervenciones más específicas de apoyo a la prevención y el manejo del autoestigma, que incluyen básicamente (<i>Recomendación B</i>)¹⁰²: • Programas de psicoeducación. Facilitan información correcta y se discute sobre las ideas inadecuadas, se busca también la participación (presencial o mediante material audiovisual) de personas directamente afectadas en proceso de recuperación. • Técnicas cognitivo-conductuales. • Intervenciones combinadas, con abordaje psicoterapéutico (especialmente de psicoterapia cognitiva) y rehabilitación (psicoeducación general, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas). • La mayoría son grupales aunque puede hacerse también un abordaje psicoterapéutico individual. Se basan en el abordaje de los problemas cognitivos específicos que están en la base del autoestigma: imagen negativa y falta de confianza en sí mismo, aceptación acrítica de las opiniones sociales habituales y falta de identificación con modelos alternativos de personas con el mismo diagnóstico. 

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	6.7.6 Intervenciones relacionadas con los ingresos económicos: • Se recomienda asegurar una vía regular de ingresos económicos como condición básica para cualquier planteamiento de vida autónoma en la comunidad, aun cuando muchas de las necesidades cotidianas sean cubiertas con apoyos institucionales diversos. La vía más adecuada para ello es un trabajo remunerado, pero en muchas ocasiones éste solo es alcanzable o solo se consigue tras un largo proceso de rehabilitación y apoyo. • Debe velarse por encontrar una cobertura razonable de las necesidades económicas de la persona mediante: • El apoyo al mantenimiento de un puesto de trabajo, si ya lo tiene en el momento de presentar el trastorno, o a la consecución de uno, si ese no fuera el caso. • El apoyo a la persona en la tramitación a una pensión contributiva o no contributiva, valorando en todo caso el efecto contradictorio de la misma sobre el empleo futuro. • Se contemplarán distintos procedimientos y niveles de apoyo, que habrá que ajustar en cada caso, desde la supervisión periódica a la incapacitación judicial y tutela. • Se realizarán intervenciones de entrenamiento para la autonomía y capacitación en la gestión del dinero. 6.8 Intervenciones en situaciones específicas: 6.8.1 Se recomiendan las siguientes características en la atención urgente al paciente TMG: • Cuando corresponda la atención urgente, se realizará de acuerdo con la resolución del SAS sobre urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos¹⁰³. • Se debe garantizar que la persona esté acompañada, segura y en un lugar adecuado durante la atención urgente (⚠). • Se recomienda valorar la capacidad del medio para manejar razonablemente la situación de urgencia separando a la persona de estímulos que puedan potenciar su agitación y/o instrumentos que pueda utilizar y que entrañen un riesgo para sí mismo o su entorno (AG).



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomienda una valoración y exploración inicial orientada a detectar (AG): • La aparición o exacerbación de síntomas característicos de los distintos problemas incluidos en el TMG. • De modo específico, la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, ansiedad, agitación, agresividad, impulsividad, oposicionismo, riesgo suicida y/o conducta desorganizada. • Indicios que permitan aventurar una evolución posible de dicha sintomatología, como son: - La existencia de factores del entorno que pudieran haber determinado el agravamiento. - Antecedentes previos de episodios similares. - Grado de conciencia de enfermedad y estrategias de la persona frente a su situación. - Si ha seguido o está siguiendo algún tipo de tratamiento, especialmente farmacológico, valorar adherencia, presencia de interacciones y efectos secundarios. • La situación somática de la persona debe ser tomada en cuenta en la exploración para: - Confirmar el diagnóstico clínico, permitiendo el diagnóstico diferencial con procesos orgánicos. - Controlar riesgos somáticos en las intervenciones. - Controlar patología somática asociada. • Se recomienda complementar la información aportada por la persona con otras fuentes de información (AG). • Se recomienda mantener una actitud contenedora, y ambiente terapéutico que transmita serenidad y seguridad a la persona, utilizando las siguientes técnicas de forma progresiva (AG): • La contención psíquica - Llevar a cabo relación terapéutica que facilite la desescalada verbal a lo largo de todo el proceso, independientemente de si se usa, o no, otro tipo de contención. - Hacer partícipe a la persona en la identificación de riesgos y amenazas percibidas, y acompañar en la elaboración conjunta de un plan de seguridad.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• La contención química: Se aplicará la correspondiente intervención farmacológica mediante un algoritmo de tratamiento urgente según la patología específica, desarrollada en el apartado de intervenciones biológicas (<i>Ver páginas 40, 44, 46, 50 y Anexo 2</i>) A Los pacientes adultos que presentan agitación psicomotora o agresividad y que no respondan a las medidas de persuasión se les debe tratar con fármacos vía parenteral. Se recomienda cualquiera de las siguientes alternativas de primera línea: haloperidol más benzodiacepina parenteral, benzodiacepina parenteral sola o haloperidol solo (<i>Recomendación fuerte</i>)⁹. • La contención física/mecánica. Se recomienda evitar la contención mecánica siempre que sea posible y usar la desescalada verbal como tratamiento de primera elección ante una agitación. Se utilizará cuando la situación sea lo suficientemente crítica que entrañe grave riesgo para la persona, allegados y profesionales, y las intervenciones psicológicas (contención psíquica) y farmacológicas (contención química) disponibles no fuesen suficientes para un adecuado manejo de la persona. Se llevará a cabo según protocolo específico contemplando en todo caso que (AG)¹⁰⁴: - La medida sea indicada por el facultativo. - En todo momento se explicará a la persona el sentido de la medida y su provisionalidad. - Dicha contención será llevada a cabo por el/los profesionales sanitarios, si bien pueden recibir ayuda del personal de seguridad o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. - En todo momento se utilizarán instrumentos de contención homologados y en condiciones de seguridad. - Se recomienda acompañamiento a la persona con presencia durante la contención física, como modo eficaz de garantizar la seguridad, la monitorización continua de la persona y los cuidados requeridos en todo momento, así como la revisión periódica de la medida de contención, retirándose tras la desaparición de los motivos que la indicaron. - Se recomienda identificar los factores que puedan incidir en la seguridad del paciente en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas (Δ). - En cualquier caso, para la reducción de las intervenciones coercitivas se recomienda la inclusión de medidas basadas en estrategias multimodales: liderazgo, registro, formación del personal, uso de herramientas de prevención, involucración de los usuarios y <i>debriefing</i>.

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomienda tener un espacio específico de atención que reúna las características físicas y funcionales para poder realizar la exploración psiquiátrica en condiciones de seguridad para pacientes, familiares y personal sanitario. Este espacio específico deberá reunir las siguientes características (AG): • Consulta de doble entrada, con botón antipánico, ausencia de objetos o enseres que puedan ser utilizados como instrumentos de agresión. • Existencia en la consulta de una cama/camilla que pudiera ser utilizada en casos de contención mecánica. • Disponibilidad de auxilio inmediato por personal de seguridad en caso necesario. • Asignación de enfermería del área de urgencias. • Asignación de espacio de observación si la persona precisa contención mecánica a cama (que podrá ser el espacio de observación médica). • Se recomienda organizar la custodia de los pacientes que presenten incapacidad de hecho en el área de urgencias con el objetivo de disminuir el tiempo de espera, priorizando la atención y teniendo en cuenta las necesidades de custodia durante el traslado (AG). • Se recomienda, tras la atención de la urgencia con alta médica, emitir un informe clínico que contenga la valoración, el tratamiento administrado y las intervenciones realizadas y asegurar la continuidad asistencial mediante derivación a atención primaria o salud mental (AG) (Δ). • Se recomienda que la persona permanezca el menor tiempo posible en espera de su ingreso en la UHSM (AG). • Las indicaciones de hospitalización son (AG)⁵: • Intento de suicidio de cualquier tipo. • Ideación suicida estructurada que constituya un plan. • Conductas que generen riesgo para otros. • Compromiso del estado general de la persona (inanición, deshidratación, desnutrición). • Conductas de riesgo o de daño autoinfligido en presencia de ideación suicida.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del paciente • Reactivación de síntomas psicóticos si además cumple con alguno de los anteriores • Presencia de condiciones (estresores psicosociales) que dificulten el manejo ambulatorio (paciente sin red de apoyo, víctima de violencia, abuso, negligencia, etc...). • Se informará al profesional referente sobre el traslado, las condiciones del mismo y las necesidades de custodia o seguridad para evitar las posibilidades de auto o heteroagresión dando instrucciones sobre medicación o sistemas de contención para facilitarlos y minimizar los riesgos durante el traslado. Se cuidará que el traslado respete el derecho a la intimidad. • Los pacientes con ingresos urgentes programados desde los dispositivos de Salud Mental se harán directamente en la UHSM sin el paso previo por los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). • Se recomienda respetar la voluntariedad por parte del paciente con respecto al ingreso. En caso de requerir un ingreso involuntario, el/la psiquiatra iniciará el procedimiento de comunicación del mismo al juzgado de guardia para el que dispone de 24 horas^{105, 106}. • Cuando el paciente o la paciente y sus familiares lleguen a la UHSM se procederá a su acogida de acuerdo a las recomendaciones y características de calidad recogidas en el documento Ambiente Terapéutico en Salud Mental del SAS¹⁰⁶. • (i) Se informará de forma reglada, clara y precisa a el/la paciente y/o a la persona oportuna, sobre el traslado a la unidad asistencial específica y la evolución clínica. • Se realizará revisión de la medicación en las transiciones asistenciales y conciliación de toda discrepancia si la hubiera (Δ). 6.8.2 Atención en situación de crisis (primeros episodios de inicio agudo con riesgo de evolución hacia TMG y descompensaciones agudas): • Se debe facilitar a la persona y su familia acceso directo a los/as profesionales de referencia, presencial o telefónico, garantizando la priorización de la atención domiciliaria siempre que sea posible, porque (AG)^{6, 18}:



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Preserva, mejor que el medio hospitalario, la autonomía y el funcionamiento social del paciente. • Mejora las habilidades para hacer frente a futuras crisis. • Facilita la intervención en los desencadenantes sociales. • Se recomienda una intervención combinada o no, con otras alternativas expuestas en otros apartados: tratamiento intensivo, atención en primeros episodios, atención urgente, etc., procediéndose de forma flexible y complementaria, según las necesidades y preferencias de la persona afectada (AG)¹⁰⁷. • Se recomienda una intervención basada en los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar, adaptada al modelo de atención en nuestra comunidad autónoma, con las siguientes características¹⁰⁷: • Registrar y evaluar a pacientes en riesgo de recaídas: escasa adherencia a plan de tratamiento, pacientes con reingresos frecuentes, pacientes en riesgo de exclusión, consumo perjudicial de sustancias tóxicas, etc. • Iniciar visitas domiciliarias frecuentes para detectar situaciones de riesgo de crisis. • Se recomienda incluir en el PIT un plan de atención en crisis, ofreciendo la atención domiciliaria y siempre teniendo en cuenta las preferencias manifestadas por la persona (Recomendación NICE)⁶. • Se recomiendan las siguientes intervenciones: - Programar visitas domiciliarias continuadas para proporcionar apoyo y seguimiento de la crisis - Garantizar la adherencia a la medicación - Realizar intervenciones breves psicológicas y sociales para aliviar los síntomas y la angustia - Reforzar las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas - Intervención familiar en la crisis con las siguientes características de calidad (AG)¹⁰⁸: - Información, apoyo profesional e institucional para el manejo de crisis.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Programas de seguimiento para prevenir recaídas. - Conocer medidas y acciones que se deben tomar en situaciones de crisis. - Grupos de apoyo mutuo. - Atención integral (complementariedad con otras intervenciones). • Se recomiendan las siguientes actuaciones en caso de situación de crisis con riesgo de violencia dirigida a otros o autodirigida: • Se ofrecerá el nivel de apoyo que se requiera para cada circunstancia según las decisiones que se vayan a tomar, pero no sustituyendo las decisiones de la persona por la voluntad de terceros¹⁰⁹. • Se recomienda pasar de la “gestión del riesgo” del paciente a “compartir el riesgo” con el paciente¹⁰⁹. • Se recomienda el uso de medidas preventivas como la Valoración Monitorizada y el Plan de Seguridad con la persona en situación de crisis que ofrece el Modelo Tidal⁸⁰. 6.8.3 Período pre-psicótico/ primeros episodios de psicosis: • La intervención temprana en los primeros episodios de psicosis debe ser accesible para todas las personas con un primer episodio o primera presentación de psicosis, independientemente de la edad de la persona o la duración de la psicosis no tratada (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Las personas con primeros episodios de psicosis que acuden a una intervención temprana deben ser evaluadas sin demora. Se debe tener como objetivo proporcionar unas intervenciones completas (farmacológicas, psicológicas, sociales, laborales y educativas) (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se debe garantizar una intervención lo más temprana posible para favorecer una mejor evolución, la reducción del sufrimiento y las complicaciones de la enfermedad y una más completa recuperación de la persona y de su entorno (<i>AG</i>)^{110, 111}. • Se deberán tener en cuenta los siguientes criterios específicos de inclusión (<i>AG</i>)^{110, 111}: • Un rango de edad entre 16-35 años. Se valorarán individualmente los casos fuera de este rango. Hay que tener en cuenta que la incidencia de psicosis es mayor en edades jóvenes, en el periodo de transición a la vida adulta¹¹².



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Personas con presencia de síntomas presicóticos/psicóticos que sean detectados por primera vez y sin el requisito de un diagnóstico contemplado en los límites de entrada. • Menos de 6 años de evolución. En aquellos casos en que no se puede identificar la edad de inicio, se tomará como referencia la fecha de inicio en la red de Salud Mental, motivado por la presencia de síntomas psicóticos. En cualquier caso se recomienda indagar cuándo comenzaron los síntomas psicóticos breves e intermitentes. • Se recomienda realizar la evaluación clínica y funcional en un plazo de tres meses tras un primer episodio. Se recomienda reservar desde el primer contacto una cita de planificación a los tres meses, de modo que se garantice la puesta en común del PIT entre los profesionales que han participado en la evaluación. Se contemplará la participación de la persona en esta sesión de planificación (<i>Anexo 2</i>). • Se recomienda un seguimiento durante los tres primeros años. Si existe una remisión completa a nivel clínico y funcional, se hará dicho seguimiento durante al menos un año y se procederá al alta sin necesidad de completar los tres años (<i>AG</i>)^{110, 111}. • Se considerará ampliar la disponibilidad de intervención temprana en psicosis con un seguimiento más allá de los 3 años si la persona no ha tenido una recuperación estable de Psicosis o esquizofrenia (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se recomienda alcanzar los siguientes objetivos en la detección e intervención temprana de la psicosis (<i>AG</i>)^{110, 111}: • Objetivo General: Facilitar una rápida identificación de las personas que presentan un primer episodio de psicosis, así como la más temprana atención, utilizando intervenciones intensivas y ajustadas a sus necesidades. • Objetivos Específicos: - Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los síntomas o síndromes. - Reducir la duración de la psicosis no tratada, Duration of untreated psychosis (DUP). - Reducir la duración de la fase activa tras la instauración del tratamiento Duration of Active psychotic symptoms after commencing Treatment (DAT). - Reducir o prevenir las recaídas.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Reducir o prevenir la morbilidad asociada: depresión, ansiedad, suicidio, consumo de tóxicos. - Reducir o prevenir un deterioro significativo en el funcionamiento. - Reducir o prevenir las experiencias traumáticas y/o estresantes, tanto individuales como familiares, como la hospitalización involuntaria. - Reducir el estigma y proporcionar educación temprana. - Favorecer el trabajo en red entre los dispositivos de Salud Mental, Atención Primaria de Salud, usuarios, familiares, grupos de apoyo mutuo y otros sectores como educación, empleo, políticas sociales, atención a las adicciones, etc., garantizando la participación activa de todos los agentes implicados. • Se recomienda seguir el siguiente modelo de atención (AG)^{110, 111}: • La atención se basará en el Modelo Comunitario y el Trabajo en Red. • Seguirá una orientación asertiva y se trabajará con el modelo de gestión de casos. • Estará orientada a la recuperación personal y promoción de la salud en el contexto comunitario. • Garantizará la continuidad de la atención (derivación, intervención y coordinación entre todos los niveles y sectores implicados). • Las intervenciones serán multi e interdisciplinarias. • El Programa será prioritario en la cartera de servicios de la UGC y en concreto de las USMC que contenga, facilitando siempre una accesibilidad y disponibilidad con la menor demora posible. • Cuidará el establecimiento del vínculo con la persona afectada y sus allegados y se facilitará desde el principio la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental.⁵⁵ • Se orientará de forma prioritaria hacia recursos normalizados del entorno. • La hospitalización completa será de corta estancia y si existe riesgo vital, riesgo a terceros, rechazo del tratamiento o carencia de red de apoyo. • Se implementarán intervenciones sobre estilos de vida saludables desde el inicio. • Se tendrá en cuenta aspectos culturales de las personas usuarias. • Se tendrá en cuenta la perspectiva de género.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomiendan las siguientes intervenciones (AG)^{110, 111}: • Intervenciones psicológicas. Se recomiendan tratamientos específicos ajustados a cada fase del trastorno y a las necesidades de pacientes y familiares. - Fase prepsicótica: nos referimos aquí a aquellas personas con alguno de los síntomas prepsicóticos referidos en la definición - Psicoterapia cognitiva destinada a desarrollar una alianza con paciente y familia, a trabajar con las creencias, ofreciendo explicaciones alternativas de los síntomas, a eliminar las conductas de seguridad que contribuyen al mantenimiento de síntomas y a prevenir el aislamiento social. - Psicoeducación y habilidades de afrontamiento de los síntomas psicóticos atenuados o transitorios - Psicoeducación y apoyo a la familia, flexible y adecuado a sus necesidades. - Información a cada paciente y su familia acerca de los riesgos y los factores protectores que pueden incidir en su futuro. - Fase aguda (3 primeros meses) - Intervención de apoyo en la crisis con paciente y familia, destinada a promover el vínculo, evaluación del impacto de la psicosis, ayuda en el manejo de la crisis e informar del funcionamiento de los servicios. - Terapia cognitivo-conductual para la psicosis aguda destinada a lograr vinculación, resolución de problemas, identificación de factores precipitantes y protectores, generación de hipótesis alternativas y reducción del malestar secundario. - Intervención familiar dirigida a apoyo emocional y educación sobre el papel de la familia en el tratamiento. - Fase de recuperación: - Recuperación inicial (3-9 meses) * Manejo de casos basado en las necesidades. * Psicoeducación individual y grupal. * Intervenciones de grupo basadas en las necesidades.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	* Psicoterapia orientada a la recuperación (Modelo cognitivo relacional de Gumley o la psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana de Jackson). * Intervenciones para la prevención del suicidio. * Intervenciones para reducción del consumo de tóxicos. * Psicoeducación familiar. - Recuperación posterior (9-24 meses o más) * Psicoeducación para prevención de recaídas. * Terapia cognitivo-conductual para los síntomas psicóticos positivos persistentes. * Programas de grupo: habilidades de afrontamiento y manejo del estrés, habilidades interpersonales, entrenamiento en habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria, planificación educativa y laboral, promoción y mantenimiento de la salud física, problemas en el estilo de vida, etc. * Mantenimiento de psicoeducación familiar. • Intervención farmacológica. Se tendrán en cuenta las recomendaciones recogidas en el apartado 6.3.1.1 sobre terapia de iniciación referida al tratamiento farmacológico de las psicosis. • Intervenciones sociales. Se tendrán en cuenta las recomendaciones generales contempladas en el apartado 6.4 si bien cabe resaltar las siguientes, específicas para las fases iniciales de las psicosis: - Tener como uno de los objetivos prioritarios la vinculación rápida del paciente a los roles que estaba desempeñando antes del inicio de la psicosis - Favorecer el apoyo compensatorio en la educación y/o el empleo cuando sea necesario. - Proveer orientación educativa y vocacional para evitar el desajuste social. - En consecuencia con lo anterior se considera esencial la estrecha colaboración entre centro educativo, dispositivos de salud mental y familia.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	- Ayudar a paciente y familia a desarrollar, en caso necesario, mecanismos de readaptación a nuevas necesidades sociales. - Propiciar la identificación, el contacto y la implicación de sectores sociales que resulten relevantes en estas fases. • Intervención sobre la salud general: - Se recomienda desarrollar desde el inicio una asistencia integrada de la salud mental y física. - Proporcionar un programa integral de tratamiento y psicoeducación que mejore la salud física de las personas atendidas, con especial atención a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. - Ofrecer un programa de educación sexual orientado a jóvenes. • Se realizará un registro de los datos más relevantes de evaluación e intervenciones en las personas que presentan un primer episodio en su Historia de Salud . 6.8.4 Pacientes con alto riesgo de suicidio: • Se recomienda la implantación de un programa de prevención de suicidio para evitar el riesgo de conducta suicida en la población con TMG (AG)^{2,113}. • Se recomienda valorar siempre el riesgo de suicidio en pacientes con TMG dada la alta tasa de conductas suicidas, intentos de suicidio y suicidios consumados. En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda explorar (AG)¹¹³: • Estado mental actual: Valorar antecedentes o síntomas en las últimas 2 semanas. • Existencias de ideación suicida. • Existencia de planificación suicida: Explorar planificación, método y consecuencias. • En general, no se recomienda el uso de escalas que valoran el riesgo de suicidio (<i>Recomendación fuerte en contra</i>)⁹. • Se debe valorar la gravedad o peligrosidad de las ideas suicidas y planificar las intervenciones pertinentes en el caso de ideas activas de muerte o planificación suicida (AG)¹¹³.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomienda explorar los siguientes factores que aumentan el riesgo de suicidio (<i>Recomendación fuerte a favor</i>)⁹: • Historia de intentos previos (de alta letalidad o con métodos violentos). • Historia clínica con abuso o dependencia de sustancias, enfermedad física comórbida, historia familiar de suicidio, comorbilidad con trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad del <i>cluster B</i> y antecedentes de hospitalización psiquiátrica. • Síntomas añadidos al TMG como la anhedonia, ansiedad severa, ataques de pánico, desesperanza, insomnio y pobre concentración. • Factores sociales-vitales como ser soltero, viudo, divorciado, separado, la pérdida de algún ser querido, una pobre red de apoyo y vivir solo. • Se recomienda realizar un plan de manejo integral (psicofarmacológico, psicoterapéutico y sociofamiliar) multidisciplinario y un seguimiento intensivo a aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio (<i>AG</i>)⁴⁶ donde conste como mínimo los desencadenantes, síntomas prodrómicos, el acceso más rápido de la atención, así como la PAD-SM⁵⁵ que previamente se haya consensuado con el paciente. • Una vez detectado el riesgo suicida y/o autolisis, el PIT deberá contemplar como intervenciones necesarias (<i>AG</i>)¹¹³: • Seguimiento correspondiente a la crisis. Incluyendo información pertinente a pacientes y familiares sobre las pautas de cuidados a seguir. • Tratamiento acorde a su trastorno (farmacológico y psicológico) • Se debe ofrecer cualquiera de las siguientes terapias: terapia cognitiva conductual (TCC), terapia interpersonal psicodinámica o terapia asertiva combinada con terapia psicológica (<i>Recomendación II</i>)³¹. • Se recomienda la TCC una vez por semana (al menos al inicio del tratamiento) de preferencia en sesiones individuales (<i>Recomendación B</i>)⁴⁶. • No se recomienda el uso general de antidepresivos (a excepción de indicación específica) para reducir el riesgo de repetición de autolesiones (<i>Recomendación II</i>)³¹.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomienda hospitalizar a la persona en los siguientes casos (<i>Recomendación D</i>)⁴⁶: • Riesgo suicida grave o extremo. • Ideación suicida con: - Presencia de trastorno mental grave. - Conducta autolítica grave reciente. - Plan de suicidio elaborado. - Intencionalidad suicida al final de la entrevista clínica. - Situación social o familiar de riesgo. - Falta de apoyo o soporte personal. - Duda sobre la gravedad del episodio. • Comunicación o conducta suicida. • Se debe explicar al familiar o cuidador el riesgo existente (<i>AG</i>)⁹. Para todo tratamiento, se debe procurar obtener el consentimiento informado (previo a una comunicación adecuada del tratamiento) del o la paciente y de la familia cuando lo primero no sea posible. • El alta hospitalaria supone un momento crítico, por lo que se deberá observar un seguimiento estrecho, aumentando las consultas ambulatorias y/o domiciliarias (<i>AG</i>). • Adicionalmente, se debe procurar brindar psicoeducación para el paciente y su familia o cuidadores (<i>AG</i>)⁴⁶. • Se recomienda en todos aquellos pacientes con TMG y alto riesgo de suicidio realizar la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental⁵⁵. • Se debe registrar siempre en la Historia Clínica las conductas autolesivas, y la intencionalidad suicida de las mismas ya que el haber hecho un intento de suicidio es uno de los factores de riesgo más importantes para hacer otro intento (⚠). • Las recomendaciones específicas con respecto al riesgo de suicidio para el paciente con TMG cuyo diagnóstico principal es la esquizofrenia se exponen a continuación:



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Revisar las medidas psicosociales establecidas en el PIT. • Se deberá tener especial atención si la persona presenta un alto cociente intelectual y alto nivel educativo premórbido, inicio temprano, presencia de impulsividad, tendencia al aislamiento social, incremento de síntomas positivos como las alucinaciones auditivas de carácter imperativo y delirios de contenido negativo, presencia de síntomas obsesivos, presencia de depresión en forma de desesperanza, depreciación de sí mismo y sentimientos de culpa, efectos secundarios graves de la medicación antipsicótica, especialmente la acatisia, por el aumento de la actividad motora, estigma social y autoestigma, exacerbaciones periódicas frecuentes con deterioro progresivo. • El litio puede ser introducido como tratamiento del riesgo de suicidio. • La clozapina debe considerarse si hay un aumento significativo y continuo del riesgo de suicidio. • Las recomendaciones específicas con respecto al riesgo de suicidio para el paciente con TMG cuyo diagnóstico principal es el trastorno bipolar se exponen a continuación: • Se deberá tener especial atención si la persona es joven, en fase depresiva, con patrón melancólico, cicladores rápidos, cuando sucede un viraje rápido de manía o hipomanía a depresión, precipitación de síntomas mixtos y síntomas psicóticos. • Las medidas familiares y ayudas a familia son esenciales en estas circunstancias. • El tratamiento de elección para prevenir el suicidio es el litio (<i>Recomendación B</i>)²⁰. • Los antidepresivos de nueva generación, aunque no están exentos de riesgos (en particular la venlafaxina), son significativamente más seguros que los ATC o los IMAO irreversibles (<i>AG</i>)²¹. • La TEC debe considerarse tratamiento de primera línea en la depresión melancólica grave, especialmente cuando el paciente se niega a comer/beber y con alto riesgo de suicidio (<i>AG</i>)²¹. • Las recomendaciones específicas con respecto al riesgo de suicidio para el paciente con TMG cuyo diagnóstico principal es el trastorno depresivo recurrente se exponen a continuación:



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Las medidas familiares y ayudas a familia son esenciales en estas circunstancias. • Se recomienda preferentemente el tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS (<i>Recomendación A</i>)⁴⁶. • En mayores de 60 años con depresión y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (ISRS + terapia interpersonal) (<i>Recomendación A</i>)⁴⁶. • Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación (<i>Recomendación D</i>)⁴⁶. • El uso del litio como adyuvante en conducta suicida reciente, así como otras combinaciones de medicamentos y el uso de otros antidepresivos, quedan a criterio del especialista cuando el uso de ISRS no sea suficiente. Se debe registrar la justificación del uso de cualquier otra opción farmacológica en la historia clínica (<i>Punto de buena práctica</i>)⁴⁶. • La TEC debería considerarse una alternativa terapéutica en pacientes con depresión grave, fundamentalmente si existe necesidad de una rápida respuesta debido a alta intencionalidad suicida, deterioro físico grave o cuando han fallado otros tratamientos (<i>Recomendación A</i>)³³ (<i>Recomendación B</i>)⁴⁶. • Las recomendaciones específicas con respecto al riesgo de suicidio para el paciente con TMG cuyo diagnóstico principal es el Trastorno Límite de Personalidad¹¹⁴ se exponen a continuación: • Estos pacientes presentan un riesgo de suicidio especialmente elevado, por lo que este riesgo debe ser evaluado de forma continuada y de forma sistemática en las situaciones de crisis (<i>AG</i>)¹¹⁵, en cambios significativos en el estado mental (por ejemplo, estado de ánimo depresivo sostenido y severo, empeoramiento de un trastorno importante), episodio depresivo, disociación severa y prolongada, estados psicóticos o en un estado altamente regresivo y no comunicativo. • A las personas que se autolesionan se les debe ofrecer terapias psicológicas que han demostrado reducir el número de repeticiones de autolesiones deliberadas, como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) o la Terapia

Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	Basada en la Mentalización (MBT) (<i>Recomendación I</i>)³¹. En mayores de 60 años se sugiere optar por la terapia interpersonal (<i>Recomendación B</i>)⁴⁶. • No se recomienda usar la farmacoterapia específicamente con el propósito de reducir el riesgo de repetición de autolesiones deliberadas en personas con TLP que se autolesionan (<i>Recomendación I</i>)³¹. 6.8.5 Situación de reclusión con pronta excarcelación: • Se establecerá una coordinación, como medida de seguridad del paciente, entre el medio penitenciario, la red de salud mental de SSPA, los recursos sociales-familiares y judiciales, con antelación a la excarcelación, de 6 meses a 1 año previos a la puesta en libertad (Δ). • Se garantizará la continuidad de tratamiento y cuidados en la red de atención sociosanitaria comunitaria, y el apoyo de la red familiar y social para facilitar de manera eficaz la reincorporación de la persona de forma progresiva, adecuada y segura (Δ). • Se determinarán y realizarán actuaciones encaminadas a garantizar el proceso de recuperación personal. • Se recomienda la presentación del caso en la Comisión TMG, con la participación en la misma de los referentes socios sanitarios de la persona en la institución penitenciaria y los referentes de la red de salud mental de la UGC de referencia, con finalidad de establecer el PIT para este proceso de cambio (AG)¹¹⁶. 6.8.6 Consumo de sustancias generadoras de dependencia: • Los profesionales de atención primaria y secundaria deberían preguntar habitualmente a pacientes con psicosis conocida o sospecha de consumo de alcohol y drogas (lícitas no prescritas e ilícitas) y también buscar corroboración y evidencia de familias, cuidadores u otras personas importantes (<i>Recomendación NICE</i>)¹¹⁷. Se debe tener en cuenta la alta prevalencia de consumo de sustancias tóxicas en pacientes TMG. • Es esencial la detección rápida y efectiva del trastorno adictivo y los abusos recurrentes en personas con TMG. Para ello se recomienda una buena relación de cooperación y apoyo a agentes sociales clave (AG).



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• Se recomienda tener una comunicación directa y usar un enfoque flexible y motivador, teniendo en cuenta que el estigma y la discriminación están asociados tanto con la psicosis como con el abuso de sustancias (<i>Recomendación NICE</i>)¹¹⁷. Se debe evitar el riesgo de estigmatización porque la patología dual favorece e incrementa la vulnerabilidad social e incrementa el riesgo de exclusión y marginalidad. • Se recomienda no excluir a personas con psicosis y con consumo activo de sustancias de las distintas intervenciones sanitarias y sociales (<i>Recomendación NICE</i>)¹¹⁷. • Se recomienda discutir con la persona y su cuidador, si corresponde, sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Explicar la posible interferencia de estas sustancias sobre los efectos terapéuticos de la medicación prescrita y las intervenciones psicológicas (<i>Recomendación NICE</i>)^{19, 117}. • Se debe prestar especial atención al impacto del alcohol, medicación y drogas para la salud física (<i>Recomendación NICE</i>)¹¹⁷ ya que la existencia de consumo de sustancias tóxicas complica la evolución clínica, el pronóstico y el tratamiento (<i>AG</i>)^{6, 47}: son más frecuentes las conductas de riesgo e infecciones por el VIH y el virus de la Hepatitis C, así como mayor probabilidad de padecer trastornos cardíacos, asma, etc., aumentando el riesgo de mortalidad. • En cuanto a las intervenciones a realizar se tendrán en cuenta (<i>AG</i>): • El uso de fármacos de vida media prolongada para mejorar la falta de adherencia (<i>Recomendación NICE</i>)¹¹⁷. Se utilizarán posologías sencillas, evitando la polifarmacia, bajo supervisión por el equipo terapéutico y con detección precoz y manejo de los posibles efectos secundarios que aparezcan. • En las intervenciones psicológicas en deshabituación, se recomienda: - Adoptar una “filosofía de disminución de daño”: la reducción de los consumos y la retención en el programa de tratamiento deben priorizarse antes que la abstinencia absoluta como meta. - Entrevista Motivacional: describe las distintas etapas antes de lograr un periodo de abstinencia sostenido y procesos empleados por las personas para cambiar y los niveles de cambio.



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• En cuanto a las intervenciones sociales, se plantea en los pacientes con baja adherencia y alta complejidad clínica, la figura de un monitor para llevar a cabo un acompañamiento que garantice la asistencia a los diferentes dispositivos y el apoyo a los diversos trámites. • Se aconseja el tratamiento integrado de la patología dual porque es el más eficaz y se sitúa como el tratamiento de primera elección (AG). • Para la atención de este tipo de pacientes se hará el seguimiento propuesto en el Protocolo de Actuación Conjunta entre USMC y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias, y del que destacamos las siguientes características (AG)¹¹⁸: • La valoración de este tipo de complicaciones debe comenzar tan pronto como sea posible, sin la incorporación de innecesarios periodos de espera o abstinencia, y sin exigir la estabilización psiquiátrica. • Las adicciones y los TMG son procesos prolongados en el tiempo, complejos, y deben ser abordados desde una perspectiva longitudinal en la que se da el máximo valor a las relaciones continuadas con el equipo, independientemente de la participación en programas específicos. • Los casos que reciban tratamiento en ambas redes deberán ser objeto de un plan terapéutico conjunto elaborado (Plan Terapéutico General) como se describe en el protocolo. Este deberá estar incluido en el PIT de la persona. En estos casos se designará un terapeuta de referencia de alguna de las redes. • Se deberá coordinar las distintas intervenciones terapéuticas. • Se debe realizar una integración de la información que permita la confirmación de un trastorno dual tipo B o C. La evaluación debe ser realizada en un plazo máximo de 2 meses. • Se recomienda realizar comisiones conjuntas, con profesionales de ambas redes, de casos de pacientes con comorbilidad de TMG y consumo de tóxicos, de manera que se facilite la integración del Plan General previsto en el protocolo de actuación conjunta en el PIT del paciente (AG).



Actividades	Características de calidad
6º DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVISTAS EN EL PIT	• (ii) Ofrecer a los pacientes información escrita y verbal apropiada a su nivel de comprensión, sobre la naturaleza y el tratamiento de sus psicosis y abuso de sustancias. Se debe ofrecer información y consejos sobre los riesgos asociados con el abuso de sustancias y el impacto negativo que puede tener en la psicosis (<i>Recomendación NICE</i>)¹¹⁷. • (ii) Ofrecer información a familias, cuidadores u otras personas importantes sobre grupos de apoyo para cuidadores y organizaciones voluntarias, incluidas las de psicosis y por abuso de sustancias, y cómo pueden acceder a estos (<i>Recomendación NICE</i>)¹¹⁷. 6.9 Interconsulta: • Se llevará a cabo siempre que sea posible a través de los referentes de Atención Primaria y de forma excepcional, cuando la persona se halle en régimen de Hospitalización completa o parcial, en el ámbito del Hospital General, o por razones de cercanía que lo aconsejen, se hará directamente con la especialidad correspondiente, dando cuenta a sus referentes en Atención Primaria (AG). • Las condiciones de exploración o tratamiento requeridos en otros Servicios Sanitarios se harán atendiendo a las características de las personas con TMG, con rapidez, cercanía e información detallada (AG). 6.10 Se establecerá un plan de cuidados individualizado en colaboración con el paciente, basado en la valoración, identificación de factores de riesgo y objetivos del paciente (AG)¹¹⁹ (Δ). 6.11 (ii) Se informará a el/la paciente, y/o a la persona que proceda, del plan terapéutico a realizar de forma detallada, clara y concisa. La persona será informada, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Cuando la persona, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico (incapacidad de hecho), la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁵⁹. Se informará a la familia sobre su participación en las intervenciones a realizar con la persona, así como en la planificación anticipada de decisiones⁵⁵. 6.12 (i) Se registrará, en la historia de salud la información facilitada sobre el plan terapéutico, sus características, y las decisiones clínicas tomadas. También se reflejará la negativa al tratamiento, en caso de rechazo por el/la paciente.

PROFESIONALES DE AP Y SALUD MENTAL

Actividades	Características de calidad
7º SEGUIMIENTO	- Se recomienda un seguimiento estructurado de forma programada, que garantice una atención continuada y coordinada entre AP y SM, de la persona, de su entorno familiar y social (AG). - Se garantizará la detección y respuesta precoz ante el deterioro del paciente, situaciones de desestabilización, agitación o riesgos de autolesión, identificando aquellos factores desencadenantes, protectores o de riesgos de crisis (AG). - Se participará y desarrollará una relación continua con los pacientes y sus cuidadores, apoyándolos para llevar a cabo los planes de tratamiento y lograr sus objetivos de recuperación, se seguirán las actuaciones en situación de crisis descritos por Salud Mental (Recomendación NICE)¹⁹. 7.1 Seguimiento en Atención Primaria: - Se revisará el tratamiento y la atención, incluidos los medicamentos, al menos una vez al año y más a menudo si la persona, cuidador o profesional de la salud tiene alguna preocupación (Recomendación NICE)^{6,19}. - Las personas afectadas deben recibir la misma atención sanitaria y preventiva que la población general y deben recibir monitorización específica de aquellos aspectos que puedan complicarse en función de su patología TMG específica y del tratamiento aplicado en función de éste (AG)^{18, 120, 121}. - Se realizará un examen de salud general, centrándose en los problemas físicos y los controles específicos del seguimiento de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y la enfermedad respiratoria (Recomendación NICE)⁶. - Se realizará una monitorización rutinaria del peso y los indicadores cardiovasculares y metabólicos de morbilidad. Si una persona tiene un aumento de peso rápido o excesivo, niveles anormales de lípidos o aumento de glucemia, se realizarán las intervenciones concretas. Se ofrecerá ayuda para dejar de fumar (Recomendación NICE)⁶. - Se recomienda realizar un seguimiento y registro de los siguientes parámetros, de forma regular y sistemática, a lo largo del tratamiento pero especialmente durante el aumento de dosis (Recomendación NICE)⁶: - Respuesta al tratamiento, incluyendo cambios en los síntomas y en el comportamiento. - Efectos secundarios del tratamiento. - Adherencia al tratamiento. - Aparición de trastornos del movimiento.



Actividades	Características de calidad
7º SEGUIMIENTO	- Control de peso (semanalmente las primeras 6 semanas, a las 12 semanas, al año y luego, anualmente). - Control de perímetro abdominal (anualmente). - Pulso y la tensión arterial (a las 12 semanas, al año y anualmente). - Glucemia en ayunas, HbA1c y lípidos en sangre (a las 12 semanas, al año y anualmente). - Salud física general. • Para las personas con enfermedades cardiovasculares preexistentes se recomienda intervenciones de estilo de vida y un cuidado colaborativo mediante enfoque multiprofesional (<i>Recomendación OMS</i>)⁹¹. • Se recomienda un seguimiento donde se promuevan (<i>AG</i>)⁷⁰: - Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción. - Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad. - Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender. - Brindar afecto y mantener la integración social y familiar. - Tener satisfacción con la vida. - Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación. - Capacidad de autocuidado. - Control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes. - Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio. - Comunicación y participación a nivel familiar y social. - Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros. - Seguridad económica. • Se realizará una programación y gestión de actividades posteriores, citas de seguimiento o con otros profesionales e inclusión en los diferentes programas y proyectos de prevención y promoción de la salud mediante una atención lineal y global a la trayectoria vital de la persona tanto del proceso TMG como del estado de salud general, que no pueden ni deben considerarse separadamente (<i>AG</i>).



Actividades	Características de calidad
7º SEGUIMIENTO	• Considere la derivación a salud mental de nuevo, para una persona con psicosis que está siendo atendida en atención primaria si presenta (<i>Recomendación NICE</i>)^{6,19}: - Mala respuesta al tratamiento. - Falta de adherencia a la medicación. - Efectos secundarios intolerables de la medicación. - Abuso de sustancias. - Riesgo para sí mismo o para otros. - Por deseo expreso del usuario. - Si el paciente presenta un declive funcional significativo. - Si el paciente está considerando dejar la medicación tras un periodo estable. - Si se trata de una mujer con trastorno bipolar que esté embarazada o con deseos de embarazo. • Se contactará con el facultativo responsable o el referente personal de la USMC, dentro del espacio de colaboración, para el seguimiento de los casos compartidos así como contactos específicos, informando en situaciones de cambio (revisión del PIT, nuevos diagnósticos o tratamientos, entorno social/familiar, situación de cuidados...) • Una copia de los resultados del seguimiento debería ser enviada al responsable o a la persona referente en Salud Mental y registrada en la historia clínica (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. 7.2 Seguimiento en Salud Mental: • Se recomienda realizar una evaluación continuada del PIT con la persona y familia y/o cuidadores que incluya (<i>AG</i>): - La situación clínica de la persona con especial atención a la detección / asistencia de situaciones de desestabilización. - El cumplimiento de las intervenciones necesarias para el mantenimiento del PIT. - El tratamiento farmacológico, supervisando y asegurando el mantenimiento del suministro, la administración, y efectos secundarios cuando así lo contemple el PIT. - La identificación de factores desencadenantes, protectores o de riesgo de la crisis y, en su caso, adecuación del PIT.



Actividades	Características de calidad
7º SEGUIMIENTO	• Se recomienda realizar el seguimiento en los diferentes Dispositivos de Salud Mental, los recursos de FAISEM, el domicilio y la comunidad. El seguimiento interdispositivos sirve para garantizar la continuidad del PIT. • Se recomienda contemplar la periodicidad del seguimiento en función de la situación clínica de la persona y los niveles de intensidad. • Se recomienda realizar un seguimiento rutinario del peso y de los indicadores de morbilidad metabólicos y cardiovasculares, que deben ser reflejados en el informe anual del equipo (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se recomienda realizar un seguimiento de otros trastornos comórbidos como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias, particularmente en las primeras fases del tratamiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Si no hay una respuesta adecuada al tratamiento farmacológico o psicológico se recomienda (<i>Recomendación NICE</i>)⁶: - Revisar el diagnóstico. - Comprobar la adherencia a la medicación antipsicótica y que se haya prescrito en la dosis y tiempo adecuados. - Revisar el compromiso con los tratamientos psicológicos. Sugerir intervenciones psicológicas familiares para personas en contacto cercano con sus familias. - Considerar otras causas de falta de respuesta, como el uso indebido de una sustancia comórbida (incluido el alcohol), el uso concurrente de otros medicamentos recetados o enfermedad física. • Se recomienda al médico considerar los siguientes riesgos, en particular en el momento de definir la continuidad o el cambio de antipsicótico (<i>Recomendación fuerte</i>)⁹: - Desarrollo de diabetes. - Desarrollo de disquinesia tardía. - Presencia de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular. - Desarrollo de síndrome metabólico. - Incremento de peso. • En los primeros episodios de psicosis se recomienda realizar con regularidad un seguimiento de los síntomas, la ansiedad, el deterioro y el nivel de funcionamiento (incluyendo la educación, la formación y el empleo) (<i>Recomendación NICE</i>)⁶.



Actividades	Características de calidad
7º SEGUIMIENTO	• El equipo de Salud Mental debe mantener la responsabilidad de monitorizar la eficacia y la tolerabilidad de los medicamentos antipsicóticos durante al menos los primeros 12 meses o hasta que la enfermedad de la persona se haya estabilizado, lo que sea más prolongado. A partir de entonces, la competencia puede ser transferida a Atención Primaria bajo el modelo de atención compartida (<i>Recomendación NICE</i>)^{6,19}. • Después de retirar la medicación antipsicótica, continúe el seguimiento durante al menos 2 años para detectar signos y síntomas de recaída (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. • Se garantizará el seguimiento de cuidados específicos e individuales, valorando los resultados tras las intervenciones, que están dirigidas a recuperar al máximo las propias capacidades del individuo, estrechamente relacionadas con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario. • Se recomienda continuar con el modelo de trabajo basado en la recuperación, el <i>Modelo Tidal</i>⁸⁰, desarrollado conjuntamente con las personas usuarias de los servicios de salud mental, aplicable en los ámbitos comunitario y hospitalario, basado en el empoderamiento de las personas usuarias, los cuidados basados en las necesidades y la posibilidad de aprender de las experiencias. • Ofrezca a las personas con psicosis cuyos síntomas han respondido eficazmente al tratamiento y permanecen estables, la opción de ser derivados a AP para su seguimiento. Anótelos en su historia clínica y coordine la transferencia de responsabilidades mediante una programación de la atención que incluya (<i>Recomendación NICE</i>)^{6,19}: - Objetivos claros, individualizados de recuperación social y emocional. - Un plan de crisis que indique los síntomas de alerta temprana y los desencadenantes y la respuesta preferida durante la recaída, incluidas las vías de enlace y derivación, y una evaluación del estado mental de la persona. - Un plan de medicamentos con una fecha de revisión por atención primaria, la frecuencia y el control de la efectividad y los efectos adversos, y lo que debe suceder en caso de una recaída. - La persona y su médico de familia deben tener una copia del plan y se debe animar a la persona a compartirla con sus cuidadores. - Si una persona pide ser dada de alta del servicio, ofrezca citas de seguimiento y la opción de auto-derivarse en el futuro, solicite a su médico de familia que continúe vigilando los cambios en su estado mental e informe al paciente que existe un alto riesgo de recaída en los próximos 1-2 años si deja la medicación (<i>Recomendación NICE</i>)⁶.



Actividades	Características de calidad
7º SEGUIMIENTO	• Al alta o derivación de la persona a cualquier dispositivo se elaborará un informe clínico, de continuidad de cuidados y social, con el fin de garantizar la continuidad asistencial entre los distintos niveles de la red socio sanitaria . 7.3 Los cuidados de enfermería se incorporarán de forma transversal en consonancia con el enfoque de la recuperación. Se realizará una personalización de los planes de cuidados para que sean capaces de adaptarse y den respuesta a las necesidades individuales. 7.4 Se recomienda en el seguimiento de los cuidadores (<i>Recomendación NICE</i>)⁶: • Revisar periódicamente cómo se comparte la información, especialmente si hay dificultades de comunicación y colaboración entre el paciente y los cuidadores. • Incluir a los cuidadores en la toma de decisiones si el usuario del servicio está de acuerdo. • Ofrezca un programa de educación y apoyo centrado en el cuidador, que puede ser parte de una intervención familiar. •  Proporcione información escrita y verbal a los cuidadores en un formato accesible sobre diagnóstico y manejo, resultados positivos y recuperación, tipos de apoyo para los cuidadores, rol de los equipos y servicios y obtener ayuda en una crisis. Cuando proporcione información, ofrezca apoyo al cuidador si es necesario. 7.5 Se recomienda ofrecer un programa de apoyo y educación dirigido a la persona cuidadora, tan pronto como sea posible. La intervención debería estar disponible cuando sea necesario y tener un mensaje positivo sobre la recuperación (<i>Recomendación NICE</i>)⁶. Se realizará mediante la organización de actividades psicoeducativas, promoción y prevención, formación de grupos de ayuda mutua en colaboración con los movimientos asociativos de familiares (intervención grupal y comunitaria). 7.6 Se recomienda un seguimiento de la situación familiar y socioeconómica (Inserción o baja laboral y rehabilitación). 7.7 Se revisarán las intervenciones sociales, comprobando que se llevan a cabo en el tiempo estimado para cada actuación y en caso contrario, se tomarán las medidas a adoptar a corto, medio y largo plazo. Se fomentará la red de apoyo social, con la cooperación y colaboración de FAISEM y los movimientos asociativos de pacientes y asociaciones de familiares y usuarios, sobre todos los que actúan a nivel local (facilitar el acceso a los grupo de apoyo mutuo, actividades ocupacionales ocio, arte, cultura, etc...) 7.8  Se informará a el/la paciente y/o a la persona oportuna sobre el seguimiento del proceso, la posible aparición de síntomas y signos, los profesionales de referencia y los procedimientos para el acceso a consulta de seguimiento. 7.9  Se registrará en la historia de salud, la información sobre la evolución y la respuesta al tratamiento, así como las decisiones clínicas tomadas.

Modelo de atención compartida

Es el resultado de la **coordinación de los diferentes recursos para la atención** a la persona adulta con TMG.

El **modelo de atención** será **colaborativo o compartido**, con funciones específicas pero no excluyentes en la medida de las posibilidades competenciales de cada profesional.

La implementación y mejora de la **coordinación** requerirá **contacto personalizado o telefónico** que permita resolver dudas o necesidades puntuales, ajustar el tiempo de interconsulta entre los diferentes recursos así como programar ingresos hospitalarios al margen del circuito de atención de urgencias.

Espacio de colaboración

Es el elemento para organizar las relaciones entre los **profesionales de Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM)**, llevando a cabo la **valoración conjunta y el consenso de las actuaciones** multiprofesionales a realizar. Integra los siguientes componentes:

- **Profesionales** relacionados con el proceso TMG en AP y SM.
- **Actividades asistenciales:**
 - Consultas conjuntas en los Centros de Salud
 - Reuniones para análisis de casos y seguimiento del proceso
 - Actividad docente

Este espacio se gestiona a través de un **pacto de cooperación** entre AP y Salud Mental en el contexto de sus respectivos acuerdos de gestión. Se acordará anualmente y por escrito. Se acordarán los siguientes aspectos:

- Frecuencia de consultorías en AP por los profesionales de Salud Mental.
- Los criterios de remisión.
- La concreción de las funciones definidas en el proceso del espacio de cooperación.
- El plan anual de formación conjunta.

Las actividades asistenciales del espacio de colaboración son:

a) **Consulta conjunta:** Puede utilizarse para:

- **Interconsulta:** Consulta puntual de dos profesionales (AP-SM), sobre un paciente (o familia o grupo, con presencia física de éste o no) atendido por el primero, que asume la responsabilidad última de éste.
- **Coterapia:** Relación terapéutica de un paciente (o familia o grupo) con dos profesionales AP-SM, siendo ambos los que asumen la responsabilidad con respecto al paciente. Esta actividad se puede hacer entre diferentes profesionales del equipo multidisciplinar de ambos niveles asistenciales con un contacto al menos quincenal.

Deberá existir un informe de solicitud de consulta con los mismos ítems que cuando se solicita una consulta a la USMC y se registrará la información sobre los pacientes atendidos en este espacio en ambos niveles asistenciales.

Aunque la definición de los motivos de inclusión en esta consulta es criterio del profesional o la profesional de AP, se aconseja la consulta sobre personas susceptibles de TMG, con síntomas pre-psicóticos o primeros episodios, para poder reducir así el tiempo de trastorno no tratado y las personas vistas en la USMC o dadas de alta que presenten descompensaciones agudas o que no acudirían a los servicios de SM.

b) **Análisis de casos y seguimiento del proceso** en reunión de profesionales (AP y SM) en el Centro de Salud. Se destinará a comentar y analizar casos (derivados a SM, seguimiento de salud física, etc...) y valorar la marcha del proceso.

c) El espacio colaborativo es también **docente e investigador**.

Los dispositivos asistenciales de atención especializada a la salud mental tienen carácter multidisciplinar y podrán estar integrados por personas que desarrollen las siguientes profesiones:

- Psiquiatría.
- Psicología Clínica
- Enfermería.
- Terapia Ocupacional.
- Auxiliar de Enfermería.
- Trabajo Social.
- Monitor Ocupacional.
- Otro personal estatutario de gestión y servicios.

Recursos	Características generales ¹²²
USMC (Unidad de Salud Mental Comunitaria)	• Se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental y constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. • Las funciones en relación con las personas con problemas de salud mental son las siguientes: - Prestar atención integral en régimen ambulatorio o domiciliario. - Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con otros recursos. - Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados - Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria mediante la realización de actividades de formación, interconsultas u otras. - Coordinar la derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental - Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio mediante convenio o concierto.
Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM)	• Es un dispositivo destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental. • Las funciones que se realizarán en la UHSM son: - Prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia. - Dar el alta al paciente en la unidad de hospitalización e informar de la misma a la correspondiente USMC, garantizando la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería. - Atender a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen. - Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización.

Recursos	Características generales ¹²²
Hospital de Día de Salud Mental (HDSM)	• Es un dispositivo asistencial de salud mental, de hospitalización parcial y se configura como recurso intermedio entre la USMC y la UHSM. • Las funciones del Hospital de Día de Salud Mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes: - Prestar atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las USMC, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención. - Dar el alta al paciente del hospital de día de salud mental e informar de la misma a la USMC, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Derivar a otros dispositivos asistenciales de salud mental en coordinación con la USMC. - Realizar las correspondientes interconsultas cuando se encuentre ubicado en un centro hospitalario que carezca de UHSM. - Participar en el fomento de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o con trastorno mental grave, que se desarrollen por las USMC u otros dispositivos asistenciales.
Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM)	• Es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, de forma permanente, completa y prolongada. • Las funciones de la comunidad terapéutica de salud mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes: - Prestar atención especializada a pacientes con trastorno mental grave derivados desde las USMC. - Dar el alta al paciente de la comunidad terapéutica e informar de la misma a la USMC, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otro dispositivo específico de salud mental en coordinación con la USMC. - Participar en el fomento de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o pacientes afectados por trastornos mentales graves, que se desarrollen por las USMC u otros dispositivos asistenciales. - Desarrollar programas de atención parcial en aquellos casos que sean precisos.

Recursos	Características generales ¹²²
Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM)	• Es el dispositivo que tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave. • Las funciones de la unidad de rehabilitación de salud mental son las siguientes: - Prestar atención especializada, mediante el desarrollo de programas específicos de rehabilitación, a pacientes derivados de las USMC. - Dar el alta al paciente de la unidad de rehabilitación de salud mental e informar de la misma a la USMC, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. - Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en el desarrollo de programas de rehabilitación para personas con trastornos mentales. - Colaborar, mediante una actuación coordinada, con los organismos e instituciones públicas con competencia en materia de servicios sociales, para la reinserción social de enfermos mentales.
Comisión TMG	• Estará presidida por el Director de la UGC y en ella participan profesionales de las distintas Unidades de Salud Mental, de Atención Primaria, FAISEM y otros sectores o redes que estén interesados. • La Comisión tiene como funciones generales: - Conocer y ratificar el PIT tras su elaboración inicial. - Conocer y revisar los PIT ya ratificados. - Contribuir a establecer en la UGC criterios generales de coordinación interna y externa que garantice una atención continuada e integrada a las personas con TMG. - Establecer criterios concretos de coordinación en aquellos planes de especial complejidad. • La Composición (miembros fijos y variables en función de los casos que vayan a abordarse), periodicidad y mecanismos de funcionamiento se fijará en cada UGC de Salud Mental.

Recursos	Características generales ¹²²
Comisión intersectorial	• Está compuesta por los representantes de la USMC, FAISEM y la Delegación Territorial para la Igualdad y Bienestar Social a través de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia. • Es una comisión socio-sanitaria que tomará decisiones sobre protocolos, líneas de intervención y estrategias de organización. • Estudia las propuestas de atención individualizadas de los usuarios con reconocimiento del grado y nivel de dependencia incluidos en proceso TMG, teniendo en cuenta los objetivos de recuperación a la hora de valorar la adecuación de las propuestas.

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los y las diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos los profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar a la persona con Trastorno Mental Grave en el desarrollo de su proceso asistencial, se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los usuarios y en el desarrollo individual de los profesionales.

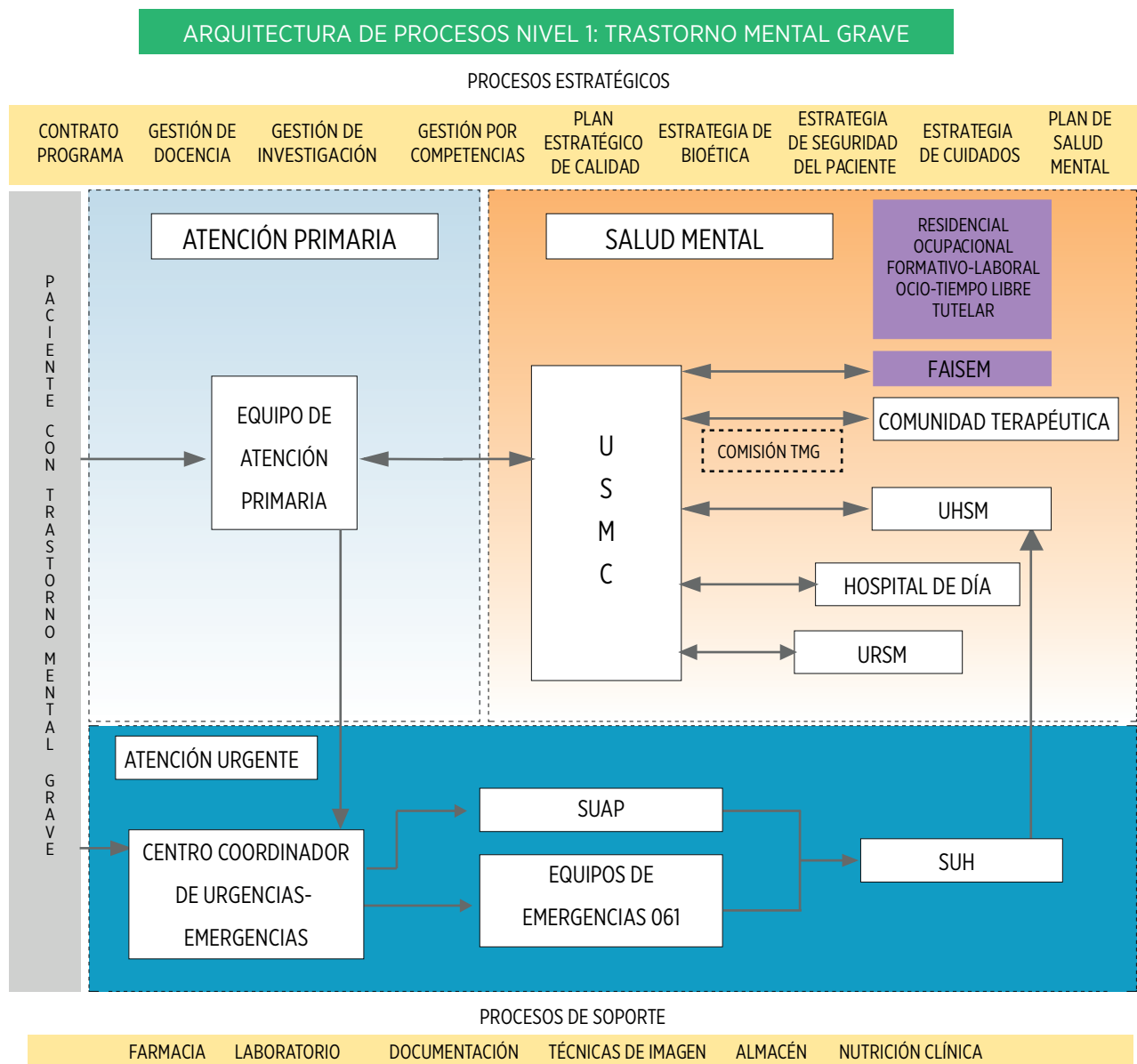
Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y unidades funcionales para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de [Gestión de Planes de Desarrollo Individual](#) del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en el sitio web: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>

Representación Gráfica del PAI

La representación global del PAI permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el SSPA por las diferentes entradas posibles (061- AP- AH) y la atención de los/as profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en AP y AH. De esta forma se da continuidad a la asistencia de pacientes/familias y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	EN TODOS LOS PACIENTES DETECTADOS SE REALIZARÁ UNA IDENTIFICACIÓN DE TMG MEDIANTE DIAGNÓSTICO CIE 10 (F) Y LAS ESCALAS HONOS, GAF Y BPRS
FÓRMULA	Nº de pacientes con TMG que tienen cumplimentada la escala HONOS, en la Evaluación / Nº de pacientes con TMG que tienen la Evaluación realizada
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La detección: Sospecha de TMG. La identificación se lleva a cabo de forma multidisciplinar y en varias entrevistas que exploran las diferentes áreas.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con sospecha de TMG.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

DENOMINACIÓN	LA IDENTIFICACIÓN DEL TMG NO DEBE DEMORARSE MÁS ALLÁ DE UNA SEMANA, TANTO EN AP COMO EN SM
FÓRMULA	Nº de pacientes identificados como TMG en un plazo inferior a una semana tras la detección en un periodo / Nº de pacientes identificados como TMG en el mismo periodo
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La identificación se lleva a cabo de forma multidisciplinar y en varias entrevistas que exploran las diferentes áreas.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con sospecha de TMG, que deben ser identificados.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

DENOMINACIÓN	LA EVALUACIÓN DEBE SER REALIZADA EN UN PLAZO MÁXIMO DE DOS MESES
FÓRMULA	Nº de pacientes con TMG que tienen realizada la Evaluación en el plazo máximo de un mes, desde la identificación, en el periodo / Nº de pacientes con TMG que tienen realizada la Evaluación, en el mismo periodo
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La Evaluación del TMG se lleva a cabo de forma multidisciplinar y en varias entrevistas que exploren las diferentes áreas.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes identificados como TMG que deben ser evaluados.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

DENOMINACIÓN	TODAS LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE CONFIRMADO TRAS LA EVALUACIÓN CONTARÁN CON UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO QUE DENOMINAMOS PIT
FÓRMULA	Nº de pacientes con TMG confirmados tras la evaluación que tienen un PIT elaborado / Nº de pacientes con TMG confirmados tras la evaluación
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El PIT se concretará en un documento que deberá especificar para todas y cada una de las áreas evaluadas. Los datos más relevantes sobre: necesidades detectadas, intervenciones previstas, profesionales responsables, dispositivos implicados y mecanismos de seguimiento y revisión periódica.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con TMG que disponen de un PIT.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

DENOMINACIÓN	TODO PIT DEBERÁ CONTEMPLAR INTERVENCIONES PARA TODAS LAS ÁREAS DETECTADAS
FÓRMULA	Nº de pacientes con TMG que tienen un PIT elaborado que incluyan las intervenciones que se especifican / Nº de pacientes con TMG
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Las intervenciones recogidas en el PIT serán - Atención clínica - Plan de cuidados enfermeros - Rehabilitación psicosocial - Intervenciones de apoyo a la familia - Intervenciones de apoyo social
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con TMG con un PIT completo.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

DENOMINACIÓN	LA RATIFICACIÓN DEL PIT DEBE SER REALIZADA POR LA COMISIÓN DE TMG, EN UN PLAZO MÁXIMO DE UN MES TRAS SU ELABORACIÓN
FÓRMULA	Nº de pacientes con PIT ratificado en la Comisión de área, en el plazo establecido/ Nº de pacientes con PIT elaborado
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La Comisión de TMG que es el espacio de coordinación de los dispositivos del área presidida por el Coordinador del Área y en la que participan representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental, de Atención Primaria y FAISEM. La ratificación se realizará en el plazo máximo de un mes tras su elaboración.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con TMG con PIT ratificado por la Comisión.
FUENTE DE DATOS	Registro de la Comisión de Área.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

DENOMINACIÓN	SESIONES REGLADAS DE PSICOEDUCACIÓN
FÓRMULA	Nº de pacientes con TMG que reciben sesiones regladas de psicoeducación / Nº de pacientes con TMG que reciben intervenciones psicoeducativas
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Todo paciente con TMG debe recibir sesiones regladas de psicoeducación ya que han demostrado mejorar los conocimientos sobre la enfermedad, el cumplimiento del tratamiento, así como desarrollar distintas habilidades.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con TMG.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

DENOMINACIÓN	LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON TMG RECIBIRÁN SESIONES REGLADAS DE PSICOEDUCACIÓN, YA QUE TRATA DE REDUCIR LAS TASAS DE RECAÍDAS DE PACIENTES MEJORANDO LA DINÁMICA Y COMUNICACIÓN FAMILIAR.
FÓRMULA	Nº de pacientes, cuyos familiares reciben sesiones regladas de Psicoeducación / Nº de pacientes con TMG
DEFINICIÓN	
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Las sesiones regladas de psicoeducación en los familiares de pacientes con TMG, mejoran la comunicación y la dinámica familiar.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Familiares de pacientes con TMG.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	Histórico.

ANEXO 1.

ALGORITMO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO URGENTE DE LA AGITACIÓN EN ADULTOS (Tranquilización rápida) (enero, 2018)

NOTAS IMPORTANTES

- Utilizar la mínima dosis eficaz.
- En contexto no-psicótico, usar benzodiazepina sola.
- En pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca usar benzodiazepina sola. Evitar haloperidol.
- Antes de prescribir haloperidol, considerar cualquier medicación concomitante que pueda prolongar el intervalo QT.
- En pacientes con función respiratoria comprometida, evitar benzodiazepinas.
- La olanzapina sólo está indicada en pacientes con esquizofrenia y manía (#).
- Incluir tanto las dosis orales como IM para el cálculo total de la cantidad de medicamento administrado.
- Si se emplean dosis que exceden las dosis máximas autorizadas, la justificación debe registrarse en las notas del caso.
- Debe disponerse de un equipo de resucitación cardiopulmonar.
- Después de administración IM deben vigilarse los signos vitales.
 - *Alerta, temperatura, pulso, presión sanguínea, frecuencia respiratoria.
 - *Si se administra olanzapina IM, el pulso y la frecuencia respiratoria deben medirse al menos durante 4 horas tras la administración.
 - *Si el paciente está dormido o inconsciente, medir de forma continuada la saturación de oxígeno.
 - *También se recomienda vigilancia hematológica y ECG, especialmente si se emplean dosis elevadas. El paciente tiene mayor riesgo de arritmia en caso de hipopotasemia, estrés y agitación.
- Si la frecuencia respiratoria es inferior a 10 por minuto debido a la administración de benzodiazepina, un médico experto debe administrar flumazenil (200 mcg IV en 15 segundos, después 100 mcg a intervalos de 60 segundos si se requiere, hasta 1 mg como máximo).
- En caso de distonía aguda puede administrarse un anticolinérgico por vía IM ó IV.

- Valorar la situación usando toda la información disponible.
- Establecer un diagnóstico teniendo en cuenta la medicación que está tomando el paciente, el estado mental, uso indebido de medicamentos.
- Utilizar medidas no farmacológicas: hablar bajo, distracción, etc.

Ineficacia

MEDICACIÓN ORAL

LORAZEPAM 1-2 mg (0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles) ±
HALOPERIDOL 5 mg (0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles)
ó
LORAZEPAM 1-2 mg (0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles) ±
(#) OLANZAPINA 10 mg (2,5-5 mg en ancianos / pacientes frágiles)

Dosis oral máxima diaria — Lorazepam: 4 mg (2 mg en ancianos / pacientes frágiles)
Haloperidol: 30 mg
Olanzapina: 20 mg

Si el paciente acepta la medicación oral, repetir después de 1 h si fuese necesario

Si existe ineficacia o si el paciente no acepta la vía oral o si el efecto no se instaura en 30 minutos (debido al riesgo grave de inmovilización prolongada)

MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR (IM)

DIAZEPAM 2-10 mg
(2-5 mg en ancianos / pacientes frágiles)
+
HALOPERIDOL 5 mg IM
(0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles)

DOSIS IM máxima diaria:
Diazepam: 20 mg (2-5 mg en ancianos / pacientes frágiles)
Haloperidol: 18 mg
Esperar un mínimo de 30 minutos

Ausencia de respuesta tras un mínimo de 30 minutos, solicitar consejo clínico experto

Repetir como anteriormente y esperar un mínimo de 30 minutos.
Si no hay respuesta solicitar consejo clínico experto.

(#) OLANZAPINA 5-10 mg IM
(2,5-5 mg IM en ancianos / pacientes frágiles)
DOSIS IM máxima diaria: 20 mg (incluyendo cualquier dosis oral administrada) que NO debe excederse.
ó
No administrar simultáneamente con benzodiazepinas y/o otros antipsicóticos porque puede inducir sedación excesiva, depresión cardiorrespiratoria, y muy raramente, muerte.

Esperar 2 horas

Ausencia de respuesta tras 2 horas, solicitar consejo clínico experto

Repetir como anteriormente y esperar 2 horas. Si no hay respuesta solicitar consejo clínico experto. Máximo de 3 inyecciones por día durante un máximo de 3 días

Bibliografía

- NICE: Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NG10. 2015.
- NHS Grampian Staff Guidance for rapid tranquilisation for use in the adult in-patient setting. Version 4. 2016
- SAS. Guía de actuación en una guardia de medicina interna: Manejo de la agitación/trastorno del sueño en planta. 2009.

ANEXO 2. PRIMEROS EPISODIOS

Fase: T1 (tres meses)

T2 (12 meses)

T3 (24 meses)

T4 (36 meses)

Nombre.....Fecha.....

Registro de intervenciones durante el período evaluado

ESCALAS	Aplicada	No aplicada
Honos		
BPRS		
GAF-Síntomas		
GAF-Funcional		
SCIP-S		
Cuestionario de Evaluación de Implicación (IEQ) (sólo si convive con familiares)		
Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF		
Escala de Evaluación de la Recuperación (RAS)		

INTERVENCIONES	Ofertada	Recibida Si /NO/Nn*
Medicación antipsicótica		
Tratamiento psicológico a discreción		
Tratamiento psicológico reglado (mínimo 10 sesiones/año)		
Programa grupal de tratamiento psicológico (mínimo 10 sesiones/año)		
Intervención familiar individual		
Programa grupal de tratamiento psicológico para apoyo a familiares		
Cuidados de Enfermería con seguimiento programado (mínimo 10 sesiones/año)		
Seguimiento de enfermería a discreción		
Monitorización de la salud física: - Control metabólico: TA, Peso, IMC, Perímetro abdominal, Glucemia, Perfil lípido - Programa de Promoción de hábitos de vida saludable (actividad física, alimentación saludable y control tabaquismo)		
Otros talleres psicosociales (especificar):		
Apoyo al empleo: Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE)		
Búsqueda de recursos alojamiento		
Búsqueda de recursos económicos		
Programa de Ocio/Club social/Club Joven		
Programa de apoyo parentalidad		
Patología Dual/Derivación a Centro Tratamiento Adicciones (CTA)		
Programa/Intervenciones para riesgo autolisis		
Programa Asertivo/Intensivo Comunitario		

*Nn = No necesaria

Acrónimos

AP	Atención Primaria
AH	Atención Hospitalaria
ASG	Antipsicótico de segunda generación
ATC	Antidepresivos tricíclicos
CTA	Centro Tratamiento Adicciones
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CTSM	Comunidad terapéutica de Salud Mental
DAT	Duration of Active psychotic symptoms after commencing Treatment (Duración de los síntomas psicóticos activos tras el comienzo del tratamiento)
DUP	Duration of untreated psychosis (Duración de la psicosis no tratada)
EPES	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
FAISEM	Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental
GAM	Grupos de Apoyo Mutuo
HDSM	Hospital de Día de Salud Mental
IEQ	Cuestionario de Evaluación de Implicación
IMAO	Inhibidores de Monoamino Oxidasa
IMC	Índice de Masa Corporal
IRSN	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAD-SM	Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PISMA	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
PIT	Plan Individualizado de Tratamiento
RAS	Escala de Evaluación de la Recuperación
SOAE	Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM
SUAP	Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUH	Servicios de Urgencias Hospitalarias

TAC	Tratamiento Asertivo Comunitario
TEC	Terapia electroconvulsiva
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
TMG	Trastorno Mental Grave
UGC	Unidad de Gestión Clínica
URA	Unidad de Rehabilitación de Área
URSM	Unidad de Rehabilitación de Salud Mental
USMC	Unidad de Salud Mental Comunitaria
UHSM	Unidad de Hospitalización de Salud Mental
WHOQOL-BREF	Escala de Calidad de Vida

Bibliografía

1. del Río Noriega F. (coordinador). Proceso asistencial integrado Trastorno Mental Grave [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2006. [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/2tSfJM>
2. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2016. [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/fXm6iL>
3. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013. [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/UgQkAV>
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Edición electrónica de la CIE-10-ES. 3ª Edición [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020. [Acceso 29 de abril de 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/Dx9T5J>
5. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias - IETS. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia [Internet]. 2014. [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/cu6pMn>
6. NICE. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/Zqrz3Y>
7. Baandrup L, Østrup Rasmussen J, Klokke L, Austin S, Bjørnshave T, Fuglsang Bliksted V, et al. Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs - A national clinical guideline. Nord J Psychiatry. [Internet]. 2016 [Acceso 29 de enero 2020]; 70(3):231-40. Disponible en: <https://goo.gl/wfSyT8>
8. Addington D, Anderson E, Kelly M, Lesage A, Summerville C. Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. Can J Psychiatry [Internet] 2017. [Acceso 29 de enero 2020]; 62(9):662-672. Disponible en: <https://bit.ly/2lVyk2>
9. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Can J Psychiatry. [Internet] 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 62(9):594-603. Disponible en: <https://bit.ly/2krjFwX>
10. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatry. [Internet] 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 62(9):604-616. Disponible en: <https://bit.ly/2kq3U9l>
11. Pringsheim T, Kelly M, Urness D, Teehan M, Ismail Z, Gardner D. Physical Health and Drug Safety in Individuals with Schizophrenia. Can J Psychiatry. [Internet]. 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 62(9):673-683. Disponible en: <https://bit.ly/2lXzL25>
12. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatry. [Internet] 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 62(9):617-623. Disponible en: <https://bit.ly/2kp3gsJ>
13. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. [Internet]. 2016 [acceso 29 de enero 2020]; 50(5):410-72. Disponible en: <https://goo.gl/uA5Nwa>

14. Psychosis and schizophrenia in adults. Quality Standard 80 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015. [Acceso 29 de enero 2020] Disponible en: <https://goo.gl/JVPYbb>
15. Hatta K. Practical pharmacotherapy for acute schizophrenia patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. [Internet]. 2015 [Acceso 29 de enero 2020]; 69(11):674-85. Disponible en: <https://goo.gl/hsHTPE>
16. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. [Internet] 2015 [Acceso 29 de enero 2020]; 30(3):405-16. Disponible en: <https://goo.gl/DYfQzK>
17. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher- Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. [Internet]. 2015 [Acceso 29 de enero 2020]; 30(3):388-404. Disponible en: <https://goo.gl/Az3zjh>
18. García-Herrera Pérez Bryan JM, Hurtado Lara MM, Noguera Morillas EV, Quemada González C, Rivas Guerrero JF, Gálvez Alcaraz L, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y en salud mental [Internet]. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud; 2016. [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2xLJZFk>
19. NICE. Bipolar disorder: assessment and management. [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (Updated April 2018). [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/FtF3Qr>
20. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association and Academy of Medicine Malaysia. Management of bipolar disorder in adults. Putrajaya, Malaysia: Malaysia Health Technology Assessment Section (MAHTAS) and Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia; 2014. [Acceso 29 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/7u6AS9>
21. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. [Internet]. 2015 [Acceso 29 de enero 2020]; 49:1087-206. Disponible en: <https://goo.gl/vK8DXp>
22. Fountoulakis KN, Young A, Yatham L, Grunze H, Vieta E, Blier P, et al. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 1: background and methods of the development of guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol*. [Internet]. 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 20:98-120. Disponible en: <https://goo.gl/g2yXJL>
23. Fountoulakis KN, Yatham L, Grunze H, Vieta E, Young A, Blier P, et al. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 2: review, grading of the evidence, and a precise algorithm. *Int J Neuropsychopharmacol*. [Internet]. 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 20:121-79. Disponible en: <https://goo.gl/mNuCd2>
24. Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, Young A, Yatham L, Blier P, et al. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 3: the clinical guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol*. [Internet]. 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 20:180-95. Disponible en: <https://goo.gl/4rvek5>
25. Fountoulakis KN, Vieta E, Young A, Yatham L, Grunze H, Blier P, et al. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 4: unmet needs in the treatment of bipolar disorder and recommendations for future research. *Int J Neuropsychopharmacol*. [Internet]. 2017 [Acceso 29 de enero 2020]; 20:196-205. Disponible en: <https://goo.gl/9ev1XF>
26. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN et al. Canadian Network for Mood and

- Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018 Mar [Acceso 20 de enero 2020]; 20(2):97-170. Disponible en: <https://bit.ly/2krhDwR>
27. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/yVcxQ8>
 28. NICE. Bipolar disorder in adults. Quality Standard 95. [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/UKAa9U>
 29. NICE. Borderline personality disorder: recognition and management. [Internet] London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009 (Reviewed July 2018). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/2bvYEV>
 30. Hancock-Johnson E, Griffiths C, Picchioni M. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs*. [Internet]. 2017; [acceso 20 de enero 2020] 31:345-356. Disponible en: <https://goo.gl/wMUb9L>
 31. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Aust N Z J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [acceso 20 de enero 2020]; 50:939-1000. Disponible en: <https://goo.gl/zDkEHv>
 32. Bauer M, Severus E, Köhler S, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ; Wfsbp Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. part 2: maintenance treatment of major depressive disorder-update 2015. *World J Biol Psychiatry*. [Internet]. 2015 [Acceso 20 de enero 2020]; 16(2):76-95. Disponible en: <https://goo.gl/EoM9yC>
 33. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/Xa-7qf4>
 34. Won E, Park SC, Han KM, Sung SH, Lee HY, Paik JW, et al. Evidence-based, pharmacological treatment guideline for depression in Korea, revised edition. *J Korean Med Sci*. [Internet]. 2014. [Acceso 20 de enero 2020]; 29(4):468-84. Disponible en: <https://goo.gl/jpNerj>
 35. Torres LP (Coord.). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2015. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/CN48dE>
 36. Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, et al. Adult depression in primary care [Internet]. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2016. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/zkM9Bq>
 37. Qaseem A, Barry MJ, Kansagara D; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 164(5):350-9. Disponible en: <https://goo.gl/t8xjx9>
 38. Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry*. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 33:18-36. Disponible en: <https://goo.gl/CXphwB>

39. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 61(9):510-23. Disponible en: <https://goo.gl/gEfysy>
40. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Can J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 61(9):524-39. Disponible en: <https://goo.gl/bnYRGg>
41. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 61(9):540-60. Disponible en: <https://goo.gl/Qxbimh>
42. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Can J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 61(9):561-75. Disponible en: <https://goo.gl/PzauJj>
43. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 61(9):576-87. Disponible en: <https://goo.gl/ZXD89L>
44. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Can J Psychiatry*. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de enero 2020]; 61(9):588-603. Disponible en: <https://goo.gl/twnGjz>
45. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of major depressive disorder [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs and Department of Defense; 2016. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/fyrKZU>
46. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos [Internet]. Guía de Práctica Clínica (GPC). Primera Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/h5tQ6e>
47. NICE. Depression in adults: treatment and management. [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/jreMn8>
48. Dotor M, Fernández E (coordinadores). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª edición [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2009 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/zKFoyQ>
49. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente 2006-2010 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2006 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2Gj2JQC>
50. Barrera Becerra C, Del Río Urenda S, Dotor Gracia M, Santana López V, Suárez Alemán G. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud; 2011 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/11KBnt>

51. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <http://goo.gl/gQwhWU>
52. Simón Lorda P, Esteban López MS (coordinadores). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Salud; 2011 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <http://goo.gl/7TE0rz>
53. Esteban López MS, Simón Lorda P (coordinadores). Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/HL2Tc4>
54. Junta de Andalucía. Catálogo de Formularios de Consentimiento Informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: juntadeandalucia.es; 2014 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/CXEdwD>
55. Escuela Andaluza de Salud Pública. Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2020. [Acceso 20 de septiembre 2020]; Disponible en: <rb.gy/kpvacq>
56. Junta de Andalucía. Registro de voluntades vitales anticipadas [Internet]. Sevilla: juntadeandalucia.es. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/bheanQ>
57. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editoras). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) [Internet]. 6ª ed. España: Elsevier; 2018. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/tCaKG1>
58. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). [Internet] 7ª edición. España: Elsevier; 2018. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/E4MVFm>
59. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 274 (15-11-2002). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/8rn9A2>
60. French P, Morrison AP. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis [Internet]. Chichester, UK: Wiley; 2004. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/325ZuB>
61. Oakley P, Kisely S, Baxter A, Harris M, Desoe J, Dziouba A, Siskind D. Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. [Internet]. 2018 Jul [Acceso 20 de enero 2020]; 102:245-253. Disponible en: <https://bit.ly/2lgSH33>
62. Escuela Andaluza de Salud Pública. Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2012. [Acceso 20 de enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/2wC9TL6>
63. American Psychiatric Association. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Washington: APA, 1994. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/7iZUBq>
64. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of Nation Outcome Scales). Psiquiatría Pública [Internet]. 1999 [Acceso 20 de enero 2020]; 11(4): 93-101. Disponible en: <https://goo.gl/cokJES>
65. Overall J, Gorham D. Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports. [Internet]. 1962. [Acceso 20 de enero 2020]; 10:799-812. Disponible en: <https://goo.gl/SosLK5>
66. Protección de Datos de Carácter Personal. Códigos electrónicos. Boletín Oficial del Estado (Edición actual)

- lizada a 6 de noviembre de 2019). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2Q2l490>
67. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* [Internet]. 1987 [Acceso 20 de enero 2020]; 13 (2):261-76. Disponible en: <https://goo.gl/iLqNXW>
 68. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1978 [Acceso 20 de enero 2020]; 133:429-35. Disponible en: <https://goo.gl/qxNALP>
 69. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Consult J Clin Psychol.* [Internet]. 1974 [Acceso 20 de enero 2020]; 42(6): 861-865. Disponible en: <https://goo.gl/qymuZu>
 70. Pino O, Guilera G, Rojo JE, Gómez-Benito J y Purdon SE. SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría. [Internet]. Madrid: TEA Ediciones; 2014 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/PVp7C8>
 71. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D & Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing functional and disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 1989 [Acceso 20 de enero 2020]; 15: 325-337. Disponible en: <https://goo.gl/HXkBR5>
 72. Üstün TB et al. World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II): development, psychometric testing and applications [Internet]. *Bulletin of the World Health Organization*; 2010. [Acceso 20 de enero 2020] Disponible en: <https://goo.gl/iPKLFn>
 73. Kielhofner G, Henry AD. Development and investigation of the Occupational Performance History Interview. *American Journal of Occupational Therapy* [Internet]. 1988 [Acceso 20 de enero 2020]; 42: 489-498. Disponible en: <https://goo.gl/LMyCqE>
 74. Zarit Sh, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist* [Internet]. 1980 [Acceso 20 de enero 2020]; 20:649-654. Disponible en: <https://goo.gl/3C-sUzS>
 75. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* [Internet]. 1982 [Acceso 20 de enero 2020]; 15: 303-11. Disponible en: <https://goo.gl/iSUd6P>
 76. Magaña et al. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research* [Internet]. 1986 [Acceso 20 de enero 2020]; 17 (3), 203-12. Disponible en: <https://goo.gl/Pvkba7>
 77. Hazzard A, Christensen A, Margolin G. Children's perceptions of parental behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology* [Internet]. 1983 [Acceso 20 de enero 2020]; 11: 49-60. Disponible en: <https://goo.gl/vfaLNB>
 78. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British journal of psychiatry* [Internet]. 1990 [Acceso 20 de enero 2020]; 157:853-859. Disponible en: <https://goo.gl/82y7BN>
 79. Monger B, Hardie SM, Ion R, Cumming J, Henderson N. The Individual Recovery Outcomes Counter: Preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist*. 2013. [Acceso 20 de enero 2020]; 37:221-7. Disponible en: <https://goo.gl/GyHgW7>
 80. Barker P, Buchannan-Baker P. El Modelo Tidal. *Salud Mental Reivindicación y Recuperación.* [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 2015. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/L8TF4b>
 81. Henderson V. La naturaleza de Enfermería. *Reflexiones 25 años después* [Internet]. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1994.

82. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros (11ª ed.). McGraw-Hill Interamericana de España S.L. 2007.
83. Villagrán JM, Lara Ruiz-Granados I, González-Saiz F. Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015. [Acceso 20 de enero 2020]; 35 (127): 455-472. Disponible en: <https://goo.gl/XKkEcT>
84. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementando la recuperación: Una metodología para el cambio organizativo (traducción español) [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2013 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/o1YU9e>
85. Campagne DM. El Terapeuta no nace, se hace. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.[Internet] 2014. [Acceso 20 de enero 2020]; 34 (121), 75-95. Disponible en: <https://goo.gl/VVVuEv>
86. González-Blanch C, Carral-Fernández L. ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. Papeles del Psicólogo. [Internet]. 2017 [Acceso 20 de enero 2020]; 38(2): 94-106. Disponible en: <https://goo.gl/YDSozq>
87. Lundh LG. The search for common factors in psychotherapy. Two theoretical models, with different empirical implications. Psychology and Behavioral Sciences [Internet]. 2014 [Acceso 20 de enero 2020]; 3(5): 131-150. Disponible en: <https://goo.gl/L3DH8p>
88. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry [Internet]. 2015 [Acceso 20 de enero 2020]; 13(3): 270-277. Disponible en: <https://goo.gl/Hm2RsX>
89. Van Wel B, Kockmann I, Blum N, Pfohl B, Black DW, Heesterman W. STEPPS group treatment for borderline personality disorder in The Netherlands. Ann Clin Psychiatry. [Internet]. 2006 [Acceso 20 de enero 2020]; 18(1):63-7. Disponible en: <https://bit.ly/2sw-6DCs>
90. Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. One-year randomized controlled trial and follow-up of integrated neurocognitive therapy for schizophrenia outpatients. Schizophrenia Bulletin. [Internet]. 2015 [Acceso 20 de enero 2020]; 41(3): 604-616. Disponible en: <https://bit.ly/2XA9NzC>
91. WHO. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. WHO Guidelines. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [Acceso 20 de enero 2020] Disponible en: <https://goo.gl/2Kq3ry>
92. Caldwell BA, Sclafani M, Swarbrick M, Piren K. Psychiatric Nursing Practice & the Recovery Model of Care. Journal of Psychosocial Nursing [Internet] 2010 [Acceso 20 de enero 2020]; 48: 7. Disponible en: <https://goo.gl/s9gytp>
93. Vancampfort D, Correll CU, Scheewe TW, Probst M, De Herdt A, Knapen J, De Hert M. Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. Clin Rehabil. [Internet] 2013. [Acceso 20 de enero 2020]; 27(4):291-8. Disponible en: <https://goo.gl/JrUUZV>
94. Servicio Andaluz de Salud. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/4ucnpy>
95. de Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guía de la buena prescripción - Manual práctico [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 1998. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/5EzrHi>
96. Real decreto por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio. Boletín Oficial del Estado Nº 174 (20-07-2009). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/YEMtoj>
97. NICE Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: National Institute for Health and Care

- Excellence. [Internet]. 2003. (Reviewed april 2014). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2ILGhsr>
98. Junta de Andalucía. Plan de Calidad del Servicio Sanitario Público Andaluz [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/o72PYY>
99. Ley de Salud Pública de Andalucía. Ley 16/2011 de 23 de diciembre. Boletín Oficial del Estado Nº17 (20-01-2012). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/sZmjpe>
100. Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. [Internet] Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2013. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2T-tXYO>
101. Servicio Andaluz de Salud. Plan de actuación en el Área de Participación Ciudadana. [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2015. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/Uqdb8u>
102. Tsang HW, Ching SC et al. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Research [Internet] 2016 . [Acceso 20 de enero 2020]; 173 (1-2):45-53. Disponible en: <https://bit.ly/2KGu0Ab>
103. Resolución del Servicio Andaluz de Salud. Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos. [Internet]. SC 261/2002 de 26 diciembre. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/soVmtL>
104. Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de contención mecánica. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/JyYM6Y>
105. Ley de Enjuiciamiento Civil. Ley 1/2000 de 7 de enero. Boletín Oficial del Estado Nº7 (08-01-2000). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/GnWggM>
106. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/akPQ57>
107. Vázquez-Bourgon, et al. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2012 [Acceso 20 de enero 2020]; 40(6):323-32. Disponible en: <https://bit.ly/2ZcNobW>
108. Rascón, ML et al. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Mental [Internet]. 2014 [Acceso 20 de enero 2020]; 37:239-246. Disponible en: <https://bit.ly/2KEN0yC>
109. Beviá B y Bono del Trigo A (coordinadoras). Coerción y salud mental. Cuadernos Técnicos. 20. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet] 2017. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2lbGeyW>
110. Servicio Andaluz de Salud. Detección e intervención temprana en la psicosis. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/FTvHRh>
111. Movimiento REthinking. Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis en España. [Internet]. 2018. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2PRcGbZ>
112. European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. JAMA psychiatry [Internet]. 2018 [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2PRcGbZ>

- ceso 20 de enero 2020]; 75 (1):36-46. Disponible en: <https://bit.ly/2XrEYwN>
113. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/Uhi2RY>
 114. Servicio Andaluz de Salud. Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2012. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/bE9c7R>
 115. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C et al. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autismo. Actas Esp Psiquiatr [Internet] 2018 [Acceso 20 de enero 2020]; 46(2):33-41. Disponible en: <https://bit.ly/2Mzn0HR>
 116. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior. Gobierno de España. 2013. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/rcVvyj>
 117. NICE. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings. [Internet]. Clinical guideline [CG120]. 2011 (Reviewed Nov 2016). [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2QHHcHN>
 118. Servicio andaluz de salud. Protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. 2ª edición. [Internet]. Consejería de Salud y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2012. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://goo.gl/oFi4bm>
 119. Slade M, Williams J, Bird V, Leamy M, Le Boutillier C. Recovery grows up. J Mental Health [Internet]. 2012 Apr; [Acceso 20 de enero 2020] 21(2), 99-103. Disponible en: <https://bit.ly/2mcHGst>
 120. Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI. Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions (OP100). [Internet]. Royal College of Psychiatrists. 2016. [Acceso 20 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2RkpDw8>
 121. Kronenberg C et al. "Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: a systematic review." Br J Gen Pract. [Internet]. 2017 [Acceso 20 de enero 2020]; 67(661):e519-e530. Disponible en: <https://goo.gl/ba3fxY>
 122. Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2Txn6S8>



Junta de Andalucía