



**Osakidetza**  
**Servicio vasco de salud**



**Ospitalez Kanpoko Osasun Mentala**  
Salud Mental Extrahospitalaria  
Gipuzkoa

# **CARTERA DE SERVICIOS**

**SALUD MENTAL  
EXTRAHOSPITALARIA DE  
GIPUZKOA**

# **CARTERA DE SERVICIOS**

## ***SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA GIPUZKOA***

*Setiembre 2005*

# SUMARIO

<b>1. PRESENTACIÓN. PROYECTO DE GESTIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2. DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1. CENTRO DE SALUD MENTAL</b> .....	<b>2</b>
2.1.1. <i>PROGRAMA GENERAL ADULTOS</i>	
2.1.2. <i>TOXICOMANÍAS</i>	
2.1.3. <i>ALCOHOLISMO</i>	
2.1.4. <i>PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA</i>	
2.1.5. <i>PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</i>	
2.1.6. <i>PROGRAMA INFANTO-JUVENIL</i>	
<b>2.2. EQUIPO DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL</b> .....	<b>3</b>
<b>2.3. CENTRO DE TOXICOMANÍAS</b> .....	<b>3</b>
2.3.1. <i>PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA</i>	
2.3.2. <i>PROGRAMA DE PATOLOGÍA DUAL</i>	
2.3.3. <i>PROGRAMA LIBRE DE DROGAS</i>	
2.3.4. <i>OTRAS TOXICOMANÍAS</i>	
<b>2.4. ESTRUCTURAS DE REHABILITACION</b> .....	<b>3</b>
2.4.1. <i>DE ALTA INTENSIDAD</i>	
2.4.2. <i>DE BAJA INTENSIDAD</i>	
<b>3. VIAS DE ACCESO AL SERVICIO ESPECIALIZADO Y FINANCIACION DE LA ACTIVIDAD</b> .	<b>4</b>
<b>4. MODALIDADES DE ATENCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>4.1. URGENTE</b>	
4.1.1. <i>CASO NUEVO</i>	
4.1.2. <i>CASO EN TRATAMIENTO</i>	
<b>4.2. PREFERENTE</b>	
<b>4.3. ORDINARIA</b>	
<b>4.4. TRAS ALTA HOSPITALARIA PSIQUIÁTRICA</b>	
<b>5. FLUJOGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL</b> .....	<b>6</b>
<b>6. PRESTACIONES</b> .....	<b>7</b>
<b>6.1. TECNICAS DIAGNOSTICAS</b> .....	<b>8</b>
6.1.1. <i>DIAGNOSTICO CLINICO</i>	
6.1.2. <i>DIAGNOSTICO SOCIAL</i>	
<b>6.2. TECNICAS TERAPEUTICAS</b> .....	<b>9</b>
6.2.1. <i>PSICOTERAPIA</i>	
6.2.2. <i>TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS</i>	
6.2.3. <i>PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS Y DE REHABILITACIÓN</i>	
<b>6.3. CUIDADOS DE ENFERMERIA</b> .....	<b>10</b>
6.3.1. <i>GENERALES</i>	
6.3.2. <i>ESPECIALIZADOS</i>	
6.3.3. <i>CONSULTAS</i>	
6.3.4. <i>GESTION DE INGRESOS</i>	
<b>6.4. ATENCION DOMICILIARIA</b> .....	<b>11</b>
6.4.1. <i>URGENTE</i>	
6.4.2. <i>PROGRAMADA</i>	
<b>6.5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b> .....	<b>12</b>
6.5.1. <i>FUNCIÓN CONSULTORA CON ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRÍA</i>	
6.5.2. <i>PROGRAMA DE RELACIÓN CON ATENCION PRIMARIA</i>	
6.5.3. <i>PROGRAMA DE RELACIÓN CON HOSPITALES</i>	
<b>6.6. DOCENCIA</b> .....	<b>12</b>
6.6.1. <i>POSTGRADO</i>	
6.6.2. <i>PREGRADO</i>	
6.6.3. <i>AGENTES COMUNITARIOS</i>	
<b>ANEXO 1</b>	
<b>TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. CIE 10</b> .....	<b>13</b>
<b>ANEXO 2</b>	
<b>LIBRO RESUMEN: PRESTACIONES, TECNICAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCION</b> .....	<b>15</b>

## **1. PROYECTO DE GESTION**

*Salud Mental Extrahospitalaria es una Organización de Servicios de OSAKIDETZA en Gipuzkoa. Tiene la misión de prestar asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio desde una perspectiva comunitaria que responda a los principios de accesibilidad, eficiencia y calidad basada en procedimientos de eficacia probada.*

*Constituye el referente de la atención psiquiátrica especializada para los ciudadanos de Gipuzkoa siendo nuestra principal tarea la satisfacción de las necesidades derivadas de su patología psiquiátrica (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación). El tratamiento en el propio entorno se garantizará a través de la red de Centros, impulsando su participación como agentes activos en el cuidado de su salud*

*Los profesionales constituyen el principal activo de la Organización. La estructura directiva propiciará su satisfacción, motivación e implicación impulsando la comunicación, la participación en las decisiones de la empresa, el desarrollo profesional y el reconocimiento personal de su labor.*

*Es nuestra voluntad liderar la continuidad de cuidados impulsando el contacto y la colaboración entre los profesionales, y con los demás agentes del sistema sanitario y social, prestando atención especial al tratamiento de las patologías más graves y promoviendo la creación de los programas de atención específica y los recursos intermedios necesarios. Esto proyectará una imagen de progresivo prestigio para la Organización.*

*Constituyen objetivos de alto interés para la Organización, que serán adecuadamente apoyados y potenciados por la estructura directiva:*

- 1. El desarrollo de la Docencia postgraduada, así como la respuesta a las iniciativas y demandas que genere la sociedad en el ámbito de la docencia en Salud Mental*
- 2. El fomento de la Investigación*
- 3. La participación e integración en foros científicos de discusión*
- 4. La Innovación, a través de la incorporación de mejoras tecnológicas y, en especial, en lo referente a la sociedad de la información*

## **2. DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS**

El Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece la atención y asistencia sanitaria a la población a través de las prestaciones sanitarias facilitadas directamente por el Sistema Nacional de Salud. En lo referente a la Asistencia Psiquiátrica, integrada dentro de la Asistencia Especializada, comprende: "La asistencia ambulatoria especializada, en régimen de "hospital de día" y de hospitalización para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos, o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, y la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares".

Los dispositivos con los que Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, a través de su organización de servicios Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, cuenta para la cobertura de la asistencia psiquiátrica exclusivamente extrahospitalaria en el Territorio Histórico de Gipuzkoa son:

## 2.1. CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM)

Dispositivo especializado integrado por equipos multidisciplinares donde se presta un servicio ambulatorio a través del contacto regular, en general no diario, entre los profesionales de salud mental y los pacientes mayores de 16 años con el propósito de control de la enfermedad mental y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas. Este contacto puede, si se requiere, ser a largo plazo.

Sus funciones primordiales son:

- Asegurar la continuidad de cuidados terapéuticos a todos los pacientes del sector o comarca
- Apoyo a la reinserción de pacientes desinstitucionalizados
- Garantizar la relación con la comunidad a través de los equipos de atención primaria, los trabajadores sociales de otras organizaciones y las asociaciones de vecinos y usuarios

Para el desarrollo y adecuado cumplimiento de las dos primeras funciones, dentro del CSM, se establecen los siguientes programas:

### 2.1.1. **General Adultos**

Programas de atención a la población mayor de 16 años con sintomatología psiquiátrica, cuyo primer diagnóstico no sea el de dependencia de sustancias, y que precise de intervención especializada a criterio del médico de atención primaria.

### 2.1.2. **Toxicomanías**

Programas de atención a la población mayor de 16 años cuyo primer diagnóstico sea el de dependencia de sustancias

### 2.1.3. **Alcoholismo**

Programas de atención a la población mayor de 16 años cuyo primer diagnóstico sea el de Trastorno relacionado con el alcohol

Además, en algunos Centros y debido a criterios de operatividad y geográficos, se incluyen los siguientes programas

### 2.1.4. **Mantenimiento con Metadona**

Programas de atención a la población cuyo primer diagnóstico sea el de dependencia de opiáceos

### 2.1.5. **Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Programas de atención a la población cuyo primer diagnóstico sea el de un trastorno de la conducta alimentaria, y para cuyo tratamiento ambulatorio los Centros de Salud Mental se hayan mostrado insuficientes. Son criterios de entrada al programa:

- Insuficiencia comprobada del tratamiento ambulatorio mantenido en los CSM o por indicación expresa de su terapeuta responsable, en evitación de cronicidad.
- Gravedad psicopatológica (depresión severa, riesgo autolítico, etc.)
- Gravedad del cuadro somático y alteración significativa de peso
- Alteración significativa de las relaciones familiares y aislamiento social
- Preferentemente cuadros no evolucionados hacia la cronicidad

#### 2.1.6. **Infanto-Juvenil**

Programas de atención a la población infanto-juvenil (menor de 16 años) ubicados dentro de los propios Centros de Salud Mental.

### 2.2 **EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL**

Dispositivo especializado específico donde se presta un servicio ambulatorio, a través del contacto regular, en general no diario, entre los profesionales de salud mental y los pacientes menores de 16 años con el propósito del control de la enfermedad mental y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas. Este contacto puede, si se requiere, ser a largo plazo.

### 2.3 **CENTRO DE TOXICOMANIAS**

Dispositivo especializado específico, de intensidad media-alta, donde se presta un servicio ambulatorio a pacientes cuyo primer diagnóstico sea el de dependencia de sustancias , a través del contacto regular entre los profesionales y los pacientes con el propósito del control de su enfermedad y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas. Este contacto puede, si se requiere, ser a largo plazo. Incluye:

2.3.1 **Programa De Mantenimiento Con Metadona**

2.3.2 **Programa de Patología Dual**

2.3.3 **Programa Libre De Drogas**

2.3.4 **Programa de tratamiento de Otras Toxicomanías, no alcohólicas**

### 2.4 **ESTRUCTURAS DE REHABILITACIÓN**

Son estructuras de apoyo al trabajo realizado en los Centros de Salud Mental distinguiéndose, según objetivos y tipología de pacientes a los que van destinados, las siguientes:

#### 2.4.1 **De Alta Intensidad**

Son dispositivos asistenciales que cuentan con disponibilidad para que los pacientes tengan atención facultativa al menos el equivalente a 4 medios días por semana. Incluyen:

##### 2.4.1.1 HOSPITAL DE DIA

Dispositivos donde los pacientes son admitidos regularmente debido al deterioro del estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su trastorno psiquiátrico **en fase aguda**; siendo uno de los objetivos el alivio de dicho deterioro. Este dispositivo está disponible normalmente para varios pacientes al mismo tiempo, proporcionando alguna combinación de tratamiento de problemas relacionados con la enfermedad mental, actividades estructuradas, contacto social y/o apoyo.

##### 2.4.1.2 UNIDAD DE REHABILITACION PSIQUIÁTRICA

Dispositivos donde los pacientes son admitidos regularmente debido al deterioro del estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su trastorno psiquiátrico **en fase tanto aguda como no aguda**; siendo uno de los objetivos el alivio de dicho deterioro.

Este dispositivo está disponible normalmente para varios pacientes al mismo tiempo, proporcionando alguna combinación de tratamiento de problemas relacionados con

la enfermedad mental, actividades estructuradas, contacto social y/o apoyo.

#### 2.4.2 **De Baja Intensidad**

Son dispositivos que no cuentan con disponibilidad para que los pacientes tengan atención facultativa al menos el equivalente a 4 medios días por semana

##### 2.4.2.1 UNIDAD/CENTRO DE DIA

Dispositivos donde los pacientes son admitidos regularmente debido al deterioro del estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su trastorno psiquiátrico **en fase no aguda**; siendo uno de los objetivos el alivio de dicho deterioro.

Este dispositivo está disponible normalmente para varios pacientes al mismo tiempo, proporcionando alguna combinación de tratamiento de problemas relacionados con la enfermedad mental, actividades estructuradas, contacto social y/o apoyo.

##### 2.4.2.2 CENTROS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Dispositivos de baja intensidad cuya actividad se centra en la laborterapia como método de relación y aprendizaje de habilidades.

### **3. VIAS DE ACCESO AL SERVICIO ESPECIALIZADO Y FINANCIACION DE LA ACTIVIDAD**

Con respecto al acceso a la asistencia especializada el Real Decreto 63/1995 en su apartado 2º afirma que: "Con carácter general, el acceso a la asistencia ambulatoria especializada se realizará por indicación del médico de atención primaria". En el caso de SMEG la vía general de acceso es, efectivamente, la atención primaria de salud (80-85%). Sin embargo, las peculiaridades del enfermar psiquiátrico hacen que consideremos adecuado un margen de acceso a través de otras vías (iniciativa propia, familia, juzgados, ayuntamientos, etc.). Todo ello sin perjuicio de una adecuada información posterior al médico de atención primaria, a fin de preservar la necesaria continuidad de cuidados.

El artículo 4.1 de la Ley 8/97, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi, establece que "el derecho a la protección de la salud tiene carácter universal en el territorio de Euskadi para todas las personas residentes, así como para las transeúntes, en la forma y condiciones establecidas en la legislación general".

La financiación derivada de este derecho para las organizaciones sanitarias de Osakidetza se determina a través del Contrato Programa regulado en el artículo 19, que tendrá la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial, en el que se concretará la actividad y financiación con cargo a los créditos presupuestarios públicos. El apartado 3 del precitado artículo 4, señala que "se establecerán los supuestos en que proceda la reclamación del importe de los servicios prestados respecto de aquellos sujetos que accedan con la consideración de pacientes privados o en los que exista un tercero responsable obligado al pago del coste de los servicios prestados".

En tal sentido, el Anexo II de la citada norma señala que, conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto

legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 3 de este Real Decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluidos los transportes sanitarios, atenciones de urgencia, asistencia sanitaria hospitalaria o extrahospitalaria y rehabilitación, en los siguientes supuestos: Asistencia sanitaria prestada a beneficiarios de Mutualidades de funcionarios, Empresas Colaboradoras del sistema de Seguridad Social, Mutuas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y seguros obligatorios (escolar, vehículos a motor, de viajeros, ...), etc. En consecuencia, el Consejo de Administración de Osakidetza aprueba anualmente las tarifas por prestación de servicios sanitarios y docentes a terceros obligados al pago, estableciendo que "estarán obligados al pago de las respectivas tarifas las personas físicas o jurídicas que se encuentren comprendidas en cualquiera de los supuestos contemplados en el Anexo II del RD 63/1995".

En conjunto, la financiación de la actividad de nuestra organización tiene la siguiente composición, que refleja el esquema de financiación de carácter universal:

- Financiación pública a través de Contrato Programa: 99,33 %
- Financiación por facturación a terceros: 0,45 %
- Ingresos financieros: 0,22 %

## 4. MODALIDADES DE ATENCION

### 4.1. ATENCIÓN URGENTE

Si bien los Centros de Salud Mental no cuentan con estructura diferenciada para la atención urgente, en todos ellos se desarrolla este tipo de atención **en el plazo de 24 horas** desde el momento de la demanda asistencial, previéndose dos situaciones diferenciadas:

#### 4.1.1. **Caso nuevo**

Los pacientes sin historia previa que se presenten en los CSMs demandando una atención urgente serán valorados por personal facultativo en el propio Centro, siendo necesario que dicha demanda sea vehiculizada a través del médico de atención primaria u otro profesional médico.

La gravedad del caso y la presencia o no de agitación o riesgo hetero o autoagresivo serán los criterios que aconsejarán si, tras la valoración en el CSM, éste debe ser derivado a otros dispositivos más adecuados por su mayor capacidad de contención y supervisión de tratamiento o si, en caso contrario, son citados a consultas posteriores en el propio CSM.

#### 4.1.2. **Caso en tratamiento**

Los pacientes con historia previa en el CSM, sin necesidad de ser derivados desde atención primaria, serán atendidos por su terapeuta de referencia, o por otro facultativo en ausencia de aquél, valorando la oportunidad o no de derivación a otros dispositivos.

### 4.2. ATENCIÓN PREFERENTE

Los casos derivados como preferentes desde los dispositivos sanitarios, serán atendidos en un **plazo siempre inferior a 15 días**; si bien, el objetivo a medio plazo será que la mayoría de ellos sean vistos en el plazo de 7 días.

#### **4.3. ATENCIÓN ORDINARIA**

Los casos derivados como ordinarios desde los dispositivos asistenciales, o aquellas demandas de atención a petición del propio paciente o de la familia, serán atendidos en un **plazo menor o igual de 30 días**, desde la solicitud de cita.

#### **4.4. ATENCIÓN TRAS ALTA HOSPITALARIA PSIQUIÁTRICA**

Los casos derivados desde un servicio hospitalario psiquiátrico de corta estancia, tras su alta en el mismo, serán considerados de manera preferente y, por tanto (ver 4.2), atendidos en un **plazo inferior a 15 días**; si bien, la tendencia será que la mayoría de ellos sean vistos en el plazo de 7 días.

### **5. FLUJOGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL**

Este apartado intenta describir, de manera secuencial, los diferentes pasos en los que se verá inmerso un sujeto que acuda a nuestros Centros solicitando tratamiento.

#### **1º. ORIGEN DE LA DERIVACION**

Los pacientes, tal y como ha quedado señalado en el apartado 3 de este documento, tienen en la Atención Primaria la vía principal de acceso al igual que a cualquier otra instancia del sistema sanitario especializado.

#### **2º. RECEPCIÓN Y EVALUACION**

La unidad de acogida o subprograma de recepción y evaluación de la demanda, supone la puerta de entrada al nivel de Atención Psiquiátrica, que lleva a cabo una primera evaluación global del caso y toma las primeras decisiones en cuanto a su asunción o derivación, distribuyéndose las funciones entre el personal del CSM según el rol y la formación de cada uno. En este momento se adjudicará, además, un número de historia clínica (único por paciente) que servirá tanto para el episodio actual como para eventuales episodios posteriores en el mismo centro.

#### **3º. ADJUDICACION TERAPEUTA**

Con la información recabada en el subprograma de recepción y evaluación de la demanda, el equipo asistencial tomará la decisión más adecuada en relación con el profesional que asumirá el caso y la orientación del plan terapéutico. El terapeuta asignado, o persona en quien delegue, actuará como gestor del caso coordinando las acciones necesarias para una mejor evolución del mismo a todos los niveles

#### **4º. CONSULTA DE EVALUACIÓN/DIAGNÓSTICO**

Con la información recabada en el subprograma de recepción y evaluación de la demanda, el terapeuta asignado al caso efectuará las consultas de evaluación necesarias para, a través de la anamnesis, la exploración física, la exploración psicopatológica, la detección de necesidades sociales y, si fuera preciso, la petición de pruebas complementarias, establecer el diagnóstico del caso.

#### **5º. ESTABLECIMIENTO PLAN TERAPEUTICO**

Una vez establecido el diagnóstico a través de los pasos anteriores, el terapeuta del caso, de acuerdo con el paciente, establecerá el plan terapéutico más adecuado que incluirá:

- 5º.1. Objetivo del tratamiento
- 5º.2. Plazo temporal provisional
- 5º.3. Tipología intervención
  - ⇒ Farmacológica
  - ⇒ Psicoterapéutica
  - ⇒ Social
  - ⇒ Programas específicos
- 5º.4. Plazos de revisión diagnóstica y terapéutica

## **6º. CONSULTAS SEGUIMIENTO**

El desarrollo del plan terapéutico implica la realización de consultas de seguimiento, básicas para realizar una efectiva continuidad de cuidados y para conseguir los objetivos previamente consensuados. Estas consultas se realizarán mediante una periodicidad previamente pactada y adecuada a cada caso, durante un tiempo igualmente pactado.

Todas las citas se establecerán mediante procedimiento de cita previa. Cada una de estas actividades serán registradas en el Registro de Casos Psiquiátricos (RCP) que permitirá, en un futuro, realizar el seguimiento de cada paciente a lo largo de la red asistencial psiquiátrica.

## **7º. SALIDA**

Una vez concluido el proceso terapéutico, o una vez que éste se encuentre lo suficientemente estabilizado, el paciente podrá ser derivado a atención primaria o ser dado de alta. Podrá, si así lo desea, solicitar un informe de alta de su episodio.

## **6. PRESTACIONES**

El artículo 1 del Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud establece que "El sistema Nacional de Salud facilitará atención y asistencia sanitaria a toda la población, conforme a lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, en este Real Decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación"

El anexo I del citado Real Decreto 63/1995 incluye la atención especializada y, dentro de ella y como modalidades de asistencia, "la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización"

El Anexo III del citado Real Decreto 63/1995 incluye las prestaciones no financiadas con cargo a la Seguridad Social, que en nuestro caso se concretan en:

- La expedición de informes o certificados sobre el estado de salud, distintos a los previstos en este Decreto
- Los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros
- El psicoanálisis
- La hipnosis

De acuerdo con todo ello, Salud Mental Extrahospitalaria de Guipúzcoa establece las siguientes prestaciones para la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica de la población:

## 6.1. TECNICAS DIAGNOSTICAS

### 6.1.1. **Diagnostico Clínico**

La entrevista médica y la historia clínica son dos instrumentos de valor excepcional en la exploración y terapéutica del paciente

El diagnóstico clínico es una actividad reservada, lógicamente, a los profesionales en cuyo programa formativo se incluye la formación clínica; esto es: psiquiatras, psicólogos y DUE. Para ello, los profesionales de los Centros utilizan las siguientes herramientas

#### 6.1.1.1. ENTREVISTA CLINICA

La entrevista clínica es una relación interpersonal de carácter profesional que se establece en el momento del encuentro del terapeuta con su paciente, y cuya finalidad es poder orientar su diagnóstico y tratamiento. Puede ser:

- ✓ Libre
- ✓ Semiestructurada

#### 6.1.1.2. PSICODIAGNOSTICO

La evaluación psicológica dentro de la clínica psiquiátrica ocupa el lugar de "método complementario de exploración". Dispone de una serie de instrumentos valiosos, pero no infalibles, que aportan datos útiles tanto para la orientación diagnóstica como para el posterior tratamiento y que en función del tipo de aptitudes o rasgos que con él se pretende evaluar, podemos dividirlos en:

##### 6.1.1.2.1. *Pruebas de Inteligencia*

- Adultos  
Escala de Wechsler para adultos (WAIS)
- Infantil:  
WISC-R  
WIPSI

##### 6.1.1.2.2. *Pruebas de personalidad*

###### → *Psicométricas*

- Test de MILLON
- Minnesota Multifasic Personality Inventory (MMPI-2)

###### → *Pruebas Proyectivas*

- **ADULTOS**
  - Test de Apercepción Temática (TAT)
  - RORSCHARCH
- **INFANTIL**
  - Test de dibujo de la familia
  - Test de la Figura Humana
  - Familia Kinética
  - Test de Bender

##### 6.1.1.2.3. *Evaluación de deterioro cognitivo*

- Mini Mental State Examination (MMSE)

### 6.1.2. **Diagnostico Social**

El diagnóstico social constituye, para las Ciencias del Trabajo Social, el elemento clave o núcleo de las mismas. Diagnóstico es la definición clara y concreta de un problema o realidad de la persona en su interrelación con el

medio social. Esto requiere, por parte del Trabajador Social, un enfoque globalizador e integrador en el que valore:

- Causas y origen del problema
- Circunstancias desencadenantes
- Mutua relación entre el medio social, cultural, laboral y la persona
- Elementos tanto personales como sociales e institucionales que ayuden en la transformación de la situación definida

## **6.2. TECNICAS TERAPEUTICAS**

### **6.2.1. Psicoterapia**

La psicoterapia es un método de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración y el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva que permite un proceso psicoterapéutico en el que el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación.

#### **6.2.1.1. INDIVIDUAL**

Su fin ideal es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y en absoluto la del psicoterapeuta

6.2.1.1.1. *De apoyo*

6.2.1.1.2. *Cognitivo-Conductual*

6.2.1.1.3. *Psicodinámica*

#### **6.2.1.2. GRUPAL**

En la terapia de grupo, las interacciones de los miembros del grupo ofrecen oportunidades de cambio y crecimiento, mientras los terapeutas sirven para apoyar y regular la conducta grupal

6.2.1.2.1. *De apoyo*

6.2.1.2.2. *De marco limitado*: grupos con psicóticos crónicos, adolescentes, etc.

#### **6.2.1.3. INTERVENCIÓN FAMILIAR**

Situación psicoterapéutica centrada exclusivamente en modificar la interacción entre los miembros de la familia, buscando mejorar el funcionamiento de la familia como unidad, o sus subsistemas, y/o el funcionamiento de los miembros individuales de la familia; no siendo necesario visitar a toda la familia para efectuar estas modificaciones.

### **6.2.2. Tratamientos Biológicos**

#### **6.2.2.1. PSICOFÁRMACOS**

El ideal psicofarmacológico de fabricar medicamentos que mejoren los síntomas de los pacientes y que no causen efectos adversos, está más próximo con cada generación de fármacos. En nuestra Comunidad, los avances psicofarmacológicos se incorporan de inmediato al vademecum de la Organización pasando a estar disponibles para su dispensación por los profesionales.

#### **6.2.2.2. AGONISTAS OPIÁCEOS**

Programas orientados a la reducción de daños

- 6.2.2.3. ANTAGONISTAS OPIÁCEOS  
Programas orientados a la abstinencia de tóxicos

6.2.3. **Programas Psicoeducativos y de Rehabilitación**

Se utilizan en la corrección de los déficits asociados a las enfermedades mentales graves. Estos programas pueden desarrollarse tanto a nivel individual con cada individuo o familiar, como a nivel de intervención grupal con las características ya definidas para este tipo de intervención. Las modalidades de intervención son:

6.2.3.1. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

Intervención psicoterapéutica destinada a poner en conocimiento del paciente y sus familiares los aspectos relacionados con el origen de la enfermedad, sus manifestaciones y su tratamiento, así como aquellos signos o síntomas de alarma ante los que actuar.

6.2.3.1.1. Para pacientes

6.2.3.1.2. Para familiares

6.2.3.2. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA

La elevada comorbilidad de la enfermedad mental grave con enfermedades físicas asociadas y el deterioro provocado por la propia enfermedad mental hacen necesario el establecimiento de pautas higiénicas y de educación sanitaria que ayuden a corregir estos déficits.

6.2.3.3. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN CONTROL DE ANSIEDAD Y RELAJACIÓN

6.2.3.4. PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES

Son programas de aprendizaje de las conductas interpersonales necesarias para sobrevivir en la comunidad, para la independencia y el establecimiento y mantenimiento de relaciones de apoyo y sociales gratificantes.

6.3. **CUIDADOS DE ENFERMERIA**

6.3.1. **Generales**

- 6.3.1.1. EXTRACCIONES Y RECOGIDAS DE MUESTRAS: SANGRE, ORINA, HECES...
- 6.3.1.2. REALIZACIÓN DE CURAS Y CUIDADOS FÍSICOS
- 6.3.1.3. CONTROL DE CONSTANTES
- 6.3.1.4. HIGIENE Y ASEO. ACTIVIDADES EDUCATIVAS

6.3.2. **Cuidados Especializados**

- 6.3.2.1. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN DEPOT  
Incluyen la propia administración de la medicación, junto con actividades de seguimiento y apoyo, desarrollados por enfermería bajo la supervisión del médico responsable del caso
- 6.3.2.2. PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON LITIO  
Incluye extracciones de sangre para analítica de litio, según protocolo establecido, junto con actividades de seguimiento y apoyo
- 6.3.2.3. PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON CLOZAPINA  
Incluye extracciones de sangre para analítica, según protocolo establecido, junto con actividades de seguimiento y apoyo

#### 6.3.2.4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN TOXICOMANÍAS

6.3.2.4.1. *Programas de desintoxicación*

6.3.2.4.2. *Programas de deshabituación*

6.3.2.4.3. *Programas con agonistas opiáceos (Metadona)*

#### 6.3.2.5. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PONDERAL EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Incluye asesoramiento y consejo nutricional, además de la propia medición

#### 6.3.2.6. PROGRAMA DE TOMA SUPERVISADA DE MEDICACIÓN

Supervisión diaria de la toma de medicación en pacientes con déficits severos y/o ausencia de entorno sociofamiliar adecuado que dificulte el correcto seguimiento de la pauta medicamentosa instaurada. Incluye actividades psicoeducativas orientadas a la mejora de la conciencia de enfermedad y sobre la necesidad de tratamiento, así como la mejora de la implicación del paciente en su propio cuidado.

### 6.3.3. **Consultas**

#### 6.3.3.1. DE ACOGIDA

Se entiende como tal aquella consulta de recepción de la demanda en la que se lleva a cabo una primera evaluación global del caso y que conduce a la toma de las primeras decisiones en cuanto a asunción o derivación del mismo

#### 6.3.3.2. DE SEGUIMIENTO

Consultas de continuidad de tratamiento en las que se lleva a cabo la estructuración de los programas terapéuticos indicados en cada caso (psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, apoyo familiar, rehabilitadores, etc.)

#### 6.3.3.3. DOMICILIARIAS

Consultas realizadas en el lugar de residencia del paciente, derivadas de la negativa o imposibilidad del paciente a trasladarse al Centro de Salud Mental. Se trata de una *oferta restringida* a casos especiales, señalados como tales por el propio equipo terapéutico

#### 6.3.3.4. DE URGENCIA

Consultas sin establecimiento de cita previa, debidas a la perturbación del pensamiento, sentimientos o acciones del paciente que requieren de un tratamiento inmediato

### 6.3.4. **Gestión De Ingresos**

El internamiento psiquiátrico, como un elemento técnico más dentro del conjunto de recursos asistenciales psiquiátricos, se lleva a cabo cuando no son suficientes los cuidados prestados en el nivel ambulatorio. La necesaria coordinación al ingreso y alta de los pacientes, a fin de dar continuidad al proceso terapéutico iniciado, requiere de una labor previa y durante el ingreso en el que la enfermería juega un papel básico.

## 6.4. **ATENCIÓN DOMICILIARIA**

Consultas realizadas en el lugar de residencia del paciente, derivadas de la negativa o imposibilidad del paciente a trasladarse al Centro de Salud

Mental. Se trata de una oferta restringida a casos especiales señalados como tales por el propio equipo terapéutico:

6.4.1. **Urgente**

6.4.2. **Programada**

6.4.2.1. PACIENTES CRÓNICOS

6.4.2.2. INTERVENCIÓN EN CRISIS

## 6.5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

6.5.1. **Función Consultora Con Atención Primaria/Pediatría**

Esta función hace referencia al papel que los Centros de Salud Mental y equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil deben jugar como referencia para una adecuada asistencia de la sintomatología psiquiátrica en los niveles primarios de la cadena asistencial.

Resulta básico, a la hora de preservar el carácter especializado de un sistema asistencial, establecer claramente el tipo de cuadros que se abordará en cada nivel. A este respecto, este programa se propone actuar como consultor de Atención primaria y Pediatría extrahospitalaria en aquellos casos en los que la confirmación diagnóstica y terapéutica sea una necesidad para el nivel primario, sin necesidad de que el caso sea asumido en atención especializada.

6.5.2. **Programa De Relación Con Atención Primaria**

Este programa intenta mantener la necesaria coordinación con los equipos de atención primaria a fin de garantizar tanto la continuidad de cuidados como la detección precoz de los trastornos psiquiátricos graves.

6.5.3. **Programa De Relación Con Hospitales**

Este programa intenta mantener la necesaria coordinación con los servicios hospitalarios psiquiátricos a fin de garantizar tanto la continuidad de cuidados como la prevención secundaria o terciaria detección precoz de los trastornos psiquiátricos graves.

## 6.6. DOCENCIA

El desarrollo de la docencia aparece como un objetivo estratégico para Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, en su Plan 2002-2006. En esta línea, nuestra oferta docente abarca tanto actividades de pregrado como de postgrado, más todas aquellas que surjan desde las propias necesidades de la Comunidad, siempre dentro de las posibilidades docentes establecidas para cada Centro. En el momento actual, nuestra oferta reglada como Organización consiste en:

6.6.1. **Formación de Postgrado**

6.6.1.1. MIR Familia

6.6.1.2. MIR Psiquiatría

6.6.1.3. PIR

6.6.2. **Formación de Pregrado**

6.6.2.1. Enfermería Psiquiátrica

6.6.2.2. Trabajo Social

6.6.2.3. Terapia De Familia

6.6.2.4. Practicum Psicología

6.6.3. **Agentes Comunitarios**

**CIE 10. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO****F00-F09 TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS**

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer
- F01 Demencia vascular
- F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar
- F03 Demencia sin especificación
- F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

**F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS**

- Debidos al consumo de alcohol
- Debidos al consumo de opioides
- Debidos al consumo de cannabinoides
- Debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
- Debidos al consumo de cocaína
- Debidos al consumo de otros estimulantes
- Debidos al consumo de alucinógenos
- Debidos al consumo de tabaco
- Debidos al consumo de disolventes volátiles
- Debidos al consumo de múltiples drogas u otros psicótropos

**F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TR. ESQUIZOTIPICO Y TR. DE IDEAS DELIRANTES**

- F20 Esquizofrenia
- F21 Trastorno esquizotípico
- F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes
- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas
- F25 Trastornos esquizoafectivos
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación

**F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)**

- F30 Episodio maníaco
- F31 Trastorno bipolar
- F32 Episodios depresivos
- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

**F40-F48 TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS**

- F40 Trastornos de ansiedad fóbica
- F41 Otros trastornos de ansiedad
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
- F44 Trastornos disociativos (de conversión)
- F45 Trastornos somatomorfos
- F48 Otros trastornos neuróticos

## **F50-F59 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS**

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño
- F52 Disfunción sexual no orgánica
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar
- F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar
- F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia
- F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación

## **F60-F69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO**

- F60 Trastornos específicos de la personalidad
- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de impulsos
- F64 Trastornos de la identidad sexual
- F65 Trastornos de la inclinación sexual
- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación

## **F70-F79 RETRASO MENTAL**

- F70 Leve
- F71 Moderado
- F72 Grave
- F73 Profundo
- F78 Otros retrasos mentales
- F79 Sin especificación

## **F80-F89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO**

- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
- F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor
- F83 Trastorno específico del desarrollo mixto
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico
- F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

## **F90-F99 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

- F90 Trastornos hiperkinéticos
- F91 Trastornos disociales
- F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos
- F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- F95 Trastornos de tics
- F98 Otros
- F99 Trastorno Mental sin especificación

## ANEXO 2

LIBRO RESUMEN. PRESTACIONES, TECNICAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCION							
PROCESO ASISTENCIAL	DESTINATARIOS	TIPO DE DISPOSITIVO ASISTENCIAL	MODALIDADES DE ATENCION / PRESTACIONES			OBJETIVO GENERAL	
<b>ACOGIDA</b>	TODOS LOS CASOS SOLICITANTES DE ATENCION DERIVADOS DESDE ATENCION PRIMARIA U OTRAS INSTANCIAS	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	CONSULTA ORDINARIA: Demora, para consulta, inferior a 30 días tras solicitud de cita		APERTURA DE HISTORIA CLINICA, RECOGIDA DE INFORMACION BASICA y VALORACION DE INTERVENCION	
			EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL	CONSULTA PREFERENTE: Demora, para consulta, inferior a 15 días tras solicitud de cita			
			CENTRO DE TOXICOMANIAS	CONSULTA URGENTE: Demora, para consulta, inferior a 24 horas tras solicitud de cita			
<b>EVALUACION / DIAGNOSTICO Y ORIENTACION DEL CASO</b>	TODOS LOS CASOS SOLICITANTES DE ATENCION DERIVADOS DESDE ATENCION PRIMARIA U OTRAS INSTANCIAS	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	DIAGNOSTICO CLINICO	ENTREVISTA CLINICA	Libre Semiestructurada	EVALUACION DEL CASO, ESTABLECIMIENTO DE IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Y ORIENTACION TERAPEUTICA, A NIVEL PRIMARIO O ESPECIALIZADO
					PSICODIAGNOSTICO	Inteligencia Personalidad Deterioro coñitivo	
				DIAGNOSTICO SOCIAL			
			EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL	DIAGNOSTICO CLINICO	ENTREVISTA CLINICA	Libre Semiestructurada	
					PSICODIAGNOSTICO	Inteligencia Personalidad Deterioro coñitivo	
				DIAGNOSTICO SOCIAL			
			CENTRO DE TOXICOMANIAS	DIAGNOSTICO CLINICO	ENTREVISTA CLINICA	Libre Semiestructurada	
				DIAGNOSTICO SOCIAL			

PROCESO ASISTENCIAL	DESTINATARIOS	TIPO DE DISPOSITIVO ASISTENCIAL		MODALIDADES DE ATENCION / PRESTACIONES	OBJETIVO GENERAL	
TRATAMIENTO	TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	PSICOFARMACOS	CONTROL SINTOMATOLOGICO Y DERIVACION A ATENCION PRIMARIA	
		DOMICILIARIO	RESIDENCIAS DE 3ª EDAD	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO APOYO AL CUIDADOR		
	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	LIBRE DE DROGAS AGONISTAS OPIACEOS ANTAGONISTAS OPIACEOS	TRATAMIENTO EN EL PROGRAMA ESPECIALIZADO HASTA LA ESTABILIZACION SINTOMATICA Y DERIVACION O ALTA. EN LOS PROGRAMAS ESPECIFICOS CON AGONISTAS OPIACEOS, REDUCCION DE DAÑOS, ESTABILIZACION Y RETENCION EN EL PROGRAMA
			CENTRO DE TOXICOMANIAS	PROGRAMAS ESPECIFICOS (sólo en algunos Centros)		
	ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA INDIVIDUAL INTERVENCION FAMILIAR	GENERALES ESPECIALIZADOS	RETENCION EN EL PROGRAMA ESPECIALIZADO, CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO Y REINSERCION SOCIOLABORAL, SI POSIBLE. GESTION DE INGRESOS, EN CASO NECESARIO
				DOMICILIARIO	DOMICILIO	
		ESTRUCTURAS INTERMEDIAS DE REHABILITACION	HOSPITAL DE DIA	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO		
			UNIDAD DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	PSICOEDUCACION		
			UNIDAD DE DIA	HABILIDADES SOCIALES MANEJO DEL ESTRÉS		
	TRASTORNOS DEL HUMOR (afectivos)	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA INTERVENCION FAMILIAR	INDIVIDUAL GRUPAL	ATENCION EN EL PROGRAMA ESPECIALIZADO, CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO Y REINSERCION SOCIOLABORAL, SI POSIBLE. ESTABILIZACION Y ALTA O DERIVACION A ATENCION PRIMARIA. GESTION DE INGRESOS, EN CASO NECESARIO
				CUIDADOS DE ENFERMERIA	GENERALES ESPECIALIZADOS	
		ESTRUCTURAS INTERMEDIAS DE REHABILITACION	HOSPITAL DE DIA	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO		
UNIDAD DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	PSICOEDUCACION					
		UNIDAD DE DIA	HABILIDADES SOCIALES MANEJO DEL ESTRÉS			

PROCESO ASISTENCIAL	DESTINATARIOS	TIPO DE DISPOSITIVO ASISTENCIAL		MODALIDADES DE ATENCION / PRESTACIONES	OBJETIVO GENERAL
TRATAMIENTO	TRASTORNOS NEUROTICOS SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA   INDIVIDUAL GRUPAL CUIDADOS DE ENFERMERIA	TRATAMIENTO HASTA ESTABILIZACION Y DERIVACION A ATENCION PRIMARIA ó ALTA
	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA   INDIVIDUAL GRUPAL INTERVENCION FAMILIAR PROGRAMA ESPECIFICO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	TRATAMIENTO HASTA ESTABILIZACION Y DERIVACION A ATENCION PRIMARIA ó ALTA
	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL CENTRO DE TOXICOMANIAS	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA   INDIVIDUAL GRUPAL INTERVENCION FAMILIAR	CONTROL SINTOMATOLOGICO, REESTRUCTURACION DE PERSONALIDAD Y REEDUCACION DE COMPORTAMIENTOS
	RETRASO MENTAL	AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO APOYO FAMILIAR	ESTABILIZACION PERIODOS DE CRISIS Y DERIVACION A ATENCION PRIMARIA
	TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	AMBULATORIO	EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA   INDIVIDUAL GRUPAL INTERVENCION FAMILIAR CUIDADOS DE ENFERMERIA	CONTROL SINTOMATOLOGICO, REEDUCACION DE COMPORTAMIENTOS Y DERIVACION A ESTRUCTURAS SUPERESPECIALIZADAS, SI PRECISA
	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	AMBULATORIO	EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL	PSICOFARMACOS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPIA   INDIVIDUAL GRUPAL INTERVENCION FAMILIAR CUIDADOS DE ENFERMERIA	TRATAMIENTO HASTA ESTABILIZACION Y ALTA

PROCESO ASISTENCIAL	DESTINATARIOS	TIPO DE DISPOSITIVO ASISTENCIAL		MODALIDADES DE ATENCION / PRESTACIONES	OBJETIVO GENERAL
CONTINUIDAD DE CUIDADOS	FUNCION CONSULTORA CON ATENCION PRIMARIA / PEDIATRIA	TELEFONICO, AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	CONFIRMACION SOSPECHA DIAGNOSTICA ORIENTACION TERAPEUTICA ASESORAMIENTO	SUPERVISAR, SI FUERA NECESARIO, LA ADECUADA INSTAURACION, CONTINUIDAD Y FINALIZACION DEL TRATAMIENTO
			EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL		
	PROTOCOLO DE RELACION CON HOSPITALES	TELEFONICO, AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	GESTION DE CAMAS ESTABLECIMIENTO DE PLAN TERAPEUTICO SEGUIMIENTO DURANTE EL INGRESO SEGUIMIENTO TRAS ALTA HOSPITALARIA	GARANTIZAR LA ADECUADA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA Y EL ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS TERAPEUTICOS
			EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL		
	PROTOCOLO DE RELACION CON SERVICIOS SOCIALES	TELEFONICO, AMBULATORIO	CENTRO DE SALUD MENTAL	GESTION DE AYUDAS SOCIALES REINSECCION SOCIAL REINSECCION LABORAL	REINSECCION SOCIOLABORAL
			EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL		
	PROTOCOLO DE RELACION CON SISTEMA ESCOLAR	TELEFONICO, AMBULATORIO	EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL	ADECUACION DE OBJETIVOS MODELOS DE INTERVENCION EN CRISIS	ADECUADO MANTENIMIENTO Y TRATAMIENTO EN EL MEDIO ESCOLAR