

Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia

Edición:

Crowe Spain.

Consultoría de Estrategia e Innovación. Salud, Farma y Política Social.

Julio 2025

ISBN 978-84-09-75204-1

© 2025 Boehringer Ingelheim España, S.A.

Todos los derechos reservados.

Life forward

ÍNDICE

1.	Resumen ejecutivo	7
2.	Introducción	11
3.	Definición del modelo de atención de la persona con esquizofrenia	12
3.1.	Objetivos del modelo	12
3.2.	Alcance del modelo	12
4.	Mapa del modelo de atención de la persona con esquizofrenia	13
5.	Descripción de las fases del modelo de atención de la persona con esquizofrenia	14
5.1.	Fase 1: Prevención.....	14
5.1.1.	Objetivos de la fase	14
5.1.2.	Consideraciones preliminares	14
5.1.3.	Claves de abordaje de la prevención	14
5.1.4.	Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre la prevención	15
5.2.	Fase 2: Detección	19
5.2.1.	Objetivos de la fase	19
5.2.2.	Consideraciones preliminares	19
5.2.3.	Claves de abordaje de la detección	19
5.2.4.	Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre la detección	21
5.3.	Fase 3: Diagnóstico.....	27
5.3.1.	Objetivos de la fase	27
5.3.2.	Consideraciones preliminares sobre el diagnóstico	27
5.3.3.	Claves de abordaje del diagnóstico	27
5.3.4.	Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre el diagnóstico.....	32
5.4.	Fase 4: Plan de Atención	36
5.4.1.	Objetivos de la fase	36
5.4.2.	Consideraciones preliminares sobre el plan de atención	36
5.4.3.	Claves de abordaje del plan de atención	36
5.4.4.	Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre el plan de atención	38
5.5.	Fase 5: Atención y seguimiento.....	43
5.5.1.	Objetivos de la fase	43
5.5.2.	Consideraciones preliminares sobre la atención y seguimiento	43
5.5.3.	Claves de abordaje de la atención y seguimiento	43
5.5.4.	Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre la atención y seguimiento	54
6.	Indicadores.....	61

7.	Anexos.....	67
7.1.	Anexo 1. Patrones funcionales de salud en la esquizofrenia	67
7.2.	Anexo 2. Resultados cuestionario áreas de mejora y recomendaciones	74
7.2.1.	Introducción	74
7.2.2.	Perfil de los consultados y nivel de respuestas	74
7.2.3.	Resultados del cuestionario.....	74
7.3.	Anexo 3. Detalle de indicadores por fases del modelo	98
8.	Acrónimos y abreviaturas	111
9.	Bibliografía	112

En la elaboración del Modelo de Atención de la Persona con Esquizofrenia han participado más de 20 profesionales sanitarios, junto a otros profesionales asistenciales y representantes de organizaciones de personas afectadas por la enfermedad. Asimismo, han colaborado más de 25 personas afectadas y sus cuidadores, aportando su experiencia y perspectiva en el proceso.

Coordinadores/as

Agüera Ortiz, Luis Fernando

Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Pérez Sola, Víctor

Presidente del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones y de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Rodríguez Ansede, Graciela

Responsable del Servicio de Atención Psicológica de Asociación Vizcaína de Familias y Personas con Enfermedad Mental (AVIFES).

Autores/as (orden alfabético)

Comité Científico Asesor (CCA)

Artal Simón, Jesús

Jefe del Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Bartolomé Benito, Elena

Coordinación de Cribados Oncológicos. Miembro de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

Benages Nozal, Adam

Trabajador social del Servicio Comunitario Especializado de la Unidad de Salud Mental y Adicciones de la Badia del Vallès.

Blanco Venzalá, Matilde

Coordinadora del Plan Integral de Salud mental de Andalucía.

García Fernández, Lorena

Psiquiatra en el Departamento de Medicina Clínica Universidad Miguel Hernández.

Gil López, Patxi

Coordinador del Programa LEHENAK de Primeros Episodios Psicóticos de la Red de Salud Mental de Vizcaya.

Gordillo Urbano, Rafael Manuel

Psiquiatra en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Martínez Riera, Roser

Coordinadora de la Unidad de Atención Intensiva de Día de la red de Salud Mental de Gipuzkoa.

Olmo Dorado, Verónica

Medicina Familiar y miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Peña Granger, Mercedes

Enfermera y supervisora de Salud Mental del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Penadés Rubio, Rafael

Psicólogo Clínico en el Hospital Clínic de Barcelona.

Tajes Alonso, María

Jefa del Servicio de Psiquiatría del Área Sanitaria de Orense.

Comité de Pacientes (CPac)

AFAUS: Asociación de Familiares, Amigos y Usuarios para la Salud Mental.

- **Rodríguez Montes, Maribel** – Responsable de la Fundación AFAUS

AMAFE: Asociación Española de Apoyo en Psicosis.

- **Rico Prieto, Joseba** – Director Técnico AMAFE.

ASAENES Salud Mental Sevilla: Asociación de familiares y personas con experiencia propia en Salud Mental.

- **Cirera León, Ana** – Técnica de Evaluación, Calidad e Innovación ASAENES.

ASAPME: Asociación Aragonesa Pro Salud Mental.

- **López Trencó, Ana** – Gerente de ASAPME.

ASCASAM: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.

- **Arrete Elorza, Soledad** – Consejo de Dirección ASCASAM.

Federación Salud Mental Murcia

- **Garrigós Gómez, Rosa** – Coordinadora Federación Salud Mental Murcia.

Fundación Canaria Juana Reyes

- **Aguilar Dorta, Isabel** – Presidenta Fundación Juana Reyes.

GRUPO SOM VIA:

- **García Márquez, Silvia** – Responsable del Programa Mentes Despiertas

Apoyo científico-técnico

Crowe. Consultoría en Estrategia e Innovación. Healthcare, Life Sciences & Social Policy.

- **Hernández Martín, Jose Antonio**
- **Martínez Gamote, Daniel**
- **Galdámez Campos, Carlos Roberto**
- **Portero Tabales, Rocío**

Con el apoyo de Boehringer Ingelheim España, S.A.

1. Resumen ejecutivo

El **Modelo de Atención de la Persona con Esquizofrenia** ha sido diseñado y elaborado para garantizar una **atención integral y estructurada**, mediante un **enfoque multidisciplinar** que responda de forma efectiva a las necesidades de las **personas diagnosticadas con la enfermedad (PDE)** a lo largo de todo su **proceso asistencial**.

Este modelo pone énfasis en la **prevención** y en la **detección temprana de los síntomas**, fortaleciendo la **formación de los profesionales** en distintos ámbitos de atención, con una **visión comunitaria y centrada en la persona**. Asimismo, promueve el **diagnóstico precoz** y la **intervención temprana**, con el propósito de abordar la enfermedad desde sus primeras manifestaciones y mejorar su pronóstico a largo plazo.

Además, el modelo prioriza una **valoración** y un **abordaje integral** en todas las fases del proceso asistencial, asegurando la **continuidad del tratamiento** entre los distintos niveles y dispositivos asistenciales. Esta **coordinación** permite ofrecer una **atención sostenida en el tiempo**, adaptada tanto a las **necesidades individuales de la PDE como a su entorno familiar y social**.

De forma complementaria, se incorpora un **seguimiento longitudinal** y un **acompañamiento continuado**, orientado a garantizar la **estabilidad clínica** y a apoyar a la persona en el **desarrollo de su proyecto de vida**. Todo ello con un enfoque centrado en la **recuperación funcional**, la **inclusión comunitaria**, la **autonomía personal** y la **mejora de la calidad de vida**.

Este modelo ha sido elaborado con una **amplia participación de expertos clave en salud mental, PDE y cuidadores**, a través de **entrevistas, sesiones de trabajo, grupos focales (focus groups)** y un **cuestionario** que han permitido recopilar **evidencia cualitativa y cuantitativa**, identificar **necesidades prioritarias** y **validar el modelo** desde una **perspectiva multidisciplinar**.

Con el objetivo de **asegurar la consistencia de la definición del modelo de atención y canalizar la participación de todos los agentes clave**, se ha desarrollado la siguiente **metodología**:

1. **Análisis preliminar:** se realizó un mapeo del marco de actuación y de los agentes de interés en salud mental y esquizofrenia en España, considerando estructuras organizativas autonómicas de salud mental, tanto en organizaciones sanitarias como en servicios sociales, además del marco estratégico de abordaje de la salud mental.
2. **Entrevistas con el CCA:** se llevaron a cabo 12 entrevistas para identificar el circuito de atención a la PDE en cada región. Así, el documento recoge ejemplos de CC.AA. representadas en el proyecto, si bien cabe señalar que pueden existir aspectos de otras CC.AA. no mencionadas explícitamente.
3. **Sesiones de trabajo con el CCA:** se realizaron 2 sesiones de trabajo para revisar y ajustar el modelado del circuito de atención, asegurando su viabilidad y adecuación a la realidad asistencial.
4. **Entrevistas con el CPac:** se efectuaron 8 entrevistas para validar el circuito de atención desde la perspectiva de la persona afectada y sus cuidadores e identificar elementos clave en la experiencia asistencial.
5. **Focus Groups con PDE y cuidadores:** se realizaron 2 *focus groups* con el fin de identificar áreas de mejora y recomendaciones específicas de las PDE y sus cuidadores en relación con su recorrido asistencial (*patient pathway*).
6. **Cuestionario para la priorización de áreas de mejora y recomendaciones:** se priorizaron las áreas de mejora y recomendaciones en cada fase del modelo de atención a través de un cuestionario cumplimentado por el CCA y el CPac, con el objetivo de facilitar a las organizaciones sanitarias una orientación sobre los ámbitos y medidas de actuación más relevantes a abordar.

El **modelo de atención de la persona con esquizofrenia** se estructura en **cinco fases**: prevención, detección, diagnóstico, plan de atención, y atención y seguimiento.

Ilustración 1. Fases del modelo de atención de la persona con esquizofrenia.



Fuente: Elaboración propia.

Se han definido además una serie de **ámbitos de actuación específicos, estructurados en torno a áreas de mejora y recomendaciones concretas** para cada una de las fases del modelo de atención (ordenadas de mayor a menor prioridad), con el fin de optimizar la atención integral de la persona afectada.

En cada uno de estos ámbitos, se han identificado **áreas de mejora y recomendaciones que presentan una mayor necesidad de intervención y de mejora**, de acuerdo con el modelo.

Tabla 1. Ámbitos de actuación por áreas de mejora y recomendaciones de las cinco fases del modelo de atención de la persona con esquizofrenia.

Fases del modelo	Ámbitos de actuación	
	Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
1. Prevención	1.1. Abordaje de situaciones de riesgo. 1.2. Prevención, sensibilización y concienciación.	1.1. Identificación y atención a situaciones de riesgo. 1.2. Sensibilización y concienciación social. 1.3. Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores.

Fases del modelo	Ámbitos de actuación	
	Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
2. Detección	2.1. Atención integral y continuidad en el cuidado. 2.2. Comunicación y coordinación entre niveles asistenciales. 2.3. Formación y capacitación de los profesionales. 2.4. Reducción del estigma social y atención a grupos vulnerables.	2.1. Coordinación y protocolos de atención. 2.2. Herramientas de detección y respuesta temprana. 2.3. Formación y capacitación de los profesionales. 2.4. Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno. 2.5. Sensibilización y concienciación social.
3. Diagnóstico	3.1. Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo. 3.2. Atención integral para la persona afectada y su entorno. 3.3. Valoración diagnóstica.	3.1. Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y a su entorno. 3.2. Valoración diagnóstica integral. 3.3. Coordinación y optimización de la atención. 3.4. Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario.
4. Plan de Atención	4.1. Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores. 4.2. Gestión y coordinación del Plan de Atención.	4.1. Apoyo integral y “Proyecto de vida”. 4.2. Personalización del Plan de Atención. 4.3. Coordinación y seguimiento del Plan de Atención. 4.4. Tratamiento y adherencia terapéutica. 4.5. Formación y capacitación de los profesionales.
5. Atención y seguimiento	5.1. Coordinación asistencial y continuidad de la atención. 5.2. Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar. 5.3. Empoderamiento y participación de la PDE. 5.4. Atención y tratamiento personalizados. 5.5. Recursos de atención y soporte. 5.6. Gestión y accesibilidad a la información clínica.	5.1. Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento. 5.2. Seguimiento y continuidad del Plan de Atención. 5.3. Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención. 5.4. Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE. 5.5. Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares. 5.6. Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento. 5.7. Formación y especialización de los profesionales.

Fuente: Elaboración propia.

Este **modelo** proporciona un **marco común para mejorar la atención a las PDE, desde la detección temprana hasta la recuperación**. Basado en la experiencia de profesionales, PDE y cuidadores, impulsa **intervenciones eficaces, coordinadas y centradas en la persona**, con el objetivo de **avanzar hacia una atención más accesible, continua y humanizada**.

2. Introducción

La **esquizofrenia** es un **trastorno psicótico grave** que se caracteriza por una combinación de signos y síntomas distintivos. Estos síntomas afectan a diversos procesos psicológicos, tales como la **percepción** (alucinaciones), la **ideación, la verificación de la realidad** (delirios), los **procesos de pensamiento** (asociaciones laxas), las **emociones** (afecto plano e inapropiado), la **atención, la concentración, la motivación y el juicio**. Cabe destacar que ningún síntoma por sí solo es patognomónico, y que no todas las personas presentan el mismo perfil clínico. Las manifestaciones sintomáticas se asocian a diversos grados de deterioro funcional, impactando de forma significativa en la calidad de vida de quienes la padecen.

En respuesta a la creciente necesidad de mejorar el abordaje clínico y social de la esquizofrenia, la **industria farmacéutica** ha intensificado su labor en la investigación y desarrollo de **nuevas soluciones terapéuticas**. En este contexto, la compañía **Boehringer Ingelheim (BI)** se posiciona como un referente en innovación dentro del campo de la salud mental, liderando ensayos clínicos orientados a cubrir necesidades no satisfechas y reforzando la importancia de implementar **un modelo de atención integral**, que contemple **estrategias personalizadas**, combinando **intervenciones médicas, psicosociales y comunitarias**.

Los **datos epidemiológicos más recientes en España** respaldan esta necesidad. En el **año 2023**, se registraron **183.512 personas con esquizofrenia**, lo que supone una tasa de **3,9 casos por mil habitantes**. Esta cifra refleja **una estabilidad respecto a 2021**, cuando la tasa fue de **3,91 por mil habitantes** (Sistema Nacional de Salud). A pesar de la estabilidad, continúa evidenciándose la **carga constante de la esquizofrenia** sobre el sistema de salud. Según datos de 2023, las **personas con trastornos mentales** realizan aproximadamente **1,5 veces más visitas anuales a los centros de atención primaria (AP)** que la **población general**. Además, se atienden alrededor de **5,5 millones de consultas de psiquiatría en los centros ambulatorios de especialidades y en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS)** (Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023, 2023).

El análisis de los datos revela patrones en cuanto a la distribución por edad, siendo los individuos entre **15 y 34 años los más afectados**, con una tasa de **7,70 casos por mil habitantes en hombres y 4,54 en mujeres**. Este rango de edad representa el período en que se diagnostica la mayoría de los casos, lo que señala la necesidad urgente de atención temprana. Aunque la prevalencia disminuye en el grupo de **35 a 64 años**, sigue teniendo un impacto significativo, con tasas de **4,46 casos por mil en hombres y 2,98 en mujeres**, lo que subraya la necesidad de un **seguimiento clínico continuo** (Sistema Nacional de Salud).

En este contexto, resulta fundamental el diseño y desarrollo de un **modelo de atención centrado en la PDE**, que no se limite al **tratamiento farmacológico**, sino que también atienda de forma estructurada las **dimensiones sociales, cognitivas y emocionales** de la enfermedad. Este modelo debe adaptarse a las particularidades de cada etapa del ciclo vital y a las diferencias de género, con un enfoque que promueva la recuperación funcional y la reintegración social.

En conclusión, el desarrollo de un **modelo de atención integral para la esquizofrenia** debe constituir una **prioridad estratégica para el sistema de salud español**. La **constancia de su prevalencia y la complejidad del trastorno** demandan **respuestas eficaces, equitativas y centradas en la persona**, orientadas a **mejorar su calidad de vida y la de quienes conviven con esta enfermedad**.

3. Definición del modelo de atención de la persona con esquizofrenia

3.1. Objetivos del modelo

Objetivo principal

Conocer los modelos asistenciales de atención a la persona con esquizofrenia y determinar las principales necesidades y recomendaciones para desplegar un modelo óptimo de atención en España.

Objetivos específicos

- Promover la sistematización de la atención para que todas las personas afectadas reciban un nivel de atención adecuado y consistente.
- Impulso de la prevención y de la detección de síntomas desde los diferentes ámbitos de atención, con visión comunitaria, mejorando la formación en detección temprana para una intervención más completa y efectiva.
- Fomento del diagnóstico precoz y de la atención temprana, especialmente ante la aparición de los primeros síntomas.
- Desarrollo de la valoración y del abordaje integral a lo largo del proceso de atención.
- Fomento de la continuidad de la atención entre ámbitos, niveles y dispositivos.
- Adaptación del plan de atención a las necesidades, expectativas y objetivos individuales de cada persona con diagnóstico de esquizofrenia y de su entorno.

3.2. Alcance del modelo

Alcance del modelo – Perfil poblacional

- Incluye atención a personas con factores de riesgo, con sospecha clínica o con diagnóstico confirmado de esquizofrenia.
- No incluye a personas:
 - Con enfermedad terminal susceptible de cuidados paliativos.
 - Con diagnóstico de discapacidad intelectual grave o profunda.

4. Mapa del modelo de atención de la persona con esquizofrenia

Ilustración 2. Fases y actividades del modelo de atención de la persona con esquizofrenia.

FASES	ACTIVIDADES
1. Prevención	1.1. Prevención de los factores de riesgo
2. Detección	2.1. Detección de la persona con sospecha clínica de esquizofrenia 2.2. Derivación para diagnóstico 2.3. Información a la persona afectada y a las personas cuidadoras
3. Diagnóstico	3.1. Confirmación diagnóstica 3.2. Asignación del equipo responsable y determinación de primeras medidas asistenciales y terapéuticas 3.3. Valoración integral de la persona afectada
4. Plan de atención	4.1. Determinación del nivel de intensidad de la atención 4.2. Elaboración del plan de atención 4.3. Información a la persona con diagnóstico de esquizofrenia y a las personas cuidadoras
5. Atención y seguimiento	5.1. Atención a la persona con diagnóstico de esquizofrenia y a las personas cuidadoras 5.2. Revisión y reevaluación del plan de atención 5.3. Seguimiento de la persona con diagnóstico de esquizofrenia

Fuente: Elaboración propia.

5. Descripción de las fases del modelo de atención de la persona con esquizofrenia

Para cada fase del modelo de atención se recogen los siguientes elementos:

1. Objetivo de la fase.
2. Consideraciones preliminares.
3. Claves de abordaje de la fase.
4. Áreas de mejora y recomendaciones identificadas.

Los participantes en la elaboración del modelo han priorizado aquellas áreas de mejora y recomendaciones que han considerado de mayor impacto y relevancia, a modo de orientación a las organizaciones sanitarias sobre posibles puntos de partida para el análisis de situación y actuación para la mejora de la atención a la esquizofrenia. Para cada fase se identifican tanto los elementos priorizados como los complementarios.

5.1. Fase 1: Prevención

5.1.1. Objetivos de la fase

Impulsar la actuación sobre los factores de riesgo de la esquizofrenia, desde una perspectiva tanto individual como comunitaria, para minimizar su prevalencia y evitar la aparición de episodios psicóticos en la población con dichos factores.

5.1.2. Consideraciones preliminares

Las consideraciones preliminares a tener en cuenta sobre la prevención son las siguientes:

- En la actualidad no es posible garantizar la prevención de la esquizofrenia.
- No obstante, sí se puede actuar sobre factores de riesgo, singularmente:
 - Consumo de sustancias (alcohol, cannabis, otras drogas, uso indebido de medicamentos).
 - Aislamiento social.
 - Sedentarismo e inactividad.
 - Estrés.
 - Patrones anormales de sueño.
- También es posible trabajar en la promoción general de la salud mental como una estrategia basal para fortalecer factores protectores (p ej.: la gestión emocional, etc.).
- La esquizofrenia tiene un componente genético, de modo que una persona con antecedentes familiares tiene una mayor probabilidad de presentar esquizofrenia.

5.1.3. Claves de abordaje de la prevención

La prevención de los factores de riesgo en salud es fundamental para reducir la incidencia de enfermedades y promover una vida más saludable en la población. Para abordar esta cuestión de manera efectiva, se deben implementar diversas estrategias integrales. Entre las claves de este enfoque, se destacan:

- Desarrollo de la actividad de prevención y promoción de la salud desde AP, incidiendo sobre hábitos de vida saludables vinculados a factores de riesgo y aprovechando la longitudinalidad y transversalidad de su actuación.
- Detección de situaciones vinculadas a factores de riesgo en el ámbito educativo, en coordinación con los/las profesionales de enlace correspondientes con el sistema de salud.
- Desarrollo de programas universales de bienestar emocional.
- Identificación de situaciones de riesgo y desarrollo de actuaciones preventivas mediante una coordinación efectiva entre los servicios de trabajo social y trabajo social sanitario con especial atención a las poblaciones en riesgo de exclusión social y a las personas atendidas en centros especializados.
- Derivación a Unidades de Salud Mental (USM) para valoración de las situaciones de riesgo de mayor gravedad y abordaje especializado ofreciendo intervenciones adaptadas a la situación de base (p.ej. terapias cognitivo-conductuales para el abordaje del trastorno por uso de sustancias).

5.1.4. Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre la prevención

En la fase de prevención de la enfermedad, se han identificado ámbitos de actuación clave que engloban diversas áreas de mejora y recomendaciones. Para un análisis más detallado de esta información, puede consultar el *Anexo 2. Resultados cuestionario áreas de mejora y recomendaciones*.

Tabla 2. Ámbitos de actuación en la fase de prevención, por áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias.

Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
1.1. Abordaje de situaciones de riesgo (3 áreas de mejora).	1.1. Identificación y atención a situaciones de riesgo (3 recomendaciones).
1.2. Prevención, sensibilización y concienciación (3 áreas de mejora).	1.2. Sensibilización y concienciación social (8 recomendaciones).
	1.3. Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores (3 recomendaciones).

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.1.4.1. Áreas de mejora

- **Áreas de mejora prioritarias**

Tabla 3. Áreas de mejora prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de prevención.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
1.1. Abordaje de situaciones de riesgo	1.1.1. Foco en la detección de situaciones de riesgo de salud mental en el ámbito educativo, con foco en la etapa de educación secundaria y en situaciones de acoso escolar, negligencia en los cuidados y/o maltrato.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
1.2. Prevención, sensibilización y concienciación	1.2.1. Sensibilización de la población, singularmente en el ámbito joven, respecto de los riesgos de aparición de sintomatología psicótica con el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Áreas de mejora complementarias**

Tabla 4. Áreas de mejora complementarias por ámbitos de actuación en la fase de prevención.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora complementarias
1.1. Abordaje de situaciones de riesgo	1.1.2. Mejorar la formación de los profesionales, especialmente de psiquiatría y enfermería, bajo el paradigma de la recuperación, enfocándose en la funcionalidad y el propósito de vida como remisión sintomática o respuesta terapéutica. 1.1.3. Concienciación sobre la posibilidad de la recuperación de las personas con esquizofrenia, difundiendo testimonios en primera persona basados en la experiencia de la recuperación.
1.2. Prevención, sensibilización y concienciación	1.2.2. Actuación preventiva en unidades familiares en las que existen PDE u otros trastornos psicóticos. 1.2.3. Impulso de medidas preventivas en centros de atención a población en contextos específicos / situación de riesgo (migrantes, población penitenciaria, personas con adicciones, personas sin hogar, menores, personas mayores, personas con discapacidad).

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.1.4.2. Recomendaciones

- **Recomendaciones prioritarias**

Tabla 5. Recomendaciones prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de prevención.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
1.1. Identificación y atención a situaciones de riesgo	1.1.1. Reforzar la formación de los/las profesionales educativos en relación con la detección de señales de riesgo y de posibles episodios psicóticos. 1.1.2. Fomentar la colaboración para establecer políticas públicas y estrategias preventivas que mejoren la salud mental y la accesibilidad y calidad de la atención, reduciendo variabilidad y heterogeneidad en el abordaje.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
1.2. Sensibilización y concienciación social	1.2.1. Impulsar campañas orientadas a mejorar la comprensión sobre la enfermedad y erradicar el impacto del estigma en la sociedad, con especial incidencia en los ámbitos educativo y laboral. 1.2.2. Reforzar la concienciación social respecto del impacto del consumo de drogas (con foco en cannabis) en el riesgo de desarrollo de trastornos psicóticos.
1.3. Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores	1.3.1. Desarrollar iniciativas de soporte y seguimiento de la unidad familiar de PDE, compaginando el apoyo a la unidad familiar en el marco del soporte a la persona cuidadora con la actuación preventiva y de potencial detección de situaciones de riesgo en los integrantes de la unidad familia.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Recomendaciones complementarias**

Tabla 6. Recomendaciones complementarias por ámbitos de actuación en la fase de prevención.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
1.1. Identificación y atención a situaciones de riesgo	1.1.3. Hacer énfasis en la población menor de edad, tanto a través de redes sociales como del sistema educativo, en la importancia de los hábitos de vida saludables.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
1.2. Sensibilización y concienciación social	1.2.3. Impulsar la formación de la sociedad en relación con la identificación de factores de riesgo. 1.2.4. Reforzar el soporte psicológico en el entorno educativo en el abordaje de situaciones de riesgo. 1.2.5. Extender y adaptar los programas e iniciativas de prevención y detección de trastornos psicóticos al ámbito universitario. 1.2.6. Impulsar el acompañamiento multidisciplinar a personas gestantes con diagnóstico de esquizofrenia, desde el consejo y valoración previa hasta post-gestación de forma coordinada entre los diferentes niveles y ámbitos de atención (AP, AH y recursos sociales). 1.2.7. Valorar e impulsar herramientas digitales e Inteligencia Artificial (IA) que permitan establecer patrones de detección de casos de riesgo y plantear posibles actuaciones al respecto (p. ej. incorporación de mensajes automáticos que faciliten a la persona de riesgo acceso a recursos de atención). 1.2.8. Analizar y atender a las necesidades específicas de las zonas de mayor vulnerabilidad a nivel socioeconómico tanto en el marco del sistema sanitario como social y educativo respecto de los factores de riesgo de trastornos psicóticos, garantizando el acceso equitativo a recursos y servicios para todas las personas.
1.3. Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores:	1.3.2. Ofrecer apoyo psicológico a los cuidadores, personas vinculadas y/o familiares para evitar ansiedad, estrés y agotamiento emocional, y facilitando su rol. 1.3.3. Colaboración con asociaciones y desarrollo de programas de acompañamiento para menores convivientes con PDE.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.2. Fase 2: Detección

5.2.1. Objetivos de la fase

Identificar el posible trastorno psicótico ante los primeros signos y síntomas, para facilitar una actuación temprana.

5.2.2. Consideraciones preliminares

La detección temprana de la esquizofrenia es un aspecto crucial para el manejo eficaz del trastorno, ya que permite una intervención precoz que puede mejorar significativamente los resultados a largo plazo. A través de un enfoque sistemático, es posible identificar los primeros signos de la enfermedad, lo que facilita la implementación de estrategias de tratamiento y prevención adecuadas. A continuación, se presentan las claves preliminares para la detección de la esquizofrenia:

- Los signos y síntomas de la esquizofrenia pueden clasificarse en:
 - Negativos: pérdida de motivación / interés, aislamiento social, apatía, anhedonia.
 - Cognitivos: problemas de atención, dificultad de concentración y planificación, incapacidad de uso y procesamiento de información.
 - Positivos: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, irritabilidad.
- Los síntomas negativos suelen manifestarse inicialmente, pero son altamente inespecíficos, lo que dificulta el abordaje antes de la aparición de los síntomas positivos.

5.2.3. Claves de abordaje de la detección

- Detección de la persona con sospecha clínica de esquizofrenia

La detección temprana de la esquizofrenia es un proceso esencial para su manejo adecuado y para la mejora de los resultados en la salud de la persona. Este proceso debe realizarse en distintos niveles de atención, tanto en AP como en Urgencias de Atención Hospitalaria (AH). En ambos casos, la identificación precoz de los signos y síntomas es clave para iniciar una intervención apropiada y oportuna, reduciendo el riesgo de complicaciones y favoreciendo un abordaje integral. A continuación, se detallan las estrategias de detección en cada ámbito de atención:

- **En AP**, la detección se realiza durante una consulta, ya sea en el centro de salud o en el contexto de una visita domiciliaria.
 - La consulta puede producirse en el marco del seguimiento habitual de la persona, como consecuencia de la solicitud de otro/a profesional (p.ej. Profesional de enlace con entorno educativo) o a solicitud de un familiar.
 - Para asegurar la detección se realiza una entrevista tanto a la persona correspondiente como, en su caso, a familiares para identificación de signos y síntomas (Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha, intervención precoz en primeros episodios psicóticos, 2012).
 - En caso de identificar signos y síntomas compatibles con la enfermedad, realizar una exploración completa de la persona en busca de posibles causas alternativas, incluyendo identificación de enfermedades físicas (p.ej. Trastornos cerebrales orgánicos), revisión de tratamientos prescritos y valoración de consumo de sustancias (alcohol, cannabis, otras drogas, uso indebido de fármacos) (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014).
- **En Urgencias de AH**, la detección se lleva a cabo en situaciones de crisis, ya sea a través de la visita de un equipo médico de emergencias en el domicilio o en el centro hospitalario.

- Las casuísticas habituales asociadas a una detección en urgencias son, habitualmente:
 - Alteraciones graves de la conducta (autoagresión, comportamiento suicida, heteroagresividad, déficit severo de apoyo sociofamiliar, comportamiento gravemente desorganizado).
 - Síntomas psicóticos claros.
 - Riesgo vital de cualquier causa.
- Evaluación del estado clínico y toma de decisiones de activación en función de la gravedad. En caso de crisis, intervención con contención psicológica y/o farmacológica (Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Extremadura, 2019).
- Solicitud de pruebas complementarias –analíticas, despistaje de tóxicos en orina, neuroimagen, test u otro tipo de pruebas psicométricas- y despistaje de patología orgánica.
- Tras valoración en triaje de urgencias, se contacta con el/la psiquiatra de guardia para valorar la gravedad clínica y determinar la intervención más adecuada.

- Derivación para diagnóstico

La derivación para diagnóstico es clave en la atención integral de la esquizofrenia, ya que garantiza un abordaje adecuado y especializado. Tanto en AP como en AH, la identificación temprana de los signos y síntomas característicos de la enfermedad, así como la exclusión de condiciones con manifestaciones clínicas similares, es esencial para un diagnóstico preciso y una intervención efectiva. A continuación, se detalla el proceso de derivación en estos dos niveles de atención, describiendo las acciones a seguir en cada caso:

- **En AP**, cuando se detectan signos y síntomas de la enfermedad y se han descartado otras opciones (p.ej. Trastornos cerebrales orgánicos, consumo de sustancias o efectos derivados de tratamientos prescritos) o si se identifica una situación de psicosis, se recomienda derivación preferente a las USM o a urgencias de AH para valoración e ingreso si es necesario. Asimismo, se valora derivación al Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos (PAPEP) de acuerdo con la valoración realizada.
- **En Urgencias de AH**, la decisión del ingreso hospitalario de una persona afectada sea voluntario o involuntario, queda a cargo de un/a psiquiatra, quien evaluará la necesidad de hospitalización en función de la gravedad del caso.
 - Si el ingreso hospitalario se realiza en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB), en las primeras 24-72 horas evaluación del estado psicopatológico:
 - Anamnesis.
 - Exploración psicopatológica.
 - Valoración de enfermería y solicitud de pruebas complementarias (analíticas, tóxicos en orina, neuroimagen, psicológicas- y despistaje de patología orgánica).
 - Realización de valoración diagnóstica.
 - Si la valoración diagnóstica y la situación lo requiere, incorporación a PAPEP tras el alta hospitalaria.
 - Si no se requiere ingreso, se elabora un informe de valoración y se organiza una consulta posterior en AP o en la USM por vía preferente, evaluando también la posible derivación al PAPEP según corresponda (Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía, 2020).

- Información a la persona afectada y a las personas cuidadoras

Desde el inicio del proceso asistencial, es fundamental proporcionar a la persona afectada, a su familia y/o sus cuidadores información comprensible sobre la situación clínica, los recursos disponibles y el tratamiento necesario. Una comunicación efectiva no solo facilita la comprensión de la enfermedad y el proceso terapéutico, sino que también fomenta la adherencia al tratamiento y contribuye al bienestar emocional de los pacientes y sus familiares. A continuación, se detallan los aspectos clave que deben ser abordados en este proceso comunicativo:

- **Garantizar una comunicación clara y empática:** desde el inicio del proceso, es fundamental proporcionar a la persona afectada (si su estado lo permite y de acuerdo a sus posibilidades) y a su familia información accesible sobre:
 - Sintomatología detectada / sospecha de primer episodio psicótico, para comprensión adecuada de la situación.
 - Explicación de los recursos asistenciales disponibles, actividades diagnósticas y posibles tratamientos.
 - Posibilidades de evolución del cuadro e importancia de adherencia al conjunto de los tratamientos.
 - Importancia de otras conductas de riesgo como el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas.
 - Pautas generales de actuación.
- **Información sobre asociaciones especializadas:** ofrecer detalles acerca de organizaciones que proporcionan apoyo y recursos adicionales para las PDE y sus familias.
- **Derechos de confidencialidad:** asegurar que la información personal de la persona afectada será manejada conforme a los derechos de confidencialidad establecidos.
- **En programas específicos como PAPEP:** compartir con todo el equipo responsable los datos relevantes sobre la situación, las necesidades y la evolución de la persona afectada. Esto incluye aspectos como diagnósticos, antecedentes relevantes, objetivos terapéuticos, intervenciones realizadas, etc.
- **En casos de limitaciones cognitivas o físicas:** cuando la persona afectada no pueda procesar o comprender adecuadamente la información debido a limitaciones físicas o psíquicas, o cuando exista un permiso tácito por parte del/de la paciente, la información relevante puede ser compartida con personas cuidadoras, personas vinculadas o familiares (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014) (Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S., 1990) (Saitz R., Horton N.J., Sullivan L.M., Moskowitz M.A., Samet J.H., 2003).
- **Registro de medidas de apoyo judicial:** especificar los datos de la persona que actuará como curador o representante legal, junto con la información proporcionada a la persona afectada y el consentimiento informado para la realización de las intervenciones o actuaciones sanitarias propuestas.

5.2.4. Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre la detección

En la fase de detección de la enfermedad, se han identificado ámbitos de actuación clave que engloban diversas áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias. Para un análisis más detallado de esta información, puede consultar el *Anexo 2. Resultados cuestionario áreas de mejora y recomendaciones*.

Tabla 7. Ámbitos de actuación en la fase de detección, por áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias.

Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
2.1. Atención integral y continuidad en el cuidado (2 áreas de mejora). 2.2. Comunicación y coordinación entre niveles asistenciales (5 áreas de mejora). 2.3. Formación y capacitación de los profesionales (4 áreas de mejora). 2.4. Perspectiva de género en la detección y atención de síntomas psicóticos (1 área de mejora). 2.5. Reducción del estigma social y atención a grupos vulnerables (2 áreas de mejora).	2.1. Coordinación y protocolos de atención (6 recomendaciones). 2.2. Herramientas de detección y respuesta temprana (4 recomendaciones). 2.3. Formación y capacitación de los profesionales (6 recomendaciones). 2.4. Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno (3 recomendaciones). 2.5. Sensibilización y concienciación social (3 recomendaciones).

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.2.4.1. Áreas de mejora

- **Áreas de mejora prioritarias**

Tabla 8. Áreas de mejora prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de detección.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
2.1. Atención integral y continuidad en el cuidado	2.1.1. Desarrollo de la atención basada en derechos del proceso y recursos disponibles, incluyendo el traslado, llegada a urgencias, triaje y eventual ingreso, para minimizar el efecto traumático sobre la persona afectada y su entorno.
2.2. Comunicación y coordinación entre niveles asistenciales	2.2.1. Desarrollar iniciativas de soporte y seguimiento de la unidad familiar de PDE, compaginando el apoyo a la unidad familiar en el marco del soporte a la persona cuidadora con la actuación preventiva y de potencial detección de situaciones de riesgo en los integrantes de la unidad familia.
2.3. Formación y capacitación de los profesionales	2.3.1. Formación específica en salud mental y estabilidad de profesionales en AP que refuerce la longitudinalidad en la atención y sospecha de trastorno psicótico incipiente ante signos y síntomas negativos y/o cognitivos.
2.4. Perspectiva de género en la detección y atención de síntomas psicóticos	2.4.1. Desarrollo de protocolos de detección precoz para identificar síntomas psicóticos en mujeres, debido a diferencias en la presentación clínica, influencia hormonal (como la teoría estrogénica) y momentos vitales clave como la adolescencia, el ciclo menstrual, el embarazo o la premenopausia.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
2.5. Reducción del estigma social y atención a grupos vulnerables	2.5.1. Reducir el estigma social, un factor que dificulta que las personas soliciten ayuda ante la aparición de signos y síntomas de esquizofrenia, afectando su detección y abordaje temprano, así como a la sociedad en general.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Áreas de mejora complementarias**

Tabla 9. Áreas de mejora complementarias por ámbitos de actuación en la fase de detección.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora complementarias
2.1. Atención integral y continuidad en el cuidado	2.1.2. Abordaje de casos de aparición tardía y/o de población en contextos específicos (migrantes, población penitenciaria, personas con adicciones, personas sin hogar, menores, personas mayores, personas con discapacidad).
2.2. Comunicación y coordinación entre niveles asistenciales	2.2.2. Evaluar la prescripción farmacológica asegurando su alineación con las recomendaciones de guías clínicas, políticas sanitarias públicas y protocolos de práctica basados en la evidencia, integrando además el enfoque del modelo de recuperación. 2.2.3. Capacidad de atención de la persona en el domicilio para evitar, en lo posible, el ingreso hospitalario. 2.2.4. Información a la persona afectada y a su entorno para mejorar conocimiento de la enfermedad y facilitar seguimiento posterior. 2.2.5. Coordinación entre los/las profesionales y sistemas implicados en la atención a personas con consumo de sustancias adictivas y la atención a trastornos psicóticos a lo largo de todo el proceso.
2.3. Formación y capacitación de los profesionales	2.3.2. Formación de los/las profesionales participantes en técnicas de desescalada y uso adecuado de la contención (mecánica, farmacológica) para la gestión segura y eficaz de la atención en las situaciones que lo requieran. 2.3.3. Formación del personal que interviene, tanto sanitarios como no sanitarios (p.ej. personal de los cuerpos y fuerzas de seguridad), y tanto ante estados alterados como ante falta de alteración. 2.3.4. Capacitación de los/las profesionales en triaje para una comunicación y priorización adecuada de primeros episodios psicóticos.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora complementarias
2.5. Reducción del estigma social y atención a grupos vulnerables	2.5.2. Abordaje de casos de aparición tardía y/o de población en contextos específicos (migrantes, población penitenciaria, personas con adicciones, personas sin hogar, menores, personas mayores, personas con discapacidad).

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.2.4.2. Recomendaciones

- Recomendaciones prioritarias**

Tabla 10. Recomendaciones prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de detección.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
2.1. Coordinación y protocolos de atención	2.1.1. Mejorar los protocolos de comunicación y derivación entre AP-AH-USM, clarificando registro de sintomatología y facilitando acceso a la información, teniendo en cuenta la heterogeneidad territorial y adaptando los procedimientos a las particularidades organizativas y sanitarias de cada territorio.
2.2. Herramientas de detección y respuesta temprana	2.2.1. Diseñar y desarrollar un sistema de alerta temprana para identificar los primeros episodios, basado en patrones de comportamiento y señales de riesgo recurrentes que facilite la derivación directa desde AP a programas específicos de atención a primeros brotes psicóticos.
2.3. Formación y capacitación de los profesionales	2.3.1. Impulsar la formación específica a los profesionales de salud mental y adicciones en la atención de la patología dual, para asegurar un abordaje coordinado y efectivo de las PDE desde la detección hasta el seguimiento. 2.3.2. Impulsar la formación en criterios de detección temprana de casos tanto en los que predomine la sintomatología positiva como en aquellos en los que predomine la sintomatología negativa y/o problemas cognitivos (p.ej. Ineficacia de tratamiento farmacológico de posible episodio depresivo). 2.3.3. Incorporar la perspectiva de género en los protocolos de detección precoz, integrando formación específica para los/las profesionales sobre las particularidades clínicas con las que pueden manifestarse los síntomas psicóticos en mujeres, así como sobre la influencia de factores hormonales y momentos vitales relevantes, como el ciclo menstrual, el embarazo o la transición a la menopausia.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
2.4. Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno	2.4.1. Revisar y rediseñar desde la perspectiva de humanización tanto los circuitos como los espacios de atención en urgencias, de las personas con posibles episodios psicóticos, tanto para la atención de dichas personas como de sus acompañantes. Este rediseño deberá considerar no solo la atención directa a estas personas, sino también el acompañamiento y el apoyo a sus cuidadores, con el objetivo de minimizar el impacto emocional y mejorar la experiencia global en el servicio de urgencias.
2.5. Sensibilización y concienciación social	2.5.1 Impulsar campañas orientadas a mejorar la comprensión sobre la enfermedad y erradicar el impacto del estigma en la sociedad, con especial incidencia en los ámbitos educativo y laboral.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Recomendaciones complementarias**

Tabla 11. Recomendaciones complementarias por ámbitos de actuación en la fase de detección.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
2.1. Coordinación y protocolos de atención	2.1.2. Desarrollar protocolos de actuación para el abordaje conjunto y coordinación entre los/las profesionales implicados en la atención a personas con consumo de sustancias adictivas y a personas con trastornos psicóticos, para mejorar la detección, diagnóstico y atención de dicha población. 2.1.3. Facilitar la capacidad de derivación directa desde AP a PAPEP. 2.1.4. Desarrollar el protocolo de coordinación en triaje con los/las profesionales de Psiquiatría, para asegurar una adecuada priorización inicial y comunicación de información para la actuación de dichos profesionales. 2.1.5. Elaborar guías para la detección de casos tardíos de esquizofrenia. 2.1.6. Desarrollar la protocolización y clarificar los criterios de actuación en situaciones de traslado involuntario, incluida las perspectivas ética y legal.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
2.2. Herramientas de detección y respuesta temprana	2.2.2. Impulsar la capacidad de respuesta y actuación a domicilio ante aparición de signos y síntomas compatibles con primeros episodios psicóticos. 2.2.3. Poner en marcha mecanismos que minimicen la no presencia de la persona afectada en citas programadas (alertas, llamadas proactivas, citación de la familia, etc.). 2.2.4. Impulsar una línea de apoyo telefónico especializada, vinculada a los servicios de salud mental y de urgencias, para atender posibles primeros episodios psicóticos y otras situaciones de crisis con personal cualificado que brinde orientación, evalúe necesidades y facilite el acceso a recursos especializados.
2.3. Formación y capacitación de los profesionales	2.3.4. Promover la formación de primeros intervinientes ante diferentes grados de alteración para asegurar un abordaje adecuado, incluyendo el eventual uso y comprensión de las consecuencias éticas, legales y emocionales de los mecanismos de contención. 2.3.5. Concienciar y formar a los/las profesionales sobre la comunicación con la persona afectada y con las personas cuidadoras, facilitando la comprensión de la situación, la conciencia de la enfermedad y de los próximos pasos a desarrollar (con foco, en su caso, en el seguimiento de la persona). 2.3.6. Asegurar la existencia en el triaje de profesionales de referencia para casos de salud mental, con la capacitación y conocimiento adecuados para ello (idealmente, profesionales de enfermería con especialización en salud mental).
2.4. Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno	2.4.2. Incorporar la visión de la persona afectada y de su entorno en la revisión / rediseño del proceso de detección y atención a primeros episodios psicóticos. 2.4.3. Diseñar y elaborar guías informativas para personas con primeros episodios psicóticos, sus familiares y/o personas cuidadoras, ofreciendo orientación clara sobre dónde acudir y los recursos disponibles.
2.5. Sensibilización y concienciación social	2.5.2. Distribuir materiales informativos y educativos, como cartelería, folletos y otros recursos, en lugares estratégicos para promover la detección precoz (p. ej., espacios públicos, centros sanitarios, escuelas, entre otros). 2.5.3. Promover el conocimiento en la población de la detección de signos y síntomas de posibles episodios psicóticos.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.3. Fase 3: Diagnóstico

5.3.1. Objetivos de la fase

Establecer o, en su caso, descartar el diagnóstico de esquizofrenia en la persona con posible trastorno psicótico, para determinar el tratamiento más eficaz, adecuado a sus circunstancias y preferencias.

5.3.2. Consideraciones preliminares sobre el diagnóstico

Una vez identificado un posible trastorno psicótico, es fundamental iniciar de manera simultánea la valoración diagnóstica y la intervención terapéutica. Ambas actividades deben llevarse a cabo paralelamente para asegurar un manejo adecuado y oportuno de la persona afectada. En este contexto, es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones preliminares que orienten el proceso de diagnóstico de manera eficaz:

- Una vez detectada la persona con posible trastorno psicótico, es necesario realizar en paralelo la valoración diagnóstica y la intervención terapéutica. En consecuencia, y aunque se describan por separado al tratarse de actividades conceptualmente distintas, las actividades descritas en las fases 3, 4 y 5 están interrelacionadas y se desarrollan de forma paralela en el tiempo.
- El diagnóstico de esquizofrenia requiere de un período prolongado en el tiempo, típicamente meses, para descartar otras posibles causas de los signos y síntomas existentes, pudiendo confundirse con otros trastornos que pueden manifestar características psicóticas, lo que lleva a buena parte de los/las profesionales a ser muy cautelosos en el diagnóstico. Sin embargo, es importante que esta cautela no se transforme en una barrera que dificulte la toma de decisiones diagnósticas, puesto que podría retrasar o limitar la atención adecuada para la persona.

5.3.3. Claves de abordaje del diagnóstico

- Confirmación diagnóstica

La confirmación diagnóstica de la enfermedad requiere una evaluación exhaustiva que implique la recopilación de información detallada sobre la persona afectada, así como la realización de diversas pruebas y consultas. Esta fase es crucial para asegurar un diagnóstico preciso y garantizar la correcta planificación del tratamiento. A continuación, se detallan los aspectos esenciales que deben ser evaluados para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia, los criterios diagnósticos a seguir y los pasos a seguir en caso de no confirmarse la sospecha inicial:

- Realización de las **consultas necesarias a la persona afectada y a las personas cuidadoras en USM o AH**, para evaluar de manera exhaustiva los siguientes aspectos con el fin de confirmar el diagnóstico (Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha, intervención precoz en primeros episodios psicóticos, 2012):
 - Antecedentes familiares y personales.
 - Historia evolutiva.
 - Exploración psicopatológica.
 - Pruebas complementarias dirigidas a descartar organicidad.
- **Criterios de confirmación diagnóstica** (CIE-10-ES. 5ª Edición, 2024):
 - La presencia de signos del trastorno durante un período de al menos 6 meses. En este período, y durante la fase activa de la enfermedad, presencia continuada de dos o más de los siguientes síntomas durante al menos 1 mes en la fase activa de la enfermedad, siendo al menos uno de ellos los indicados entre 1 y 3:

1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Habla desorganizada.
 4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
 5. Deterioro cognitivo.
 6. Deterioro funcional.
 7. Síntomas negativos, como disminución de la expresión emocional.
- Se debe descartar el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y diagnóstico de trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas.
 - La alteración no debe ser atribuible a los efectos de sustancias o a otras afecciones médicas.
 - Si existen antecedentes de trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación, el diagnóstico de esquizofrenia solo debe considerarse si se presentan delirios o alucinaciones importantes, junto con otros síntomas, durante al menos un mes.
- **En caso de no confirmarse la sospecha diagnóstica:**
 - Cierre del proceso correspondiente y valoración de inclusión en otros procesos (p.ej. otros trastornos psicóticos).
 - Identificación de pautas de tratamiento y seguimiento de los signos y síntomas existentes.
 - Si corresponde, alta definitiva con la emisión del informe de alta.
 - Asignación del equipo responsable y determinación de primeras medidas asistenciales y terapéuticas

En el abordaje del diagnóstico de la esquizofrenia, es fundamental un enfoque integral que involucre a un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. La colaboración interprofesional es esencial para garantizar una atención adecuada, centrada en las necesidades individuales de la persona afectada, e integrada tanto en los aspectos clínicos como en los psicosociales. A continuación, se describen las características y funciones del equipo multidisciplinar de referencia (EMR):

- El EMR estará formado por profesionales de Psiquiatría, Enfermería de Salud Mental y Trabajo Social. Idealmente se considera que también deben formar parte de dicho EMR profesionales tanto de Psicología Clínica como de Terapia Ocupacional, aunque estos perfiles no están disponibles en la mayoría de los centros ambulatorios donde se lleva a cabo el diagnóstico.

Las características del trabajo de EMR son las siguientes (Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía, 2020):

- Implicación de profesionales responsables del Plan de Atención (PA), PDE y personas cuidadoras, así como de la red comunitaria.
 - Información compartida entre todos los/las profesionales y con la PDE.
 - Preferencias de la PDE en el proceso de decisión.
 - Decisiones consensuadas entre los/las profesionales y la PDE.
 - Corresponsabilidad en todas las fases de la atención.
- Se recomienda que, en lo posible, el EMR sea el mismo que participó en la confirmación del diagnóstico de sospecha (Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha, intervención precoz en primeros episodios psicóticos, 2012).

- Hasta la elaboración y aprobación del PA individualizado, el EMR será el responsable del activar directamente o a través de otros/as profesionales las medidas terapéuticas y asistenciales necesarias (Proceso asistencial primeros episodios psicóticos (PEP), 2019).
- En la fase aguda/subaguda (primeros tres meses tras la aparición de los síntomas positivos o el primer episodio psicótico detectado), las medidas terapéuticas estarán orientadas a:
 - Favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico para reducir intensidad/remisión de síntomas agudos.
 - Establecer la alianza terapéutica con la persona afectada y con su entorno.
- Valoración integral de la persona afectada

Para completar la información necesaria para el diagnóstico, especialmente, de cara al diseño y elaboración del PA, es necesario realizar una valoración global integral de la persona afectada y de su entorno.

La valoración integral estará orientada a la obtención de información suficiente para realizar el PA, por lo que el EMR explorará las siguientes áreas mediante las consultas y entrevistas a la persona afectada y a su entorno que considere necesarias (Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía, 2020) (Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha (PAISM): Trastorno Mental Grave. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2012):

1. Valoración clínica

- Información de carácter general y valoración clínica:
 - Anamnesis (comorbilidad, consumo de sustancias, nivel premórbido).
 - Historia de la enfermedad.
 - Rasgos de personalidad.
 - Nivel de impulsividad y trastornos de conducta.
 - Diagnóstico.
- Tratamiento y conciencia de enfermedad:
 - Conciencia de enfermedad.
 - Responsabilidad y nivel de cumplimiento con el tratamiento.
 - Conocimiento de la enfermedad.
 - Respuesta al tratamiento.

2. Valoración social

- Situación psicológica y psicosocial, incluidas redes sociales, relaciones e historia previa de trauma.
- Grado de desarrollo de habilidades sociales y red existente.
- Neurodesarrollo.
- Valoración de la función motora.
- Situación socio económica: cultura y etnia, alojamiento, estatus económico, responsabilidades sociofamiliares, calidad de vida.
- Valoración de riesgo de exclusión social, dependencia y discapacidad.
- En su caso, situación legal y judicial.

- A valorar el uso de escalas de soporte, p.ej. Escala de Funcionamiento Social SFS (Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S., 1990).

3. Valoración funcional

- Valoración del deterioro cognitivo con repercusión en la funcionalidad de la persona afectada.
- Actividades básicas de la vida diaria: higiene personal, vestuario, alimentación, hábitos de sueño, actividad física, sexualidad.
- Actividades de la vida diaria complejas: desempeño de habilidades domésticas, uso del dinero, conducción de vehículos/utilización de transportes, capacidad de gestiones burocráticas, manejo de recursos sociales, ocio y tiempo libre.
- Se recomienda valoración de enfermería a través de Patrones Funcionales de Salud (Gordon M., 2007) (Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental., 2009) (*Véase Anexo 1. Patrones funcionales de salud en la esquizofrenia*).

4. Valoración del entorno

- Patrones de relación entre sí y específicamente con la persona (genograma).
- Eventos relevantes en el entorno de la persona afectada.
- Repercusiones de la enfermedad en la vida familiar, con foco en personas cuidadoras principales.
- Conocimiento del entorno sobre la enfermedad.
- Acciones que el entorno ha desarrollado para solucionar los problemas.

5. Valoración ocupacional y laboral

- Formación académica.
- Experiencia y situación laboral.
- Capacidad laboral.
- Motivación y expectativas.
- Cuando proceda y con el visto bueno del/de la paciente, realizar la coordinación de trabajo social con los centros especiales de empleo (CEE), a nivel de empleo protegido.

6. Valoración de los factores de riesgo

- Consumo de alcohol, cannabis, otras drogas y/o sustancias, p.ej. a través de cuestionario CAGE (Saitz R., Horton N.J., Sullivan L.M., Moskowitz M.A., Samet J.H., 2003).
- Pruebas complementarias (análisis toxicológico).
- Cambios de comportamiento, faltas frecuentes a consulta, adherencia al tratamiento y problemas económicos o legales.
- Identificación de acontecimientos vitales estresantes.
- Comorbilidad con otra patología somática o riesgo cardiovascular.
- Conducta suicida.
- Falta de vinculación a los servicios de salud.
- Otros factores: malos tratos, violencia de género, menores o adultos a cargo, etc.

7. Valoración de la percepción subjetiva de la persona afectada

- 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.
- Valores, deseos, preferencias y necesidades de la persona para la planificación anticipada de decisiones en salud mental (PAD-SM) (Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental, 2015).
- A valorar el uso de herramientas como *Individual Recovery Outcomes Counter* (I-ROC) (Monger B., Hardie S.M., Ion R., Cumming J., Henderson N., 2013).

8. Valoración física (American Psychiatric Association, 1994)

- Constantes vitales, sobre todo la presencia de fiebre, taquipnea, hipertensión y taquicardia.
- Examen físico completo:
 - Signos de infección (p. ej., meningismo, congestión pulmonar, hipersensibilidad en el flanco).
 - Exámenes neurológicos (incluida la prueba de la marcha y la debilidad):
 - Parestesias en bota y en guante.
 - Fondo de ojo para detectar signos de aumento de la presión intracraneal (p. ej., edema de papila, pérdida de las pulsaciones venosas).
 - Alteraciones como la afasia.
 - Trastorno de la marcha o del equilibrio.
 - Signos de enfermedad hepática (p. ej., ictericia, ascitis, angiomas en araña).
 - Inspección de la piel para detectar heridas autoinfligidas u otros signos de traumatismos externos (p. ej., hematomas).
 - Incontinencia.

9. Valoración cognitiva

- Estado cognitivo general:
 - Capacidad intelectual
 - Capacidad de aprendizaje.
- Detectar posibles déficits en las principales habilidades cognitivas básicas p.ej. mediante Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S) (Pino O., Guilera G., Rojo J.E., Gómez-Benito J., Purdon S.E., 2023):
 - Orientación.
 - Memoria.
 - Atención
 - Funciones ejecutivas.
 - Velocidad de procesamiento.

- Información sobre el diagnóstico a la persona afectada y a su entorno

En el proceso de diagnóstico de la esquizofrenia, es fundamental garantizar que la persona afectada y su entorno reciban una información clara y comprensible sobre la situación clínica. Esta comunicación debe ser adaptada a las capacidades cognitivas y emocionales de la persona, para asegurar su comprensión y participación activa en el proceso. A continuación, se detallan los aspectos clave relacionados con la información que debe proporcionarse tanto a la persona afectada como a su entorno durante el diagnóstico:

- Siempre se informará a la persona afectada, empleando un lenguaje adaptado a su capacidad de comprensión. En caso de que esta se vea limitada por su estado físico/psíquico, y/o exista un consentimiento tácito, la información podrá dirigirse a las personas cuidadoras o vinculadas a la persona afectada, conforme a lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274, de 15-11-2002).
- La información que se brindará debe poseer unos contenidos mínimos en relación con la confirmación diagnóstica, de igual forma se informará de las pruebas y técnicas diagnósticas realizadas y aquellas que se realizarán, su finalidad, los riesgos, beneficios y alternativas (Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía, 2020).
- Registro de situaciones de incapacidad de hecho y los datos de la persona que actuará en representación de la persona afectada, de información proporcionada y de consentimiento para realización de las intervenciones o actuaciones sanitarias propuestas.

5.3.4. Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre el diagnóstico

En la fase de diagnóstico de la enfermedad, se han identificado ámbitos de actuación clave que engloban diversas áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias. Para un análisis más detallado de esta información, puede consultar el *Anexo 2. Resultados cuestionario áreas de mejora y recomendaciones*.

Tabla 12. Ámbitos de actuación en la fase de diagnóstico, por áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias.

Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
3.1. Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo (2 áreas de mejora). 3.2. Atención integral para la persona afectada y su entorno (3 áreas de mejora). 3.3. Valoración diagnóstica (2 áreas de mejora).	3.1. Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y a su entorno (5 recomendaciones). 3.2. Valoración diagnóstica integral (3 recomendaciones). 3.3. Coordinación y optimización de la atención (4 recomendaciones). 3.4. Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario (5 recomendaciones).

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.3.4.1. Áreas de mejora

- **Áreas de mejora prioritarias**

Tabla 13. Áreas de mejora prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de diagnóstico.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
3.1. Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo	3.1.1. Incluir una perspectiva más colaborativa entre profesional-PDE a través de talleres para profesionales que incluyan personas con experiencia propia.
3.2. Atención integral para la persona afectada y su entorno	3.2.1. Atención y soporte al impacto en la persona y su entorno del proceso de diagnóstico (p.ej. apoyo psicológico).
3.3. Valoración diagnóstica	3.3.1. Peso del deterioro cognitivo y del deterioro funcional en la valoración diagnóstica. 3.3.2. Consideración de los factores biológicos y hormonales específicos de la mujer en el proceso diagnóstico de los trastornos psicóticos, como la influencia del ciclo menstrual, las variaciones en los niveles de estrógenos o los cambios hormonales asociados a la premenopausia.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Áreas de mejora complementarias**

Tabla 14. Áreas de mejora complementarias por ámbitos de actuación en la fase de diagnóstico.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora complementarias
3.1. Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo	3.1.2. Disponibilidad de ciertos perfiles en los EMR (neuropsicología, terapia ocupacional).
3.2. Atención integral para la persona afectada y su entorno	3.2.2. Comunicación de la información de diagnóstico (proceso, resultados) a la persona afectada y a su entorno. 3.3.3. Asistencia a consultas de la persona afectada y, en su caso, de sus personas cuidadoras.
3.3. Valoración diagnóstica	3.3.2. Aplicabilidad en el día a día de las escalas de valoración diagnóstica disponibles.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.3.4.2. Recomendaciones

- **Recomendaciones prioritarias**

Tabla 15. Recomendaciones prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de diagnóstico.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
3.1. Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y a su entorno	3.1.1. Reforzar entre los/las profesionales la importancia de comunicar tanto a la persona afectada como a sus personas cuidadoras los pasos a seguir en relación con el diagnóstico, incluyendo una valoración realista de los tiempos necesarios y de los resultados a obtener.
3.2. Valoración diagnóstica integral	3.2.1. Incluir sistemáticamente la valoración del deterioro funcional en el diagnóstico de la persona, a través de la valoración de patrones funcionales realizada por el personal del EMR, y aplicarla específicamente a trastornos psicóticos. 3.2.2. Integrar la evaluación de factores específicos de la mujer, como parte del enfoque clínico integral (p. ej.: niveles de prolactina, antecedentes ginecológicos, ciclos hormonales, etc.).
3.3. Coordinación y optimización de la atención	3.3.1. Optimizar los tiempos de espera entre la solicitud de derivación y la atención por parte de los profesionales de salud mental, asegurando una respuesta más rápida y accesible para las PDE. 3.3.2. Asegurar la puesta en marcha de mecanismos de coordinación y de sistemática de trabajo formal e informal de los EMR, que facilite un abordaje sistemático y organizado a la situación de la persona afectada y de sus personas cuidadoras.
3.4. Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario	3.4.1. Estructurar e impulsar la composición y funcionalidad multidisciplinar de los EMR, incluyendo psiquiatría, enfermería con especialización de salud mental, trabajo social, psicología clínica y terapia ocupacional.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Recomendaciones complementarias**

Tabla 16. Recomendaciones complementarias por ámbitos de actuación en la fase de diagnóstico.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
3.1. Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y a su entorno	3.1.2. Garantizar el acceso a atención psicológica para las PDE desde el inicio de la enfermedad, a través de la red sanitaria o mediante asociaciones de personas afectadas. 3.1.3. Incorporar a asociaciones en primera persona desde el inicio, modelo <i>peer to peer</i>. 3.1.4. Derivación precoz a asociaciones destinadas a personas cuidadoras, personas vinculadas y familiares para brindar apoyo y recursos en el proceso de la enfermedad. 3.1.5. Informar a la PDE y a su entorno sobre los efectos de la soledad en la evolución de la enfermedad.
3.2. Valoración diagnóstica integral	3.2.2. Desarrollar y aplicar de forma sistemática la valoración del deterioro cognitivo en la fase de diagnóstico, incluidas posibles herramientas de soporte (p.ej. escalas). 3.2.3. Diseñar escalas de valoración simplificadas para una mayor aplicabilidad sistemática y comparabilidad en su uso diario.
3.3. Coordinación y optimización de la atención	3.3.3. Incluir visitas domiciliarias y derivación a los equipos asertivos comunitarios para facilitar primeros contactos y diagnósticos diferenciales. 3.3.4. Desarrollar mecanismos de refuerzo de la asistencia a consultas desde AP y USM (alertas, recordatorios, cita a personas cuidadoras, etc.).
3.4. Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario	3.4.2. Impulsar la formación específica a los profesionales de salud mental y adicciones en la atención de la patología dual, para asegurar un abordaje coordinado y efectivo de las PDE desde la detección hasta el seguimiento. 3.4.3. Reforzar e impulsar la existencia de profesionales de enfermería especializada en salud mental, neuropsicología y terapia ocupacional. 3.4.4. Revisar y fortalecer la disponibilidad de profesionales capacitados/as en el abordaje de la esquizofrenia en áreas críticas como el triaje en urgencias. 3.4.5. Poner en marcha medidas de incentivación que faciliten la atracción de profesionales de la psicología al abordaje de los trastornos psicóticos.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.4. Fase 4: Plan de Atención

5.4.1. Objetivos de la fase

Determinar y prescribir las actuaciones más adecuadas en función de la situación y evolución de la persona, respondiendo a los objetivos terapéuticos planteados, las necesidades identificadas y las preferencias de la persona y, en su caso, de su entorno.

5.4.2. Consideraciones preliminares sobre el plan de atención

En el proceso de atención a las PDE, la planificación del tratamiento debe ser personalizada y adaptada a las necesidades específicas de cada individuo. La elaboración de un PA implica un enfoque dinámico que responda a la evolución de la persona afectada, teniendo en cuenta las intervenciones de carácter farmacológico, psicológico, social y otros aspectos relevantes. A continuación, se exponen las consideraciones preliminares clave para la creación y actualización del PA, así como la importancia de la colaboración interdisciplinaria en este proceso:

- La asignación de un nivel de intensidad según los resultados de la valoración facilitará ajustar las intervenciones que se diseñen, a las necesidades individuales de cada PDE.
- Dado que el abordaje de la atención a la PDE puede requerir de una amplia variedad de intervenciones de diferente naturaleza (farmacológica, psicológica, social, etc.), la participación y el acuerdo entre los diferentes perfiles profesionales del EMR en su definición es un aspecto clave.
- El PA debe dar respuesta a las necesidades en cada momento de la persona y, en consecuencia, es fundamental que se actualice en función de la propia evolución de la persona.
- Debe tenerse en cuenta la variabilidad de estos primeros años, en los que en ocasiones no hay variaciones significativas y otras ocasiones en los que existe una gran intensidad terapéutica y un número elevado de ingresos e intervenciones.
- La toma de decisiones compartida constituye un elemento esencial para favorecer la adherencia terapéutica. Resulta clave trabajar de forma continuada la conciencia de enfermedad, el análisis de las alternativas terapéuticas disponibles y su impacto en la PDE, así como comprender sus objetivos y preferencias. Incorporar un modelo de toma de decisiones compartidas en el proceso de recuperación es fundamental, en línea con lo establecido en la Ley 8/2021, que refuerza el respeto a la voluntad, deseos y autonomía de la PDE en el ámbito de las decisiones sanitarias.
- El gestor de casos es una figura clave para asegurar el adecuado desarrollo posterior del PA, así como para indicar su posible revisión y ajuste.

5.4.3. Claves de abordaje del plan de atención

- Determinación del nivel de intensidad de la atención

En el abordaje del PA, es fundamental establecer un nivel de intensidad de atención adecuado a las necesidades individuales de cada persona. Esta determinación permite ajustar las intervenciones de manera personalizada, garantizando una atención eficaz y adaptada a la evolución de la enfermedad. A continuación, se detallan las recomendaciones para la asignación y revisión de la intensidad de la atención en función de la valoración clínica:

- La asignación de un nivel de intensidad, en función de los resultados de la valoración, permite ajustar de forma adecuada las intervenciones al perfil y necesidades específicas de cada PDE.
- Se recomienda realizar una revisión de la intensidad, al menos una vez al año. No obstante, durante los primeros tres años tras la detección/diagnóstico, en el contexto de los primeros episodios psicóticos,

se aconseja que dicha revisión sea semestral para garantizar un seguimiento adecuado (Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía, 2020).

Tabla 17. Niveles de intensidad de la atención según las necesidades individuales de la persona afectada.

Nivel de intensidad	Impacto síntomas en ABVD, autocuidado, relaciones interpersonales	Riesgo conductual	Nº. ingresos último año	Apoyo familiar	Adherencia farmacológica	Adherencia no farmacológica
Muy alta	Grave	Los síntomas positivos y negativos causan graves problemas en su funcionalidad global	> 1	Sin entorno familiar o muy conflictivo	Sin adherencia	Sin adherencia
Alta	Grave en ABVD y autocuidado, no en relaciones interpersonales	Presencia de síntomas positivos y negativos, pero no causa problemas graves en su funcionalidad global	Al menos 1	Inadecuado	Problemas de adherencia	Problemas de adherencia
Media	Moderado	Presencia de síntomas positivos y negativos, pero no causa problemas graves en su funcionalidad global	Ninguno	Adecuado, aunque no plenamente efectivo	Buena adherencia	Buena adherencia
Baja	Leve	Mínima interferencia de los síntomas existentes en su funcionalidad global	Ninguno	Adecuado	Buena adherencia	Buena adherencia

Fuente: Elaboración propia, basada en el CCA.

Nota: Debe tenerse en cuenta que el cuadro anterior es orientativo, en la medida en que la PDE puede presentar alteraciones graves en unos parámetros (p.ej. Síntomas) y leves en otros (p.ej. Apoyo familiar adecuado).

- Elaboración del PA

- El PA será elaborado por el EMR, valorando de manera consensuada las diferentes áreas de intervención y actividades concretas de tipo asistencial y terapéutico a aplicar.
- El PA será el documento de referencia para la realización del conjunto de las intervenciones necesarias y para la atención continuada a la PDE (Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía, 2020).
- El PA contendrá la visión general de la PDE, los cuidadores y su entorno, y deberá incluir los siguientes apartados:
 - Datos de identificación de la PDE, persona cuidadora de referencia, tutor/a o representante legal.
 - Servicios de referencia.
 - Profesionales de referencia.
 - Nivel de autonomía funcional.

- Resumen de la historia clínica y diagnóstico.
- Resumen de la valoración integral, 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.
- Planificación de Decisiones en Salud Mental (Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental, 2015).
- Evaluación de la prescripción farmacológica, asegurando su alineación con guías clínicas, políticas sanitarias públicas y protocolos de práctica basados en la evidencia, integrando el enfoque del modelo de recuperación.
- Intervenciones necesarias tanto de carácter sanitario como social, especificando los resultados esperados.
- Unidades y dispositivos donde realizar las intervenciones, su responsable y su referente personal.
- El PA incluirá todas aquellas intervenciones a realizar con la PDE, tanto de carácter sanitario, como de carácter social (Proceso asistencial primeros episodios psicóticos (PEP), 2019).
- Para la elaboración del PA se tendrán en cuenta todas las intervenciones prescritas y su efectividad, así como los dispositivos de atención a la PDE en la actualidad y los disponibles en función de su situación y circunstancias (p.ej. en el marco de un PAPEP).
- Todas las intervenciones que reciba la PDE en los distintos dispositivos de atención deberán estar contempladas dentro del PA.
- Se asignará un gestor de caso a todas las personas con PA.
- En su caso, se valorará la derivación al dispositivo (o dispositivos) que corresponda, con la documentación necesaria.
- Comunicación del PA a otros dispositivos implicados (p.ej. AP), a través de las herramientas que existan y programas de continuidad de cuidados, con foco en objetivos generales de tratamiento y actividades de seguimiento de dichos dispositivos.
- Información a la persona con diagnóstico de esquizofrenia y a las personas cuidadoras

La adecuada comunicación del PA a la PDE y a sus personas cuidadoras debe realizarse conforme a la valoración del EMR y con el consentimiento de la PDE. Esta información se proporcionará en una entrevista estructurada en la USM, idealmente en un plazo máximo de 20 días tras la elaboración del PA. En esta entrevista se abordará:

- Las posibilidades de tratamientos psicológicos, biológicos y sociales.
- Las posibles implicaciones en su vida.
- La búsqueda de consenso y colaboración de la PDE, en un marco de toma de decisiones compartida siempre que las circunstancias de la persona lo permitan.

Asimismo, se garantizará el registro detallado en la historia clínica de la PDE, incluyendo la información proporcionada, las decisiones clínicas adoptadas y, en su caso, el rechazo del tratamiento por la PDE.

5.4.4. Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre el plan de atención

En la fase del plan de atención, se han identificado ámbitos de actuación clave que engloban diversas áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias. Para un análisis más detallado de esta información, puede consultar el *Anexo 2. Resultados cuestionario áreas de mejora y recomendaciones*.

Tabla 18. Ámbitos de actuación en la fase del plan de atención, por áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias.

Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
4.1. Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores (2 áreas de mejora). 4.2. Gestión y coordinación del Plan de Atención (5 áreas de mejora).	4.1. Apoyo integral y “Proyecto de vida” (5 recomendaciones). 4.2. Personalización del Plan de Atención (3 recomendaciones). 4.3. Coordinación y seguimiento del Plan de Atención (7 recomendaciones). 4.4. Tratamiento y adherencia terapéutica (4 recomendaciones). 4.5. Formación y capacitación de los profesionales (6 recomendaciones).

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.4.4.1. Áreas de mejora

- **Áreas de mejora prioritarias**

Tabla 19. Áreas de mejora prioritarias por ámbitos de actuación en la fase del plan de atención.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
4.1. Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores	4.1.1. Incorporación de la visión de la PDE y, en su caso, de sus cuidadores en el PA.
4.2. Gestión y coordinación del Plan de Atención	4.2.1. Disponibilidad y capacidad de asignación de gestores de casos.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Áreas de mejora complementarias**

Tabla 20. Áreas de mejora complementarias por ámbitos de actuación en la fase del plan de atención.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora complementarias
4.1. Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores	4.1.2. Comprensión y conciencia de enfermedad por parte de la PDE y, en su caso, de sus personas cuidadoras.
4.2. Gestión y coordinación del Plan de Atención	4.2.2. Coordinación con AP en la elaboración, revisión y ejecución del PA.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora complementarias
	4.2.3. En su caso, coordinación con red de atención a las adicciones cuando se encuentre diferenciada del resto de la red de salud mental. 4.2.4. Elaboración y registro sistemático del PA. 4.2.5. Reconocimiento de la función de los gestores de casos fuera del ámbito del EMR.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.4.4.2. Recomendaciones

- **Recomendaciones prioritarias**

Tabla 21. Recomendaciones prioritarias por ámbitos de actuación en la fase del plan de atención.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
4.1. Apoyo integral y “Proyecto de vida”	4.1.1. Diseñar e implementar actividades específicas que proporcionen una red de apoyo adecuada, contribuyendo a la estabilidad y recuperación de la PDE, e involucrando a la comunidad y a las personas cuidadoras, personas vinculadas y/o familiares en el proceso.
4.2. Personalización del Plan de Atención	4.2.1. Usar el esquema de niveles de intensidad de la atención como orientación para facilitar la articulación y revisión del PA. 4.2.2. Fomentar los documentos de voluntades anticipadas con el objetivo de fortalecer el vínculo y la relación entre la PDE y el profesional, promoviendo su utilización e implementando todas las medidas posibles para minimizar la contención.
4.3. Coordinación y seguimiento del Plan de Atención	4.3.1. Asegurar el acceso al PA por parte de los distintos ámbitos y niveles de atención implicados en la atención a la PDE (p.ej. AP, servicios sociales).
4.4. Tratamiento y adherencia terapéutica	4.4.1. Asegurar la personalización del PA para las PDE, de acuerdo con sus características, etapa vital, sus prioridades y los tratamientos adicionales que pueda requerir para atender a otras condiciones de salud (p.ej.: ajustes en el tratamiento farmacológico).
4.5. Formación y capacitación de los profesionales	4.5.1. Fomentar la formación de los/las profesionales de los EMR en la comunicación con PDE y cuidadores, con foco en la toma de decisiones compartida.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Recomendaciones complementarias**

Tabla 22. Recomendaciones complementarias por ámbitos de actuación en la fase del plan de atención.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
4.1. Apoyo integral y "Proyecto de vida"	4.1.2. Promover la cobertura de las necesidades básicas de la PDE, como vivienda digna, empleo protegido e ingresos mínimos económicos, para facilitar su recuperación integral. 4.1.3. Fomentar la incorporación de programas de actividad física, deporte y hábitos saludables como parte integral del tratamiento y en el PA de la PDE. 4.1.4. Diseñar y elaborar un listado para profesionales sanitarios que recopile las asociaciones de personas afectadas y cuidadores, accesible para las PDE y su entorno. 4.1.5. Promover la creación de "habitaciones seguras" que generen un entorno controlado y seguro para aquellas PDE que hayan sufrido un episodio psicótico.
4.2. Personalización del Plan de Atención	4.2.3. Estructurar en los sistemas de información correspondientes los contenidos a recoger del PA a la PDE para facilitar la sistemática de elaboración y registro del PA.
4.3. Coordinación y seguimiento del Plan de Atención	4.3.2. Disponer de los mecanismos de comunicación y derivación entre AP-USM-AH. 4.3.3. Desarrollar protocolos de coordinación con los recursos de atención específicos para el abordaje de adicciones de cara a alinear la elaboración de PA integral para la persona. 4.3.4. Protocolizar la asignación de los gestores de casos, así como el desarrollo de sus funciones en el abordaje y coordinación de la atención con los diferentes perfiles profesionales, niveles y ámbitos de atención. 4.3.5. Desplegar la figura de gestores de casos en el abordaje de la esquizofrenia como figura clave para impulsar la aplicación, coordinación y seguimiento del PA. 4.3.6. Desarrollar y formalizar la figura legal de "guarda de hecho" que permita a los familiares y/o personas cuidadoras de la PDE acceder a las consultas, garantizando así una participación activa y responsable en el cuidado y seguimiento de la persona afectada. 4.3.7. Facilitar la coordinación de la atención con centros de atención a población en contextos específicos (migrantes, población penitenciaria, personas con adicciones, personas sin hogar, menores, personas mayores, personas con discapacidad).

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
4.4. Tratamiento y adherencia terapéutica	4.4.2. Diseñar, elaborar e implementar un protocolo asistencial integral para las PDE que rechazan la administración del tratamiento farmacológico que priorice un enfoque interdisciplinario, basado en la psicoeducación, el acompañamiento comunitario y estrategias de adherencia terapéutica. 4.4.3. Promover la corresponsabilidad en el cuidado de la enfermedad, ayudando a la PDE a entender el impacto de su participación activa durante el PA. 4.4.4. Impulsar la colaboración con organizaciones de pacientes para desarrollar acciones que favorezcan la conciencia de enfermedad entre las PDE.
4.5. Formación y capacitación de los profesionales	4.5.2. Implementar nuevas tecnologías como recursos pedagógicos y herramientas de consulta para personas cuidadores, personas vinculadas, familias, profesionales y PDE, con el fin de mejorar la interacción y el aprendizaje sobre la enfermedad. 4.5.3. Promover la formación de los/las profesionales de AP en materia de atención a personas con trastornos psicóticos (foco en esquizofrenia), centrada en la capacidad de actuación desde dicho nivel asistencial singularmente en factores de riesgo y comorbilidades. 4.5.4. Impulsar la formación específica a los profesionales de salud mental y adicciones en la atención de la patología dual, para asegurar un abordaje coordinado y efectivo de las PDE desde la detección hasta el seguimiento. 4.5.5. Promover la formación de todo el personal involucrado en la atención de las PDE (p ej.: unidades de hospitalización, unidades de media estancia, unidades de agudos, etc.) ante diferentes grados de alteración para asegurar un abordaje adecuado, incluyendo el eventual uso y comprensión de las consecuencias éticas, legales y emocionales de los mecanismos de contención. 4.5.6. Elaborar recomendaciones guía en el abordaje de la esquizofrenia que faciliten la estructuración y orientación de la información a trasladar a la persona afectada y a su entorno por los diferentes profesionales involucrados.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.5. Fase 5: Atención y seguimiento

5.5.1. Objetivos de la fase

Llevar a cabo las intervenciones recogidas en el PA, orientadas a la consecución de los objetivos previstos y, en general, a la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de la PDE, teniendo en cuenta la evolución y necesidades de la persona en cada momento.

5.5.2. Consideraciones preliminares sobre la atención y seguimiento

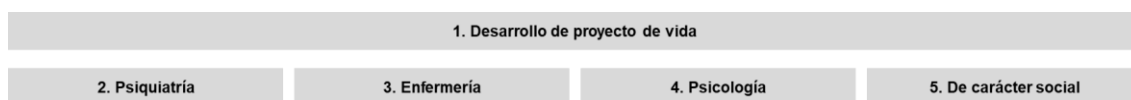
La atención y el seguimiento de la PDE deben centrarse en su desarrollo a largo plazo, considerando sus objetivos y preferencias. Es clave un enfoque integral que adapte las intervenciones a sus necesidades y evolución, respetando sus tiempos y prioridades. La implicación de las personas cuidadoras y la coordinación con AP son fundamentales para asegurar el cumplimiento del PA y obtener resultados efectivos. A continuación, se detallan los aspectos clave que deben considerarse en la planificación y seguimiento de la atención:

- Con carácter general, el objetivo de la atención es facilitar que la PDE pueda desarrollar su proyecto de vida a largo plazo, configurándose como eje fundamental de la intervención.
- Para ello es clave conocer los objetivos y preferencias de la PDE, así como trabajar su corresponsabilización y mantener su motivación.
- Los diferentes tipos de intervención interactúan entre sí para lograr los objetivos previstos, por lo que es importante un abordaje integral que tenga en cuenta el impacto y la relación entre todas las intervenciones previstas.
- La disponibilidad y accesibilidad a los recursos y prestaciones condiciona, necesariamente, las posibles intervenciones a realizar. Conocer los procedimientos y requisitos para acceder es necesario para asegurar un adecuado abordaje de la atención.
- La individualización de la atención y del seguimiento atendiendo a la evolución de la persona es fundamental para poder lograr los objetivos previstos. P.ej., es fundamental prestar atención al impacto de los efectos secundarios en el día a día y en el proyecto de vida de la PDE.
- El respeto por los tiempos y procesos de la PDE es clave, evitando forzar decisiones que no sean coherentes con sus capacidades y prioridades.
- La implicación de las personas cuidadoras es clave para asegurar la adherencia al PA y alcanzar los resultados esperados, facilitando el cumplimiento del tratamiento y el seguimiento adecuado. La participación de AP, con foco en salud física y en las comorbilidades de la persona, y su coordinación con USM es un factor de éxito significativo para que la atención de la PDE sea eficaz y efectiva.

5.5.3. Claves de abordaje de la atención y seguimiento

- Atención a la persona con diagnóstico de esquizofrenia y a las personas cuidadoras

Ilustración 3. Las cinco claves de abordaje de la atención a la PDE y a las personas cuidadoras.



Fuente: Elaboración propia.

1. Desarrollo de proyecto de vida

- El objetivo global de la atención pasa por “posibilitar el desarrollo del proyecto de vida de la PDE a largo plazo”, que se concreta en:
 - Lograr la máxima recuperación funcional posible.
 - Reducir la gravedad y prevenir la aparición de los síntomas psicóticos.
 - Reforzar el apoyo social y comunitario.
- La construcción personal de un proyecto de vida satisfactorio independientemente de la evolución de los síntomas o problemas se asocia positivamente con el aumento de la autoestima, el desarrollo del empoderamiento, la mejora de la calidad de vida y el refuerzo del apoyo social (Rehabilitación Psicosocial, 2019).
- Consideraciones de partida para el desarrollo del proyecto de vida:
 - Necesidad de preparación previa de la PDE.
 - Corresponsabilidad en el tratamiento.
 - Ayudar, coordinar y activar apoyos.
 - Trabajar sobre la idea principal de que la enfermedad mental no es sinónimo de invalidez.
 - Trabajar con los aspectos “sanos” de la PDE.
- Se idearán temas y se priorizarán con la PDE (Del Valle López R.M., Guzmán Lozano S., 2019). Aunque difieren para cada persona, los temas recurrentes son:
 - Salud.
 - Ayuda psicológica.
 - Intereses.
 - Autoestima y confianza personal.
 - Terapia ocupacional.
 - Trabajo.
 - Derecho a prestaciones económicas.
 - Vivienda.
 - Relaciones interpersonales.
 - Aficiones/ocio.
 - Pareja/Hijos.
- Se considerarán las aportaciones de la PDE y se trabajará en una definición consensuada del proyecto, teniendo en cuenta:
 - Posibles condicionantes y limitaciones.
 - Estrategias externas / internas para su implementación.
 - El desarrollo del proyecto de vida se aborda de manera multidisciplinaria. En este contexto, las intervenciones se focalizan en (Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía, 2020) (Gisbert C., Cid J., 2012):

- Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: sesiones individuales y grupales para mejora de habilidades y capacidad de desempeño.
- Trabajo y actividades productivas: valoraciones, asesorías, capacitación y adaptaciones de la actividad y del entorno.
- Ocio y tiempo libre: fomento del conocimiento, acceso y desempeño de ocio mediante actividades alineadas con sus intereses.
- Habilidades de desempeño ocupacional: entrenamiento, mejora y mantenimiento de habilidades motoras, comunicación-interacción y procesamiento, así como actuaciones de remotivación.
- Patrones de ejecución: actuaciones de desarrollo y mejora de competencia de roles, manejo y gestión del tiempo y del desempeño para establecer y mantener rutinas interpersonales y sociales, así como apoyos y adaptaciones del contexto y ambiente para mejorar el funcionamiento adaptativo en las áreas de desempeño.
- Estimulación para participar en asociaciones y grupos de apoyo mutuo (GAM): fomentar la integración en estructuras estables de apoyo social para promover la socialización, el apoyo mutuo.

2. Psiquiatría

Los objetivos de este perfil de intervención son:

- Reducir frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios psicóticos y, en general, mejorar el estado psiquiátrico de la PDE.
- Optimizar la función psicosocial entre los episodios.
- Desarrollar un conocimiento global de la PDE, de sus necesidades y objetivos, conflictos intrapsíquicos y defensas, estilos de afrontamiento, capacidades personales, factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afecten a la adaptación del/de la paciente.
- Incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad, y mejorar las relaciones interpersonales.
- Identificar los factores que precipitan o exacerban crisis y promoción de intervenciones precoces para prevenir recaídas.

Aunque a continuación se detallan las intervenciones por fases, es importante tener en cuenta que las fases de la enfermedad no siguen un ciclo estable, y la PDE puede transitar de una fase a otra de manera no lineal. Las fases consideradas son:

Tabla 23. Intervenciones por las diferentes fases de la enfermedad (primer episodio, fase aguda, fase subaguda y fase estable).

Fases	Objetivos	Recomendaciones (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014) (Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., McGlashan T.H., Miller A.L., Perkins D.O., Kreyenbuhl J., 2004) (Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia, 2003)
Primer episodio	• Vincular al paciente con el EMR. • Concienciar sobre la enfermedad. • Controlar síntomas agudos. • Prevenir posibles daños. • Intervenir en los trastornos de conducta. • Mantener la funcionalidad en el mayor grado posible. • Desarrollar un programa terapéutico individualizado a corto y largo plazo.	• Tratar el primer episodio esquizofrénico con la mayor precocidad posible. • Identificar y documentar detalladamente signos, síntomas y evolución para tratar de diferenciarlos de otros trastornos (p.ej. bipolar). • Pautar antipsicóticos a la mínima dosis eficaz para el primer episodio de la esquizofrenia. • Tratamiento continuado con medicación antipsicótica para PDE en remisión completa de 1er episodio. • En el contexto de primeros episodios psicóticos, la intervención en fase aguda se produce sin un diagnóstico claro de esquizofrenia.
Fase aguda	• Controlar síntomas agudos. • Prevenir posibles daños. • Intervenir en los trastornos de conducta. • Mantener la funcionalidad en el mayor grado posible. • Reformular y adecuar el programa terapéutico individualizado en función de la evolución de la PDE.	• Considerar la opinión y preferencias de la PDE para elección de antipsicótico (riesgo-beneficio, respuestas previas, vía de administración, enfermedades concomitantes, interacciones, etc.). • Terapia farmacológica dentro de programa integral de cuidados dirigido a las necesidades clínicas, emocionales y sociales de la PDE. • Valorar respuesta clínica y tolerancia al psicofármaco en la fase de seguimiento, sobre todo ante cambio de fármaco. • Utilizar dosis terapéuticas con los mínimos efectos secundarios tolerables por el/la paciente.
Fase subaguda	• Minimizar el estrés sufrido. • Reducir probabilidad de recaída. • Disminuir los síntomas para llegar a la fase de estabilidad lo antes posible. • Mantener la funcionalidad en el mayor grado posible.	• Si mejora en fase aguda de la PDE con una pauta de medicación, continuar con la misma pauta y seguimiento. La reducción de la dosis o la suspensión de forma prematura pueden provocar la reaparición de los síntomas y una posible recaída. • Evaluar efectos secundarios desde fase aguda y ajustar dosis para minimizar los efectos adversos y evitar posibles incumplimientos por parte de la PDE que originen una recaída.

Fases	Objetivos	Recomendaciones (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014) (Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., McGlashan T.H., Miller A.L., Perkins D.O., Kreyenbuhl J., 2004) (Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia, 2003)
Fase estable	• Controlar síntomas agudos. • Prevenir posibles daños. • Intervenir en los trastornos de conducta. • Recuperar el mayor grado de funcionalidad posible. • Adecuar un programa terapéutico individualizado a la evolución de la PDE.	• Educar PDE y personas cuidadoras en reconocimiento de primeros signos de recaída, elaboración de plan de actuación y seguimiento de signos y síntomas de recaída inminente. • Indicar intervenciones psicosociales complementarias a tratamiento farmacológico. • Mantener medicamentos antipsicóticos en esta fase, para reducir el riesgo de recaída. • Pauta de mínima dosis eficaz y seguimiento de efectos secundarios. • Si PDE sin síntomas negativos, puede estar indicada una reducción gradual de la dosis. • Valorar modificación de tratamiento si síntomas persistentes, efectos secundarios o recaída pese a buena adherencia. • Si interrupción de administración de antipsicóticos por cualquier motivo, pautar medidas suplementarias para minimizar riesgo de recaídas psicóticas, como reducción gradual de dosis, realizar visitas más frecuentes y/o empleo de estrategias de intervención precoz. • Investigar motivos de recaída por falta de adherencia al tratamiento, y reiniciar la medicación oral. • Motivar a la PDE para asistir a visitas ambulatorias y refuerzo de hábitos de vida saludable. • En su caso, usar medicamentos complementarios para comorbilidades: depresión, ansiedad, insomnio.

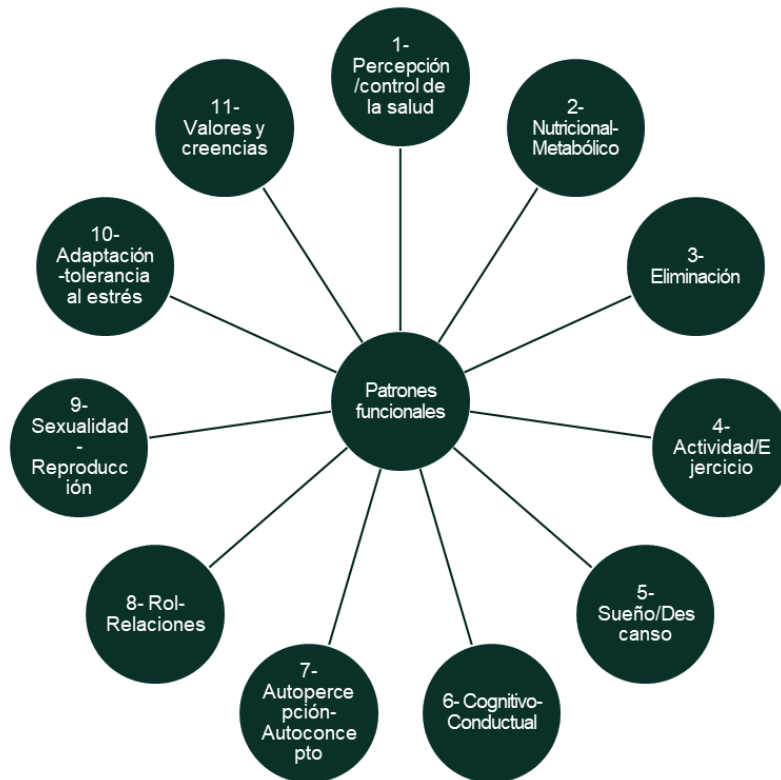
Fuente: Elaboración propia, basada en el CCA.

3. Enfermería

Los objetivos de este perfil de intervención son:

- Mejorar la calidad de vida y la salud de la PDE mediante los cuidados proporcionados en las diferentes áreas funcionales abordadas.
- Reforzar y mejorar la funcionalidad de la PDE en cada una de las áreas consideradas.
- Valorar los patrones funcionales de la PDE (*Véase Anexo 1. Patrones funcionales de salud en la esquizofrenia* Anexo 1. Patrones funcionales de salud en la esquizofrenia y realizar diagnóstico de enfermería (Gordon M., 2007) (Herdman T.H., 2012).

Ilustración 4. Los 11 patrones funcionales de salud de la esquizofrenia.



Fuente: Elaboración propia, basada en: Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª edición. España: Elsevier; 2018 (Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., 2018), Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editoras). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018 (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024), 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. 2014 (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, 2014).

- Planificar las intervenciones y los resultados (Gordon M., 2007) (Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., 2018) (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024), de forma individualizada adecuada al diagnóstico de la PDE.
- Ejecutar las intervenciones (individual / grupal, en consulta / domiciliarias) (Herdman T.H., 2012) (Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., 2018) (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024). Algunas actuaciones pueden requerir la participación / colaboración de otros/as profesionales (p.ej. intervenciones familiares, psicoeducación, etc.).
- Evaluar los resultados (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024).

4. Psicología

Los objetivos de este perfil de intervención son (Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental., 2009):

- Reducir la vulnerabilidad de la PDE.
- Reforzar la resiliencia de la PDE y disminuir nivel e impacto del estrés.
- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- Reducir el riesgo de recaídas.

Life forward

- Mejorar la comunicación y las habilidades de afrontamiento.
- Mejorar las competencias.
- Acoger a las personas cuidadoras y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

Aunque el/la profesional de psicología pueda liderar o servir de referencia para el abordaje de los casos más complejos, se considera que es más importante que el/la profesional que desarrolle la intervención sepa cómo ejecutarla y sea accesible para la PDE y sus personas cuidadoras, que no que en todos los casos el perfil deba ser dicho profesional (p.ej. enfermería desarrolla y lidera la intervención de educación en salud para un porcentaje significativo de PDE).

Los tipos de intervenciones (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014) (Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental., 2009) (Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y Esquizofrenia Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental, 2019) (Malmberg L., Fenton M., 2001):

- **Intervenciones familiares y multifamiliares:** sesiones con PDE y personas cuidadoras (unifamiliares o multifamiliares), incluyendo psicoeducación, detección de síntomas de alerta, intervención en crisis, comunicación y resolución de problemas.
- **Psico-educación:** sesiones grupales, grupos de encuentro, grupos de apoyo, programas de hábitos de vida saludable, programas de manejo de medicación, programas de ayuda al autocuidado, sesiones de relajación muscular progresiva, sesiones de apoyo a personas cuidadoras. Debe desarrollarse tanto en el marco de la intervención familiar como dirigida a la PDE, ya sea de forma individual o grupal. La Psico-educación se aborda por parte de todo el equipo.
- **Terapia cognitivo-conductual:** es la más aplicada en la actualidad y consta de sesiones con PDE para reevaluación en cuanto a percepciones, creencias, razonamientos, sentimientos y conductas asociados con síntomas diana, promoción de formas alternativas de enfrentarlos y/o reducción de estrés. Especialmente indicado para personas con síntomas positivos persistentes.
- **Rehabilitación cognitiva:** sesiones individuales o grupales para desarrollar estrategias de restauración de la función cognitiva, estrategias de compensación de déficit cognitivo y estrategias ambientales (aplicables en el entorno social de la PDE). Idealmente integrados en programas más amplios de rehabilitación psicosocial. Especialmente indicado para personas con déficit cognitivo.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** sesiones individuales y/o grupales para trabajo de funcionamiento y habilidades sociales (comunicación verbal/no verbal, percepción y procesamiento de señales sociales, etc.). Especialmente indicado para personas con dificultades en tareas de vida diaria y ocupación.
- **Psicoterapia:** mantener, en el marco de las consultas de seguimiento, una relación empática y de escucha activa con la PDE para reforzar el PA, la adherencia y el alineamiento con los objetivos acordados. Intervención necesaria para la PDE ante cualquier cambio para reestablecer y mantener el vínculo con las demás personas. Actuación complementaria al resto de intervenciones.
- **Intervención motivacional:** desarrollar entrevistas motivacionales para favorecer la motivación de la PDE y su compromiso para el cambio. Puede ser útil tanto en fase aguda como en fases posteriores.

5. De carácter social

Los objetivos de este perfil de intervención son (Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental., 2009):

- Atender las necesidades básicas de la PDE en relación con la salud física, alojamiento, empleo e ingresos.
- Promover la integración de la PDE en su entorno comunitario, en redes de apoyo social, facilitando el acceso a los recursos y animando a su participación en asociaciones.
- Favorecer el apoyo entre iguales y/o entre personas que han experimentado primeros episodios de esquizofrenia y aquellas con mayor trayectoria en la enfermedad, para compartir experiencias, recomendaciones y estrategias de recuperación en GAM o en otros contextos, tanto para PDE como para personas cuidadoras.
- Ofrecer programas de empleo asistido que deseen encontrar o volver al trabajo.
- Ofrecer la disponibilidad y accesibilidad al sistema de salud que precisen las PDE.
- Reducir en lo posible los ingresos involuntarios de PDE, favoreciendo intervenciones de planificación de crisis (PAD-SM [13]).
- Las intervenciones pueden requerir la participación / coordinación con otros/as profesionales (p.ej. Terapias cognitivo-conductuales).

Los tipos de intervenciones de carácter social son los siguientes:

- **Intervenciones individuales y/o familiares:** orientar a PDE y personas cuidadoras sobre realidad, capacidades, oportunidades y recursos para ayudar en toma de decisiones, impulsar autogestión y red de apoyo, reforzar relación PDE-cuidador-entorno, promover estrategias de afrontamiento personal y ayudar a personas cuidadoras en adaptación a nueva realidad que posibilite rehabilitación social.
- **Intervenciones grupales:** educación, prevención, promoción de la salud (p.ej. Actividad física), grupos locales de apoyo, etc.
- **Intervenciones sobre redes de apoyo social / relaciones interpersonales:** impulsar la autonomía personal y el ajuste a la vida en comunidad (en función de la realidad de la PDE, domiciliaria / soporte diurno / residencial), adaptación de la vivienda, integración social, desarrollo de vida cotidiana.
- **Programas de apoyo mutuo:** desarrollo de la red de apoyo social de la PDE mediante grupos de apoyo mutuo.
- **Programas de lucha contra estigma social y discriminación:** orientar a reducción del autoestigma, incluyendo abordaje psicoterapéutico, psicoeducación, terapias cognitivo-conductuales, rehabilitación y/o apoyo mutuo.
- **Programas de rehabilitación sociolaboral:** foco en inserción laboral, con actividades ocupacionales/educativas (incluida formación profesional), orientación vocacional, apoyo a PDE que quieran volver a trabajar, soporte al mantenimiento del puesto de trabajo, programas de empleo protegido.
- **Intervenciones relacionadas con los ingresos económicos:** enfoque tanto por la vía del mantenimiento de la empleabilidad como del apoyo en la tramitación de una pensión contributiva/no contributiva para mantener una cobertura razonable de las necesidades económicas.

- Revisión y reevaluación del plan de atención

La frecuencia de revisión del PA es:

- Durante los primeros episodios, se realizará una revisión cada seis meses o cuando ocurra algún cambio relevante en el estado de la PDE.
- Cuando se produzcan variaciones significativas en los objetivos establecidos.

- Ante cambios en los/las profesionales del entorno comunitario que trabajen con la PDE y su familia.

El EMR y el gestor de casos (y, en su caso, con los/las profesionales que corresponda) obtendrán y revisarán la información necesaria para evaluar la adecuación del PA actual a la evolución y necesidades presentes de la PDE.

La revisión del PA dará lugar eventualmente a:

- La necesidad de una nueva evaluación.
- Modificación del PA y ajuste del tratamiento.
- En caso necesario, la finalización del PA.
- Seguimiento de la PDE

El seguimiento adecuado de la PDE es un componente fundamental para garantizar una atención integral y de calidad. Las claves generales de seguimiento se centran en asegurar una atención continuada, coordinada y personalizada, con el objetivo de responder de manera efectiva a las necesidades cambiantes de la PDE. Este proceso involucra no solo la monitorización de su salud física y mental, sino también el apoyo constante a los cuidadores y la promoción de una participación activa de la propia PDE en su tratamiento.

A continuación, se detallan las principales claves que guían el seguimiento de la PDE:

- Atención continuada y coordinada entre AP y la red de Salud Mental.
- Detección y respuesta precoz ante el deterioro de la PDE, situaciones de desestabilización, agitación o riesgos de autolesión.
- Identificación de factores desencadenantes, protectores o de riesgos de crisis.
- Participación activa de la PDE y los cuidadores y desarrollo de relación continua.
- Valoración de que las intervenciones no generen efectos adversos en el bienestar físico, emocional o social de la PDE, promoviendo siempre su calidad de vida.
- Soporte y apoyo para adherencia a planes de tratamiento y consecución de objetivos de recuperación.

1. Seguimiento en USM

El seguimiento en la USM es esencial para ofrecer a la PDE una atención especializada que aborde sus necesidades psicológicas y psiquiátricas. Este seguimiento asegura una evaluación continua del PA promoviendo el empoderamiento y la autogestión de la PDE, al tiempo que se monitorean los parámetros clave relacionados con su tratamiento.

A través de una coordinación estrecha con otros profesionales y programas de salud, se detectan de manera temprana posibles complicaciones, comorbilidades y efectos del tratamiento, garantizando una intervención integral que favorezca su bienestar y calidad de vida.

A continuación, se detallan los aspectos esenciales del seguimiento en la USM:

- **Evaluación continua del PA:** se realizará una evaluación constante del PA, tanto con la PDE como con sus cuidadores, ajustándose a la intensidad de las intervenciones necesarias.
- **Empoderamiento y autogestión de la PDE:** fomento del empoderamiento de la PDE, promoviendo su capacidad para gestionar su propia salud.
- **Seguimiento rutinario de:**
 - Aparición de trastornos del movimiento (anualmente).

- 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).
- Hábitos de vida: vida sedentaria, tabaquismo, uso de sustancias, estrés (anualmente).
- Respuesta al tratamiento, incluyendo cambios en los síntomas y en el comportamiento (anualmente).
- Efectos secundarios del tratamiento (anualmente).
- Adherencia al tratamiento (anualmente).
- Refuerzo del seguimiento de estos parámetros ante aumento de dosis de tratamiento farmacológico.
- **Coordinación y prevención:** coordinación con otros profesionales y participación en programas de prevención y promoción de la salud según la evolución de la PDE
- **Seguimiento de trastornos comórbidos:** atención a comorbilidades como depresión, ansiedad y uso de sustancias.
- **Si respuesta inadecuada al tratamiento:**
 - Revisión del diagnóstico.
 - Comprobación de la adherencia a la medicación antipsicótica, así como de la prescripción en dosis y tiempo adecuados.
 - Revisión del compromiso con los tratamientos psicológicos, tanto individuales como en intervenciones familiares.
 - Considerar 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.
- **Revisión de tratamiento farmacológico:** se recomienda valorar los riesgos de desarrollo de otros trastornos de salud, especialmente diabetes, disquinesia tardía, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico e incremento de peso.
- **Seguimiento en PAPEP:** en caso de que el PDE esté en un PAPEP, se realizará un seguimiento regular de síntomas, ansiedad, deterioro cognitivo y funcionamiento (incluido educación, formación y empleo).
- **Monitorización del tratamiento:** se debe monitorizar la eficacia y tolerabilidad del tratamiento farmacológico, realizando ajustes cuando sea necesario. En términos generales, no se recomienda la retirada completa de tratamiento farmacológico antipsicótico en personas con esquizofrenia.
- **Seguimiento coordinado con AP:** para PDE con respuesta positiva al tratamiento y en fase de estabilidad, se ofrecerá la opción de seguimiento coordinado con AP, que debe incluir:
 - Objetivos claros, individualizados de recuperación social y emocional.
 - Plan de crisis que indique síntomas de alerta temprana, desencadenantes y respuesta preferida durante recaída, incluidas vías de enlace y derivación, y evaluación del estado mental de PDE.
 - Plan de tratamiento farmacológico con fecha de revisión por AP, frecuencia y control de efectividad, efectos adversos, y atender en caso de recaída.

- **Plan de contingencias:** incorporar un plan de contingencias que incluya medidas farmacológicas explícitas, como parte de la psicoeducación o con un tercero de confianza, para una respuesta inmediata en caso de identificación de descompensación.
- **Alta del PDE:** si el PDE solicita el alta, se ofrecerán:
 - Citas de seguimiento y opción de autoderivarse en el futuro.
 - Solicitud a AP para el seguimiento de cambios en el estado mental.
 - Información a la PDE sobre el alto riesgo de recaída en los próximos 1-2 años si decide interrumpir el tratamiento.
 - Informe clínico con continuidad de cuidados y seguimiento social.

2. Seguimiento en AP

El seguimiento en AP es esencial para garantizar una atención integral y coordinada, a través de un enfoque preventivo y de monitoreo continuo, la AP contribuye a la detección temprana de posibles complicaciones, el manejo de comorbilidades y el refuerzo del tratamiento médico. La colaboración estrecha con la USM asegura una intervención integral que favorezca la estabilidad física, emocional y social del paciente.

A continuación se detallan los aspectos clave del seguimiento en AP:

- **Seguimiento de comorbilidades preexistentes:** monitorización de condiciones como diabetes, hipertensión, entre otras, para garantizar su control y prevenir complicaciones adicionales.
- **Intervenciones de prevención y promoción de la salud:** realización de cribados y acciones de prevención, como la detección temprana de cáncer.
- **Valoración de derivación a la USM:** en caso de detectarse alguna de las siguientes situaciones, se valorará la interconsulta o derivación para atención preferente con la USM:
 - 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/as.
 - Por deseo expreso de la PDE.
 - Si la PDE presenta un declive funcional significativo.
 - Si la PDE está considerando dejar la medicación tras un periodo estable.

3. Seguimiento de los cuidadores

El seguimiento de los cuidadores de la PDE es esencial para asegurar que reciban el apoyo necesario, buscando aliviar el impacto físico, emocional y social que puede generar el cuidado de una persona afectada, promoviendo la educación, el autocuidado y el bienestar de los cuidadores. Un seguimiento adecuado también facilita la comunicación y colaboración entre la PDE y sus cuidadores, fomentando su participación activa en el proceso de tratamiento.

A continuación, se detallan los aspectos clave para el seguimiento de los cuidadores:

- **Programa de apoyo y educación:** ofrecimiento de programas de apoyo y educación dirigidos a los cuidadores, coordinados con intervenciones familiares para fortalecer su comprensión y habilidades en el manejo de la PDE.

- **Actividades psicoeducativas y de apoyo:** organización de actividades psicoeducativas, promoción de la salud y formación de grupos de ayuda mutua, en colaboración con movimientos asociativos de familiares (intervención grupal y comunitaria).
- **Revisión de la comunicación y colaboración:** valorar la calidad de la comunicación y colaboración entre la PDE y sus cuidadores, promoviendo la toma de decisiones conjunta, siempre que la PDE esté de acuerdo.
- **Información accesible y apoyo emocional:** proporcionar a los cuidadores información escrita y verbal, de fácil acceso, sobre diagnóstico y manejo, resultados positivos y recuperación, tipos de apoyo para las personas cuidadoras, rol de los dispositivos de atención y obtener ayuda en una crisis.
- **Fomento de la red de apoyo social:** revisión de las intervenciones sociales, fomento de la red de apoyo social y los movimientos asociativos de pacientes y asociaciones de familiares y usuarios, sobre todos los que actúan a nivel local.

5.5.4. Áreas de mejora y recomendaciones identificadas sobre la atención y seguimiento

En la fase de atención y seguimiento, se han identificado ámbitos de actuación clave que engloban diversas áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias. Para un análisis más detallado de esta información, puede consultar el *Anexo 2. Resultados cuestionario áreas de mejora y recomendaciones*.

Tabla 24. Ámbitos de actuación en la fase de atención y seguimiento, por áreas de mejora y recomendaciones prioritarias y complementarias.

Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
5.1. Coordinación asistencial y continuidad de la atención (4 áreas de mejora).	5.1. Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento (6 recomendaciones).
5.2. Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar (5 áreas de mejora).	5.2. Seguimiento y continuidad del Plan de Atención (2 recomendaciones).
5.3. Empoderamiento y participación de la PDE (2 áreas de mejora).	5.3. Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención (5 recomendaciones).
5.4. Atención y tratamiento personalizados (6 áreas de mejora).	5.4. Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE (2 recomendaciones).
5.5. Recursos de atención y soporte (4 áreas de mejora).	5.5. Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares (6 recomendaciones).
5.6. Gestión y accesibilidad a la información clínica (3 áreas de mejora).	5.6. Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento (3 recomendaciones).
	5.7. Formación y especialización de los profesionales (7 recomendaciones).
	5.8. Accesibilidad a la información y los recursos digitales (2 recomendaciones).

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.5.4.1. Áreas de mejora

- **Áreas de mejora prioritarias**

Tabla 25. Áreas de mejora prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de atención y seguimiento.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
5.1. Coordinación asistencial y continuidad de la atención	5.1.1. Desarrollo de la figura y rol del gestor de casos en el abordaje de la atención y el seguimiento
5.2. Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar	5.2.1. Refuerzo de la red social de los PDE y de las personas cuidadoras.
5.3. Empoderamiento y participación de la PDE	5.3.1. Participación de la PDE y de sus cuidadores en la toma de decisiones compartida, desde las fases iniciales del proceso asistencial, especialmente con el apoyo de asociaciones de personas afectadas, para alinear perspectivas entre la PDE, sus cuidadores y los/las profesionales.
5.4. Atención y tratamiento personalizados	5.4.1. Existencia de tratamientos farmacológicos y de programas de atención psicológica y social adaptados a necesidades cognitivas y funcionales de las PDE. 5.4.2. Revisión y actualización periódica de los tratamientos de acuerdo con la evolución de la persona, tanto farmacológicos como no farmacológicos. 5.4.3. Consideración del impacto del tratamiento de acuerdo con la perspectiva de género, atendiendo al efecto en niveles hormonales, salud reproductiva y, en general, en calidad de vida de las mujeres afectadas.
5.5. Recursos de atención y soporte	5.5.1. Adecuación de recursos sociales a necesidades de PDE a lo largo de las diferentes etapas de su vida y de la evolución de su enfermedad.
5.6. Gestión y accesibilidad a la información clínica	5.6.1. Acceso al PA por los diferentes perfiles profesionales. 5.6.2. Garantizar una accesibilidad universal a la información y a los recursos digitales, asegurando el uso de un lenguaje claro y adaptado, así como la eliminación de barreras tecnológicas y sociales, especialmente en entornos rurales o con recursos limitados.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- **Áreas de mejora complementarias**

Tabla 26. Áreas de mejora complementarias por ámbitos de actuación en la fase de atención y seguimiento.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora complementarias
5.1. Coordinación asistencial y continuidad de la atención	5.1.2. Reducir la rotación de profesionales, fortaleciendo la relación de confianza entre la PDE y el profesional. 5.1.3. Participación y coordinación con AP en la atención y seguimiento. 5.1.4. Coordinación del abordaje con los recursos de atención a las adicciones, cuando estos estén diferenciados de la red de salud mental.
5.2. Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar	5.2.2. Desarrollo de la atención comunitaria y domiciliaria (atención de la PDE en su entorno próximo). 5.2.3. Valoración de la adaptación del acompañamiento del cuidador a las capacidades, necesidades y prioridades del usuario, evitando presiones o decisiones impuestas que puedan generar malestar o rechazo. 5.2.4. Atención a las necesidades de las personas cuidadoras. 5.2.5. Existencia de estigma a nivel social y, singularmente, en el entorno laboral.
5.3. Empoderamiento y participación de la PDE	5.3.2. Colaboración con las organizaciones de pacientes en el abordaje integral de la atención y en la comunicación con PDE y personas cuidadoras.
5.4. Atención y tratamiento personalizados	5.4.4. Asegurar la disponibilidad de profesionales especializados en abordaje de trastornos psicóticos en ciertos perfiles profesionales (psicología, enfermería). 5.4.5. Abordaje de comorbilidades relacionadas con PDE. 5.4.6. Adherencia de la PDE al PA, tanto desde el punto de vista del tratamiento como del seguimiento.
5.5. Recursos de atención y soporte	5.5.2. Disponibilidad de recursos para atención y seguimiento tras abordaje de primeros episodios psicóticos (típicamente, a los 3 años). 5.5.3. Accesibilidad de prestaciones y recursos sociales disponibles, singularmente en ciertas etapas vitales (p.ej. mayores de 65 años). 5.5.4. Abordaje de la atención en centros residenciales de personas mayores.
5.6. Gestión y accesibilidad a la información clínica	5.6.2. Asegurar la existencia de los parámetros indicados en el PA en la historia clínica. 5.6.3. Registro y actualización de la información en la historia clínica.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

5.5.4.2. Recomendaciones

- **Recomendaciones prioritarias**

Tabla 27. Recomendaciones prioritarias por ámbitos de actuación en la fase de atención y seguimiento.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
5.1. Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento	5.1.1. Asegurar la personalización del tratamiento farmacológico para las PDE, de acuerdo con sus características, su etapa vital, sus prioridades y los tratamientos adicionales que pueda requerir para atender a otras condiciones de salud, asegurando la mejor atención integral y optimizando los resultados terapéuticos y su calidad de vida.
5.2. Seguimiento y continuidad del Plan de Atención	5.2.1. Impulsar la existencia del gestor de casos (o perfil equivalente) en la atención a las personas con PDE, como figura clave de la coordinación de la atención y del seguimiento global del PA.
5.3. Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención	5.3.1. Promover la existencia de profesionales referentes en AP de salud mental, que contribuyan a una correcta coordinación con USM y favorezcan el abordaje adecuado de las necesidades de las PDE en este nivel asistencial (foco en salud física y comorbilidades).
5.4. Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE	5.4.1. Potenciar el empoderamiento, responsabilidad y capacidad de autogestión de las PDE en su proceso de atención y tratamiento, con el objetivo de mejorar su recuperación, rehabilitación e independencia.
5.5. Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares	5.5.1. Impulsar el apoyo institucional en el ámbito de la salud mental, fortaleciendo la colaboración con asociaciones vinculadas a la esquizofrenia y ofreciendo recursos y apoyo a los familiares y cuidadores para mejorar su calidad de vida y facilitar el proceso de atención y rehabilitación.
5.6. Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento	5.6.1. Impulsar la investigación en tratamientos farmacológicos con capacidad de actuación en necesidades cognitivas y funcionales de las PDE.
5.7. Formación y especialización de los profesionales	5.7.1. Impulsar la formación específica a los profesionales de salud mental y adicciones en la atención de la patología dual, para asegurar un abordaje coordinado y efectivo de las PDE desde la detección hasta el seguimiento. 5.7.2. Capacitación de los profesionales de servicios públicos y municipales en estrategias de atención y en el uso de una comunicación clara y comprensible, con el fin de mejorar la interacción con las PDE y sus cuidadores.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
5.8. Accesibilidad a la información y los recursos digitales	5.8.1. Desarrollar iniciativas que faciliten el acceso digital a la información clínica y a los recursos asistenciales para PDE y sus cuidadores, y la adaptación de los contenidos a un lenguaje accesible y comprensible. 5.8.2. Provisión de medios digitales adecuados (dispositivos, soporte técnico, etc.) para reducir la brecha digital de las PDE y de sus cuidadores, especialmente en contextos rurales o con recursos limitados.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

- Recomendaciones complementarias**

Tabla 28. Recomendaciones complementarias por ámbitos de actuación en la fase de atención y seguimiento.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
5.1. Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento	5.1.2. Realizar visitas domiciliarias periódicas en el marco del seguimiento de la PDE para apoyar a la persona y su entorno en la administración de la medicación y garantizar una correcta adherencia al tratamiento, así como poder valorar y conocer de primera mano su situación y entorno domiciliario. 5.1.3. Garantizar, siempre que sea posible, que la PDE sea atendida por los mismos profesionales a lo largo de su tratamiento, con el fin de asegurar una atención continua, personalizada y de calidad. 5.1.4. Establecer pruebas periódicas anuales para realizar revisiones exhaustivas de las PDE, identificando posibles enfermedades comórbidas u otras condiciones de salud que pudieran existir. 5.1.5. Facilitar la solicitud de citas con el profesional correspondiente (psiquiatría, psicología, etc.) de manera directa o a través de la app de salud, evitando la necesidad de acudir a urgencias. 5.1.6. Fomentar el uso de herramientas estructuradas, como SafeWard, para optimizar el ambiente terapéutico y reducir la necesidad de medidas restrictivas.
5.2. Seguimiento y continuidad del Plan de Atención	5.2.2. Asegurar la existencia de los parámetros indicados en el PA en la historia clínica.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
5.3. Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención	5.3.2. Desarrollar protocolos de coordinación entre los diferentes ámbitos de atención y, singularmente, entre USM, AP y la red de atención a adicciones. 5.3.3. Revisar y, en su caso, asegurar el acceso a la información del PA por parte de los diferentes ámbitos y profesionales implicados en la atención. 5.3.4. Impulsar los mecanismos de coordinación entre USM y AP para la atención y seguimiento de personas con PDE. 5.3.5. Diseñar e implantar marcos de coordinación de la atención a PDE en centros residenciales, con la participación tanto de USM como de AP.
5.4. Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE	5.4.2. Fomentar la autonomía de la PDE en el manejo de la enfermedad, reforzando su participación activa en el tratamiento y en la toma de decisiones sobre su salud.
5.5. Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares	5.5.2. Incrementar las plazas y centros específicos de atención social y residencial (incluidas viviendas) a personas con PDE (o, al menos, trastornos psicóticos), adecuados a las diferentes etapas vitales (adolescencia, juventud, adultez, personas mayores). 5.5.3. Actualizar y definir los baremos de evaluación de la dependencia de las PDE, garantizando su adaptación a la salud mental, así como la adecuación de las entrevistas realizadas a este ámbito. 5.5.4. Promover la reducción de tiempos en los procedimientos de acceso a recursos de atención social, simplificando y, en lo posible, automatizando la elaboración de informes a partir de la información disponible. 5.5.5. Garantizar la continuidad de la atención especializada en salud mental en mayores de 65 años, incluyendo acceso a rehabilitación psicosocial y equipos de salud mental. 5.5.6. Asegurar atención especializada en residencias geriátricas, con acceso continuo a los equipos de salud mental.
5.6. Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento	5.6.2. Desarrollar y difundir programas de rehabilitación cognitiva adecuados a PDE. 5.6.3. Promover la investigación en el abordaje de comorbilidades en personas con PDE.

Ámbito de actuación	Recomendaciones complementarias
5.7. Formación y especialización de los profesionales	5.7.2. Potenciar la figura de la enfermera de Salud Mental comunitaria en los CSM como un elemento clave para la vinculación del paciente con el centro y con los recursos asistenciales adecuados, incluidos los hospitalarios. 5.7.3. Promover la incorporación de profesionales con formación en neuropsicología en los EMR. 5.7.4. Reforzar el rol de enfermería especializada en salud mental en la atención de las PDE, con foco en educación en salud y reconocimiento de signos y síntomas de recaídas. 5.7.5. Reforzar el rol de enfermería especializada en salud mental en la atención de las PDE. 5.7.6. Fortalecer el rol de la enfermera de Salud Mental en urgencias dentro del entorno hospitalario, destacando su competencia como pieza clave en la coordinación de la atención.

Fuente: Elaboración propia, basada en el consenso del CCA y CPac.

6. Indicadores

Con el objetivo de facilitar a las organizaciones un seguimiento efectivo y una evaluación integral de cada una de las fases del Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia, se ha identificado un conjunto de indicadores de interés. En total, se han determinado **9 indicadores generales, seleccionados y adaptados de la iniciativa Indicadores de Psiquiatría elaborado por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (Madrid, 2021)** de acuerdo con su aplicabilidad y claves descritas del presente modelo de atención.

Dichos indicadores son:

1. Mantenimiento de la Farmacoterapia en Fase Estable y de estabilización tras Primer Episodio de Psicosis.
2. Tratamiento con Clozapina en la esquizofrenia.
3. Control periódico del peso y el índice de masa corporal (IMC).
4. Control de glucemia plasmática y de perfiles lipídicos en pacientes con antipsicóticos.
5. Adherencia al tratamiento de administración ambulatoria en PDE y tratamiento con IDLs.
6. Visita en atención ambulatoria tras el alta en urgencias con diagnóstico de “conducta suicida.
7. Seguimiento precoz tras el primer episodio de esquizofrenia.
8. PDE con más de 3 fármacos prescritos.
9. Reingresos hospitalarios a 30 días en PDE.

A continuación, se detallan los **9 indicadores generales** que sirven como referencia para la evaluación global del modelo:

Indicadores del modelo
1. Mantenimiento de la Farmacoterapia en Fase Estable y de estabilización tras Primer Episodio de Psicosis
Descripción: Porcentaje de PDE que mantienen la farmacoterapia durante 24 meses tras ser dados de alta con diagnóstico principal de esquizofrenia (nuevo diagnóstico). Justificación: El mantenimiento del tratamiento antipsicótico durante al menos 24 meses después del primer episodio psicótico reduce el riesgo de caída y mejora la estabilidad clínica con dosis siempre dentro del intervalo de tratamiento recomendado para los antipsicóticos de segunda generación, según las recomendaciones establecidas en los indicadores de calidad en psiquiatría. Fórmula: $\left(\frac{\text{Nº de PDE que mantienen la farmacoterapia durante 24 meses tras ser dados de alta con diagnóstico principal de esquizofrenia (nuevo diagnóstico)}}{\text{Nº de PDE que inician farmacoterapia tras ser dados de alta con diagnóstico principal de esquizofrenia (nuevo diagnóstico)}} \right) \times 100$ Estándar: 90%. Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de <i>Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.</i>

2. Tratamiento con Clozapina en la esquizofrenia

Descripción: Porcentaje de PDE con prescripción de Clozapina.

Justificación: El uso de clozapina está indicado en casos de esquizofrenia resistente al tratamiento. Ante la falta de respuesta al tratamiento con una administración cierta y adecuada de antipsicóticos de dos tipos diferentes se recomienda el uso de clozapina según documento de indicadores de calidad de psiquiatría. La clozapina debe ser introducida con garantías de seguridad en la primera ocasión en caso de resistencia al tratamiento.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con prescripción de Clozapina}}{\text{Nº de PDE}} \right) \times 100$$

Estándar: Superior al 10%.

Aclaración: Existe un criterio de exclusión en el caso de pacientes que durante todo el periodo evaluado no han tomado ningún antipsicótico. Para ello, de debe evaluar la historia clínica o registro específico.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

3. Control periódico del peso y el índice de masa corporal (IMC)

Descripción: Porcentaje de PDE con medicación antipsicótica y control del IMC en los 12 meses anteriores a la revisión.

Justificación: El documento de indicadores de calidad de psiquiatría recoge evidencia científica que señala que el sobrepeso es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes y enfermedades cardiovasculares en los pacientes con esquizofrenia, responsables en gran medida del exceso de mortalidad de estos pacientes. El seguimiento del peso y el IMC es esencial para detectar precozmente alteraciones metabólicas inducidas por antipsicóticos. Se recomienda un control anual en todos los pacientes con tratamiento antipsicótico prolongado.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con medicación antipsicótica y control del IMC en los 12 meses anteriores a la revisión}}{\text{Nº de PDE con medicación antipsicótica}} \right) \times 100$$

Aclaración: Existe un criterio de exclusión en el caso de pacientes con medicación antipsicótica por un periodo inferior a 12 meses. Para ello, de debe evaluar la historia clínica o registro específico.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

4. Control de glucemia plasmática y de perfiles lipídicos en pacientes con antipsicóticos

Descripción: Porcentaje de PDE con medicación antipsicótica con control basal y anual de perfil lipídico y glucemia.

Justificación: Tal y como recoge el documento de indicadores de calidad de psiquiatría en su revisión de evidencia científica, La esquizofrenia y el tratamiento antipsicótico son factores de riesgo de diabetes e hiperlipidemia. Se recomienda un control basal y anual de glucemia y perfil lipídico para identificar y tratar precozmente posibles complicaciones metabólicas.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con medicación antipsicótica con control basal y anual de perfil lipídico y glucemia}}{\text{Nº de PDE con medicación antipsicótica}} \right) \times 100$$

Estándar: 95%.

Aclaración: Si hace más de 1 año que toma antipsicóticos, control en los 12 meses anteriores a la medición del indicador. Si hace menos de 1 año que toma antipsicóticos, control antes de iniciar el tratamiento. Para ello, de debe evaluar la historia clínica o registro específico.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

5. Adherencia al tratamiento de administración ambulatoria en PDE y tratamiento con IDLs

Descripción: Porcentaje de PDE con administración de antipsicóticos de larga duración (IDLs) y pérdida de adherencia al tratamiento.

Justificación: La falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales factores de caída en esquizofrenia. Se recomienda evaluar periódicamente la adherencia en pacientes con antipsicóticos de larga duración y tomar medidas para reforzarla cuando sea necesario.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con administración de antipsicóticos de larga duración (IDLs) y pérdida de adherencia al tratamiento}}{\text{Nº de PDE con administración de antipsicóticos de larga duración (IDLs)}} \right) \times 100$$

Estándar: <20%.

Aclaración: Pérdida de adherencia al tratamiento: paciente al que no se le administran un 25 % o más de las dosis pautadas en un periodo de 6 meses.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

6. Visita en atención ambulatoria tras el alta en urgencias con diagnóstico de “conducta suicida”

Descripción: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de “conducta suicida” y visitados en atención especializada en un periodo.

Justificación: El seguimiento temprano tras un episodio de conducta suicida es fundamental para prevenir nuevos intentos. Se recomienda asegurar una cita en atención especializada en un plazo máximo de 10 días tras el alta en urgencias.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con diagnóstico de “conducta suicida” y visitados en atención especializada en un periodo no superior a 10 días desde la fecha de atención en urgencias}}{\text{Nº de PDE atendidos en especializada con diagnóstico de “conducta suicida”}} \right) \times 100$$

Estándar: 80%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

7. Seguimiento precoz tras el primer episodio de esquizofrenia

Descripción: Porcentaje de PDE dados de alta, con 1 o más episodios de sujeción durante su ingreso en el servicio de psiquiatría.

Justificación: El seguimiento intensivo tras el primer episodio psicótico mejora el pronóstico y reduce el riesgo de caída. Se recomienda programar visitas de control frecuentes durante el primer año de tratamiento.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE dados de alta, con 1 o más episodios de sujeción durante su ingreso en el servicio de Psiquiatría}}{\text{Nº de PDE dados de alta del servicio de psiquiatría}} \right) \times 100$$

Estándar: 80%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

8. PDE con más de 3 fármacos prescritos

Descripción: Porcentaje de PDE con diagnóstico confirmado y más de 3 psicofármacos prescritos.

Justificación: El uso de más de tres psicofármacos en esquizofrenia debe ser evaluado para evitar polimedicación innecesaria. Se recomienda revisar periódicamente la medicación y racionalizar el tratamiento cuando sea posible.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con más de 3 psicofármacos prescritos}}{\text{Nº de PDE}} \right) \times 100$$

Estándar: > 50 % en población infantojuvenil; >30 % en población adulta.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

9. Reingresos hospitalarios a 30 días en PDE

Descripción: Porcentaje de PDE dados de alta en el servicio de psiquiatría que tienen un reingreso no programado en un periodo inferior a 30 días desde el alta.

Justificación: Un alto porcentaje de reingresos en el primer mes post-alta puede indicar fallos en la planificación del alta o la continuidad asistencial. Se recomienda analizar estos casos para implementar medidas de prevención de recaídas.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº. de PDE dados de alta en el servicio de psiquiatría que tienen un reingreso no programado en un periodo inferior a 30 días desde el alta}}{\text{Nº de PDE dados de alta en el servicio de psiquiatría}} \right) \times 100$$

Estándar: 7%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

Fuente: El indicador está extraído y adaptado a esquizofrenia del documento de *Indicadores de Psiquiatría de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid 2021.*

Asimismo, se han **identificado 33 indicadores adicionales**, distribuidos según las distintas fases del modelo, que **cubren otras áreas de interés y que pueden permitir a las organizaciones profundizar en el análisis y mejora continua de la atención** en sus diferentes dimensiones.

- **Fase 1. Prevención**

1. Cobertura de programas educativos sobre los riesgos del consumo de sustancias.
2. Evaluación sistemática de factores de riesgo en población adolescente.
3. Desarrollo de acciones para la promoción de hábitos de vida saludables.
4. Intervenciones preventivas dirigidas a familias con antecedentes de esquizofrenia u otros trastornos psicopatológicos.

- **Fase 2. Detección**

1. Existencia de protocolos y guías conjuntas para la detección precoz de casos.
2. Porcentaje de casos de esquizofrenia detectados en fases tempranas.

Life forward

3. Tiempo de respuesta desde la sospecha clínica hasta la atención especializada.
4. Derivación preferente tras sospecha clínica.
5. Formación de profesionales en detección e intervención inicial.
6. Participación activa de la persona afectada en todo el proceso asistencial. *(Indicador iniciado en detección, con aplicación recurrente en fases posteriores del proceso asistencial).*
7. Participación activa de los familiares y/o personas cuidadoras en todo el proceso asistencial. *(Indicador iniciado en detección, con aplicación recurrente en fases posteriores del proceso asistencial).*

- **Fase 3. Diagnóstico**

1. Diagnóstico basado en criterios clínicos y funcionales.
2. Existencia de Equipo Multidisciplinar en el Diagnóstico.
3. Valoración integral de la persona afectada con diagnóstico compatible con esquizofrenia.
4. Uso de Escalas Psicométricas en el diagnóstico.
5. Revisión clínica periódica de PDE.
6. Evaluación cognitiva en el diagnóstico.

- **Fase 4. Plan de Atención**

1. Identificación del nivel de intensidad de la atención.
2. Elaboración del PA.
3. Comunicación efectiva del PA a la PDE y a su familia y/o personas cuidadoras en entrevista estructurada.
4. Existencia de gestor de caso en todas las PDE con PA.

- **Fase 5. Seguimiento y atención**

1. Conocimiento de las preferencias de la PDE previo a definir una intervención y proyecto de vida.
2. Abordaje de la atención y seguimiento de la intervención de psiquiatría por fases.
3. Revisión periódica y ajuste del PA.
4. Ajuste de la medicación de la PDE según la respuesta clínica y tolerancia.
5. Control periódico de los efectos secundarios de antipsicóticos.
6. Seguimiento regular e individualizado de la PDE en la fase subaguda.
7. PDE evaluados con patrones funcionales de enfermería.
8. Intervención psicológica individualizada con la PDE.
9. Intervención de carácter social realizada con la PDE.
10. Evaluación de la calidad de vida percibida por la PDE.
11. Evaluación de la calidad de vida percibida por los familiares y/o personas cuidadoras de la PDE.
12. Evaluación coordinada con AP en PDE con respuesta al tratamiento estabilizados.

Para más información respecto de estos indicadores, véase el Anexo 7.3. Detalle de indicadores por fases del modelo.

7. Anexos

7.1. Anexo 1. Patrones funcionales de salud en la esquizofrenia

Tabla 29. Patrones funcionales de salud en la esquizofrenia.

Patrones funcionales de salud
1- Percepción/control de la salud: Recoge dos dimensiones: la percepción que tiene la persona de su estado general de salud y las influencias que pueden tener sobre su estado los conocimientos y las prácticas realizadas al respecto para el mantenimiento del patrón saludable o de la alteración del mismo. También define aspectos de tipo familiar y comunitario, en tanto que valora la interrelación entre el individuo y los recursos existentes en la comunidad.
2- Nutricional-Metabólico: Viene descrito por la ingesta habitual de alimentos, líquidos y por el aporte calórico. Incluye los hábitos (cantidad y tipos). Valora los desequilibrios alimentarios y el nivel de sedentarismo. Desde el punto de vista de la psicopatología se incluirán los trastornos de alimentación.
3- Eliminación: Describe la función secretora (intestinal, vesical y cutánea) del individuo (cantidad, consistencia, nº de veces/día, dolor, molestias, etc.), así como la percepción que tiene el individuo sobre la misma respecto a la regularidad de la eliminación.
4- Actividad/Ejercicio: Incluye respuestas y capacidades del individuo para llevar a cabo actividades necesarias o deseadas, también las habilidades y deseos para entretenerse en actividades de consumo de energía, juego, trabajo, ejercicio físico, autocuidado y ocio; desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos psicomotores.
5- Sueño/Descanso: Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación, así como la percepción de la calidad y cantidad de sueño y del nivel de energía. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos del sueño.
6- Cognitivo-Conductual: Recoge el funcionamiento de las capacidades sensoriales y cognitivas. Desde el punto de vista de la psicopatología incluye los trastornos de la percepción, conciencia, atención-concentración orientación, memoria-inteligencia y pensamiento-lenguaje.
7- Autopercepción-Autoconcepto: Define la percepción que el individuo tiene sobre sí mismo, sobre el estado de ánimo y sobre sus capacidades (cognitivas, afectivas o físicas). Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos afectivos.
8- Rol-Relaciones: Describe los principales roles, relaciones de la persona y su grado de satisfacción, hábitat, competencias familiares, etc.
9- Sexualidad-Reproducción: Refleja la identidad sexual de la persona y su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos sexuales.
10- Adaptación-tolerancia al estrés: Se refiere a la capacidad de la persona para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de ansiedad.

Patrones funcionales de salud
11- Valores y creencias: Describe los valores, creencias (incluida la espiritual), metas y compromisos que una persona elige en su vida y que pueden explicar su postura frente a los acontecimientos.

Fuente: Elaboración propia, basada en: Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería.11ª ed. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.2007 (Gordon M., 2007).

1. Primer episodio

Tabla 30. Patrones, diagnósticos enfermeros NANDA, resultados recomendados (objetivos) NOC e intervenciones recomendadas NIC en la fase de primer episodio de la esquizofrenia.

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
1- Percepción / control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico - Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos)	- Conducta de cumplimiento - Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias	- Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios) - Acuerdos y administración de la medicación
2- Nutricional Metabólico	Desequilibrio nutricional: defecto (como consecuencia de sus alucinaciones o delirios)	Alimentación	Se informa a la familia sobre la alimentación y modo de hacerlo
3- Eliminación	Estreñimiento	Asesoramiento	Control de la ingesta
4- Actividad / Ejercicio	Déficit de autocuidados	Autogestión de los autocuidados	Acuerdo con el/la paciente
5- Sueño / Descanso	Deterioro o privación del patrón del sueño	Descanso y bienestar	- Fomentar el sueño - Educación para el manejo de la medicación
6- Cognitivo Conductual	Trastorno proceso del pensamiento	Control del pensamiento distorsionado	- Orientación en la realidad - Vigilancia
7-Autopercepción - Autoconcepto	- Baja autoestima - Desesperanza	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de la depresión	- Escucha activa y aumento de la autoestima. - Apoyo emocional
8- Rol - Relaciones	- Aislamiento social y Riesgo de soledad. - Interrupción de los procesos familiares - Deterioro de la comunicación verbal	- Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida - Capacidad de comunicación	- Apoyo a la familia - Fomento de la comunicación y escucha activa - Contacto y presencia
9- Sexualidad Reproducción	Disfunción sexual	Funcionamiento sexual	Manejo de la conducta

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
10- Adaptación tolerancia al estrés	- Riesgo de violencia hacia sí o hacia otros. - Afrontamiento familiar incapacitante	- Autocontención - Recuperación del abandono	- Ambiente de seguridad - Apoyo a la familia - Fomento de la implicación familiar (dar información)
11- Valores y creencias	Sufrimiento espiritual	Bienestar espiritual	- Apoyo emocional - Escucha activa

Fuente: Elaboración propia, basada en: Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª Edición. 2018 (Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., 2018). Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª edición. 2024 (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. 2014 (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, 2014).

2. Fase aguda

Tabla 31. Patrones, diagnósticos enfermeros NANDA, resultados recomendados (objetivos) NOC e intervenciones recomendadas NIC en la fase aguda de la esquizofrenia.

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
1- Percepción / control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico - Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos) - Protección ineficaz	- Conducta de cumplimiento - Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias - Orientación cognitiva	- Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios) - Acuerdos y administración de medicación - Orientación en la realidad
2- Nutricional Metabólico	Desequilibrio nutricional: defecto (como consecuencia de sus alucinaciones o delirios)	Alimentación	Se informa a la familia sobre la alimentación y modo de hacerlo
3- Eliminación	Estreñimiento	Asesoramiento	Control de la eliminación
4- Actividad / Ejercicio	Déficit de autocuidados	Autogestión de los cuidados (aseo)	- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual - Manejo ambiental - Acuerdos con el/la paciente
5- Sueño / Descanso	Deterioro o privación del patrón del sueño	Descanso y bienestar	- Fomentar el sueño - Educación para el manejo de la medicación

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
6- Cognitivo Conductual	- Trastorno proceso del pensamiento - Déficit de conocimiento - Deterioro en la interpretación del entorno	- Control del pensamiento distorsionado - Orientación cognitiva - Elaboración de la información	- Manejo ambiental: seguridad - Manejo de las alucinaciones, delirios - Orientación en la realidad - Vigilancia
7-Autopercepción - Autoconcepto	- Ansiedad - Temor - Trastorno de la identidad y de la imagen - Riesgo de violencia	- Control de la ansiedad - Control de los impulsos	- Administración de medicación - Manejo ambiental
8- Rol - Relaciones	- Interrupción de los procesos familiares - Cansancio del rol del cuidador	- Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida - Bienestar del cuidador	- Apoyo a la familia y al cuidador principal - Fomento de la comunicación y Escucha activa - Contacto y Presencia - Mantenimiento familiar
9- Sexualidad Reproducción	Disfunción sexual	Funcionamiento sexual	Manejo de la conducta
10- Adaptación tolerancia al estrés	- Afrontamiento familiar incapacitante - Deterioro en la adaptación - Riesgo de suicidio	- Recuperación del abandono. - Adaptación al cambio de vida - Autocontención	- Apoyo a la familia. - Fomento de la implicación familiar (dar información) - Enseñanza del proceso de enfermedad - Vigilancia y seguridad
11- Valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	- Apoyo emocional - Escucha activa

Fuente: Elaboración propia, basada en: Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª Edición. 2018 (Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., 2018). Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª edición. 2024 (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. 2014 (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, 2014).

3. Fase de estabilización

Tabla 32. Patrones, diagnósticos enfermeros NANDA, resultados recomendados (objetivos) NOC e intervenciones recomendadas NIC en la fase de estabilización de la esquizofrenia.

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
1- Percepción / control de la salud	- Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos) - Protección ineficaz	- Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias - Orientación cognitiva	- Acuerdos y administración de la medicación - Apoyo emocional
2- Nutricional Metabólico	Desequilibrio nutricional: exceso	Control del peso	Educación alimentación y manejo de la nutrición
3- Eliminación	Estreñimiento	Control de la eliminación intestinal	Manejo de la nutrición y ejercicio
4- Actividad / Ejercicio	Déficit de autocuidados	Autogestión de los cuidados (aseo)	- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual - Manejo ambiental - Acuerdos con el paciente
5- Sueño / Descanso	Deterioro o privación del patrón del sueño	Descanso y bienestar	- Fomentar el sueño - Facilitar la relajación - Educación para el manejo de la medicación
6- Cognitivo Conductual	- Trastorno proceso del pensamiento - Déficit de conocimiento - Conflicto de decisiones	- Control del pensamiento distorsionado - Orientación cognitiva - Elaboración de la información	- Manejo ambiental: seguridad - Manejo de las alucinaciones, delirios - Asesoramiento y Aumentar sistemas de apoyo
7-Autopercepción - Autoconcepto	- Baja autoestima - Ansiedad	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de ansiedad, impulsos e inquietud	- Escucha activa y aumento de la autoestima - Establecer límites - Técnicas de relajación

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
8- Rol - Relaciones	- Aislamiento social y Riesgo de soledad. - Cansancio del rol del cuidador - Deterioro de la comunicación verbal	- Proporcionar habilidades de interacción social - Bienestar del cuidador - Capacidad de comunicación.	- Potenciación de la socialización - Apoyo a la familia y al cuidador principal - Fomento de la comunicación y Escucha activa. - Entrenamiento de asertividad
9- Sexualidad Reproducción	Disfunción sexual	Funcionamiento sexual	Asesoramiento
10- Adaptación tolerancia al estrés	- Afrontamiento familiar incapacitante - Deterioro en la adaptación	- Recuperación del abandono. - Adaptación al cambio de vida	- Apoyo a la familia. - Fomento de la implicación familiar (dar información) - Enseñanza del proceso de enfermedad
11- Valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	- Apoyo emocional - Escucha activa

Fuente: Elaboración propia, basada en: Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª Edición. 2018 (Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., 2018). Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª edición. 2024 (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. 2014 (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, 2014).

4. Fase estable

Tabla 33. Patrones, diagnósticos enfermeros NANDA, resultados recomendados (objetivos) NOC e intervenciones recomendadas NIC en la fase estable de la esquizofrenia.

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
1- Percepción / control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico. - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos)	- Conducta de cumplimiento (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias	- Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios) - Acuerdos y administración de la medicación.
2- Nutricional Metabólico	- Alteración del patrón alimenticio	- Estado nutricional adecuado	- Ayuda en los autocuidados de la alimentación, motorización nutricional y dieta
3- Eliminación	Estreñimiento	Control de la eliminación intestinal	Manejo de la nutrición y ejercicio

Patrones	Diagnósticos enfermeros NANDA	Resultados recomendados (objetivos) NOC	Intervenciones recomendadas NIC
4- Actividad / Ejercicio	- Déficit de autocuidados - Deterioro en el manejo del hogar - Trastorno o riesgo de la movilidad	- Autogestión de los cuidados (aseo) - Actividad instrumental de la vida diaria - Nivel de movilidad	- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual. - Manejo ambiental - Asistencia en el mantenimiento del hogar. - Sistemas de apoyo - Acuerdos con el/la paciente - Enseñanza de actividad y ejercicios
5- Sueño / Descanso	Deterioro o privación del patrón del sueño	Descanso y bienestar	- Fomentar el sueño - Facilitar la relajación
6- Cognitivo Conductual	- Conflicto de decisiones - Deterioro de la memoria	- Elaboración de la información - Mantener la memoria	- Asesoramiento y Aumentar sistemas de apoyo - Entrenamiento de la memoria
7-Auto percepción - Autoconcepto	- Baja autoestima - Desesperanza	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de la depresión	- Escucha activa y aumento de la autoestima. - Apoyo emocional
8- Rol - Relaciones	- Deterioro de la interacción social - Cansancio del rol del cuidador - Deterioro de la comunicación verbal	- Proporcionar habilidades de interacción social - Bienestar del cuidador - Capacidad de comunicación.	- Potenciación de la socialización - Apoyo al cuidador - Fomento de la comunicación y Escucha activa. - Aumentar sistemas de apoyo - Entrenamiento de asertividad
9- Sexualidad Reproducción	Disfunción sexual	Funcionamiento sexual	Asesoramiento
10- Adaptación tolerancia al estrés	- Afrontamiento inefectivo - Deterioro en la adaptación	- Manejo del estrés - Adaptación al cambio de vida	- Resolución de problemas y consecución de objetivos - Manejo de síntomas negativos.
11- Valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	- Apoyo emocional - Escucha activa

Fuente: Elaboración propia, basada en: Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª Edición. 2018 (Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., 2018). Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª edición. 2024 (Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., 2024). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. 2014 (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, 2014).

7.2. Anexo 2. Resultados cuestionario áreas de mejora y recomendaciones

7.2.1. Introducción

El cuestionario se ha elaborado por el CCA y CPac con el propósito de establecer las fases del modelo prioritarias, los ámbitos de actuación, así como en las áreas de mejora y recomendaciones clave del Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia, teniendo en cuenta las distintas etapas del proceso asistencial

7.2.2. Perfil de los consultados y nivel de respuestas

En total, se han obtenido 19 de las 22 respuestas posibles, lo que representa un nivel de participación del 86,4 %. Del total de respuestas, el 51,9 % correspondió a profesionales del ámbito sanitario y asistencial, y el 40,9 % a representantes de organizaciones de personas afectadas. Esta distribución aporta una visión equilibrada de los distintos perfiles implicados en el desarrollo del modelo de atención.

7.2.3. Resultados del cuestionario

A partir de las respuestas recogidas, se ha llevado a cabo un análisis exhaustivo que refleja las perspectivas de profesionales sanitarios, asistenciales y representantes de organizaciones de personas afectadas. Los resultados fueron revisados por las personas consultadas y, además de las áreas de mejora y recomendaciones priorizadas tras el análisis, se han incorporado aquellos elementos que, como resultado de dicha revisión, los participantes han considerado necesario. Asimismo, se han matizado o modificado algunos aspectos de las áreas de mejora y recomendaciones priorizadas en el análisis inicial.

A continuación, se presentan los principales resultados, organizados según las cinco fases del proceso asistencial y los distintos ámbitos de actuación:

7.2.3.1. Ámbitos de actuación

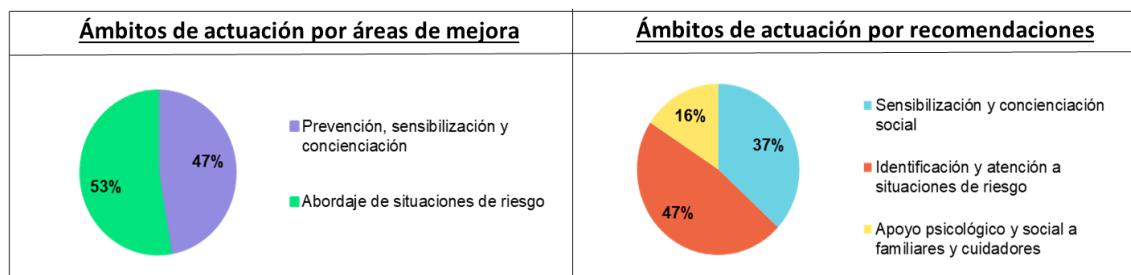
Los ámbitos de actuación, junto con sus respectivas áreas de mejora y recomendaciones, en las fases del modelo de atención donde se considera más prioritaria la intervención, son los siguientes:

- **Fase 1. Prevención**

Los **ámbitos de actuación identificados como prioritarios** son los siguientes:

- En relación con las **áreas de mejora**, destaca el **abordaje de situaciones de riesgo**, según el 53 % de las respuestas.
- En cuanto a las **recomendaciones**, la **identificación y atención de dichas situaciones de riesgo**, según el 47 % de las respuestas.

Ilustración 5. Ámbitos de actuación priorizados en la fase de prevención, según las áreas de mejora y recomendaciones identificadas por el CCA y el CPac.



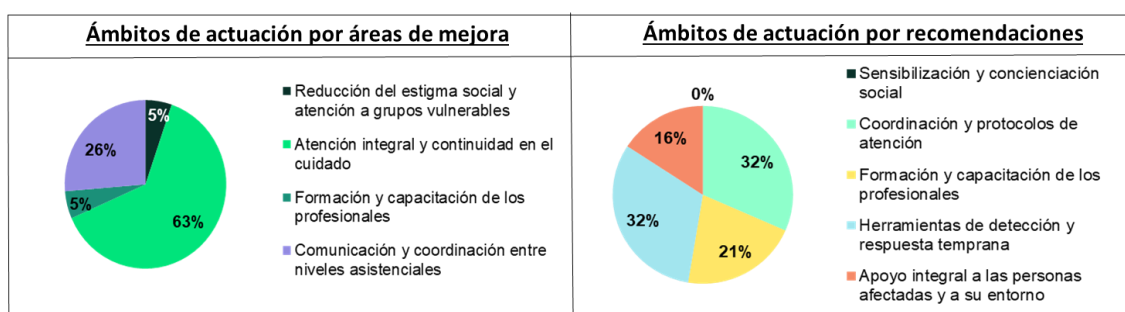
Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

• Fase 2. Detección.

Los **ámbitos de actuación identificados como prioritarios** son los siguientes:

- En relación con las **áreas de mejora**, destaca la **atención integral y continuidad en el cuidado**, según el 63 % de las respuestas.
- En cuanto a las **recomendaciones**, resulta prioritario la **coordinación y protocolos de atención y las herramientas para la detección y respuesta temprana de la enfermedad**, según el 32 % de las respuestas.

Ilustración 6. Ámbitos de actuación priorizados en la fase de detección, según las áreas de mejora y recomendaciones identificadas por el CCA y el CPac.



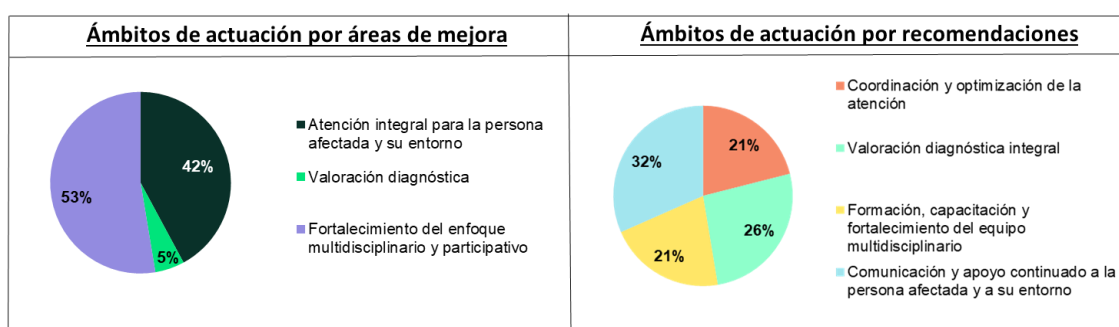
Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

• Fase 3. Diagnóstico

Los **ámbitos de actuación identificados como prioritarios** son los siguientes:

- En relación con las **áreas de mejora**, destaca el **fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo**, según el 53 % de las respuestas.
- En cuanto a las **recomendaciones**, resulta prioritario la **comunicación y apoyo continuado de la persona afectada y su entorno**, según el 32 % de las respuestas.

Ilustración 7. Ámbitos de actuación priorizados en la fase de diagnóstico, según las áreas de mejora y recomendaciones identificadas por el CCA y el CPac.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

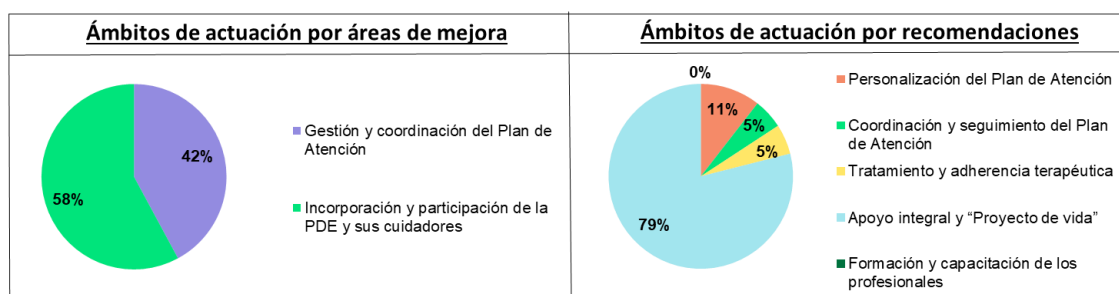
• Fase 4. Plan de Atención

Los **ámbitos de actuación identificados como prioritarios** son los siguientes:

- En relación con las **áreas de mejora**, destaca la **gestión y coordinación del plan de atención**, según el 58 % de las respuestas.

- En cuanto a las **recomendaciones**, resulta prioritario el **apoyo integral y el “Proyecto de vida”** de la persona diagnosticada, según el **79 % de las respuestas**.

Ilustración 8. Ámbitos de actuación priorizados en la fase del plan de atención, según las áreas de mejora y recomendaciones identificadas por el CCA y el CPac.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

El ámbito de actuación adicional identificado en la revisión de los resultados es:

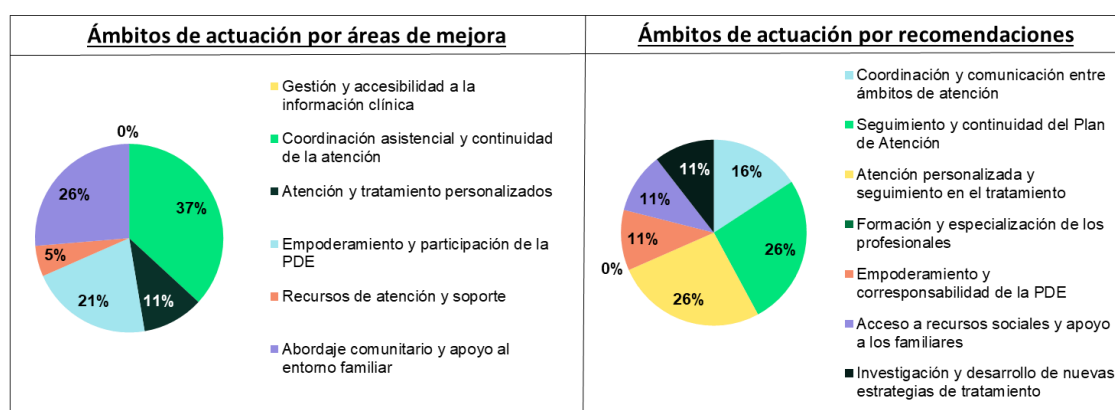
- **Perspectiva de género en la detección y atención de síntomas psicóticos.**

● Fase 5. Atención y seguimiento

Los ámbitos de actuación identificados como prioritarios son los siguientes:

- En relación con las **áreas de mejora**, destaca la **coordinación asistencial y la continuidad de la atención** de la persona afectada, según el **37 % de las respuestas**.
- En cuanto a las **recomendaciones**, resulta prioritario el **seguimiento y continuidad del plan de atención y la atención personalizada y seguimiento en el tratamiento** de la PDE, según el **26 % de las respuestas**.

Ilustración 9. Ámbitos de actuación priorizados en la fase de atención y seguimiento, según las áreas de mejora y recomendaciones identificadas por el CCA y el CPac.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

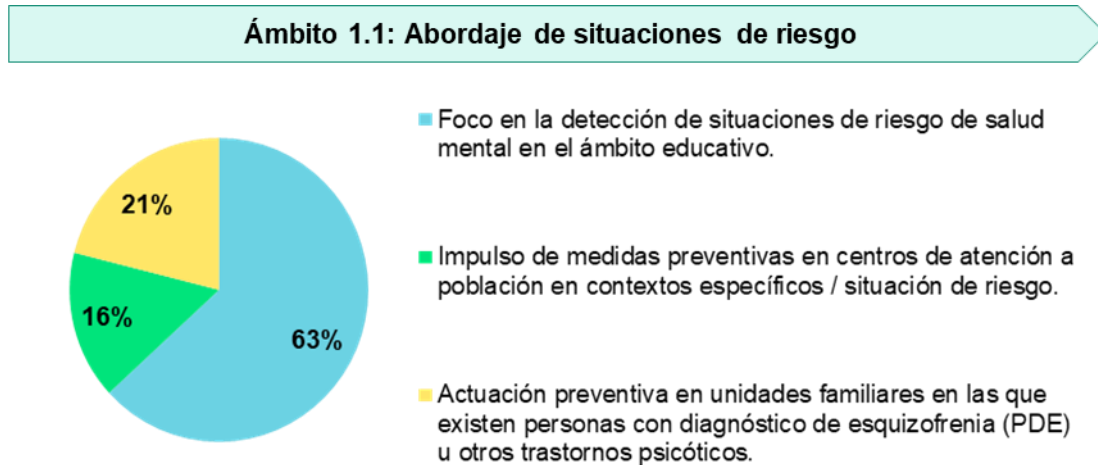
7.2.3.2. Áreas de mejora y recomendaciones

A continuación, se detallan los resultados de priorización de las áreas de mejora y recomendaciones por cada una de las cinco fases del modelo de atención. Estos resultados han sido obtenidos a partir de un análisis exhaustivo de las respuestas recogidas.

● Fase 1. Prevención

Áreas de mejora:○ **Ámbito 1.1: Abordaje de situaciones de riesgo**

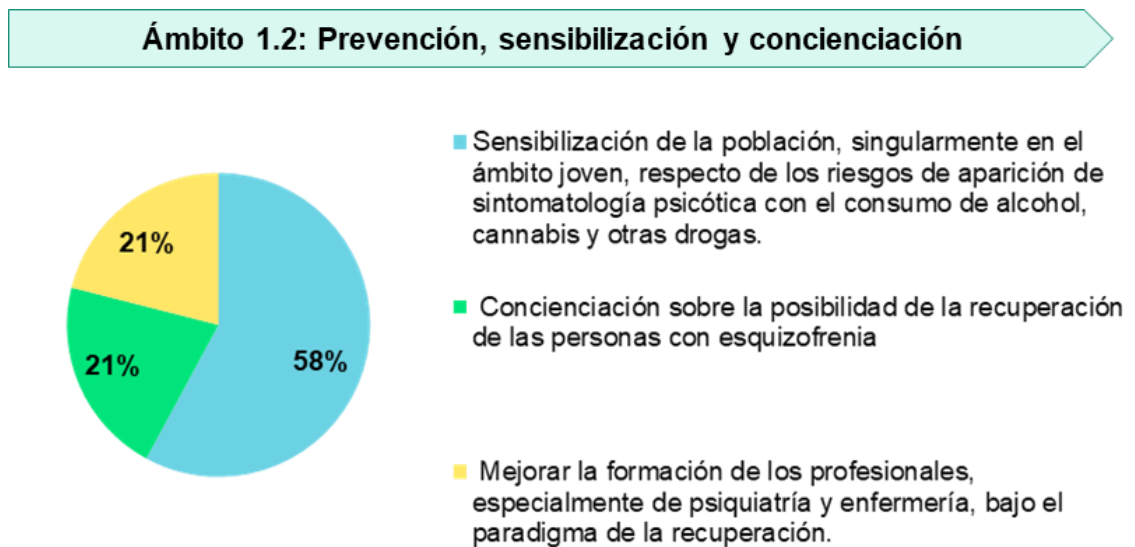
Ilustración 10. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 1.1. Abordaje de situaciones de riesgo de la fase de prevención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 1.2: Prevención, sensibilización y concienciación**

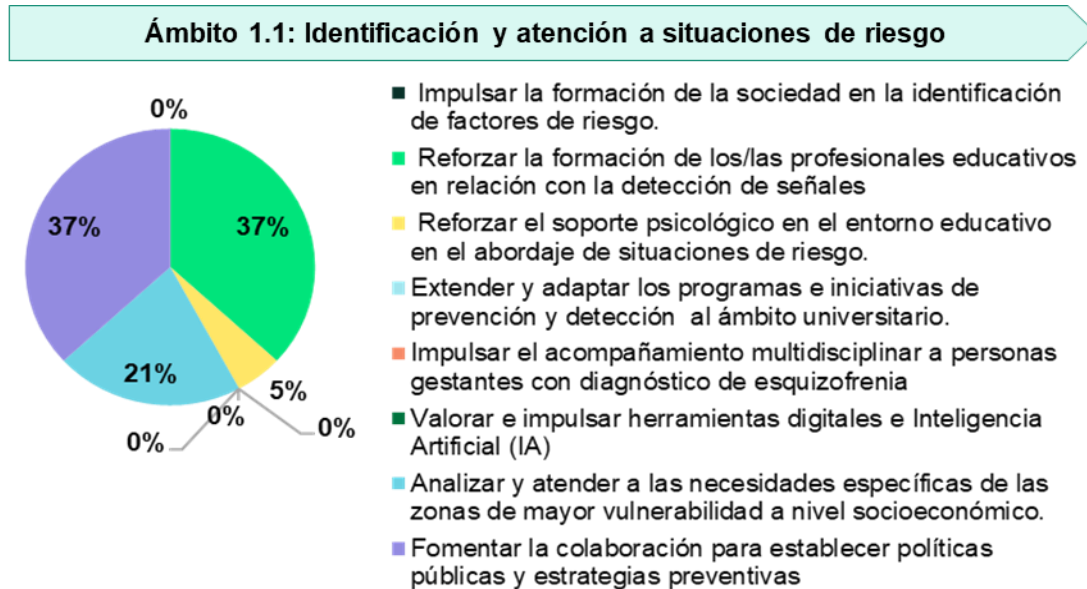
Ilustración 11. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 1.2. Prevención, sensibilización y concienciación de la fase de prevención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

Recomendaciones:○ **Ámbito 1.1: Identificación y atención a situaciones de riesgo**

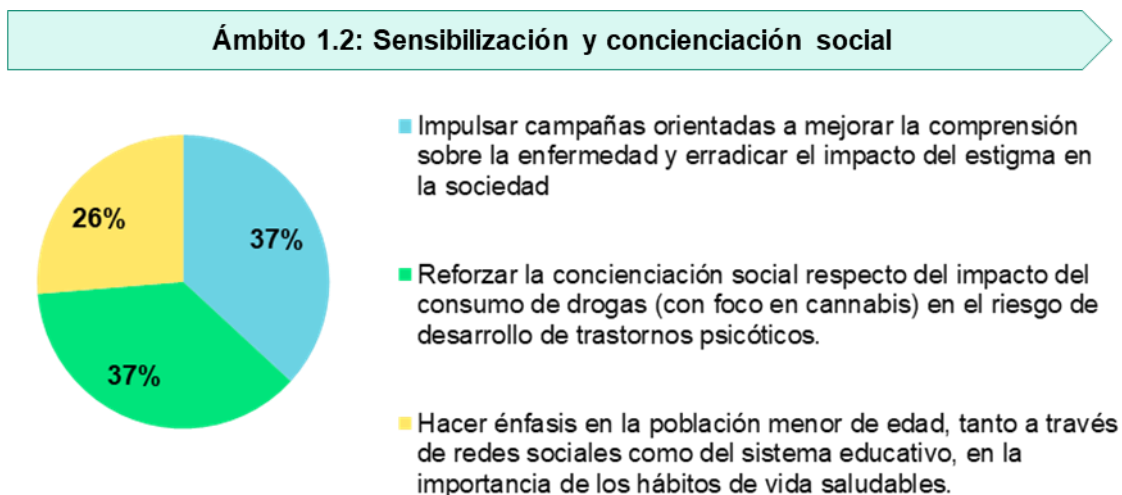
Ilustración 12. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 1.1. Identificación y atención a situaciones de riesgo de la fase de prevención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 1.2: Sensibilización y concienciación social**

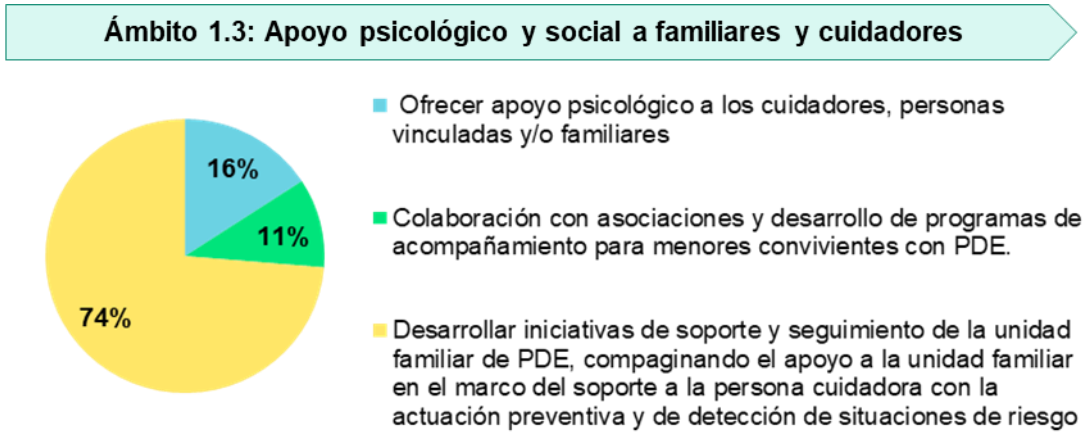
Ilustración 13. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 1.2. Sensibilización y concienciación social riesgo de la fase de prevención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 1.3: Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores**

Ilustración 14. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 1.3. Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores de la fase de prevención.



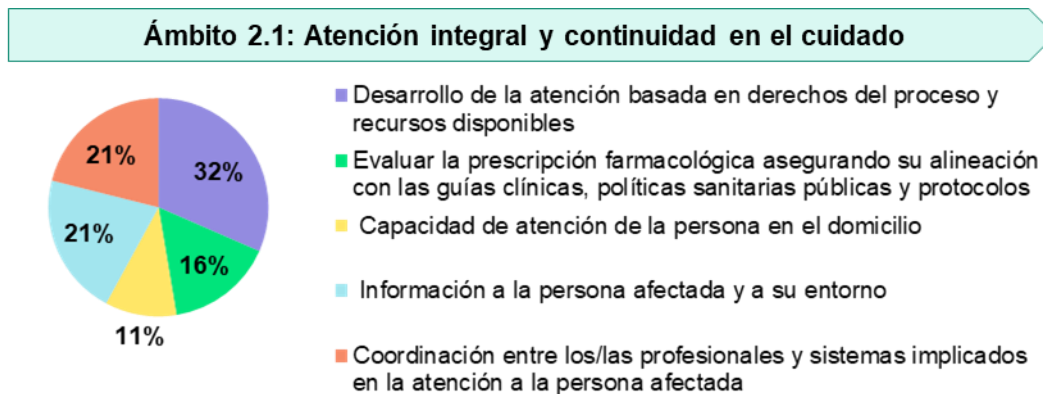
Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

● **Fase 2. Detección**

Áreas de mejora:

○ **Ámbito 2.1: Atención integral y continuidad en el cuidado**

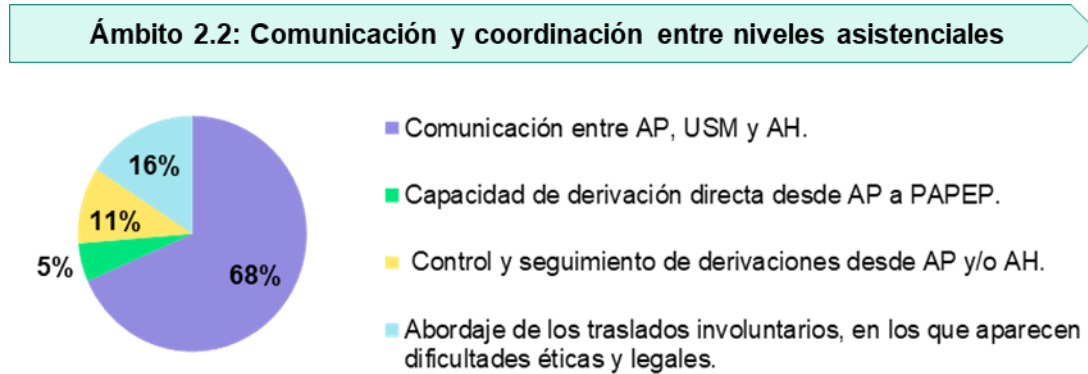
Ilustración 15. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 2.1: Atención integral y continuidad en el cuidado de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 2.2: Coordinación y comunicación entre niveles asistenciales**

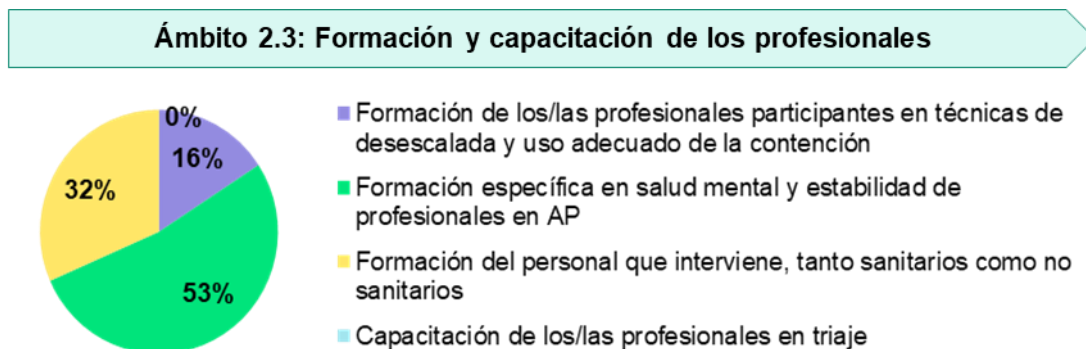
Ilustración 16. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 2.2: Comunicación y coordinación entre niveles asistenciales de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 2.3: Formación y capacitación de los profesionales**

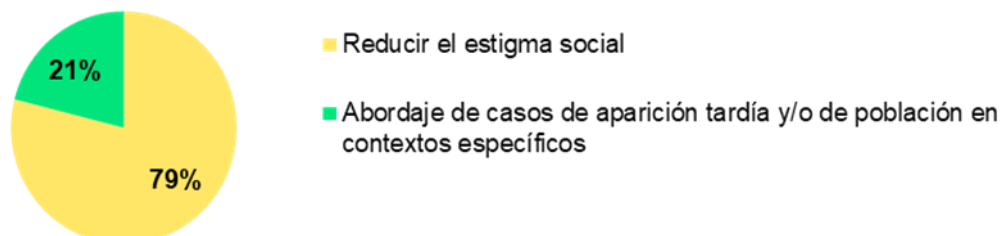
Ilustración 17. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 2.3: Formación y capacitación de los profesionales de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 2.5: Reducción del estigma social y atención grupos vulnerables**

Ilustración 18. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 2.4: Reducción del estigma social y atención a grupos vulnerables de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

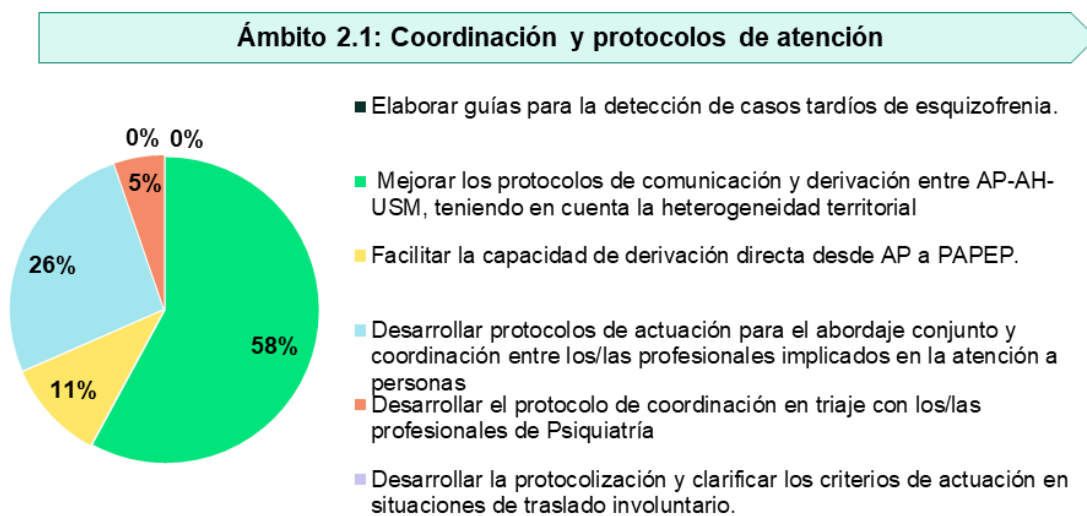
Adicionalmente a la priorización, durante la revisión de los resultados se ha identificado un **área de mejora adicional**, que se ha incorporado al documento. Dicha área de mejora es:

- **Ámbito 2.4: Perspectiva de género en la detección y atención de síntomas psicóticos**
 - 2.4.1. Desarrollo de protocolos de detección precoz para identificar síntomas psicóticos en mujeres, debido a diferencias en la presentación clínica, influencia hormonal (como la teoría estrogénica) y momentos vitales clave como la adolescencia, el ciclo menstrual, el embarazo o la premenopausia.

Recomendaciones:

- **Ámbito 2.1: Coordinación y protocolos de atención**

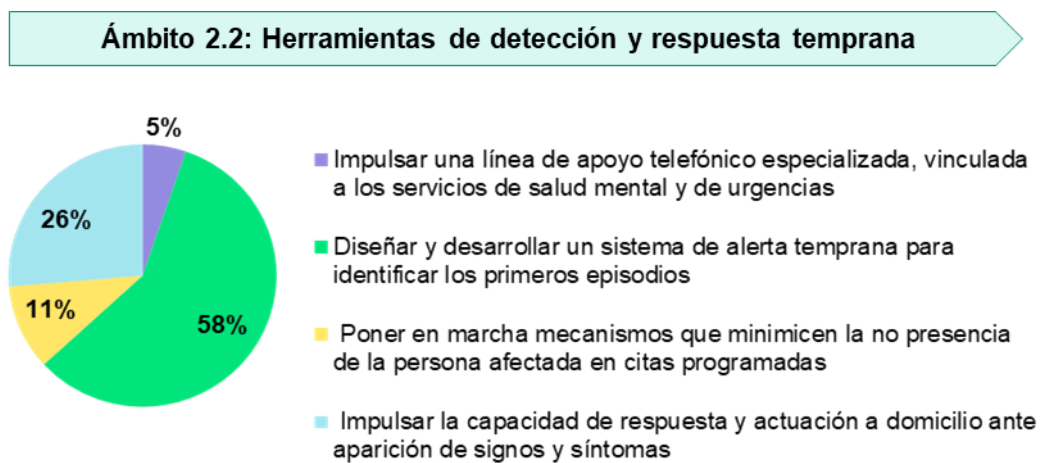
Ilustración 19. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 2.1: Coordinación y protocolos de atención de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

- **Ámbito 2.2: Herramientas de detección y respuesta temprana**

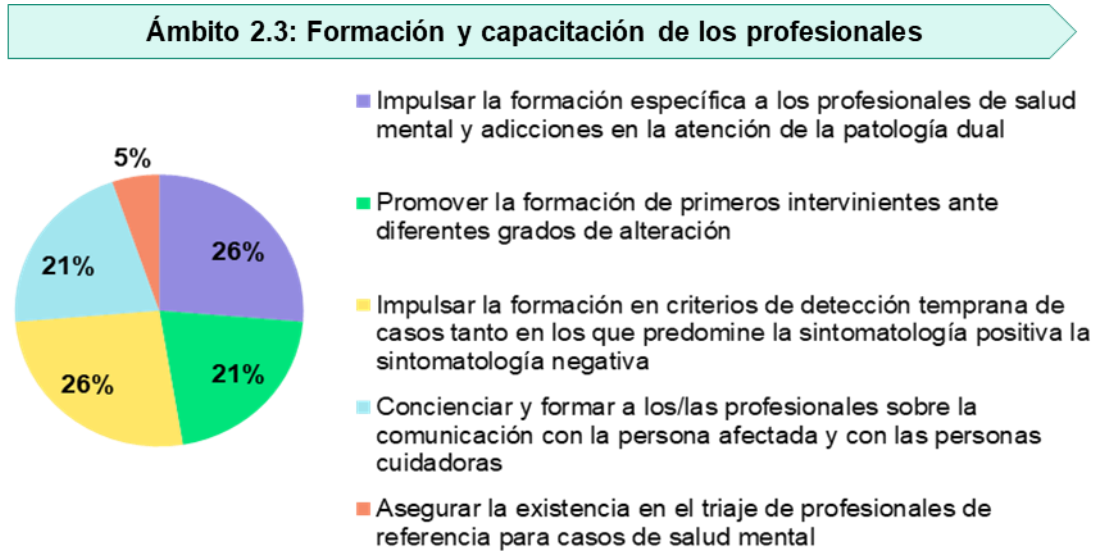
Ilustración 20. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 2.2: Herramientas de detección y respuesta temprana de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 2.3: Formación y capacitación de los profesionales**

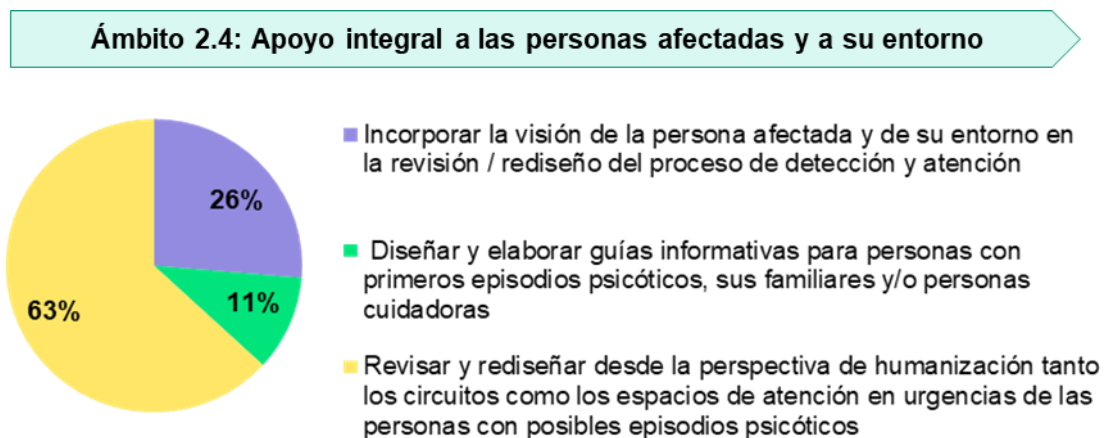
Ilustración 21. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 2.3: Formación y capacitación de los profesionales de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 2.4: Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno**

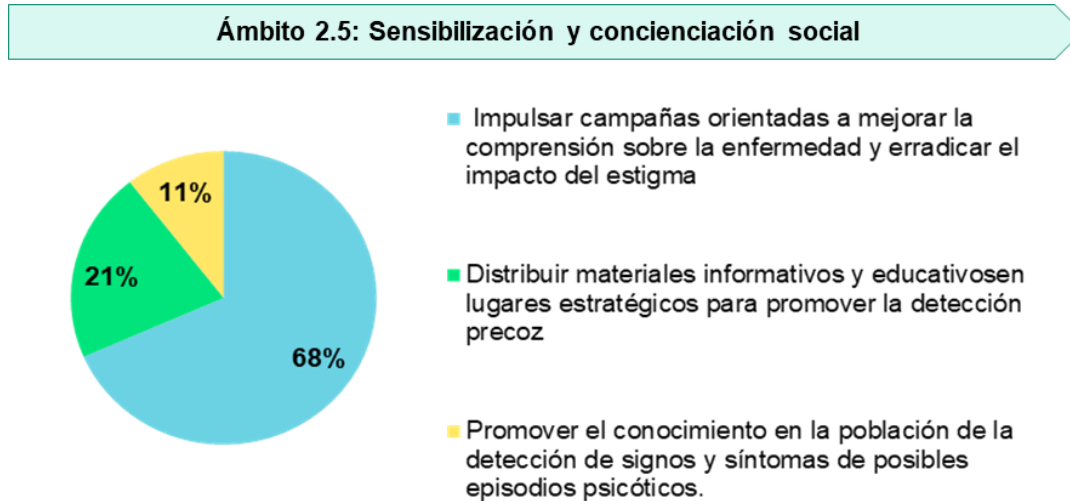
Ilustración 22. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 2.4: Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 2.5: Sensibilización y concienciación social**

Ilustración 23. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 2.5: Sensibilización y concienciación social de la fase de detección.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

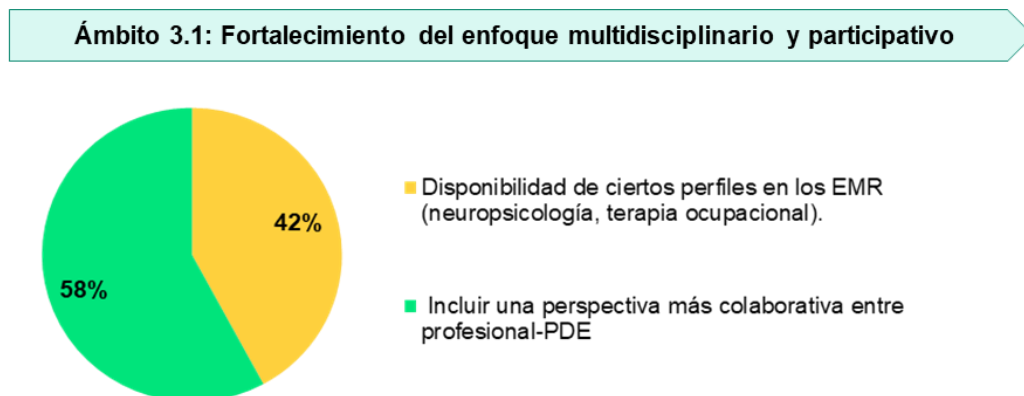
Adicionalmente a la priorización, durante la revisión de los resultados se ha identificado una **recomendación adicional**, que se ha incorporado al documento. Dicha recomendación es:

- **Ámbito 2.3: Formación y capacitación de los profesionales**
 - 2.3.3. *Incorporar la perspectiva de género en los protocolos de detección precoz, integrando formación específica para los/las profesionales sobre las particularidades clínicas con las que pueden manifestarse los síntomas psicóticos en mujeres, así como sobre la influencia de factores hormonales y momentos vitales relevantes, como el ciclo menstrual, el embarazo o la transición a la menopausia.*
- **Fase 3. Diagnóstico**

Áreas de mejora

○ **Ámbito 3.1: Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo**

Ilustración 24. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 3.1: Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo de la fase de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

- **Ámbito 3.2: Atención integral para la persona afectada y su entorno**

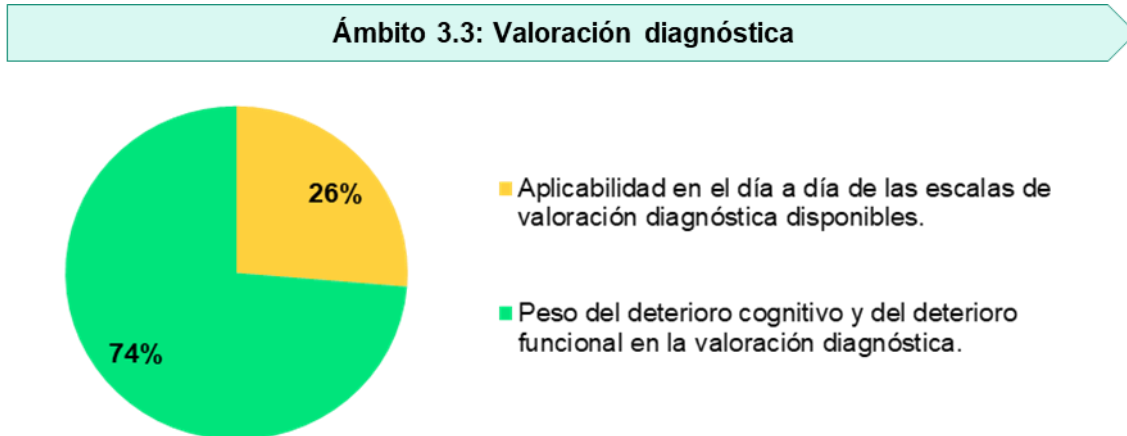
Ilustración 25. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 3.2: Atención integral para la persona afectada y su entorno de la fase de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

- **Ámbito 3.3: Valoración diagnóstica**

Ilustración 26. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 3.3: Valoración diagnóstica de la fase de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

Adicionalmente a la priorización, durante la revisión de los resultados se ha identificado un **área de mejora adicional**, que se ha incorporado al documento. Dicha área de mejora es:

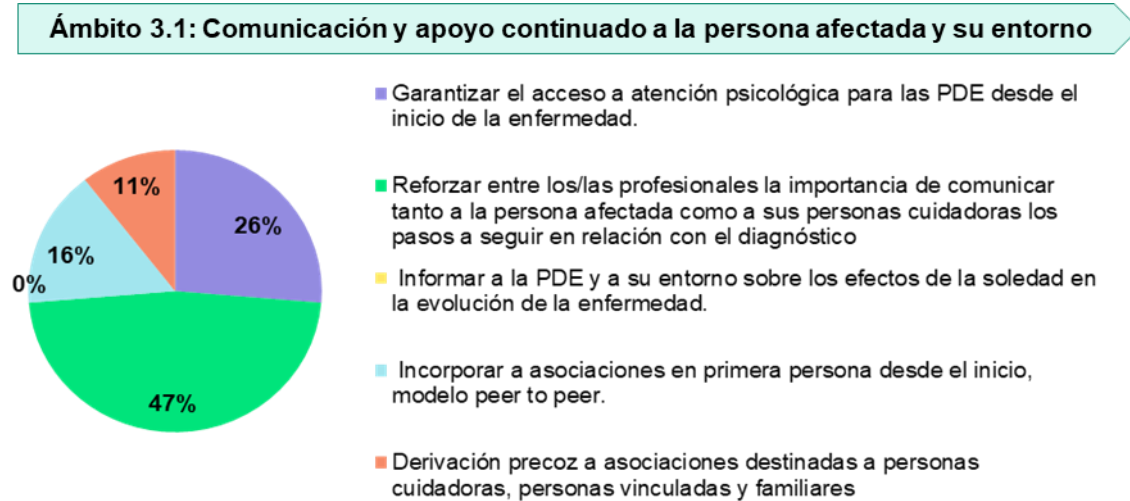
- **Ámbito 3.3: Valoración diagnóstica**

- 3.3.2. *Consideración de los factores biológicos y hormonales específicos de la mujer en el proceso diagnóstico de los trastornos psicóticos, como la influencia del ciclo menstrual, las variaciones en los niveles de estrógenos o los cambios hormonales asociados a la premenopausia.*

Recomendaciones

○ **Ámbito 3.1: Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y su entorno**

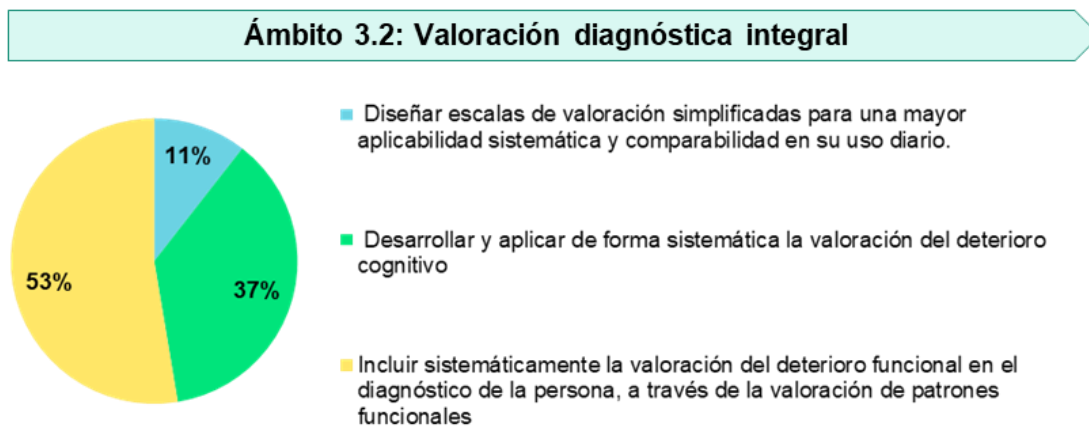
Ilustración 27. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 3.1: Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y su entorno de la fase de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 3.2: Valoración diagnóstica integral**

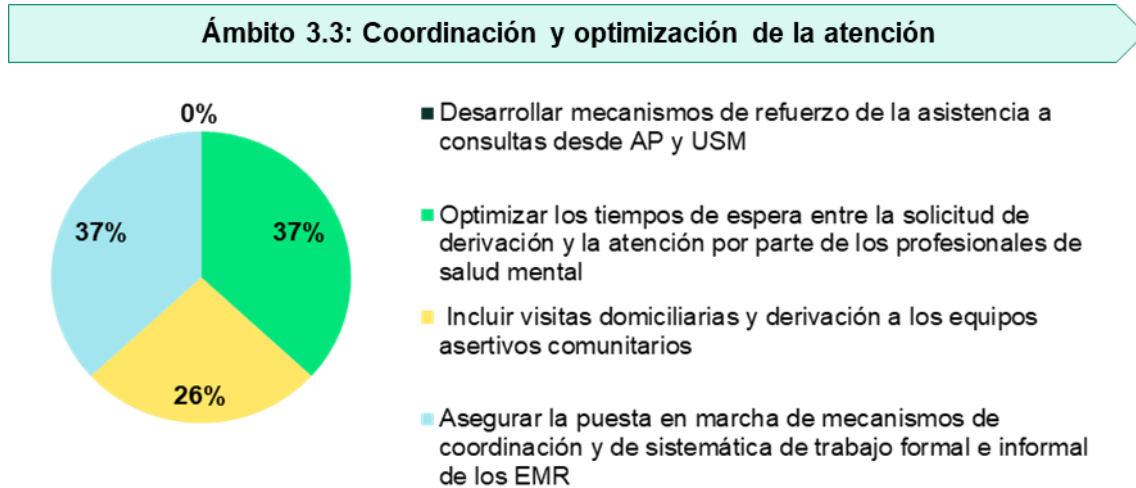
Ilustración 28. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 3.2: Valoración diagnóstica integral de la fase de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 3.3: Coordinación y optimización de la atención**

Ilustración 29. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 3.3: Coordinación y optimización de la atención de la fase de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 3.4: Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario**

Ilustración 30. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 3.4: Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario de la fase de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

Adicionalmente a la priorización, durante la revisión de los resultados se ha identificado una **recomendación adicional**, que se ha incorporado al documento. Dicha recomendación es:

● **Ámbito 3.2: Valoración diagnóstica integral**

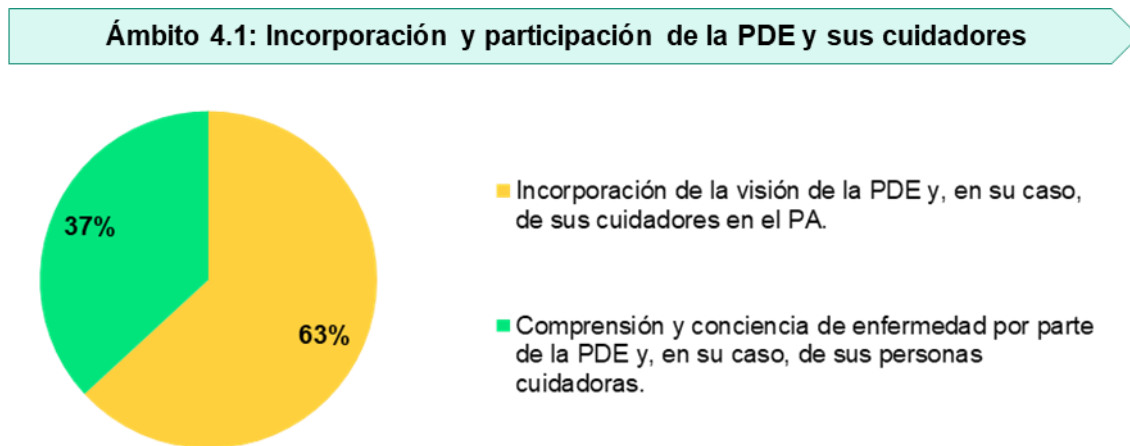
- 3.2.2. Integrar la evaluación de factores específicos de la mujer, como parte del enfoque clínico integral (p. ej.: niveles de prolactina, antecedentes ginecológicos, ciclos hormonales, etc.).

- **Fase 4. Plan de Atención**

Áreas de mejora

- **Ámbito 4.1: Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores**

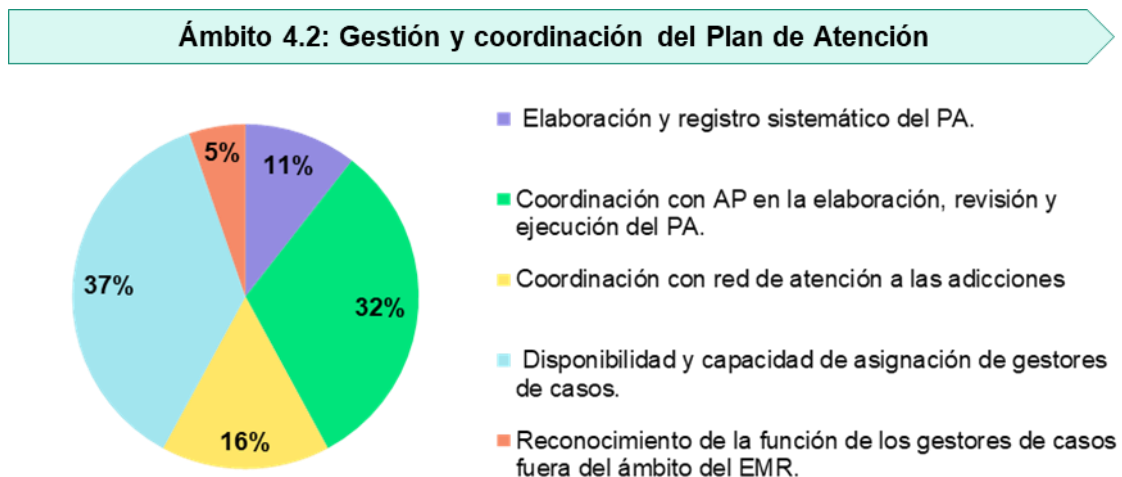
Ilustración 31. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 4.1: Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores de la fase del Plan de Atención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

- **Ámbito 4.2: Gestión y coordinación del Plan de Atención**

Ilustración 32. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 4.2: Gestión y coordinación del Plan de Atención de la fase del Plan de Atención.

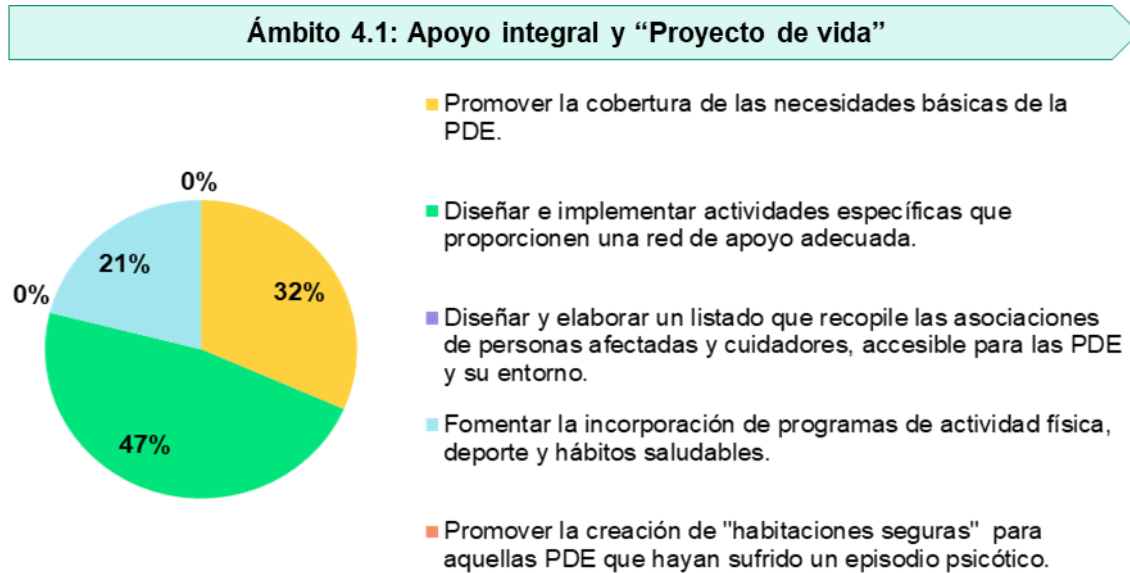


Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

Recomendaciones

○ **Ámbito 4.1: Apoyo integral y “Proyecto de vida”**

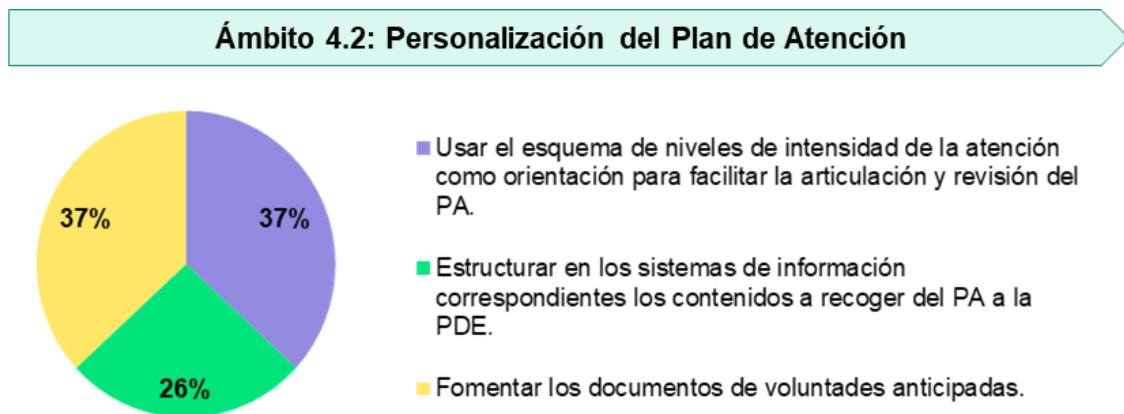
Ilustración 33. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 4.1: Apoyo integral y Proyecto de vida de la fase del Plan de Atención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 4.2: Personalización del Plan de Atención**

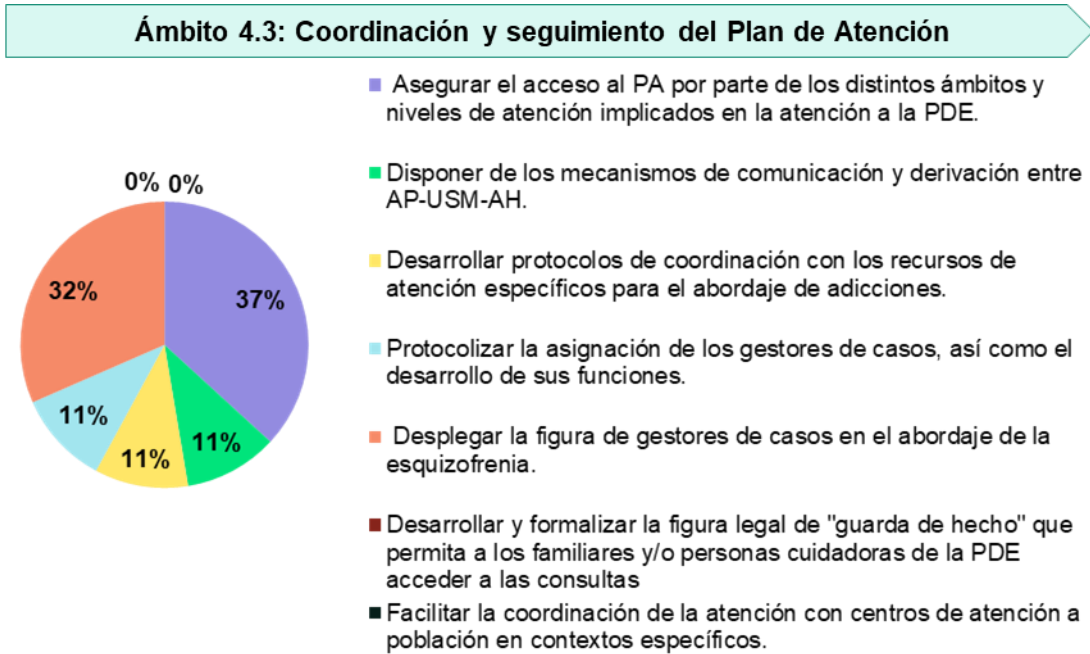
Ilustración 34. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 4.2: Personalización del Plan de Atención de la fase del Plan de Atención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 4.3: Coordinación y seguimiento del Plan de Atención**

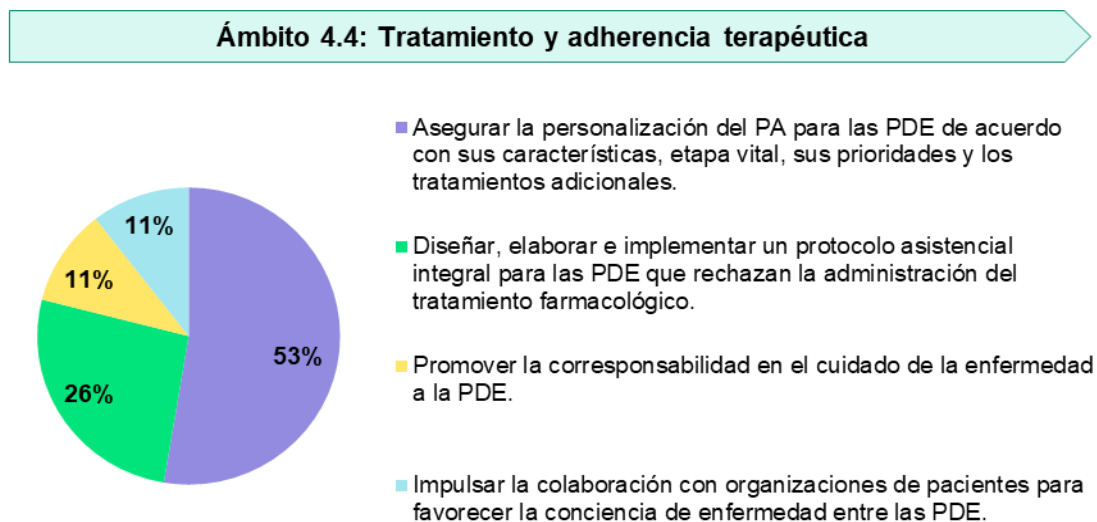
Ilustración 35. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 4.3: Coordinación y seguimiento del Plan de Atención de la fase del Plan de Atención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 4.4: Tratamiento y adherencia terapéutica**

Ilustración 36. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 4.4: Tratamiento y adherencia terapéutica de la fase del Plan de Atención.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 4.5: Formación y capacitación de los profesionales**

Ilustración 37. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 4.5: Formación y capacitación de los profesionales de la fase del Plan de Atención.



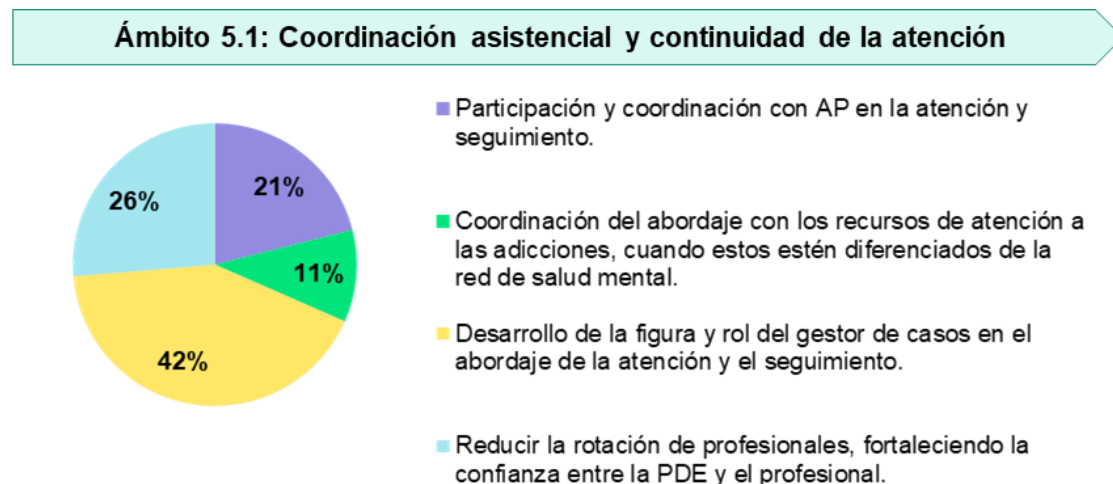
Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

● **Fase 5. Atención y seguimiento**

Áreas de mejora

○ **Ámbito 5.1: Coordinación asistencial y continuidad de la atención**

Ilustración 38. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 5.1: Coordinación asistencial y continuidad de la atención de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.2: Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar**

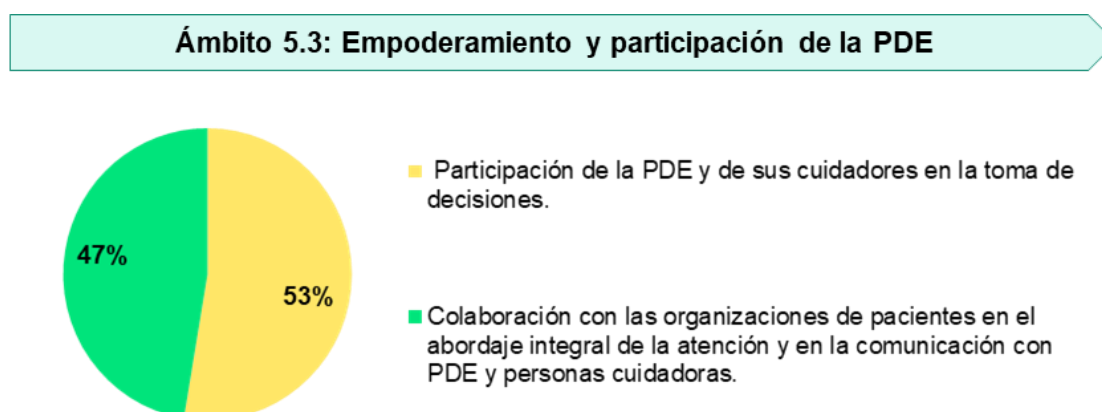
Ilustración 39. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 5.2: Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.3: Empoderamiento y participación de la PDE**

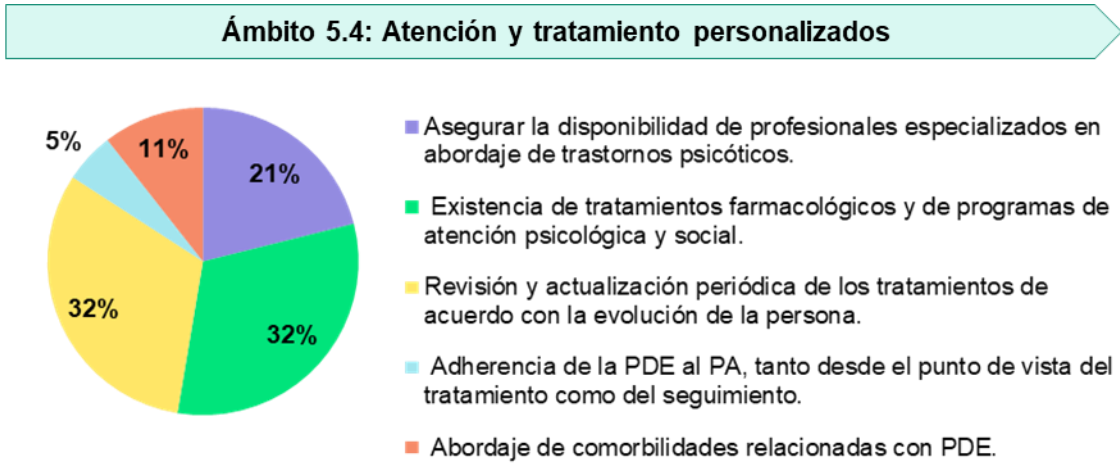
Ilustración 40. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 5.3: Empoderamiento y participación de la PDE de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.4: Atención y tratamiento personalizados**

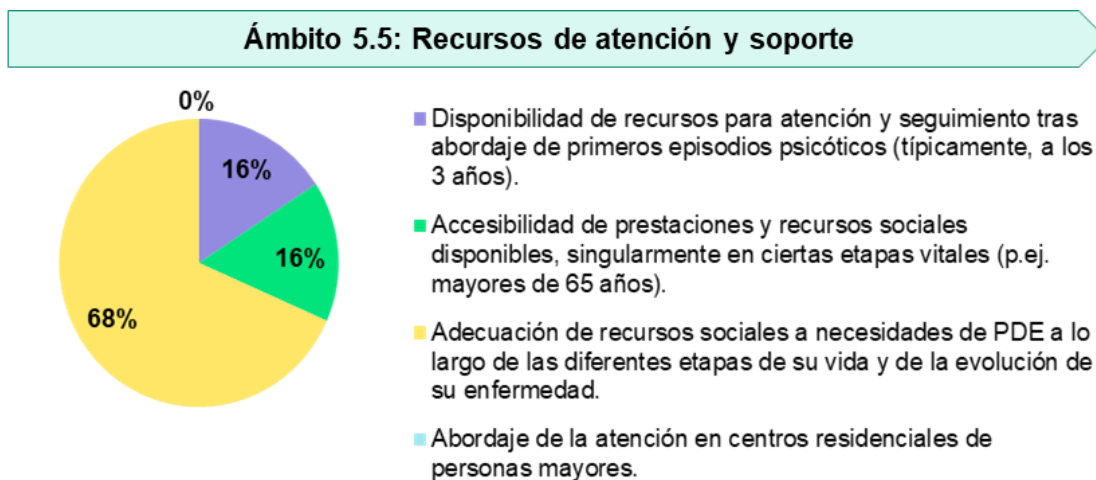
Ilustración 41. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 5.4: Atención y tratamiento personalizados de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.5: Recursos de atención y soporte**

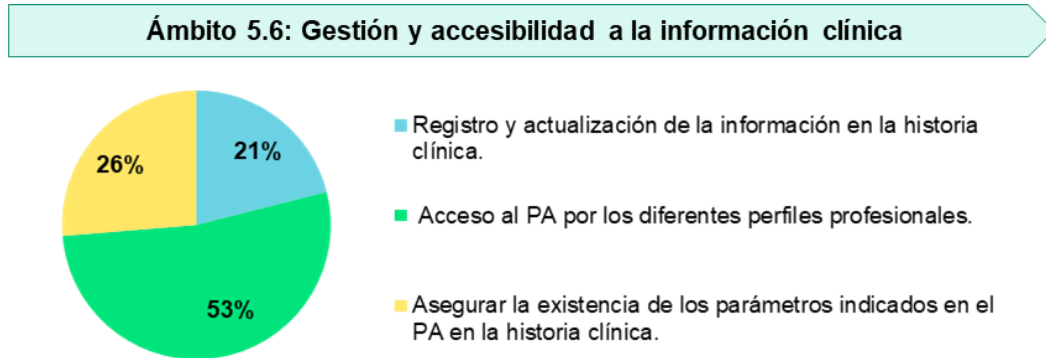
Ilustración 42. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 5.5: Recursos de atención y soporte de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.6: Gestión y accesibilidad a la información clínica**

Ilustración 43. Resultados priorización de las áreas de mejora del ámbito de actuación 5.6: Gestión y accesibilidad a la información clínica de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

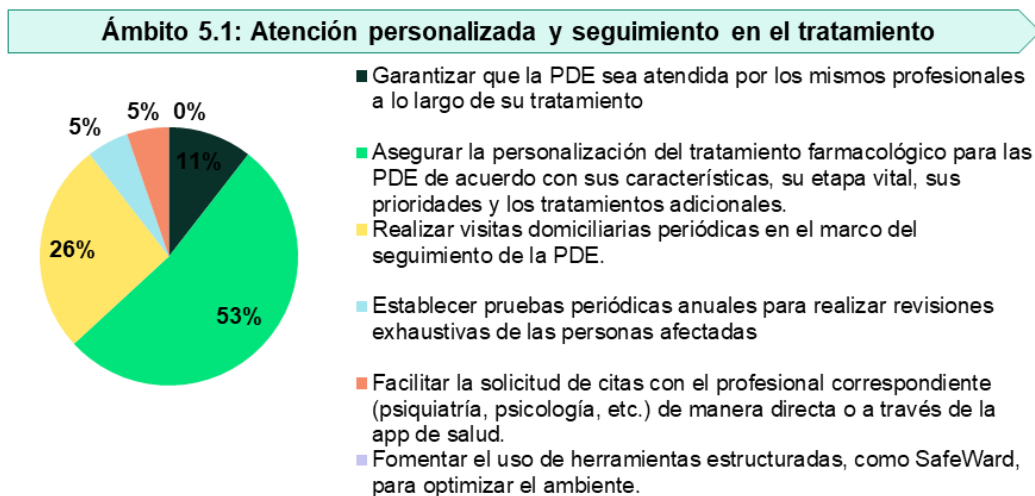
Adicionalmente a la priorización, durante la revisión de los resultados se han identificado **áreas de mejora adicionales**, que se han incorporado al documento. Dichas áreas de mejora son:

- **Ámbito 5.4: Atención y tratamiento personalizados**
 - 5.4.3. *Consideración del impacto del tratamiento de acuerdo con la perspectiva de género, atendiendo al efecto en niveles hormonales, salud reproductiva y, en general, en calidad de vida de las mujeres afectadas.*
- **Ámbito 5.6: Gestión y accesibilidad a la información clínica**
 - 5.6.2. *Garantizar una accesibilidad universal a la información y a los recursos digitales, asegurando el uso de un lenguaje claro y adaptado, así como la eliminación de barreras tecnológicas y sociales, especialmente en entornos rurales o con recursos limitados.*

Recomendaciones

○ **Ámbito 5.1: Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento**

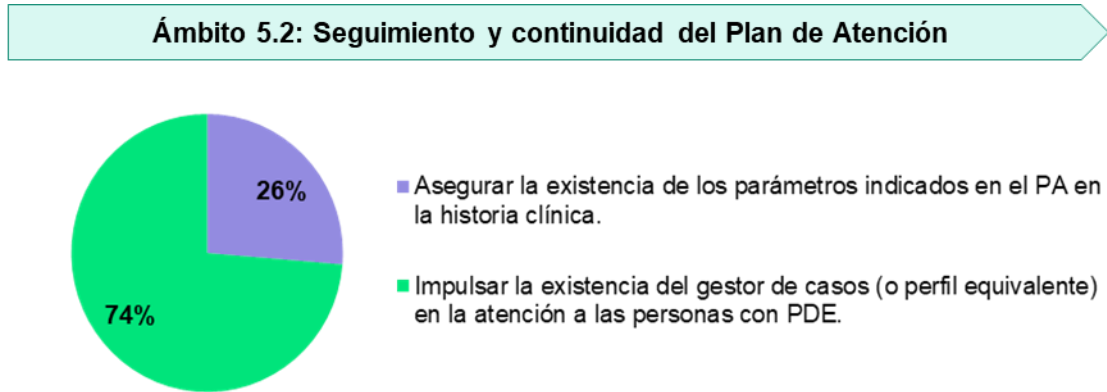
Ilustración 44. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 5.1: Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.2: Seguimiento y continuidad del Plan de Atención**

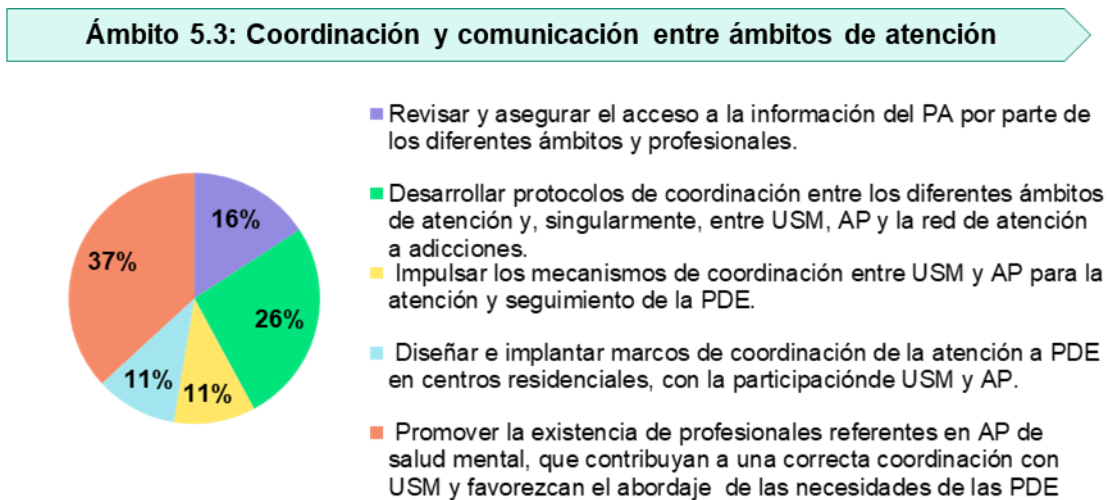
Ilustración 45. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 5.2: Seguimiento y continuidad del Plan de Atención de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.3: Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención**

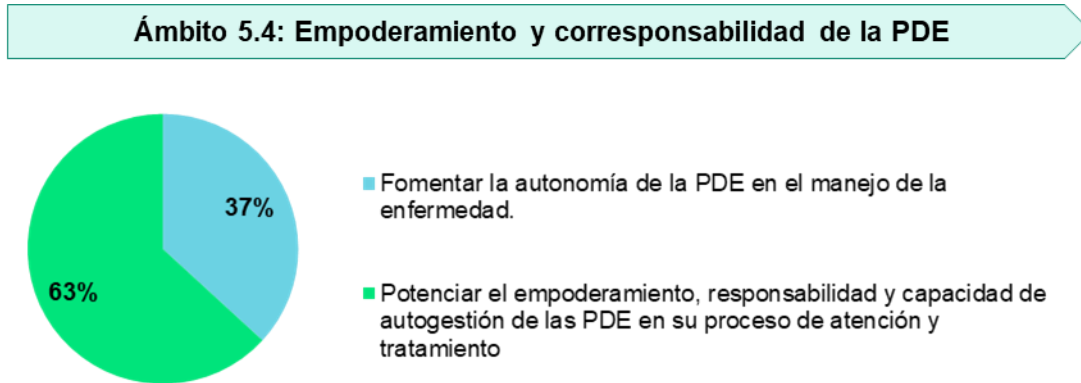
Ilustración 46. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 5.3: Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.4: Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE**

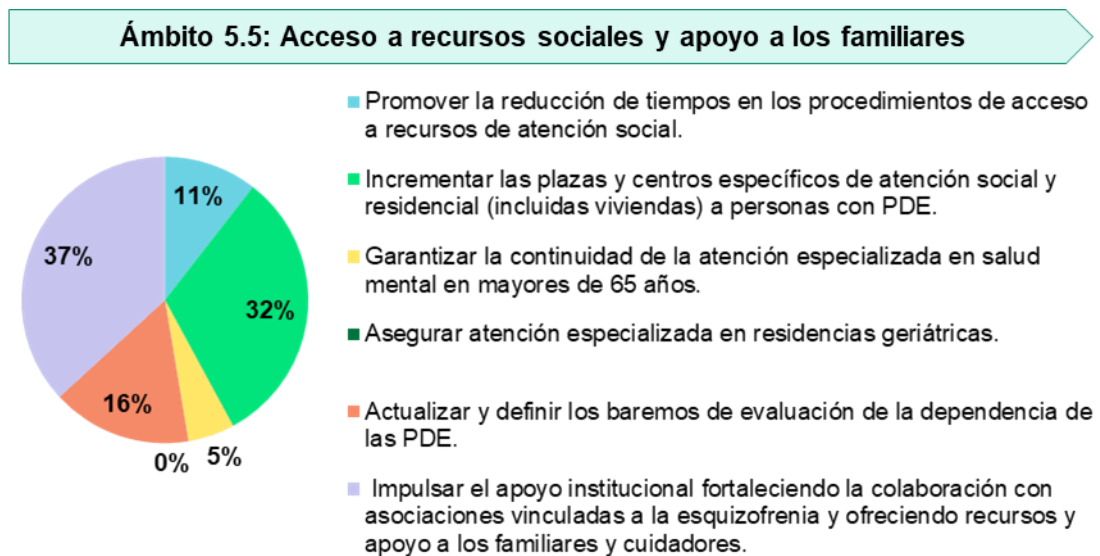
Ilustración 47. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 5.4: Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.5: Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares**

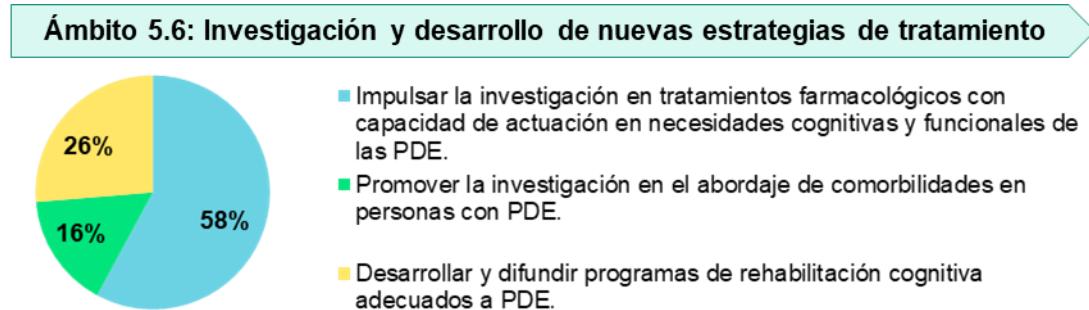
Ilustración 48. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 5.5: Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.6: Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento**

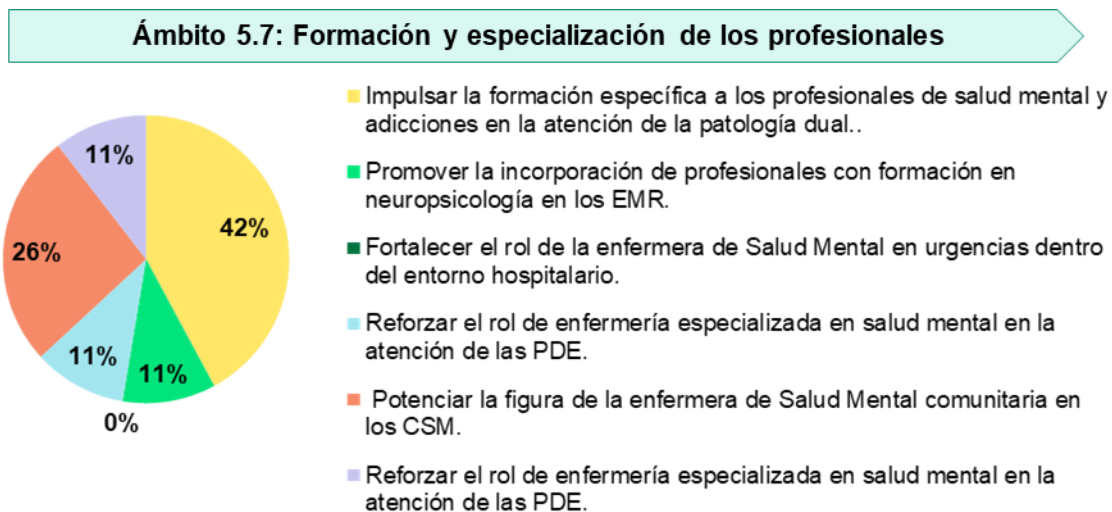
Ilustración 49. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 5.6: Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

○ **Ámbito 5.7: Formación y especialización de los profesionales**

Ilustración 50. Resultados priorización de las recomendaciones del ámbito de actuación 5.7: Formación y especialización de los profesionales de la fase del atención y seguimiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en las respuestas al cuestionario del CCA y CPac.

Adicionalmente a la priorización, durante la revisión de los resultados se han identificado **recomendaciones adicionales**, que se han incorporado al documento. Dichas recomendaciones son:

● **Ámbito 5.7: Formación y especialización de los profesionales**

- 5.7.2. *Capacitación de los profesionales de servicios públicos y municipales en estrategias de atención y en el uso de una comunicación clara y comprensible, con el fin de mejorar la interacción con las PDE y sus cuidadores.*

● **Ámbito 5.8: Accesibilidad a la información y los recursos digitales**

- 5.8.1. *Desarrollar iniciativas que faciliten el acceso digital a la información clínica y a los recursos asistenciales para PDE y sus cuidadores, y la adaptación de los contenidos a un lenguaje accesible y comprensible.*

- *5.8.2. Provisión de medios digitales adecuados (dispositivos, soporte técnico, etc.) para reducir la brecha digital de las PDE y de sus cuidadores, especialmente en contextos rurales o con recursos limitados.*

7.3. Anexo 3. Detalle de indicadores por fases del modelo

- Fase 1. Prevención

Indicadores del modelo
1. Cobertura de programas educativos sobre los riesgos del consumo de sustancias Descripción: Porcentaje de centros educativos que implementan programas de promoción de la salud mental. Justificación: El consumo de sustancias, especialmente el cannabis, es un factor de riesgo significativo para la aparición de síntomas vinculados con trastornos de la salud mental. La prevención a través de programas educativos en centros escolares que aborde hábitos saludables y sensibilización sobre factores de riesgo es una estrategia clave para reducir la incidencia de estos trastornos, tal y como se recoge en las recomendaciones del modelo de atención. Fórmula: $\left(\frac{\text{Nº de centros con programas activos}}{\text{Total de centros educativos del entorno evaluado}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 80%. Aclaración: Se trabajará sobre el censo educativo del ámbito de influencia a evaluar. Se contactará con referente en centros educativos y se consultará la pregunta.
2. Evaluación sistemática de factores de riesgo en población adolescente Descripción: Porcentaje de adolescentes de secundaria evaluados en relación a factores de riesgo de salud mental y/o consumo de sustancias, realizado por los profesionales del centro educativo en coordinación con los profesionales de enlace correspondientes en el sistema de salud. Justificación: La detección precoz de factores de riesgo y/o consumo de sustancias en adolescentes permite identificar conductas que podrían derivar en trastornos de salud mental. El modelo de atención destaca la necesidad de intervenciones preventivas en el entorno educativo, con la colaboración de profesionales de la salud mental y educación. Fórmula: $\left(\frac{\text{Número de adolescentes de secundaria evaluados en relación a factores de riesgo de salud mental y/o consumo de sustancias}}{\text{Total de adolescentes escolarizados evaluados}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 80%. Aclaración: Se elaborará una encuesta y se identificarán las sustancias tóxicas a consultar. Se comprobará en una muestra de estudiantes el cumplimiento de los criterios.

3. Desarrollo de acciones para la promoción de hábitos de vida saludables.

Descripción: Nº de campañas de concienciación social impulsadas para reforzar la importancia de tener hábitos saludables de vida y del impacto del consumo de drogas (con foco en cannabis) en el riesgo de desarrollo de trastornos psicóticos.

Justificación: El modelo de atención resalta la importancia de sensibilizar a la población, especialmente a jóvenes, sobre los efectos del consumo de sustancias en la salud mental. Se recomienda la implementación de campañas dirigidas a distintos grupos de edad para fomentar estilos de vida saludable

Fórmula: Nº campañas anuales

Aclaración: Para identificar el estándar se identificará para cada grupo de edades los medios de difusión adaptados al mismo. Al menos una campaña al año por grupo de edad (niño, adolescente, adulto).

4. Intervenciones preventivas dirigidas a familias y/o personas cuidadoras con antecedentes de esquizofrenia u otros trastornos psicopatológicos.

Descripción: Porcentaje de familias y/o personas cuidadoras de PDE con actuaciones preventivas emprendidas.

Justificación: El apoyo a las familias de PDE es fundamental para reducir el estrés del entorno y mejorar la adherencia al tratamiento. Se ha identificado la necesidad de fortalecer las estrategias de soporte familiar como parte de un enfoque preventivo y comunitario.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de familias y/o personas cuidadoras de PDE con actuaciones preventivas emprendidas}}{\text{Nº de familias y/o personas cuidadoras de PDE identificadas}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 80%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico. Se comprobará en una muestra de PDE, evaluando a sus familias, la existencia de actuaciones emprendidas.

- **Fase 2. Detección**

Indicadores del modelo
1. Existencia de protocolos y guías conjuntas para la detección precoz de casos. Descripción: Existencia de protocolo y guías conjuntas de actuación entre los niveles asistenciales implicados en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de PDE. Justificación: La existencia de un protocolo conjunto e integral estandarizado facilita la detección temprana, diagnóstico y seguimiento de las PDE, asegurando la coordinación entre AP, Urgencias y USM. La implementación de este tipo de protocolos ha sido identificada como una buena práctica en el modelo de atención. Fórmula: Existencia $\frac{\text{Si}}{\text{No}}$ Aclaración: Se auditará la existencia de documento actualizado (elaboración o actualización menor a tres años). En el protocolo deberán recogerse las escalas validadas que podrán manejar los profesionales para la adecuada detección precoz.
2. Porcentaje de casos de esquizofrenia detectados en fases tempranas. Descripción: Porcentaje de personas con casos de sospecha de esquizofrenia detectados en AP o evaluados por los servicios de urgencias. Justificación: AP y Urgencias son puntos clave de contacto inicial con el sistema de salud. Su capacidad de identificar signos tempranos o agudos es esencial para una intervención rápida y efectiva, tal como recoge el modelo de atención a la esquizofrenia. Fórmula: -AP $\left(\frac{\text{Nº de PDE identificados en AP}}{\text{Total de PDE}} \right) \times 100$ -Urgencias $\left(\frac{\text{Nº de PDE identificados por los servicios de urgencias}}{\text{Total de PDE}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 85%. Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico. En urgencias deben analizarse síntomas como alteraciones graves de conducta, presencia de síntomas psicóticos y riesgo vital.

3. Tiempo de respuesta desde la sospecha clínica hasta la atención especializada

Descripción: Tiempo promedio desde la detección de síntomas compatibles con esquizofrenia hasta la consulta de valoración por Salud Mental, incluyendo accesibilidad a servicios especializados tras derivación urgente.

Justificación: Una respuesta rápida es fundamental para evitar el agravamiento de la sintomatología. El modelo de atención a la esquizofrenia establece un plazo máximo de 7 días para derivación preferente y 24–72 horas para casos urgentes.

Fórmula:

-AP

$$\left(\frac{\text{Tiempo medio desde detección en AP a Salud Mental: suma de días desde detección a consulta}}{\text{Nº total de personas con sospecha derivados}} \right)$$

-Urgencias

$$\left(\frac{\text{Tiempo medio de espera para evaluación urgente: horas de espera acumuladas}}{\text{Nº total de personas con sospecha derivados urgentemente}} \right)$$

Estándares:

- Derivación preferente: ≤ 7 días.
- Evaluación urgente: ≤ 24–72 horas.

Aclaración: Se analizarán los registros de fecha en historia clínica electrónica.

4. Derivación preferente tras sospecha clínica

Descripción: Porcentaje de personas con detección de síntomas o signos compatibles con esquizofrenia con derivación preferente a las USM/Urgencias AH/PAEPEP.

Justificación: El acceso rápido a una evaluación especializada permite reducir el impacto de los síntomas compatibles con esquizofrenia y prevenir crisis graves. El modelo de atención enfatiza la importancia de una derivación prioritaria en aquellos casos en los que se identifiquen signos de riesgo alto.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Personas con detección de síntomas o signos compatibles con esquizofrenia con derivación preferente a las USM – urgencias AH – PAEPEP}}{\text{Nº de personas evaluadas por sospecha de esquizofrenia}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 90%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

5. Formación de profesionales en detección e intervención inicial

Descripción: Porcentaje de profesionales formados en detección precoz de esquizofrenia en AP, y de profesionales especializados formados en técnicas de desescalada y contención.

Justificación: La formación adecuada garantiza la capacidad de detectar síntomas tempranos y actuar eficazmente en situaciones de crisis, reduciendo la necesidad de medidas invasivas y mejorando la calidad asistencial.

Fórmula:

-AP

$$\left(\frac{\text{Profesionales formados en detección}}{\text{Total de profesionales AP}} \right) \times 100$$

-Profesionales especializados

$$\left(\frac{\text{Profesionales formados en desescalada}}{\text{Total de profesionales especializados}} \right) \times 100$$

Estándar:

- Atención Primaria: $\geq 50\%$
- Profesionales especializados: $\geq 80\%$

Aclaración: Incluir formación acreditada o cursos con contenidos específicos. Evaluar registros de formación interna o externa.

6. Participación activa de la persona afectada en todo el proceso asistencial

Descripción: Porcentaje de personas afectadas que participan activamente en las distintas fases del proceso asistencial, con registro explícito en la historia clínica de dicha participación.

Justificación: La implicación activa de la persona afectada en su proceso asistencial mejora la adherencia terapéutica, la satisfacción con la atención recibida y los resultados clínicos. Este enfoque se alinea con el modelo centrado en la persona y promueve la corresponsabilidad en la toma de decisiones.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de personas afectadas con registro de participación activa en fases del proceso asistencial}}{\text{Total de personas afectadas atendidas}} \right) \times 100$$

Estándar: $\geq 80\%$.

Aclaración: Se considerará participación activa la presencia de consentimiento informado, participación en decisiones del plan terapéutico, asistencia a entrevistas clínicas planificadas o intervenciones documentadas que reflejen la perspectiva de la persona.

Aunque se inicia en la fase de detección, este indicador tiene aplicación recurrente en las siguientes fases del proceso asistencial.

7. Participación activa de los familiares y/o personas cuidadoras en todo el proceso asistencial

Descripción: Porcentaje de familiares y/o personas cuidadoras de PDE que participan activamente en fases del proceso asistencial, con evidencia registrada en la historia clínica.

Justificación: La participación activa de familiares y/o personas cuidadoras mejora la continuidad de los cuidados, la adherencia al tratamiento y el abordaje integral. Su implicación proporciona un apoyo emocional y estructural clave en todas las fases del proceso asistencial.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de familiares y/o cuidadores de PDE con registro de participación activa en fases de proceso asistencial}}{\text{Total de personas afectadas atendidas}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 80%.

Aclaración: Se valorará como participación activa la presencia documentada en sesiones clínicas, entrevistas familiares, decisiones compartidas o acciones formativas dirigidas a cuidadores.

Aunque se inicia en la fase de detección, este indicador mantiene aplicación recurrente en fases posteriores como el diagnóstico, el plan de atención y el seguimiento.

- **Fase 3. Diagnóstico**

Indicadores del modelo

1. Diagnóstico basado en criterios clínicos y funcionales

Descripción: Porcentaje de diagnósticos confirmados según DSM o CIE que cumplen criterios de confirmación diagnóstica.

Justificación: El diagnóstico de esquizofrenia debe basarse en criterios clínicos estandarizados, como los del DSM o la CIE, para garantizar precisión y confiabilidad en las pruebas diagnósticas y tratamientos que se definan. Se recomienda un enfoque estructurado que contemple la evolución temporal de los síntomas y el descarte de otras patologías con manifestaciones clínicas similares.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de diagnósticos confirmados según DSM o CIE que cumplen criterios de confirmación diagnóstica definidos en el modelo}}{\text{Total de diagnósticos de esquizofrenia realizados}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 95%.

Aclaración: Se considera criterios de confirmación diagnóstica según modelo, la presencia de signos de trastorno en un periodo de al menos 6 meses con presencia continuada de dos o más síntomas durante al menos un mes en fase activa de la enfermedad siendo alguno de ellos la existencia de delirios, alucinaciones y habla desorganizada. Evaluar historia clínica o registro específico.

2. Existencia de Equipo Multidisciplinar en el Diagnóstico

Descripción: El equipo multidisciplinar de referencia estará formado al menos por profesionales de psiquiatría, enfermería en salud mental y trabajo social.

Justificación: El diagnóstico de esquizofrenia requiere un abordaje integral en el que participen profesionales de distintas disciplinas (psiquiatría, enfermería de salud mental y trabajo social, como mínimo, ampliable a otras especialidades vinculadas). La coordinación entre estos perfiles mejora la evaluación de la PDE y permite diseñar un plan de intervención ajustado a sus necesidades.

Fórmula:

Si/No

Aclaración: Podrá también formar parte de dicho EMR profesionales de neuropsicología como Terapia ocupacional.

3. Valoración integral de la persona afectada con diagnóstico compatible con esquizofrenia

Descripción: Porcentaje de personas con diagnóstico compatible con esquizofrenia a las que se les hace una valoración completa integral de la persona y del entorno con evidencia en su historia clínica.

Justificación: Es fundamental realizar una evaluación multidimensional que contemple aspectos clínicos, funcionales, sociales y familiares de la PDE. Esta evaluación permite diseñar estrategias de intervención adaptadas a cada caso, asegurando una mejor evolución y pronóstico.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de personas con la valoración completa por áreas registradas en su historia clínica}}{\text{Nº de personas valoradas con registro en historia clínica con diagnóstico compatible con esquizofrenia}} \right) \times 100$$

Estándar: >85%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

4. Uso de Escalas Psicométricas en el diagnóstico

Descripción: Porcentaje de diagnósticos realizados con el apoyo de escalas estandarizadas registradas en la historia clínica.

Justificación: Las escalas psicométricas ayudan a estructurar la evaluación y reducir la variabilidad diagnóstica. Se recomienda la utilización de herramientas validadas como el CAGE para la detección de consumo de sustancias o el PAD-SM para la planificación de decisiones en salud mental.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de diagnósticos con apoyo de escalas registradas en la historia clínica}}{\text{Total de diagnósticos realizados}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 85%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico. Se identificarán las principales escalas utilizadas: CAGE, PAD-SM, etc.

5. Revisión clínica periódica de PDE

Descripción: Porcentaje de diagnósticos revisados y actualizados cada 12 meses.

Justificación: El diagnóstico de esquizofrenia debe ser revisado y actualizado al menos una vez al año para evaluar la evolución de la PDE y ajustar el tratamiento si es necesario. La monitorización periódica permite detectar cambios clínicos y prevenir recaídas.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de diagnósticos revisados}}{\text{Total de diagnósticos realizados}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 90%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

6. Evaluación cognitiva en el diagnóstico

Descripción: Porcentaje de PDE evaluados mediante pruebas cognitivas.

Justificación: Los déficits cognitivos son frecuentes en la esquizofrenia y afectan la funcionalidad de PDE. Se recomienda la evaluación sistemática de la capacidad cognitiva mediante herramientas específicas, con el objetivo de diseñar estrategias de rehabilitación y apoyo.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE evaluados cognitivamente}}{\text{Total de PDE}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 80%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

- Fase 4. Plan de Atención**

Indicadores del modelo**1. Identificación del nivel de intensidad de la atención**

Descripción: Porcentaje de PDE con registro en la historia clínica del nivel de intensidad de la atención que facilite la toma de decisiones de la pauta de actuación a seguir.

Justificación: Determinar el nivel de intensidad de la atención permite ajustar las intervenciones a las necesidades individuales de la PDE. El modelo de atención recomienda revisar este nivel al menos anualmente y con mayor frecuencia en los primeros tres años tras el diagnóstico, para asegurar una respuesta flexible y adaptada.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con nivel de intensidad de la atención registrado en la historia clínica}}{\text{Total de PDE atendidos}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 90%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

2. Elaboración del PA

Descripción: Porcentaje de PDE con un PA documentado.

Justificación: El PA debe incluir información sobre la historia clínica de la PDE, sus necesidades, objetivos terapéuticos y las intervenciones planificadas. Su diseño debe realizarse de manera multidisciplinar, asegurando que contemple tanto el abordaje sanitario como el social.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con PA documentado y registrado en la historia clínica}}{\text{Total de PDE atendidos}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 90%.

Aclaración: Se entiende por documentado que se haga valoración de todos los ítems que recoge el modelo para el PA (visión general de la PDE, cuidadores, e intervenciones del entorno). Evaluar historia clínica o registro específico.

3. Comunicación efectiva del PA a la PDE y a su familia y/o personas cuidadoras en entrevista estructurada.

Descripción: Porcentaje de PDE que en menos de un mes se les ha informado sobre el PA, sus características, y las decisiones clínicas adoptadas reflejando si se toman de forma compartida.

Justificación: La PDE y sus familiares deben recibir información clara sobre el PA en un plazo máximo de un mes tras su elaboración. Es fundamental que comprendan las características del plan, las opciones de tratamiento y las decisiones clínicas adoptadas, favoreciendo la toma de decisiones compartidas.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE informados en menos de un mes sobre el PA sus características, y las decisiones clínicas adoptadas}}{\text{Total de PDE con PA elaborado}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 80%.

Aclaración: Se entiende por características si recoge posibilidades de tratamientos psicológicos, biológicos y sociales, y posibles implicaciones en su vida. Se reflejará si se busca consenso en la toma de decisiones.

4. Existencia de gestor de caso en todas las PDE con PA

Descripción: Porcentaje de PDE con PA que disponen de gestor de caso.

Justificación: El gestor de caso juega un papel clave en la coordinación de los distintos recursos asistenciales, garantizando la continuidad del tratamiento y facilitando la comunicación entre los profesionales y la PDE. Su implementación mejora la adherencia y reduce el riesgo de descompensaciones.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con PA que disponen de gestor de casos}}{\text{Total de PDE con PA}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 75%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

- **Fase 5. Seguimiento y atención**

Indicadores del modelo
1. Conocimiento de las preferencias de la PDE previo a definir una intervención y proyecto de vida
Descripción: Porcentaje de PDE con registro de las preferencias y objetivos personales vitales previo a definir una intervención y proyecto de vida. Justificación: Registrar las preferencias y objetivos vitales de la PDE permite orientar mejor las intervenciones y fomentar su implicación en el tratamiento. El modelo de atención destaca la importancia de integrar la perspectiva de la PDE en la planificación de la atención para mejorar su adherencia y calidad de vida. Fórmula: $\left(\frac{\text{PDE con registro de las preferencias y objetivos vitales previo a definir una intervención}}{\text{PDE con intervención registrada}} \right) \times 100$ Estándar: 80%. Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.
2. Abordaje de la atención y seguimiento de la intervención de psiquiatría por fases
Descripción: Porcentaje de PDE en los que la atención y seguimiento de la intervención del psiquiatra se realiza en las fases recogidas en el modelo. Justificación: El modelo de atención recoge que el seguimiento debe realizarse en función de la fase en la que se encuentra la PDE (primer episodio, fase aguda, fase subaguda y fase estable), adaptando las intervenciones a sus necesidades. La monitorización estructurada ayuda a detectar caídas y ajustar el tratamiento. Fórmula: $\left(\frac{\text{Nº de PDE con intervención del psiquiatra por fases en su atención y seguimiento según modelo}}{\text{Total de PDE con intervención del psiquiatra}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 85%. Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.
3. Revisión periódica y ajuste del PA
Descripción: Porcentaje de PA revisados al menos una vez al año. Justificación: Se recomienda que los planos de atención sean revisados al menos una vez al año para evaluar su efectividad y realizar ajustes según la evolución de la PDE. La continuidad y adaptación del plan son claves para optimizar los resultados clínicos y funcionales. Fórmula: $\left(\frac{\text{Nº de PA revisados anualmente}}{\text{Total de PDE con PA elaborado}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 85%. Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

Indicadores del modelo
4. Ajuste de la medicación de la PDE según la respuesta clínica y tolerancia
Descripción: Porcentaje de PDE con ajuste adecuado de la medicación según tolerancia y respuesta clínica. Justificación: La medicación debe ajustarse de manera individualizada, considerando la respuesta clínica y los efectos adversos. Se enfatiza la necesidad de documentar en la historia clínica los ajustes realizados y su justificación para mejorar la calidad del tratamiento. Fórmula: $\left(\frac{\text{Nº de PDE con registro en su historia clínica de medicación ajustada a la tolerancia y respuesta clínica}}{\text{Nº de PDE en fase aguda}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 85%. Aclaración: Se requiere que se registre tratamiento, tolerancia y respuesta clínica en la historia clínica. Evaluar historia clínica o registro específico.
5. Control periódico de los efectos secundarios de antipsicóticos
Descripción: Porcentaje de PDE con registro de evaluación periódica de efectos secundarios del fármaco prescrito. Justificación: La evaluación periódica de los efectos adversos de la medicación permite ajustar el tratamiento y mejorar la tolerabilidad. Se recomienda registrar este seguimiento en la historia clínica. Fórmula: $\left(\frac{\text{Nº de PDE con valuación periódica de efectos secundarios del fármaco prescrito}}{\text{Total de PDE en tratamiento con fármaco prescrito}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 90%. Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.
6. Seguimiento regular e individualizado de la PDE en la fase subaguda.
Descripción: Porcentaje de PDE en fase subaguda con seguimiento regular y ajustes terapéuticos individualizados en función de síntomas residuales y efectos adversos. Justificación: En la fase subaguda, el seguimiento debe centrarse en la evaluación de síntomas residuales, efectos adversos y ajustes terapéuticos necesarios. Mantener una monitorización frecuente en esta etapa puede prevenir recaídas y mejorar la recuperación funcional. Fórmula: $\left(\frac{\text{Nº de PDE en fase subaguda con registro en la historia clínica de dosis, efectos secundarios y ajuste de dosis ante efectos adversos}}{\text{Nº de PDE en fase subaguda}} \right) \times 100$ Estándar: ≥ 85%. Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

7. PDE evaluados con patrones funcionales de enfermería

Descripción: Porcentaje de PDE evaluados por enfermería con patrones funcionales.

Justificación: La valoración de patrones funcionales por enfermería permite identificar necesidades en salud y adaptar la intervención. Se recomienda el uso de herramientas estandarizadas para garantizar una evaluación completa y sistemática.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE evaluados por enfermería con patrones funcionales}}{\text{Total de PDE}} \right) \times 100$$

Estándar: ≥ 85%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

8. Intervención psicológica individualizada con la PDE

Descripción: Porcentaje de PDE que reciben atención de un profesional de psicología quedando registro de la intervención psicológica recibida.

Justificación: La intervención psicológica es un complemento clave del tratamiento farmacológico en esquizofrenia. Se recomienda garantizar el acceso a intervenciones psicológicas, documentarlas en la historia clínica, que apoyen en la reducción de síntomas y la mejora del bienestar emocional.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE que reciben atención psicológica con registro del tipo de intervención recibida en su historia clínica}}{\text{Nº de PDE que reciben atención psicológica}} \right) \times 100$$

Estándar: 95%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

9. Intervención de carácter social realizada con la PDE

Descripción: Porcentaje de PDE que reciben atención de carácter social quedando registro de la actuación realizada.

Justificación: El acceso a recursos sociales y programas de apoyo comunitario es esencial para la integración de la PDE. Se recomienda llevar a cabo y recoger en la historia clínica las intervenciones sociales realizadas.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE que reciben atención de carácter social con registro del tipo de intervención llevada a cabo en su historia clínica}}{\text{Nº de PDE que reciben atención de carácter social}} \right) \times 100$$

Estándar: 95%.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

10. Evaluación de la calidad de vida percibida por la PDE

Descripción: Porcentaje de PDE evaluados con escalas estandarizadas de calidad de vida.

Justificación: Medir la calidad de vida permite evaluar el impacto del tratamiento y ajustar las intervenciones según las necesidades del paciente. Se recomienda el uso de escalas estandarizadas.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE evaluados con escalas de calidad de vida}}{\text{Total de PDE en seguimiento}} \right) \times 100$$

Estándar: $\geq 80\%$.

Aclaración: Se recomienda utilizar alguna de las siguientes escalas utilizadas para medir calidad de vida en PDE; *Quality of Life Scale (QLS)* – Heinrichs et al; *WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref)*. Evaluar historia clínica o registro específico.

11. Evaluación de la calidad de vida percibida por los familiares y/o personas cuidadoras de la PDE

Descripción: Porcentaje de familiares y/o personas cuidadoras de PDE evaluados con escalas estandarizadas de calidad de vida.

Justificación: Los cuidadores juegan un papel clave en el proceso de recuperación del paciente. Evaluar su calidad de vida permite identificar necesidades de apoyo y diseñar estrategias de intervención para reducir la sobrecarga.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de familiares y/o personas cuidadoras de PDE evaluados con escalas de calidad de vida}}{\text{Total de PDE en seguimiento}} \right) \times 100$$

Estándar: $\geq 80\%$.

Aclaración: Se recomienda utilizar alguna de las siguientes escalas utilizadas para medir calidad de vida en PDE; *Quality of Life Scale (QLS)* – Heinrichs et al; *WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref)*. Evaluar historia clínica o registro específico.

12. Evaluación coordinada con AP en PDE con respuesta al tratamiento estabilizados

Descripción: Porcentaje de PDE con respuesta a tratamiento en fase de estabilización seguidos de forma coordinada con profesionales de AP.

Justificación: La coordinación con AP permite un seguimiento más accesible y continuo para pacientes en fase de estabilización. Se recomienda establecer protocolos de comunicación entre AP y Salud Mental para garantizar una atención integral.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº de PDE con respuesta a tratamiento en fase de estabilización seguidos de forma coordinada con profesionales de AP}}{\text{Nº de PDE con respuesta al tratamiento en fase de estabilización}} \right) \times 100$$

Estándar: $\geq 85\%$.

Aclaración: Evaluar historia clínica o registro específico.

8. Acrónimos y abreviaturas

Acrónimos y abreviaturas	Descripción
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
BI	Boehringer Ingelheim
CCA	Comité Científico Asesor
CEE	Centros Especiales de Empleo
CPac	Comité de Pacientes
EMR	Equipo Multidisciplinar de Referencia
GAM	Grupos de Apoyo Mutuo
IA	Inteligencia Artificial
I-ROC	<i>Individual Recovery Outcomes Counter</i>
PA	Plan de Atención
PAD-SM	Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental
PAPEP	Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos
PDE	Personas con Diagnóstico de Esquizofrenia
SCIP-S	Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría
SNS	Sistema Nacional de Salud
UHB	Unidad de Hospitalización Breve
USM	Unidad de Salud Mental

9. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S. (1990). The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 157, 853-9.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (7ª edición Ausg.).
- CIE-10-ES. 5ª Edición. (2024). Von eCIE10ES: <https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/browser/metabuscador> abgerufen
- Del Valle López R.M., Guzmán Lozano S. (2019). Proyecto de vida en las personas con trastorno mental grave. *TOG (A Coruña)*, 6(5), 31-44.
- Gisbert C., Cid J. (2012). Salud Mental Comunitaria: el modelo de Girona. *Cuaderno de psiquiatría comunitaria*, 11(1).
- Gordon M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª ed.* McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. (2014). Von Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Pacientes.pdf> abgerufen
- Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y Esquizofrenia Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. (2019). Von Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y Esquizofrenia Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/1gpc_psicosis_completa.pdf abgerufen
- (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. (2009). Von Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Servicio Murciano de Salud: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtratamientoesquizofrenia.pdf> abgerufen
- Herdman T.H. (2012). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. (N. Internacional., Herausgeber) Von Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Nanda International. abgerufen
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. (2023). Von Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Resumen_Ejecutivo_2023.pdf abgerufen
- Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., McGlashan T.H., Miller A.L., Perkins D.O., Kreyenbuhl J. (2004). ; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia* (2ª edición Ausg.). Am J Psychiatry.
- Malmberg L., Fenton M. (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001(3), CD001360.
- Monger B., Hardie S.M., Ion R., Cumming J., Henderson N. (2013). The Individual Recovery Outcomes Counter: Preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist*, 37(7), 221-7.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2024). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (6ª edición Ausg.). Elsevier.

- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. London: *National Institute for Health and Care Excellence (UK)*.
- Pino O., Guilera G., Rojo J.E., Gómez-Benito J., Purdon S.E. (2023). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Von SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo. Manual 2ª Edición: https://hogrefe-tea.com/recursos/Ejemplos/Manual_SCIP-S_web.pdf abgerufen
- Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental*. (2015). Von Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental: Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental. Escuela Andaluza de Salud Pública: <https://consaludmental.org/publicaciones/Planificacion-anticipada-decisiones-salud-mental.pdf> abgerufen
- Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha (PAISM): Trastorno Mental Grave. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*. (2012). Von Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha (PAISM): Trastorno Mental Grave. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha: https://sanidad.castillalamancha.es/files/tmg_vimp_-_1_160412.pdf abgerufen
- Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha, intervención precoz en primeros episodios psicóticos*. (2012). Von Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla La Mancha, intervención precoz en primeros episodios psicóticos (IPPEP). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha: https://sanidad.castillalamancha.es/files/ippep_vimp_-_1_160412.pdf abgerufen
- Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Extremadura*. (2019). Von Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/PAI%20TMG_2444.pdf abgerufen
- Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía*. (2020). Von Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave en Andalucía. Consejería de Salud y Familias: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2023/11/PAI_Trastorno_Mental_Grave_2020.pdf abgerufen
- Proceso asistencial primeros episodios psicóticos (PEP)*. (2019). Von Proceso asistencial primeros episodios psicóticos. Servicio de Salud del Principado de Asturias: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38037/PROGRAMA%20PRIMEROS%20EPISODIOS%20definitivo%20julio%202019.pdf/ed28b738-9aac-91c8-eb17-1c651a1b4f65> abgerufen
- Rehabilitación Psicosocial*. (2019). Von Rehabilitación Psicosocial. Federación Española de Asociaciones de rehabilitación psicosocial (FEARP): <https://fearp.es/revista/revista162.pdf> abgerufen
- Saitz R., Horton N.J., Sullivan L.M., Moskowitz M.A., Samet J.H. (2003). Samet JH. Addressing alcohol problems in primary care: a cluster randomized, controlled trial of a systems intervention. The screening and intervention in primary care (SIP) study. *Ann Intern Med*, 138(5), 372-82.
- Sistema Nacional de Salud. (kein Datum). Von Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP): <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap> abgerufen



Con el aval de: