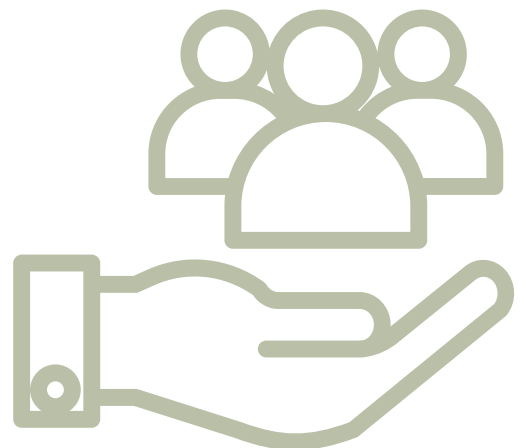




**PROGRAMA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO  
PARA LAS PERSONAS CON PROBLEMAS  
GRAVES DE SALUD MENTAL**

**SASEM**



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Vicepresidència Segona i  
Conselleria de Serveis Socials,  
Igualtat i Vivenda



# ÍNDICE

- 1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA**
- 2. PRINCIPIOS GENERALES**
- 3. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS**
- 4. PERFIL DE LA PERSONA USUARIA**
- 5. PROCESO DE INTERVENCIÓN**
  - 5.1-DETECCIÓN**
  - 5.2-DERIVACIÓN**
  - 5.3-ACOGIDA**
  - 5.4-VALORACIÓN INICIAL E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES**
  - 5.5-INTERVENCIÓN**
  - 5.6-METODOLOGÍA**
  - 5.7-SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**
  - 5.8-FINALIZACIÓN**
- 6. CRITERIOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL SASEM**
- 7. EL EQUIPO TÉCNICO DEL SASEM**
- 8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SASEM**
- 9. ANEXOS**
  - 9.1- DOCUMENTACIÓN DE LA PERSONA USUARIA**
  - 9.2- PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO**
  - 9.3- MODELO PLAN DE ATENCIÓN INNNDIVIDUALIZADO**
  - 9.4- ESCALAS DE EVALUACIÓN**
  - 9.5- HOJA DE DERIVACIÓN SANITARIA**
  - 9.6- INTERVENCIÓN COMUNITARIA**
- 10. GLOSARIO**
- 11. ACRÓNIMOS**
- 12. DOCUMENTOS DE INTERÉS**

# 1- JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana, en su artículo 15.2, distingue dos niveles de actuación en atención primaria, el de carácter básico y el de carácter específico. Este último se caracteriza por la singularidad de la atención e intervención requerida, y ofrecida en función de la naturaleza de las situaciones y de la intensidad de las prestaciones. De acuerdo con el artículo 18.2 de la mencionada ley, entre los servicios que integran la atención primaria de carácter específico, se encuentra el servicio de atención a las personas con diversidad funcional o discapacidad y más específico el de personas con problemas crónicos de salud mental. En dicho servicio se desarrollarán actuaciones propias de la intervención social, en coordinación con el sistema sanitario, a través de programas de prevención, promoción de la autonomía, rehabilitación e inclusión social.

La Estrategia Autonómica de salud mental 2016-2020 consolida el modelo de atención comunitario y orienta la organización de los servicios y la atención que se presta desde el paradigma del modelo de recuperación. La amplia mirada que propone para entender la salud mental y la atención a las personas afectadas implica la convergencia de muchos puntos de vista, la sinergia de diversos ámbitos, disciplinas y tecnologías, planteando la integración de la atención como objetivo de mejora permanente, integración entre los diferentes servicios y niveles de atención de la red sanitaria y entre el sistema sanitario, social, educativo, laboral y judicial.

Una de las fortalezas de esta estrategia es el protagonismo de las personas: personas usuarias, familias y profesionales, y su participación activa en la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación, necesaria para la transformación de las relaciones entre los individuos, comunidades, servicios y gobiernos que puedan facilitar el empoderamiento y emancipación de las personas con problemas de salud mental y sus familias.

La Estrategia Valenciana de apoyo social para la recuperación e inclusión social de las personas con Trastorno Mental Grave, 2018-2022, ya menciona entre los recursos propuestos para la prestación de una atención integral y comunitaria, un servicio comunitario de atención y seguimiento de las personas con enfermedad mental grave.

La necesidad de este programa surge de la detección de personas de ambos sexos con un problema grave de salud mental y edades entre 18 y 65 años, ya sean atendidas en la Unidad de Salud Mental de referencia o en determinados servicios de atención primaria básica, que presentan una serie de dificultades:

- Escaso o ningún apoyo familiar y que requieren de una intervención comunitaria para garantizar sus necesidades básicas y promocionar su autonomía.
- Que carecen de las suficientes capacidades y habilidades para vivir de forma autónoma en su domicilio, tanto si están solos como con sus familiares.
- Dificultades de vinculación con los recursos, de su propio entorno y comunidad, como de los servicios de salud mental o específicos de atención secundaria de la red del sistema público valenciano de servicios sociales.
- Que, tras un ingreso en una unidad psiquiátrica, necesitan apoyo específico, para su incorporación al domicilio e inclusión en su entorno comunitario.
- Que, debido a su grave patología mental y deterioro cognitivo, presentan importantes dificultades de interpretación y/o comprensión de la información de salud pública o instrucciones específicas a seguir en mantenimiento de la salud tanto dentro del domicilio familiar como fuera, precisando orientación, acompañamiento y apoyo social la mayoría de las veces o siempre.
- Que pueden tener reconocido un grado de Discapacidad o grado de Dependencia.



## 2- PRINCIPIOS GENERALES

Los principios que orientan este programa se basan en el respeto a la condición de las personas con un problema grave de salud mental y a su consideración como ciudadanos y ciudadanas integrantes de la sociedad, con unas potencialidades susceptibles de ser desarrolladas con el apoyo necesario.

- **NORMALIZACIÓN.** Se pretende poner a disposición de las personas usuarias y sus familias, las estructuras, apoyos, actividades u oportunidades necesarias para dotarles de las habilidades adecuadas que les permitan alcanzar un estilo de vida similar al del resto de la sociedad.
- **PERMANENCIA.** Se articula como un servicio de intervención en el domicilio y en el entorno social. Ofrece una atención cercana y personalizada, promoviendo la permanencia de las personas en su entorno, evitando en lo posible la institucionalización.
- **CORRESPONSABILIDAD.** Entre las diferentes administraciones públicas con responsabilidad en el ámbito de Salud Mental. La finalidad de este servicio es la de acompañar a las personas con un problema grave de salud mental en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades.
- **TRABAJO INTERDISCIPLINAR.** Entre los distintos perfiles profesionales que configuran el equipo, compartiendo responsabilidades y promoviendo la interdependencia de roles, respetando la autonomía de cada miembro. El trabajo interdisciplinar se basa en los conceptos de colaboración, cooperación y comunicación.
- **PERSONALIZACIÓN.** Orientación de las intervenciones según objetivos fijados para cada realidad y situación concreta, ya sea individual, familiar o comunitaria. Es necesario realizar una valoración exhaustiva y protocolizada a partir de la cual diseñar un plan de trabajo individual.
- **CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN/ CUIDADOS.** A lo largo de todas las fases del **programa-acompañamiento**, tanto sociales como sanitarios por los que transita la persona con un problema grave de salud mental. **Siempre que la atención haya de prolongarse en el tiempo**, cada persona usuaria tendrá asignado una persona profesional de apoyo social de referencia que asumirá las funciones de interlocución, de seguimiento del caso y de coordinación de la intervención, velando por la coherencia, continuidad y carácter integral de esta.



## 3- DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

### DEFINICIÓN

El Servicio de atención y seguimiento de las personas con un problema grave de salud mental , en adelante SASEM, es un recurso del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales. Se articula como un servicio comunitario de atención domiciliaria. Comprende el conjunto de actuaciones destinadas a la recuperación psicosocial de las personas con un problema grave de salud mental. Se desarrolla en el entorno de la persona y de su familia, garantizando la permanencia de esta en su domicilio y entorno social. A través de un equipo psicosocial y multidisciplinar se ofrece una atención próxima y personalizada en coordinación con la red sanitaria de atención en salud mental y otros servicios comunitarios.

### OBJETIVOS

- **PREVENIR** la aparición de crisis, mediante la detección precoz de síntomas clínicos específicos de un trastorno mental grave.
- **FOMENTAR Y/O MEJORAR** la vinculación de la persona con problemas graves de salud mental con los servicios sociales y sanitarios.
- **OFRECER** atención domiciliaria y apoyar la permanencia de la persona con problemas graves de salud mental en el domicilio, a través de una atención integral en su entorno personal y familiar, previniendo el deterioro o **en su defecto retrasar el mayor tiempo posible la institucionalización.**
- **FORMAR Y CAPACITAR** a las familias y personas cuidadoras con el fin de prevenir situaciones de sobrecarga familiar y desajustes en el núcleo familiar, garantizando una atención adecuada al usuario.
- **PROMOVER** el proceso de inclusión/integración comunitaria mediante el apoyo y acompañamiento cercano y flexible que permita su acceso a los recursos generales y específicos de carácter social, sanitario, formativo, ocupacional y de ocio.

## 4- PERFIL DE LA PERSONA USUARIA

Personas de edades comprendidas entre los 18 y 65 años, con diferentes grados de afectación en su esfera personal, familiar, social y laboral, que reúnan los criterios que definen el constructo de Trastorno Mental Grave (TMG), o sospecha de presentarlo y que puedan manifestar:

- Dificultades de vinculación con los recursos, tanto de su propio entorno y comunidad, como los específicos de salud mental o de la atención secundaria de la red del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.
- Falta de autonomía para tomar decisiones y gestionar su vida personal, familiar y social, precisando de un apoyo.



- Personas SIN diagnóstico y tratamiento previo, que presentan sintomatología de trastorno mental grave y necesiten orientación y acompañamiento con los recursos de salud mental, tanto a nivel individual como familiar.
- En general, todas las personas cuya necesidad de apoyos esté relacionada con un problema grave de salud mental en cualquiera de sus momentos evolutivos.

### CRITERIOS DE NO ADMISIÓN AL PROGRAMA SASEM

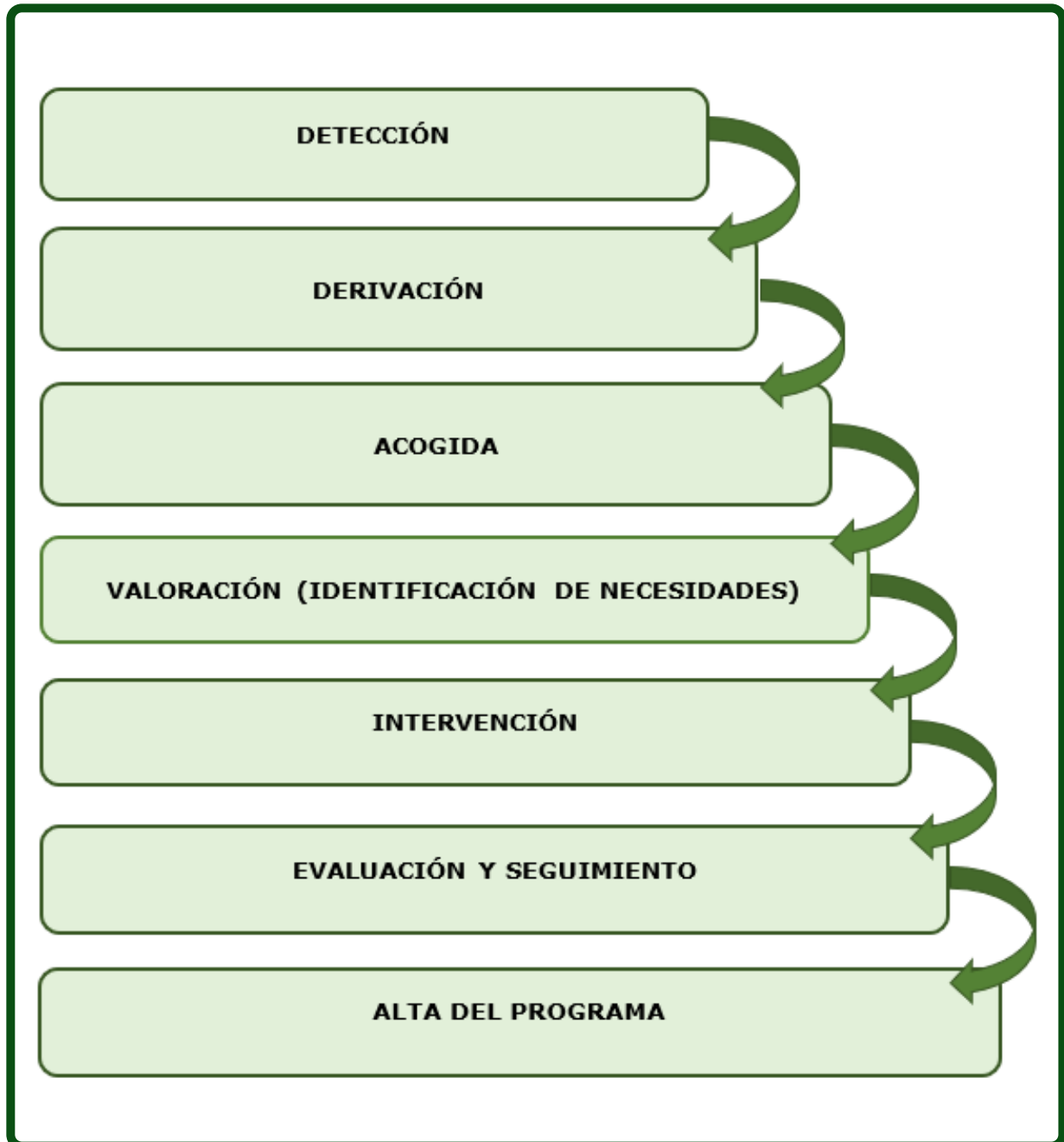
No podrán ser incluidas en el programa las personas que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Edad menor de 18 años o mayor de 65\*.
- Personas cuyas necesidades puedan ser mejor atendidas por otros servicios sanitarios o sociales especializados.
- Disponer ya de los apoyos en los entornos **habituales**/normalizados.
- Que el motivo de las **dificultades**/disfuncionalidad no sea el diagnóstico de trastorno mental grave y crónico.

\*Se mantendrán en el programa aquellas personas ya usuarias y con 65 años cumplidos, siempre que el personal técnico valore la idoneidad de su permanencia hasta cumplir objetivos o transitar a otro recurso más idóneo.

## 5- PROCESO DE INTERVENCIÓN

La intervención en el programa SASEM forma parte de un proceso coordinado y continuo que contempla varias fases:





## 5.1 - DETECCIÓN

La detección de un caso susceptible de formar parte del programa SASEM, puede ser conocido por los servicios sociales de atención primaria básica por diferentes cauces, quien determinará, tras su valoración, la derivación al programa.

### DESDE ATENCIÓN PRIMARIA BÁSICA (APB)

Cualquier profesional del equipo de intervención social (EIS) que tenga conocimiento de la situación de una persona susceptible de ser usuaria del servicio SASEM, bien por ya ser usuaria de cualquier servicio de atención primaria básica o por disponer de información sobre su situación, podrá proponer la derivación por el cauce así establecido, previa comunicación a la persona interesada, al servicio SASEM.

### DESDE ATENCIÓN SECUNDARIA (CEEM)

Aquellas personas que se encuentren en un recurso residencial y por su situación sociosanitaria puedan transitar al servicio SASEM, previa valoración de su idoneidad por el equipo de intervención y la persona profesional de referencia, se procederá a su derivación, previa coordinación de los profesionales implicados.

### DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

La Unidad de Salud Mental (USM) será la responsable de la derivación a los servicios sociales de Atención Primaria Básica y desde el Equipo de Intervención Social (EIS), la persona profesional de referencia determinará si la persona usuaria, puede ser beneficiaria del programa SASEM, en cuyo caso será quien se encargue de la derivación y coordinación con el equipo técnico de este servicio, previa valoración de la comisión de intervención social.

- En el caso de pacientes hospitalizados en que se prevé el alta hospitalaria a corto plazo y se considera necesario el apoyo específico para el retorno al domicilio, se podrá realizar la derivación directamente desde el ámbito sanitario al SASEM, previa aceptación de la persona profesional de referencia de atención primaria básica y del equipo SASEM, quien determinará la coordinación y derivación, sin necesidad de esperar a su aprobación en la comisión de intervención social, a quien se deberá notificar con la mayor celeridad posible. De igual modo, se podrá proceder en aquellos casos que, por la situación de la persona usuaria o por la demora en la valoración de la comisión de intervención, aconsejen una rápida intervención.
- Las personas usuarias que sean atendidas por SASEM seguirán siendo atendidas por su Unidad de Salud Mental, como responsable de su atención, tratamiento psiquiátrico y seguimiento. En lo que respecta a la intervención domiciliaria y apoyo comunitario de la persona usuaria, ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo con una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados.





## DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR

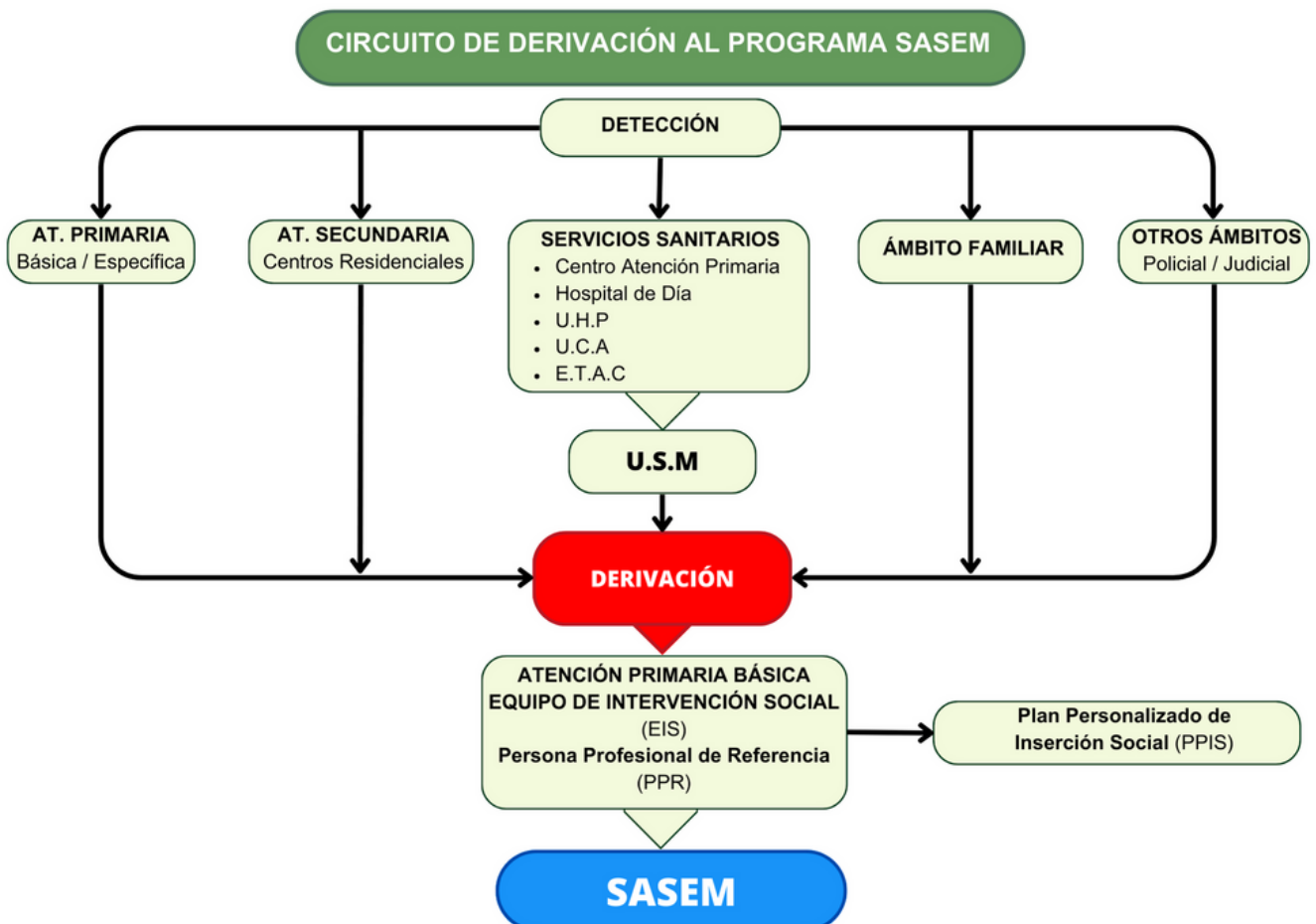
El familiar o representante legal contactará con los servicios sociales de Atención Primaria Básica (APB). Si desde este nivel se valora la necesidad de intervención por parte de algún servicio propio de la Atención Primaria Específica (APE), se coordinarán entre ambos y será desde este nivel quien, tras la valoración del caso, determine la idoneidad o no del servicio SASEM.

## DESDE OTROS ÁMBITOS: POLICIAL, JUDICIAL...

Cuando desde el ámbito policial y/o judicial se identifique una persona con un perfil definido para este recurso, se pondrá en conocimiento con los servicios sanitarios, y/o de Atención Primaria de servicios sociales, para que realice las gestiones que correspondan y la derivación al servicio correspondiente.

## 5.2 - DERIVACIÓN

El Equipo de Intervención Social (EIS) referente valorará las necesidades y la provisión de servicios que permitan el mantenimiento de la persona con problemas de salud mental en su domicilio o entorno social. La persona profesional de referencia (PPR) elaborará el Plan Personalizado de Intervención Social (PPIS), siendo la comisión de intervención primaria quien valorará si la persona cumple requisitos de derivación al servicio SASEM. La persona profesional de referencia será la responsable de la coordinación y derivación al equipo técnico del servicio SASEM.





### 5.3 - ACOGIDA

- Una vez aceptada la derivación al servicio SASEM, se procederá a realizar el contacto con la persona usuaria y recabar la información pertinente. El protocolo de acogida se llevará a cabo por la persona profesional responsable o aquella que se considere más afín. Para el primer contacto es importante generar un clima de empatía y confianza, y aunque no se recabe toda la información, se pretende conseguir la motivación y el compromiso necesarios para participar en el proceso.
- En la primera entrevista se informará sobre las condiciones del programa y sobre el tratamiento y cesión de datos personales entre las administraciones públicas que amparan el programa. En estos primeros contactos, la persona usuaria firmará el compromiso de aceptación y se recopilarán aquellos documentos o informes que no constan aún en el expediente.

### 5.4 - VALORACIÓN INICIAL E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

La valoración inicial de la persona es esencial para el diseño y desarrollo del plan de atención individualizado y poder garantizar el logro de los objetivos marcados. Se tendrán en cuenta las demandas, expectativas y objetivos de la persona usuaria. Se valorarán las debilidades, las fortalezas y recursos que posee. La evaluación será funcional, conductual y social, de manera que nos permita conocer con precisión el nivel actual de capacidades y déficits que presenta, nivel de autocuidados, relaciones interpersonales, apoyo familiar, historia académica y laboral, intereses, etc. Esta valoración será la que nos permitirá conocer qué necesidades presenta y en que áreas hay que centrar la intervención.

#### ÁREAS PARA EVALUAR

- **AUTOCUIDADOS:** comprende el aseo personal, los hábitos de vida saludables y la organización y estructuración de la vivienda.
- **AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL:** recoge aspectos de autonomía económica y el manejo del entorno (transportes, comunicaciones, etc.)
- **INTEGRACIÓN SOCIAL:** uso de recursos comunitarios estructurados y existencia de la red natural de apoyo.
- **ASPECTOS COGNITIVOS:** información sobre las áreas de atención, orientación y memoria.
- **AUTOCONTROL:** habilidades de afrontamiento personal, manejo de situaciones de estrés y autoestima.
- **HABILIDADES SOCIALES:** capacidad de manejo en relaciones interpersonales con personas conocidas y desconocidas.
- **FAMILIA:** valorar el conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento, el clima y apoyo familiar y estilo de comunicación.



## ÁREAS PARA EVALUAR

- **OCUPACIÓN ACADÉMICA:** evalúa la motivación por estudiar y la capacidad para retomar y continuar los estudios, la adaptación y necesidad de apoyos, y el proceso evolutivo y nivel académico logrado.
- **OCUPACIÓN LABORAL:** evalúa los trabajos realizados, adaptación a los mismos, funciones desempeñadas y destrezas adquiridas, así como el interés por la búsqueda de empleo, autopercepción de su capacidad para lograrlo, y habilidades para su obtención.

## 5.5 - INTERVENCIÓN

### 5.5.1 -PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

*El plan de atención individualizado (PAI) se define como una herramienta de planificación y organización de la intervención en cada persona usuaria, en el que se contemplarán los objetivos, actividades y recursos que hay que conseguir o con los que hay que coordinarse, los profesionales responsables, consideración del tipo de apoyo que se establezca en cada área de intervención y el procedimiento de seguimiento y de evaluación de los objetivos propuestos.*

Las intervenciones se desplegarán en función de las necesidades marcadas en el PAI de manera individualizada y grupal. Cada plan individualizado de atención personal, familiar, social y comunitaria, que recoge el conjunto de los objetivos pactados entre el SASEM y la persona atendida, se verá marcado por una clara corresponsabilidad del profesional involucrado, sin afectar a la autonomía de cada uno dentro de su ámbito de intervención.

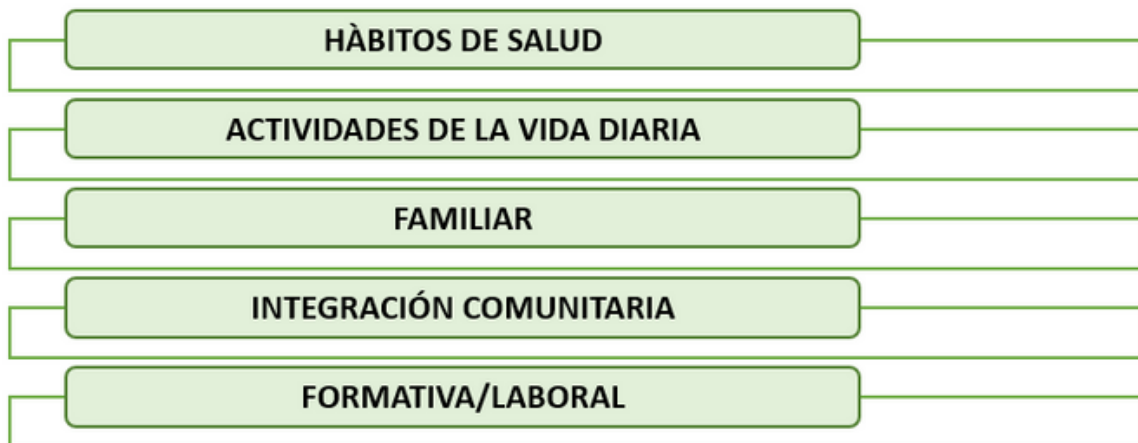
- El PAI será evaluado de forma continuada para revisar la consecución de los objetivos programados y para adaptarlo a las necesidades y progresos de la persona usuaria y su familia.
- Estas intervenciones tendrán lugar en el entorno de la persona usuaria, su domicilio o en los recursos comunitarios correspondientes.

#### **Ámbitos de intervención:**

- **Individual:** la persona usuaria
- **Familiar:** el núcleo familiar o significativo
- **Comunitario:** su entorno comunitario



## 5.5.2 - ÁREAS DE INTERVENCIÓN



### ÁREA DE HÁBITOS DE SALUD (FÍSICA Y MENTAL)

- Abordar las dificultades en la gestión autónoma del tratamiento (la toma de medicación, su dosificación y administración adecuada, citas...).
- Conseguir que la persona usuaria tome conciencia de su enfermedad y motivarla para la adherencia al tratamiento.
- Detectar los posibles abusos de sustancias (tabaco, café, alcohol, cannabis...), abuso redes digitales y motivar a la persona usuaria en la adquisición y uso de hábitos saludables.
- Crear un vínculo con sus profesionales de referencia.

### ÁREA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

- Valorar las dificultades en hábitos de higiene y motivar para un ajuste normalizado de las rutinas higiénicas.
- Comprender el origen de una alimentación y pautas inadecuadas (horarios desajustados, mala calidad, dificultades en la elaboración de comidas...) y motivar para el seguimiento de una dieta equilibrada y variada, realizando entrenamientos "in situ" (compra en comercios, taller de cocina en el domicilio, etc.).
- Indagar la causa de una higiene de sueño inadecuado y aportar una estructura adaptada a las necesidades de cada persona.
- Observar el desempeño de la persona en el ámbito doméstico y entrenar para el mantenimiento autónomo de la vivienda.
- Evaluar las dificultades en los desplazamientos (conocidos y desconocidos) fuera de casa (orientación, movilidad geográfica, uso de transporte público...).
- Valorar la capacidad de la persona en la gestión autónoma de transacciones económicas básicas (usar dinero para comprar comida, intercambiar bienes o servicios, planificación de gastos personales y domésticos: semanal, mensual, y anual, ahorrar dinero...).



### **ÁREA FAMILIAR O DE VINCULACIÓN SIGNIFICATIVA**

- Generar espacios para acoger e intervenir con la familia.
- Informar y orientar sobre la enfermedad y la sintomatología asociada.
- Dotarles de las habilidades necesarias para mejorar las relaciones familiares.
- Reducir y reconducir la emoción expresada.
- Trabajar la culpa que pueda existir.
- Intervenir y trabajar en los estilos comunicativos de la familia.
- Trabajar los diferentes roles y límites interpersonales adecuados.
- Evitar situaciones de sobrecarga familiar.
- Fomentar la participación en grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.

### **ÁREA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA**

- Ofrecer alternativas grupales en los casos de personas con un marcado déficit y deterioro en esta área, cuyas únicas relaciones sociales se limitan a la familia.
- Motivar para la recuperación de dichas redes o para la incorporación a recursos normalizados, lúdicos, culturales, deportivos... en los casos de personas cuyas redes sociales se han visto truncadas con la aparición de una enfermedad mental grave.
- Promover el acceso a recursos de integración laboral y de empleo normalizado.
- Apoyar y coordinarse con los recursos socio-comunitarios en los que puedan participar las personas usuarias.

### **ÁREA FORMATIVA-LABORAL**

- Trabajar los aspectos necesarios para conseguir un funcionamiento académico o laboral que permita el acceso al mercado de trabajo.
- Facilitar la mejora de sus habilidades y recursos de afrontamiento personal que le permita funcionar con eficacia en los diferentes entornos académicos y laborales.
- Orientar y apoyar en la búsqueda activa de actividades formativas y laborales.
- Acompañar para una adecuada integración en los diferentes recursos formativos - laborales.



### 5.5.3 - PROGRAMAS

Un programa es un conjunto de acciones sistemáticas y continuadas, cuidadosamente planificadas, encaminadas a lograr unos objetivos, con la finalidad de satisfacer necesidades, y/o enriquecer, desarrollar o potenciar determinadas competencias.

Atendiendo al contenido del programa se podrán realizar diferentes talleres y actividades con la finalidad de promover la inclusión familiar, social y laboral. Es importante valorar correctamente qué personas son adecuadas y su motivación para la inclusión en un programa, ya que facilitará y mejorará el funcionamiento del servicio y la consecución de los objetivos individuales.

Los objetivos primordiales del trabajo de recuperación son dos: la disminución y control de las recaídas y la mejora de todos los déficits psicosociales que lleve emparejada la enfermedad mental grave. Además de estos programas, hay otras necesidades a las que se dará respuesta a través de actividades de apoyo y soporte social.

#### PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Los programas de rehabilitación psicosocial se dirigen a la recuperación y/o adquisición de las capacidades de la persona usuaria, promoviendo su inclusión en su entorno comunitario con la mayor autonomía posible. El desarrollo de cada programa se realizará tanto individualmente como en grupo. Preferentemente, las intervenciones se prestarán en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana de la persona usuaria y de su entorno comunitario.

A continuación se describen una serie de intervenciones, compatibles entre sí, que fundamentan la práctica de los programas de rehabilitación:

- ➔ **AUTOCUIDADO.** Entrenamiento de habilidades de autonomía y autocuidados de la vida diaria: higiene y aseo personal, cuidado en el vestir, alimentación, manejo de dinero, cuidado del entorno (cama, habitación, espacios), hábitos del sueño, consumo de tabaco y café, cuidados de la salud, entre otros.
- ➔ **REHABILITACIÓN COGNITIVA.** Conjunto de intervenciones para mantener o potenciar las capacidades de atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas para una mejora en el funcionamiento social y autonomía.
- ➔ **EDUCACIÓN FÍSICA Y PSICOMOTRICIDAD.** Intervenciones para la recuperación de las habilidades motoras básicas, talleres de relajación y de afrontamiento del estrés.



➔ **HABILIDADES SOCIALES.** Enfoque de tratamiento dirigido a incrementar la competencia y efectividad en las relaciones interpersonales. Incluye habilidades individuales de comunicación y relación, así como el uso de recursos personales y sociales.

## PROGRAMAS DE SOPORTE COMUNITARIO

La finalidad de estos programas es la de generar acciones que permitan satisfacer las necesidades de las personas en el entorno comunitario

➔ **ACTIVIDADES CULTURALES Y DE OCIO.** Orientación de acontecimientos culturales de actualidad a través de actividades varias como lectura y talleres de prensa, acceso a la cultura y a los recursos sociales. Recuperación y/o adquisición de hábitos de ocio.

➔ **INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO COMUNITARIO.** Intervenciones dirigidas a fomentar oportunidades de participación que ayuden a las personas a sentirse conectadas y valoradas en su comunidad.

- De información y sensibilización a la población.
- De coordinación con recursos comunitarios de soporte social y de apoyo a la inserción.
- De fomento y desarrollo de grupos de ayuda mutua.

➔ **ORIENTACIÓN SOCIOLABORAL.** Programas destinados a explorar intereses y aptitudes en el área laboral con vistas a la formación profesional, la búsqueda de empleo y el desarrollo de actividades de tiempo libre. Intervención en aquellos aspectos necesarios para alcanzar un funcionamiento laboral que facilite el acceso al mercado de trabajo.

## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Su objetivo es el de proporcionar la información y el acompañamiento a la familia, la modificación de estilos afectivos familiares disruptivos, así como evitar el aislamiento familiar. En este ámbito se combinará información, asesoramiento y apoyo individualizado.

➔ **INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA.** Con los familiares significativos a su cargo, asesorarles y facilitarles su acceso a los recursos y ayudas económicas que necesiten, para hacer frente a sus problemas.

➔ **PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN DE FAMILIAS.** Informar y educar sobre la problemática psiquiátrica, así como entrenar y enseñar estrategias que mejoren la capacidad de comunicación y el clima emocional familiar, grupos de autoayuda y asociaciones entre los familiares.



## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Conjunto de intervenciones que se realizan con la persona usuaria y/o personas significativas ante la presencia de signos o circunstancias que puedan preceder o dar lugar a una recaída clínica.



### **Actuaciones del profesional de referencia, previa a la aparición de una crisis:**

- Identificar estresores que puedan dar lugar a la aparición de una crisis.
- Motivar a la persona usuaria en la importancia de cumplir con las medidas terapéuticas con el fin de evitar y prevenir la aparición de una crisis o minimizar la intensidad de los síntomas.
- Aplicar técnicas de Autocontrol/Afrontamiento ante situaciones de estrés.
- Intervenir con técnicas de relajación para calmar la ansiedad y para hacerle sentirse mejor.
- Realizar visitas domiciliarias (dos a la semana, una cada quince días...) para observar la evolución del estado de salud mental e informar si es conveniente, al profesional de referencia de salud mental (psiquiatra/psicólogo/enfermera y trabajadora social).
- Apoyar y servir de modelo a la familia para afrontar situaciones que pueden preceder o dar lugar a una crisis o recaída.



### **Actuaciones del profesional de referencia durante una situación de crisis:**

- Acompañamiento a la red sanitaria de salud (CAP, U.H.P, U.S.M...).
- Con el fin de respetar las decisiones y preferencias de la persona que sufre una crisis (planificación anticipada de decisiones), se contactará con la U.S.M. para saber si tiene expediente abierto y si está en seguimiento psiquiátrico.
- Si tiene psiquiatra de referencia, para no hacer ingreso involuntario, el/la psiquiatra puede hacer visita domiciliaria y ver el estado de la persona atendida para aplicar el tratamiento médico correspondiente/ingresarlo y/o derivarlo. Por ejemplo: en el caso derivado por parte de la policía tras denuncia de los vecinos.
- Si la situación supusiera un riesgo para su salud o la de otras personas, tentativa de suicidio y/o heteroagresividad, así como otras conductas que pongan en peligro la seguridad de la persona y del entorno y NO estuviese en tratamiento de la unidad de salud mental de referencia, se contactaría con el 112.
- Si la persona atendida rechaza el tratamiento y se niega a acudir al especialista, no debemos olvidar que se puede solicitar su traslado forzoso a la urgencia más cercana para evaluación psiquiátrica, apoyándose en la Ley de Enjuiciamiento Civil (artículo 763) que así lo especifica, con las máximas garantías de seguridad para el paciente y para los demás.
- Tras el ingreso involuntario y una vez en su domicilio y previa consulta y coordinación con el servicio sanitario de salud mental de referencia, se procederá a continuar con la intervención, acompañando a la persona usuaria y familia, en su caso, y revisando y si procede, reajustando los objetivos de su PAI.





***En todas las situaciones de urgencia, el/la profesional que intervenga debe generar un clima de tranquilidad y seguridad ante este hecho, con una actitud empática y mensajes claros que ayuden a transmitir a la persona y a sus acompañantes, una idea adecuada sobre como proceder.***

#### **5.5.4- PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN**

En el caso de que, por saturación del servicio, el equipo del SASEM no pudiera prestar la atención a todas las personas derivadas que cumplan requisitos de ingreso en este recurso, se configurará una lista de espera en función de la prioridad para poder ser atendidos, teniendo en cuenta los siguientes criterios de preferencia:

- **GRAVEDAD POR LA PROBLEMÁTICA SOCIAL:** la atención a situaciones de desamparo y desprotección será prioritaria, así como la atención a las situaciones de conflictividad con el entorno.
- **GRAVEDAD POR LAS CARENCIAS DE ATENCIÓN:** la falta de atención a las necesidades básicas (de subsistencia, salud, de carácter social, de desarrollo personal, de autonomía...) será prioritario para determinar la intervención.
- **SITUACIONES DE RECAÍDAS:** se priorizará la intervención con la persona usuaria ante la presencia de signos o circunstancias que pueden preceder o dar lugar a una recaída clínica.

## **5.6 - METODOLOGÍA**

Se utilizará la metodología de planificación centrada en la persona con un problema grave de salud mental

- Se trata de evitar que la persona con un problema grave de salud mental se vea privada del control de su propia vida y que se convierta en un mero espectador de sus necesidades y en consumidores del cuidado que se les dispensa.
- Se facilita que la persona (directamente o mediante por otros), sobre la base de su historia, capacidades y deseos, identifique qué metas quiere alcanzar para recuperar y mejorar su vida.
- El objetivo principal es establecer y fortalecer la colaboración permanente con su círculo de apoyo tanto natural (miembros de la familia, amigos...), como comunitario.



La **PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA** se define como una metodología que promueve el empoderamiento de la persona y que sobre la base de su historia, sus capacidades y sus deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida garantizando su autodeterminación.

Los elementos necesarios para llevarla a cabo son:

- Evaluación comprensiva con la persona de sus necesidades, sus fortalezas y debilidades.
- Acordar con ella un plan de vida y unos compromisos.
- Implantar el PAI.
- Seguimiento y revisión, valorando todo el proceso.

La metodología centrada en la persona incorpora expresamente la figura de la **“PERSONA PROFESIONAL DE REFERENCIA”**. Este profesional será la persona que se responsabilizará de que la persona usuaria reciba el apoyo y acompañamiento que precise, con la intensidad y periodicidad establecida en su plan de intervención. Además, será la profesional encargada de dinamizar y coordinar los recursos necesarios para alcanzar las metas propuestas.

La designación de dicho responsable vendrá definida por su mayor peso en la intervención en función de las necesidades de la persona usuaria y problemática presentada.

## 5.7 - SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento de las intervenciones que se realizan permitirá evaluar los avances conseguidos y modificar o ajustar aquellos objetivos que no se puedan llevar a cabo. Podemos distinguir dos tipos de evaluación:

- **De proceso (continua), para poder realizar los cambios oportunos mientras se realiza la intervención.**
- **De resultado (final), para conocer si las intervenciones planificadas con la temporalización prevista se han conseguido y se mantienen en el tiempo.**

.....➔ Un aspecto importante es determinar la periodicidad de las evaluaciones y los aspectos a evaluar.

Los indicadores de evaluación son herramientas clave en el ámbito de la evaluación. Son elementos que permiten medir y valorar el grado de logro de los objetivos planteados en el plan de atención individualizado. Proporcionan información precisa y objetiva sobre el nivel de progreso, permitiendo a las personas profesionales evaluar de manera efectiva el desarrollo de las competencias y habilidades adquiridas



## 5.8 - FINALIZACIÓN

La finalización en este programa se realizará consensuadamente entre todo el equipo SASEM y la persona usuaria, participando, en su caso, las profesionales de referencia de los diferentes ámbitos de intervención y otras personas allegadas.

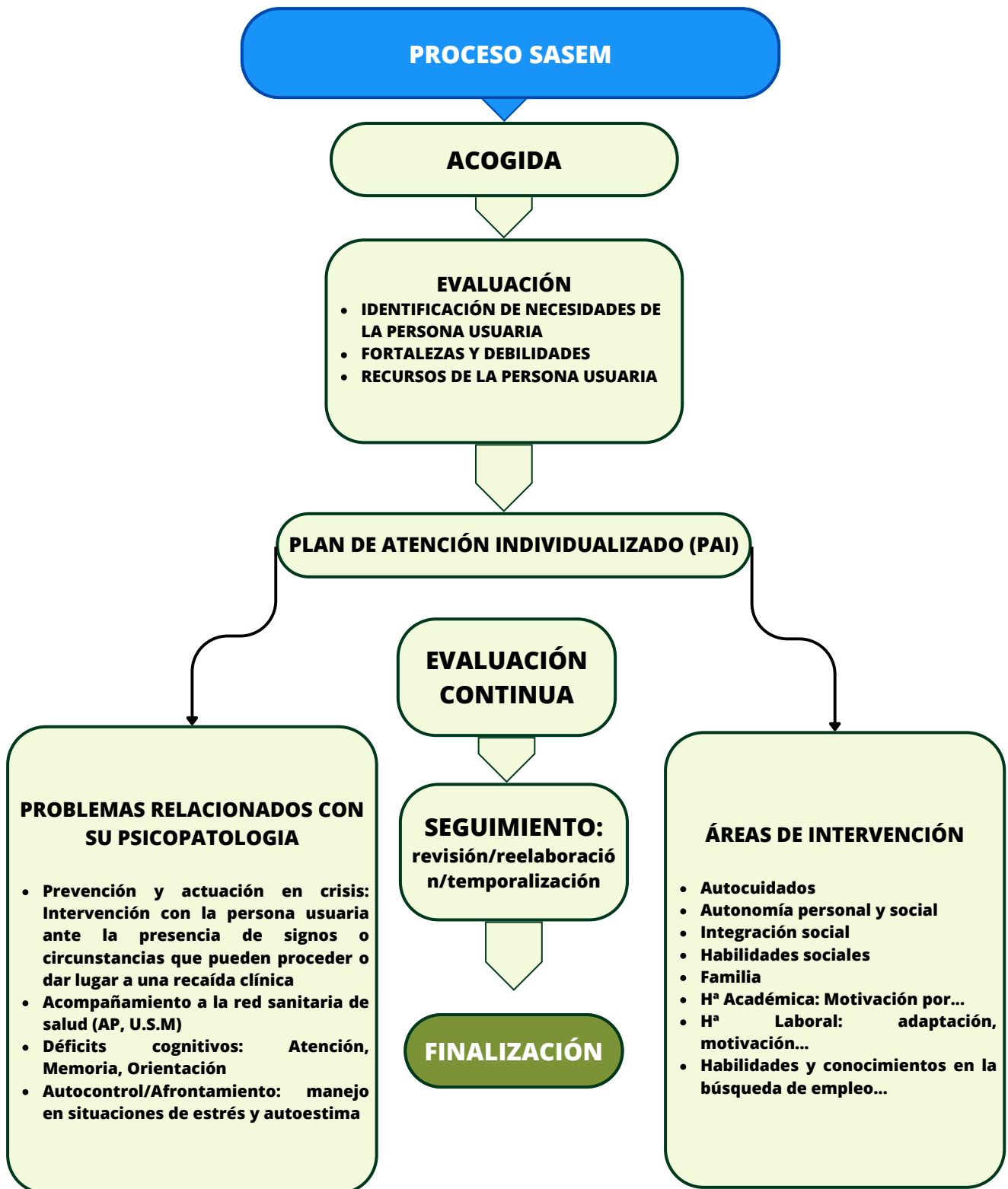
### MOTIVOS DE FINALIZACIÓN DEL PROGRAMA

- La consecución de los objetivos.
- No avanzar en la consecución de objetivos en un tiempo razonable. La no colaboración no debe ser por sí misma causa de exclusión del programa o de baja del mismo. La toma de conciencia del problema y la motivación para el cambio deben ser objetivos iniciales fundamentales.
- Por haberse agotado los plazos máximos previstos para la intervención sin haber logrado los objetivos, y sin expectativas de poder conseguirse (especialmente cuando existe lista de espera).
- Por derivación a otro recurso más idóneo a su situación sociosanitaria.
- Por imposibilidad material de continuar la intervención.

Es importante establecer un plazo para la consecución de los objetivos propuestos, para ello se podrá realizar un contrato o acuerdo con persona destinataria de la intervención en el que se especifiquen requisitos y condiciones para la intervención. El hecho de no cumplir estos requisitos podría ser causa de exclusión del programa.

Transcurrido el plazo sin que se produzca ningún indicio de cambio, se procederá a la baja de la persona usuaria a la espera de que cambien las circunstancias y pueda volver a intentarse. En este caso y en función de la gravedad de la desatención, deben buscarse recursos alternativos e iniciar las acciones legales necesarias si fuese preciso.

***Cuando sea preciso dar de baja en el SASEM por no haberse cumplido los objetivos, se elaborará un Plan Alternativo de Intervención en coordinación con los equipos de atención sanitaria y social.***



## 6- CRITERIOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL SASEM

- El programa SASEM se implementará en aquellas áreas que superen los 20.000 habitantes, de acuerdo con la siguiente ratio de profesionales que conformarán el equipo:
  - 20.000 hab. a 30.000 hab.: 2 profesionales
  - 31.000 hab. a 40.000 hab.: 3 profesionales
  - 41.000 hab. a 50.000 hab.: 4 profesionales
- Cuando el ámbito de actuación del programa supere los 50.000 habitantes, se deberá garantizar que el equipo esté formado por los siguientes perfiles profesionales.
  - 1 profesional de psicología
  - 1 profesional de trabajo social
  - 1 profesional de educación social
  - 1 profesional técnico de integración social
- A partir de 50.000 hab. se incrementará la ratio 1 profesional por cada 12.000 habitantes, pudiendo incorporar otros perfiles como el de terapia ocupacional.

Las actuaciones de este programa se podrán realizar en horario de mañana y tarde, atendiendo a las necesidades de los planes de atención individualizada de las personas usuarias y de las familias.

Condiciones materiales:

- Se ubicarán en los centros sociales u otras dependencias municipales adecuadas a tal fin de una zona del área correspondiente, por lo que deben cumplir las condiciones propias del centro.

## 7- EL EQUIPO TÉCNICO DEL SASEM

### PERFIL PROFESIONAL



### CARACTERÍSTICAS

- Se constituirá como un equipo multidisciplinar, flexible en el diseño de las dinámicas de funcionamiento y de coordinación de todas las figuras profesionales que integran el equipo.
- Cada profesional dispondrá de autonomía dentro de su ámbito de actuación y será el responsable de los procesos de intervención diseñados en función del caso. La persona profesional involucrada compartirá y pondrá en común sus estrategias de abordaje, según el área en cuestión, de manera que permitan:
  - **Delegar tareas entre las profesionales implicadas.**
  - **Supervisar el desarrollo de las acciones tendente al logro de cada objetivo.**
  - **Evaluar, en base a los indicadores propuestos, los resultados en la actuación del equipo, atendiendo a las realidades de las personas que se acompañan en su día a día.**
- Cada Plan de Atención Individualizado (PAI) que recoge el conjunto de los objetivos pactados entre el SASEM y la persona atendida, se verá marcado por una clara corresponsabilidad de la persona profesional involucrada, sin afectar a la autonomía de cada una dentro de su "disciplina".



## FUNCIONES

- Realizar la valoración específica de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de los autocuidados y hábitos saludables, así como la gestión del tiempo.
- Desarrollar actividades y programas de atención y rehabilitación en aspectos como la integración comunitaria, el ocio y tiempo libre, etc. Así como trabajar en el domicilio, facilitando la autonomía personal y social.
- Acompañar a las personas usuarias a actividades o zonas de ocio, atención sanitaria (centros de salud), compras básicas (objetos, personal, doméstico, mobiliario...), etc.
- Intervenir con las personas usuarias para prevenir y compensar dificultades personales y sociales y para promover la participación de los mismos en acciones grupales.
- Realizar talleres específicos (cocina, actividades deportivas, habilidades sociales, orientación laboral...) con el objetivo de apoyar en el proceso de socialización y desarrollo personal de los destinatarios.
- Negociar objetivos de intervención con la persona usuaria.
- Promover la motivación y el enganche por parte de las personas usuarias, para facilitar el proceso de rehabilitación y conseguir su implicación progresiva y participación activa.
- Colaborar en el seguimiento y apoyo comunitario de las personas usuarias.
- Desarrollar diferentes intervenciones en el entorno próximo de la persona que contribuyan a romper estigmas y facilitar su inclusión en el medio.



## 8- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SASEM

La evaluación del programa es un aspecto imprescindible en la implantación del mismo ya que permite conocer el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos , su viabilidad y aquellos aspectos en los que debe ser mejorado. Se fundamenta principalmente en la evaluación de los indicadores de estructura y organización y de resultado que se proponen a continuación. Debe realizarse de forma periódica con el fin de introducir mejoras en los aspectos deficitarios.

### INDICADORES DE ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

#### 1.- Respecto a la intervención con las personas usuarias

- **Incorporación al SASEM:** tiempo transcurrido desde la solicitud de ingreso en el SASEM hasta la primera cita en el programa (fecha 1ª cita en programa SASEM igual/ menor de 30 días)
- **Altas en el programa:** nº de personas usuarias que empiezan el programa.
- **Programas de intervención:**  
nº de programas  
nº de personas usuarias que participan en cada uno de los programas.
- **Realización de talleres grupales:** nº de talleres grupales realizados durante un año.
- **Atención domiciliaria.** nº de visitas domiciliarias realizadas durante un año.
- **Atención comunitaria.** nº de intervenciones comunitarias realizadas.

#### 2.- Respecto a la intervención en la comunidad

- **Actuaciones de coordinación:** nº de intervenciones de coordinación con otros organismos o entidades.
- **Actuaciones de sensibilización:** nº de intervenciones de sensibilización.

#### 3.- Formación de los profesionales

- nº de profesionales que han realizado formación en un año





## INDICADORES DE RESULTADOS

### 1.-Funcionamiento y calidad de vida:

- Mejora en calidad de vida: n° de personas atendidas que mantienen o mejoran los resultados desde la evaluación inicial y al año según la escala GENCAT.
- Estado de funcionamiento global: % de personas atendidas que mejoran su funcionamiento global a lo largo de un año medido con la escala HONOS .

### 2.-Indicadores de satisfacción

- Satisfacción de la persona usuaria
- Satisfacción de la familia

**3.- Clínica y evolución:** relación de recaídas: n° de personas usuarias que han tenido una recaída (plan de crisis / ingresos hospitalarios ).

### 4.- Baja en el programa:

- n° personas que causan baja en el programa.
- n° personas que causan baja en el programa por mejoría.

**5.-Tiempo de permanencia en el programa SASEM:** tiempo que las personas usuarias permanecen en el programa SASEM. (% de personas usuarias que permanecen menos de 6 meses; % de personas usuarias que permanecen de 6 meses a 12 meses; % de personas usuarias que permanecen de 12 a 18 meses; % de personas usuarias que permanecen de 18 a 24 meses; % de personas usuarias que permanecen de 24 a 36 meses; % de personas usuarias que permanecen más de 36 meses.)



## 9- ANEXOS



### 9.1- DOCUMENTACIÓN DE LA PERSONA USUARIA

**1. REGISTRO DE LAS PERSONAS USUARIAS:** telemático siempre que exista una aplicación informática que lo permita, o, en su caso, libro de registro físico.

**2. EXPEDIENTES PERSONAS USUARIAS:** Deberá constar la siguiente documentación:

#### **2.1. Documentación administrativa:**

- DNI
- Tarjeta SIP
- Contrato Asistencial Firmado
- Ficha de Identificación Personal: Datos Familia/Tutores
- Resolución Discapacidad\*
- Resolución Dependencia\*
- Contrato de Trabajo\*
- Documentación académica\*
- Documentación judicial\*

\* en el caso que se disponga

#### **2.2. Documentación sociosanitaria:**

##### **Sanitaria:**

- Informe Clínico con actualización periódica: MAP, USM.
- Tratamiento farmacológico vigente.
- Plan de Atención Individualizado de la USM.
- Plan de crisis. ( incluye en su caso, el plan anticipado de decisiones (PAD))
- Hoja de evolución sociosanitaria: en la que se incluirán todos los datos relevantes que se generen en la atención a la persona usuaria, con una descripción detallada, indicando las fechas en las que se producen y la persona profesional implicada.

##### **Social:**

- Informe Social: Entorno Social y Familiar,
- Historial Laboral y/o Académica.

#### **2.3. Documentación relativa a la planificación de la intervención**



## 9- ANEXOS



### 9.2- PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO. ASPECTOS BÁSICOS

#### DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:  
EDAD:  
FECHA NACIMIENTO:  
DOMICILIO:  
USM REFERENCIA:  
DIAGNÓSTICO:  
FECHA DE ENTRADA SASEM:  
PROFESIONAL RESPONSABLE:  
PROFESIONAL RESPONSABLE PPIS. ATENCIÓN PRIMARIA BÁSICA:

#### EVALUACIÓN INICIAL

ÁREAS A EVALUAR:  
-PUNTOS FUERTES  
-PUNTOS DÉBILES  
-NECESIDADES

#### OBJETIVOS A TRABAJAR

POR ÁREAS:  
-OBJETIVOS GENERALES: A LARGO PLAZO  
-OBJETIVOS ESPECÍFICOS : A MEDIO Y CORTO PLAZO.

#### PROGRAMAS EN LOS QUE PARTICIPA

A NIVEL GRUPAL  
A NIVEL INDIVIDUAL

#### RECURSOS UTILIZADOS

SANITARIOS  
SOCIALES  
OTROS:

#### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

CONTINUA O DE PROCESO: TEMPORALIZACIÓN  
FINAL O DE RESULTADO:  
INDICADORES DE EVALUACIÓN ( por objetivos propuestos)

#### FINALIZACIÓN. PLAN DE TRÁNSITO

MOTIVOS FINALIZACIÓN EN EL RECURSO SASEM:  
OBJETIVOS CONSEGUIDOS  
OBJETIVOS PLAN DE TRÁNSITO



## 9- ANEXOS

### 9.3-MODELO PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

**Datos personales:**

**Profesional de referencia:**

ÁREAS	FORTALEZAS/ DEBILIDADES	NECESIDADES	OBJETIVOS	PROGRAMAS/ ACTUACIONES	PROFESIONAL IMPLICADA	EVALUACIÓN	RECURSOS UTILIZADOS	FINALIZACIÓN/ PLAN DE TRÁNSITO
SALUD								
AVD								
COGNITIVA								
CONDUCTUAL / EMOCIONAL								
FAMILIAR								
SOCIAL								
OCIO/TIEMPO LIBRE								
ACADÉMICO								
LABORAL								
OTRAS								

FIRMA PERSONA USUARIA

FIRMA PROFESIONAL REFERENTE



## 9- ANEXOS

### 9.4- ESCALAS DE EVALUACIÓN

#### CALIDAD DE VIDA

- **ESCALA GENCAT:** es un instrumento que permite la evaluación objetiva de la calidad de vida de las personas usuarias de servicios sociales. La escala está dirigida a los profesionales de los servicios sociales, quienes deben responder a los 69 ítems mediante una escala de frecuencia basándose en la observación de la persona. La escala proporciona puntuaciones válidas y fiables para las ocho dimensiones ('Bienestar emocional', 'Bienestar físico', 'Bienestar material', 'Autodeterminación', 'Desarrollo personal', 'Inclusión social', 'Relaciones interpersonales' y 'Derechos'), así como un Índice global de calidad de vida.

#### ESCALA GENCAT

#### ESTADO DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL

- **ESCALA HONOS:** evalúa de forma breve los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental y se muestra como un instrumento útil para medir progreso, cambio o evolución, sensible a la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio a lo largo del tiempo.

#### ESCALA HONOS

#### SATISFACCIÓN

Instrumento que nos permite conocer cuán satisfechas están las personas usuarias con el servicio recibido y la interacción que se realiza con los y las profesionales.

#### ESCALA DE SATISFACCIÓN

\*modelo en anexo



## 9- ANEXOS

### MODELO ESCALA DE SATISFACCIÓN

#### ESCALA DE SATISFACCIÓN

Para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa

- Persona Usuario/a
- Familiar/ Persona significativa

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de la atención que ha recibido?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente

2.- ¿Recibió el tipo de atención que usted requería?

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Si, en general	Siempre

3.- ¿la atención que ha recibido le ha ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

1	2	3	4	5
No, parecían poner las cosas peor	No, realmente no me ayudaron	Si, me ayudaron algo	Si, me ayudaron bastante	Si, me ayudaron mucho

4.- ¿Si necesitara atención volvería otra vez a nuestro programa?

1	2	3	4	5
No definitivamente	No posiblemente	Podría ser	Si, creo que si	Si, con seguridad

5.- ¿Si otra persona estuviera en necesidad de atención similar, le recomendaría nuestro programa?

1	2	3	4	5
Nunca	No, creo que no	A veces	Creo que si	Si, siempre



## 9- ANEXOS

### MODELO ESCALA DE SATISFACCIÓN

6.-Cómo valora la competencia y la profesionalidad del/ los profesionales?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente

7.- Cómo valora el comportamiento y el trato personal recibido de los profesionales?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente

8. ¿Cómo valora la capacidad de los profesionales para escucharle y comprender sus problemas?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente

9. ¿Cómo valora la confidencialidad y el respeto a sus derechos como individuo?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente

10. ¿Cómo valora las explicaciones que le han dado a usted, acerca de las actividades e intervenciones que se van a realizar?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente

11. ¿Cómo valora el aspecto, la distribución y funcionalidad de los distintos espacios utilizados (por ejemplo, la salas comunes, sala de terapia,... )?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente

12. ¿Cómo valora la eficacia del servicio para ayudarle a mejorar su capacidad de cuidarse sí mismo (por ejemplo, la higiene personal, su alimentación, su alojamiento, etc.)?

1	2	3	4	5
Muy mala	Generalmente insatisfactoria	Ni buena ni mala	Generalmente satisfactoria	Excelente



## 9- ANEXOS

### MODELO ESCALA DE SATISFACCIÓN

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

---

---

---

---

---

Creo que se tendría que mejorar:

---

---

---

---

---

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Puntuación obtenida

0-12	Nada satisfecha
13-24	Fundamentalmente insatisfecha
25-36	A veces satisfecha
37-48	Generalmente satisfecho
49-60	Muy satisfecho





## 9- ANEXOS

### 9.5- HOJA DE DERIVACIÓN SANITARIA

#### DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:  
FECHA NACIMIENTO:  
N° SIP:  
DOMICILIO:  
DEPARTAMENTO DE SALUD:  
CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA  
FACULTATIVO MÉDICO DE REFERENCIA  
USM REFERENCIA:  
PROFESIONAL SANITARIO DE REFERENCIA:  
TELÉFONO:  
E- MAIL:

#### INDICADORES CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: nombre y codificación

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VIGENTE

FECHA	FÁRMACOS	DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS

#### PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

ÁREAS A INTERVENIR  
OBJETIVOS

#### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



## 9- ANEXOS

### 9.6- INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Intervenir en la comunidad implica por parte de las profesionales conocer los diferentes servicios públicos y privados del entorno y proveer del apoyo necesario para facilitar su acceso. El modo en que se desarrolle esta interacción constituye una de las claves más importantes para fomentar su autonomía y capacitación y para facilitar su recuperación e inserción social.

*Para garantizar y poder transmitir con éxito esta información, cada servicio deberá disponer de un documento en el que se recoja la relación de recursos de su entorno comunitario atendiendo a los siguientes ámbitos de intervención (entre otros) :*

<b>SANITARIO</b>	<b>DEPORTIVO</b>	<b>TRANSPORTE</b>	<b>VIVIENDA</b>
<b>JURÍDICO-LEGAL</b>	<b>FORMATIVO</b>	<b>CUIDADO PERSONAL</b>	<b>PENITENCIARIO</b>
<b>CULTURAL OCIO Y TIEMPO LIBRE</b>	<b>SERVICIOS SOCIALES</b>	<b>ENTIDADES BANCARIAS</b>	<b>VOLUNTARIADO</b>
<b>LABORAL</b>	<b>FUERZOS Y CUERPOS DE SEGURIDAD</b>	<b>RELIGIOSO</b>	<b>ADMINISTRACIÓN</b>

*No obstante, conocer, informar e interactuar con los recursos de proximidad no supone un proceso estático, sino que debe estar en constante actualización. Además, es recomendable que desde los diferentes servicios se desarrolle un clima de coordinación y cooperación con todos los recursos comunitarios existentes.*



## 9- ANEXOS

### 9.6- INTERVENCIÓN COMUNITARIA

*Los servicios de la red de salud mental deberán fomentar oportunidades de participación a través del desarrollo de actuaciones comunitarias de diversa índole.*

*La tabla que a continuación se presenta, recoge una clasificación de los diferentes tipos de intervenciones en el entorno comunitario que se pueden llevar a cabo:*

TIPOS	OBJETIVO	ACTUACIONES
<b>INFORMATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN</b>	Informar y/o sensibilizar para modificar hábitos y actitudes de la población	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Información sobre el servicio a las diferentes profesionales de los recursos públicos y privados</li> <li>-Concienciación a la población, especialmente a la más joven, sobre la importancia de la salud mental</li> <li>-Información a las empresas para generar posibilidades de acceso a un empleo</li> <li>-Campañas, jornadas, talleres....</li> </ul>
<b>PARA FAVORECER EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL</b>	Intervenir con la persona en su entorno para mejorar sus capacidades de socialización	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividades para mejorar las habilidades sociales en sus relaciones con las demás (vecindario de su edificio, barrio, entorno)..</li> <li>-Creación y/o consolidación de pertenencia a uno o varios grupos de socialización sana (grupo de amistades, peña deportiva, etc.).</li> </ul>
<b>DE APOYO DIRIGIDAS A FOMENTAR LA AUTONOMÍA PERSONAL/FAMILIAR</b>	Diseñar y aprovechar oportunidades que favorezcan y mantengan capacidades de autogestión y toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acompañamientos para gestiones diversas</li> <li>-Desarrollo de grupos de ayuda mutua</li> <li>-Actuaciones/talleres para colectivos con PGSM</li> <li>-Uso de recursos comunitarios que favorezcan el desarrollo personal en función de sus preferencias</li> <li>-Actividades de la vida diaria en el domicilio</li> <li>-Intervención familiar</li> </ul>
<b>DE APOYO A INICIATIVAS DEL ENTORNO QUE APORTAN VALOR A LA COMUNIDAD</b>	Fomentar la participación de una persona o grupo en actuaciones comunitarias que se realizan en el entorno	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voluntariado (ambiental, protectora de animales)</li> <li>-Colaboraciones en actuaciones y eventos culturales, de ocio y tiempo libre</li> <li>-Formación práctica en empresas</li> <li>-Fórmulas de empleo con apoyo</li> </ul>
<b>DIRIGIDAS A MODIFICAR/ CONSOLIDAR ACTUACIONES EN EL TIEMPO</b>	Establecer criterios comunes y reuniones periódicas de coordinación entre los organismos implicados en la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollo de protocolos entre diferentes organismos implicados</li> <li>-Comisiones</li> <li>-Diseño de planes, programas</li> </ul>



## 10- GLOSARIO

**PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO (PAI):** Es un proceso sistémico e interdisciplinar que, desde la buena práctica profesional, tiene por objeto garantizar la mejora de la calidad de vida de cada persona usuaria. Se constituye como una herramienta de planificación y organización de la intervención de forma personalizada, desde una visión holística, siempre consensuada con la persona, y cuyo contenido recoja una serie de variables: objetivos, áreas de actuación, experiencias a propiciar, programas y actividades, apoyos necesarios y grado de intensidad, temporalización y profesionales implicados.

**PLAN DE CRISIS:** Es un documento elaborado con la persona usuaria que recoge aquellas circunstancias o signos que pueden preceder a una recaída clínica y las intervenciones que se deberían realizar para anticipar o prevenir la aparición de esta. Detalla las actuaciones que se deberían tener en cuenta por los diferentes profesionales implicados y las preferencias de la persona. Complementa el documento de planificación anticipada de decisiones.

### **PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES**

Se trata de un documento que recoge la voluntad y preferencias de la persona usuaria, con el fin de que estas sean conocidas, consideradas y respetadas cuando se encuentre en una situación en la que tenga dificultades para tomar decisiones o comunicarlas. Para ello, dejará constancia de ellas por escrito –con los apoyos que precise y de acuerdo con las recomendaciones del método de «lectura fácil»–, así como de los signos de alerta o síntomas previos a una situación de crisis, del momento a partir del cual desea que se aplique el documento y de las actuaciones que le hacen sentirse mejor o peor. La PAD será elaborada por la persona usuaria, sola o, si así lo desea, con el apoyo de profesionales, así como con los apoyos que desee tener por parte de personas familiares, allegadas o de otras figuras tuitivas.



## 10- GLOSARIO

**PROFESIONAL REFERENTE:** Profesional que, desde un estrecho vínculo, acompañará a la persona ya su familia y coordinará las oportunidades y los apoyos para lograr los objetivos personales propuestos en su plan de atención individualizado. En la designación de la persona profesional de referencia se tendrá en cuenta las preferencias de la persona usuaria y la vinculación existente.

Se responsabilizará de que la coordinación entre las profesionales que intervienen en este proceso (tanto a nivel interno como externo) sea coherente y garantice la continuidad de los cuidados y apoyos.

**TRASTORNO MENTAL GRAVE:** El constructo Trastorno Mental Grave (TMG) más empleado es el del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU de 1987, y contiene las distintas dimensiones de diagnóstico, temporalidad, funcionalidad y necesidades socio-sanitarias. El nuevo concepto de Persona con Problema de Salud Mental Grave (PSMG) puede sustituir al de TMG, designando a un conjunto de personas que sufren diferentes entidades clínicas, que además presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad, precisando de un abordaje complejo, donde la coordinación entre los diferentes sectores implicados se hace imprescindible. En este documento hemos utilizado indistintamente TMG como PSMG. En cuanto al diagnóstico, se incluyen personas que cumplen criterios CIE 10 de los siguientes diagnósticos: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (F20.x, F21, F22, F25), Trastornos afectivos (F32.3, F33.3, F31.x), Trastornos de la personalidad (F60.0, F60.1, F.60.3X, F42) y TOC (F 42.x)



## 11- ACRÓNIMOS

**SASEM:** Servicio de atención para personas con problemas graves de salud mental

**PAI:** Plan de atención individualizado

**PPIS:** Plan personalizado de intervención social

**PAD:** Planificación anticipada de decisiones

**CRISOL:** Centro de recuperación e inclusión social y sociolaboral (CRIS)

**CD:** Centro de día

**CR:** Centro residencial de carácter convivencial de apoyo extenso (VT)

**CR:** Centro residencial de carácter convivencial de apoyo limitado o intermitente.(VT)

**RPPSMG:** Residencias para personas con problemas de salud mental grave (CEEM).

**MAP:** Médico de atención primaria

**USM:** Unidad de salud mental

**USMIA:** Unidad de salud mental infanto adolescente

**ETAC:** Equipo de tratamiento asertivo comunitario

**UHP:** Unidad hospitalización psiquiátrica

**UHD:** Unidad de hospitalización domiciliaria

**UCA:** Unidad de conductas adictivas

**UPCCA:** Unidad de prevención comunitaria en conductas adictivas

**TMG:** trastorno mental grave

**PGSM:** problema grave de salud mental grave



## 12- DOCUMENTOS DE INTERÉS

### **ENTIDADES LOCALES CON EL PROGRAMA SASEM**

Relación de entidades locales que han suscrito el programa SASEM en la Comunidad Valenciana y que ya lo han implementado, o en su caso tienen previsto su implementación.

- [\*\*RELACIÓN DE EELL CON PROGRAMA SASEM\*\*](#)

### **MAPIFICACIÓN DE RECURSOS SOCIO SANITARIOS DE SALUD MENTAL**

- [\*\*RECURSOS SOCIO SANITARIOS\*\*](#)

**DECRETO 27/2023, DE 10 DE MARZO DEL CONSELL** por el que se regulan la tipología y el funcionamiento de los centros, servicios y programas de servicios sociales, y su ordenación dentro de la estructura funcional, territorial y competencial del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales. [2023/2822]

- [\*\*DECRETO DE TIPOLOGÍAS\*\*](#)

### **RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

Guía para acompañar a los profesionales del ámbito de la salud mental, enfatizando no solo en las intervenciones a realizar, sino en la actitud en la que se han de prestar dichas intervenciones

- [\*\*RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL\*\*](#)

### **PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD)**

Es un instrumento utilizado para garantizar que las preferencias de una persona usuaria de salud mental se consideren y se respeten, además de proteger sus derechos, mejorar la relación clínica, adaptar la asistencia a sus preferencias y necesidades, así como facilitar los procesos de toma de decisiones cuando se encuentren en una situación en la que tengan dificultades para tomar decisiones o comunicarlas.

- [\*\*PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES \(PAD\)\*\*](#)