

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE 2018-2022

**CONSELLERIA DE SANIDAD
UNIVERSAL Y SALUD
PÚBLICA**

**CONSELLERIA DE IGUALDAD Y
POLÍTICAS INCLUSIVAS**

1. INTRODUCCIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

3. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

3.1. Antecedentes de la atención a las personas con trastorno mental grave

3.2. Red actual de atención en las personas con problemas de salud mental en la Comunidad Valenciana

3.3. Análisis DAFO y propuesta de áreas de mejora

4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES RECTORES DEL PLAN

5. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

6. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

6.1. Definición de Trastorno Mental Grave

6.2. Circuito y red de atención

6.2.1. Detección y derivación

6.2.2. Inclusión en el programa de PSMG

6.2.3. Plan de Atención Individual Integral (PAI)

6.2.4. Gestión de Casos de PSMG departamental

6.2.5. Salida del Proceso

6.3. Planificación Anticipada de Decisiones (PAD)

6.4. Atención a grupos vulnerables

6.5. Atención a las familias

6.6. Estadificación y perfiles de atención

6.7. Recuperación y ambiente terapéutico

6.8. Programas de intervención

6.9. Indicadores de evaluación

7. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN.

8. BIBLIOGRAFÍA

9. TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS

ANEXOS.

Anexo 1 Criterios de sospecha

Anexo 2 Plan de Atención Individual

Anexo 3 Escalas de valoración

Anexo 4 Documento de derivación

Anexo 5 Planificación Anticipada de Decisiones

Anexo 6 Recursos de atención sanitarios y sociales para personas con problemas de salud mental TMG

1. INTRODUCCIÓN

La atención a las personas con problemas de salud mental graves requiere de una cuidada planificación, dado que las necesidades de estas personas son muchas, variadas y duraderas en el tiempo, precisando, de forma simultánea, diferentes prestaciones, servicios y redes de atención, siendo necesario articular procedimientos que garanticen la calidad en la provisión de la atención y la continuidad de cuidados.

En mayo de 2012, la 65 Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA 65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países.

Por otra parte, el Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013-2020, de salud mental en el objetivo 2, expresa la necesidad de proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta y plantea como acciones la reorganización de los servicios y la ampliación de la cobertura de los mismos, siendo la meta a alcanzar por los Estados Miembros el incremento de un 20% en 2020.

Según datos de la OMS y otras organizaciones nacionales e internacionales, el 1% de la población tiene algún tipo de Trastorno Mental Grave (TMG). Ello, trasladado a la Comunitat Valenciana, supone que al menos 50.000 personas y unas 200.000, si contamos el impacto directo que supone en sus familias, se ven diariamente afectadas por este problema. Además de presentar altas tasas de discapacidad, estas personas tienen una probabilidad de muerte prematura de un 40% -60% superior a la población general, debido a problemas de salud física y al suicidio.

Por otra parte, debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de sus derechos (restricciones al empleo, a la educación, a la participación en la sociedad civil, al ejercicio de la capacidad jurídica, cuidado de la salud física...). Así las personas con trastornos mentales pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad.

La publicación en 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (CDPD), vinculante para los Estados Partes que la han ratificado, como España, protege y fomenta los derechos de todas las personas con discapacidad. Para ello son necesarios planes, estrategias y programas que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales, en consonancia con esta Convención.

La prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de estar enmarcada en el modelo de atención comunitaria y tener un enfoque basado en la recuperación del proyecto vital de la persona y su plena inclusión social, contando con su participación activa y promoviendo su autonomía y su empoderamiento. El protagonista principal es la persona usuaria, que es la que debe ocupar el lugar central del proceso de atención y para satisfacer sus necesidades se requiere de una actuación integral entre todos los sectores implicados.

El reciente informe del relator especial de la ONU, de junio de 2017, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental incluye, como derecho a la salud el derecho a la integración y el tratamiento en la comunidad con el apoyo apropiado para vivir de forma independiente y ejercer la capacidad jurídica.

Es decir, una atención y un apoyo para las personas con problemas de salud mental basados en los derechos es una parte integral de la atención de la salud para todos. Para que sea conforme con el derecho a la salud, la atención debe abarcar un amplio conjunto de servicios integrados y coordinados para la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la atención y la recuperación.

Los servicios de salud mental deben ser de buena calidad y ello requiere la utilización de prácticas basadas en evidencias con miras a la prevención, promoción, tratamiento y recuperación. Si se da prioridad a la ampliación de servicios psicosociales de ámbito comunitario y se movilizan recursos sociales que puedan proporcionar asistencia a todas las personas a lo largo de su vida, se mejorará la calidad de los servicios.

El derecho a la salud constituye, pues, una poderosa guía para que los gobiernos efectúen un cambio de paradigma, de modo que esté basado en la recuperación y sea de ámbito comunitario, promueva la inclusión social y ofrezca diversidad de tratamientos y apoyo psicosocial basados en los derechos.

El enfoque de la recuperación, al aplicarlo de conformidad con los derechos humanos, ha contribuido a eliminar las asimetrías de poder, empoderando a las personas y convirtiéndolas en agentes del cambio en lugar de sujetos pasivos receptores de la atención.

Así mismo, en dicho informe se recoge que empoderar a todas las personas para que participen significativamente en las decisiones que afectan a su salud y su bienestar, requiere la colaboración multisectorial e inclusiva con todas las partes interesadas.

2. JUSTIFICACIÓN

La atención a las personas con problemas de salud mental grave en la Comunidad Valenciana ha sido dispar y ha tenido un recorrido irregular. La ausente planificación conjunta desde la publicación del Decreto 132/1996, de 7 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se asignan "*competencias respecto a los enfermos mentales entre la Conselleria de Sanidad y la de Trabajo y Asuntos Sociales*" ha ido generando dos redes con objetivos, funcionamiento y sectorización diferente, poco o nada coordinadas entre sí.

Esta falta de planificación y coordinación ha dado lugar a una red fragmentada y descoordinada que no cubre las necesidades reales de las personas con problemas de salud mental grave.

Dada la clara necesidad de establecer una coordinación eficaz y estable entre ambas Consellerias, en diciembre de 2015 se crea la Comisión Institucional de Coordinación Sociosanitaria, por parte de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, para el análisis y propuestas de mejora en la coordinación sociosanitaria, formándose ocho grupos de trabajo, uno de ellos específico para la coordinación en salud mental.

Así mismo, la Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020 dedica una de sus cinco líneas estratégicas específicamente a la coordinación intra e intersectorial, especialmente con la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, y recoge dentro de sus objetivos prioritarios la elaboración de un Plan Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave.

Por ello, es un objetivo prioritario diseñar un Plan Integral de Atención en la Comunidad Valenciana para atender a las personas con Trastornos Mentales Graves, que garantice una atención de calidad, por medio de la implementación del Proceso Asistencial Integrado que contemple intervenciones coordinadas, transversales e intersectoriales, el trabajo en red e interdisciplinar y la participación activa de personas usuarias y familiares, desde una perspectiva de respeto a los derechos y orientado a la recuperación y plena inclusión social de este colectivo.

3. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

3.1. *Antecedentes de la atención a las personas con problemas de salud mental grave*

Las personas con problemas de salud mental graves han sufrido una larga historia de marginación, han sido víctimas de una actitud general de incomprensión, no prestándoles la protección necesaria y formando parte de los grupos sociales más desfavorecidos. Históricamente, la atención que se ha prestado desde hace siglos a estas personas, ha estado ligada al internamiento y a la reclusión, hasta que se inician los diferentes procesos de reforma psiquiátrica en el siglo XX.

La primera institución psiquiátrica del mundo occidental se funda en Valencia, en 1409, por el Padre Jofre, cuyo objetivo inicial era “proteger a los inocentes y perturbados de las burlas y escarnios de la población”. Este modelo es rápidamente asumido por el resto de Europa y a lo largo de los siglos XVII, XVIII y XIX en Europa se completa toda la red de asilos, cuyos objetivos eran por una parte separar a las personas con problemas mentales de la sociedad y por otra, realizar una función custodial con las mismas. Este modelo subsistió hasta bien entrada la primera mitad del siglo XX.

Tras la primera guerra mundial, hay un cambio social y político que permite dar un paso en el sentido de conceptualizar la “locura” como una enfermedad y su cuidado pasa a ser un asunto sanitario. Así comienza la primera etapa de transformación de los viejos asilos en hospitales psiquiátricos. Tras la Segunda Guerra Mundial, los diferentes movimientos en defensa de los derechos y los avances en los tratamientos, ponen de manifiesto la inadecuación de los hospitales psiquiátricos que funcionan como lugares de exclusión y custodia y no de tratamiento.

Y así se inician en diferentes países los llamados procesos de Reforma con el objetivo de instaurar un modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental, que considera el marco idóneo para el tratamiento de las personas con trastornos mentales no una institución cerrada, sea asilo u hospital psiquiátrico, sino la comunidad.

Comienza el llamado proceso de reforma psiquiátrica en toda Europa, bajo las diferentes legislaciones de cada país, cuyo objetivo es la instauración del modelo comunitario de atención en salud mental, procediéndose progresivamente a la desinstitutionalización de las personas internadas en hospitales psiquiátricos, la sustitución de estos por servicios en la comunidad y camas en los hospitales generales y la integración de la atención a las personas con enfermedad mental en el marco de los sistemas sanitarios generales.

En el ámbito de la Unión Europea, la **Conferencia de Helsinki**, celebrada en enero de 2005 bajo el lema *Enfrentando desafíos, construyendo soluciones*, los representantes de los Ministerios de Sanidad de los 52 Estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental. Esta Declaración considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad.

En diciembre de 2006 en la ciudad de Nueva York, la Asamblea General de la ONU aprueba la **Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad**, convirtiéndose en la normativa que va a marcar las directrices del enfoque, no sólo a las personas con problemas de salud mental graves, sino a las personas con cualquier tipo de discapacidad. Es el primer tratado de Derechos del siglo XXI y supone importantes consecuencias para las personas con discapacidad, y entre las principales se destaca la “visibilidad” de estos ciudadanos dentro del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas, la asunción irreversible del fenómeno de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, y el contar con una herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer los derechos de estas personas. España firmó y ratificó esta Convención en mayo de 2008, pasando este cuerpo normativo internacional a formar parte del ordenamiento jurídico español.

En 2008, la OMS publica el “**Programa de acción para superar las brechas en salud mental**”. Este Programa ofrece a los planificadores sanitarios de los distintos estados y a sus legisladores, un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Cinco años después, en 2013, la propia OMS, en el **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**, reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. El plan está enfocado desde el punto de vista de la totalidad del ciclo de vida y pretende alcanzar la equidad a través de la cobertura sanitaria universal, haciendo hincapié en la importancia de la prevención.

En España, el proceso de Reforma se inicia un poco más tarde que en otros países europeos, dada la situación política en esos años. En 1983 se crea la **Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica**, que culminaría con el Informe para la Reforma de abril de 1985. El Informe de la Comisión Ministerial establece

tres ejes: el primero, que plantea *un nuevo modelo de atención a la salud mental* orientado hacia la comunidad, integrado y enmarcado en una nueva organización de la sanidad que tuviera en cuenta el compromiso territorial a efectos de la planificación y la gestión, con una óptica preventiva, comunitaria y de salud pública y con la consideración del nuevo papel de la atención primaria de salud en el conjunto de la atención sanitaria; el segundo eje lo constituyen las recomendaciones para la reforma, y el tercero, el compromiso explícito de vincular el desarrollo de las mismas al proceso global de reforma sanitaria.

Al año siguiente, en 1986, se publica la ***Ley General de Sanidad*** que plasma una serie de pautas para el establecimiento de un modelo moderno de atención, como en el resto de Europa, que sustituya al modelo basado en el hospital psiquiátrico.

La entrada en vigor de esta Ley supuso importantes cambios respecto a la situación sanitaria en materia de salud mental en nuestro país, al integrar la salud mental en el sistema sanitario general y establecer el modelo comunitario de atención, teniendo como eje fundamental la Atención Primaria de salud, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio con el objetivo de reducir al máximo la necesidad de hospitalización. Así mismo, establece la necesidad de desarrollar servicios de rehabilitación y reinserción social en la comunidad para una adecuada atención integral, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

Tras la publicación de la Ley General de Sanidad, en la Comunidad Valenciana, se promulga el ***DECRETO 148/86 de 24 de noviembre de 1986***, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en nuestra Comunidad. Esta es la primera normativa, en nuestra comunidad, referente a la atención en materia de salud mental. Es este Decreto se establece la creación en cada área sanitaria de centros de salud mental (CSM), como unidades de apoyo a la Atención Primaria, y contempla que los ingresos se efectuarán en unidades de psiquiatría en los hospitales generales, tal y como se recoge en la Ley General de Sanidad. En cuanto a los hospitales psiquiátricos, el Decreto establece que se procederá a realizar planes de transformación que permitan la disminución de sus camas y faciliten el trasvase de recursos hacia otras actividades de salud mental y unidades asistenciales en la comunidad y la necesidad de crear Centros de Día, dependientes de los CSM, para la rehabilitación y reinserción social, evitando los ingresos innecesarios. Las disposiciones finales tratan sobre la necesaria coordinación entre las Consellerías de Sanidad y la de Bienestar Social, en orden al desarrollo de programas de rehabilitación y apoyo social, y con la Administración del Estado, en lo referente a pacientes sometidos a un procedimiento penal y con las Diputaciones Provinciales de la Comunidad.

La **Ley 8/1987**, de 4 de diciembre, por la que se crea el Servicio Valenciano de Salud, que entró en vigor el 1 de enero de 1988, es el punto de partida de la situación actual. Esta Ley adscribe funcionalmente a la Conselleria de Sanidad todos los servicios y funciones en materia de salud mental que hasta entonces pertenecían a Ayuntamientos y Diputaciones, estableciendo un plazo de tres años para la realización de transferencias, todo ello conforme a la Ley General de Sanidad.

En este marco legislativo se elabora el primer **Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana**, aprobado por la Comisión de Sanidad de las Cortes Valencianas en febrero de 1991 y ratificado en mayo por el Consell. El objetivo del Plan es implantar, de acuerdo a la normativa vigente, el modelo comunitario de atención a la salud mental en toda la Comunidad, a través de la ordenación del conjunto de recursos, muchos de ellos aún con dependencia patrimonial y administrativa diversa, y la inclusión de los mismos en una única red asistencial e integrada en el sistema sanitario general. En el Plan se definen las estructuras básicas y los recursos humanos necesarios para la implantación del nuevo modelo.

El **Acuerdo de 16 de mayo de 1995**, del Gobierno Valenciano en materia sociosanitaria, establece que las personas atendidas en centros sociosanitarios y de servicios sociales que requieran asistencia en salud mental, esta se prestará por la unidad de salud mental del área, articulándose la entrada en el circuito asistencial a través de la atención primaria de salud. Para el desarrollo de las acciones sociosanitarias se coordinará el personal de ambos sistemas, al objeto de que se puedan ajustar los programas conjuntos. En el caso de las personas con problemas crónicos de salud mental y carencias sociales o familiares, la unidad de salud mental del área prestará siempre la atención psiquiátrica necesaria (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), asumiendo la hospitalización en las situaciones clínicamente indicadas. El alojamiento, convivencia, potenciación y recuperación de habilidades laborales ocupacionales y de reinserción social, aunque se programarán conjuntamente, correrán a cargo del sistema de servicios sociales y se trabajará para conseguir una integración, lo más satisfactoria posible, de las personas con problemas de salud mental en la comunidad, en función de su grado de autonomía.

El **Decreto 132/1996**, de 7 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se asignan competencias respecto a los enfermos mentales entre la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, señala que los enfermos mentales crónicos generan necesidades tanto sociales como sanitarias y que ambos tipos de necesidades deben ser atendidas por las diferentes Consellerias de forma coordinada, mediante la creación de recursos sociosanitarios específicos.

En 2001, se publica el segundo Plan de Salud Mental, el **Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana**, en el que la

Generalitat Valenciana marca como prioridad el establecimiento de una red sociosanitaria estructurada para atender los problemas psiquiátricos y psicológicos.

En el año 2006 se publica **la Ley 39/2006, de 14 de diciembre**, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como un conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas.

Ese mismo año se publica la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, coordinada por el Ministerio de Sanidad y contando con la unanimidad de las CC.AA., evaluada y actualizada para el periodo 2009-2013.

El **Decreto 74/2007** de 18 de mayo del Consell, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, establece en su artículo 13 la función de las Unidades de Salud Mental, como unidades de apoyo a la atención primaria y que tienen como prestaciones básicas la atención integral al paciente en materia de salud mental, tanto en régimen de consulta como en régimen de atención domiciliaria, así como la rehabilitación e integración de los pacientes en la Comunidad Valenciana.

El **Decreto 103/2015**, de 7 de julio, del Consell, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las Consellerías de la Generalitat atribuye a la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública competencias en materia de salud mental y a la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas competencias en materia de asistencia social a personas con enfermedad mental crónica.

En Abril de 2016 el Síndic de Greuges publica el **Informe Especial sobre la Atención Residencial a Personas con Problemas de Salud Mental en la Comunidad Valenciana** con treinta y una recomendaciones para la mejora de la atención en este ámbito.

En septiembre de 2016, se publica la **Estrategia Autonómica de Salud mental 2016-2020 de la Comunidad Valenciana**, entre cuyos objetivos prioritarios figura la elaboración de un Plan de Atención Integral a las personas con problemas de salud mental graves y la coordinación con todas las administraciones implicadas, especialmente con la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas.

3.2. Red actual de atención a las personas con problemas de salud mental en la Comunidad Valenciana

La Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública ordena el sistema sanitario valenciano en 24 Departamentos de Salud, demarcación geográfica y poblacional que divide el territorio y permite la gestión administrativa de los distintos recursos del sistema sanitario, para hacer posible la prestación de una atención sanitaria integral, continua y continuada, basada en los principios de equidad y universalidad.

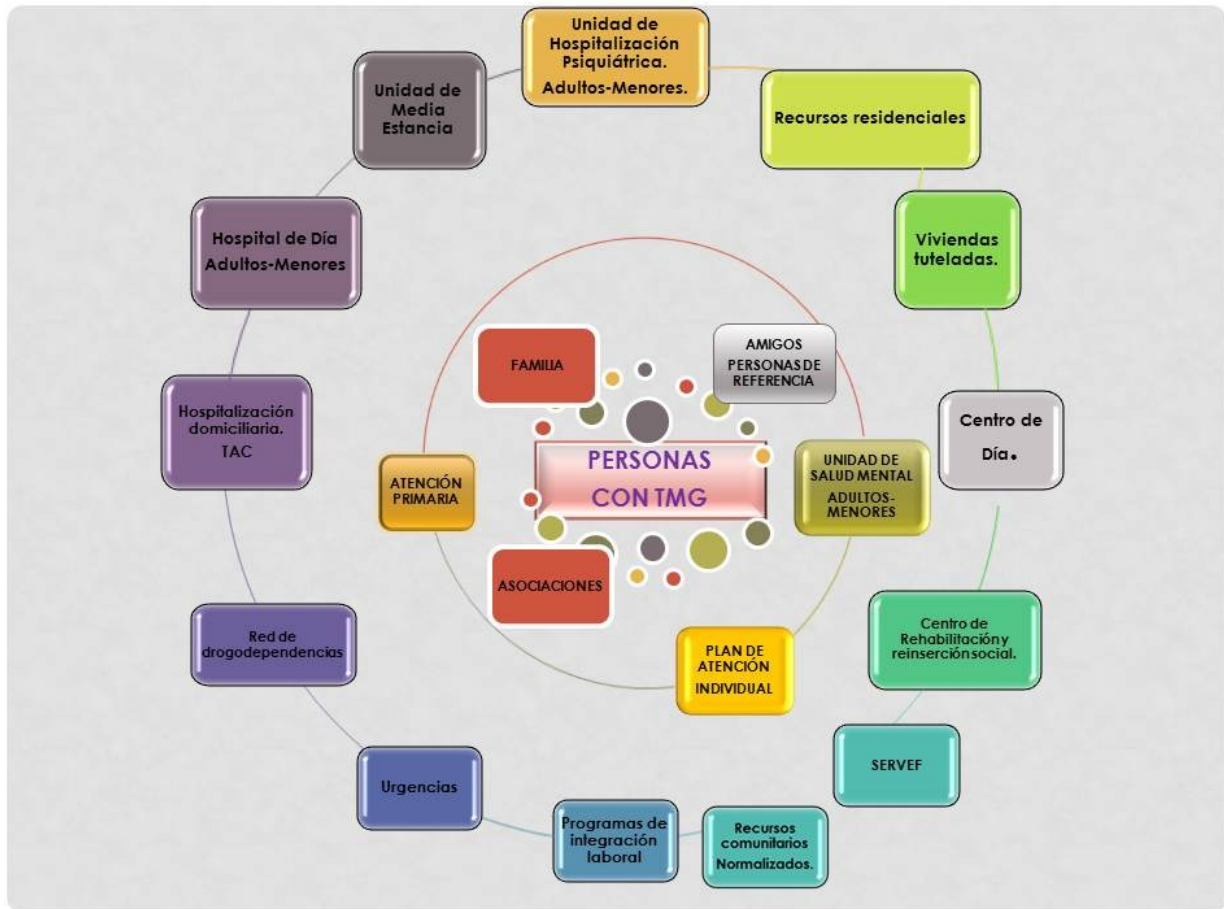
Para satisfacer las diversas necesidades en el ámbito de la salud mental de la población, se requiere una red de servicios en la que las distintas unidades ofrezcan una amplia gama de prestaciones, se coordinen entre sí, garanticen la continuidad de los cuidados, y realicen actividades conjuntas, incluyendo tanto la promoción y protección de la salud mental, como el tratamiento y la rehabilitación.

Esta red debe dar forma a un modelo de atención comunitario, en el que un conjunto de recursos asistenciales, abordarán de forma coordinada e integrada, la atención de los problemas de salud mental de la población, existentes en un área geográfica determinada.

La red que atiende a las personas con problemas de salud mental en la Comunidad Valenciana incluye los dispositivos sanitarios de atención primaria, dispositivos específicos de salud mental, la red de drogodependencias, y los centros dependientes de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas encargados del apoyo social, residencial y de inclusión social para las personas con trastornos mentales graves.

Esta amplia red se complementa con acciones de diferentes administraciones, orientadas a la inclusión de las personas con problemas de salud mental (servicios sociales municipales, empleo, educación...).

Así mismo, cabe reseñar la red de cuidados informales que prestan diferentes asociaciones de usuarios, familiares y ONGs.



Esquema de la red de atención de Salud Mental

3.3. Análisis DAFO y propuesta de áreas de mejora

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una planificación coordinación conjunta entre las Administraciones implicadas • Red fragmentada, descoordinada y poco efectiva • Normativa obsoleta • Dispersión y variabilidad de la atención y falta de equidad en la distribución • Inexistencia de una cartera de servicios y de un mapa de recursos sociosanitarios • Diferente sectorización entre sanidad e igualdad que dificulta la continuidad de los cuidados • Cultura de evaluación y calidad insuficiente • Desequilibrio en la oferta de plazas en viviendas tuteladas y plazas residenciales • Escasez de recursos intermedios y programas de seguimiento comunitario • Burocratización para la asignación de recurso y centro y largas listas de espera • Requisito de resolución de dependencia • Valoración de la dependencia no realizada por el equipo de la USM responsable del tratamiento • Ausencia de programas para colectivos vulnerables (personas con discapacidad intelectual, víctimas de violencia de género, personas sin hogar, en establecimientos penitenciarios....) • Sistemas de información no compatibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo y compromiso político para impulsar y fortalecer mecanismos potentes y estables de planificación y coordinación sociosanitaria • Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 de la Comunidad Valenciana • Actitud proactiva de los profesionales de los diferentes sectores • Asunción del modelo de atención comunitaria y del paradigma de la "Recuperación" • Filosofía de trabajo en equipo y en red • Complementariedad de las redes sanitarias, sociosanitarias y sociales • Experiencias de buenas praxis en diferentes departamentos y dispositivos • Evidencias científicas de los tratamientos biológicos, psicológicos y psicosociales • Perspectiva innovadora en la salud mental • Participación activa de los profesionales y las sociedades científicas • Avances de las TICs • La historia clínica informatizada • PAI informatizado como herramienta de trabajo
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Invisibilidad social de las personas con PSMG • Persistencia del estigma, discriminación y exclusión • Situación económica que afecta a la población y a la financiación de los recursos • Dificultades para acceder al mundo laboral, a la formación y la educación • Poca sensibilidad por parte de los medios de comunicación y de la sociedad en general • Vulneración de los derechos de las personas con PSMG • Incremento de personas tuteladas • Baremo de valoración de la dependencia no ajustado a las personas con PSMG 	<ul style="list-style-type: none"> • Normativas de derechos, como la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006 • Revisión de la legislación nacional y autonómica • Sociedad más sensibilizada, inclusiva y tolerante • Implicación y participación activas de las Asociaciones de Usuarios y de las Asociaciones de familiares • Cultura de empoderamiento y emancipación de la personas usuarias

NECESIDADES DETECTADAS

Crear las comisiones y las estructuras de planificación y coordinación necesarias para prestar una atención integral e integrada a las personas con problemas de salud mental graves.

Unificar el mapa sanitario y social y distribuir equitativamente los dispositivos sociosanitarios de acuerdo a criterios de equidad territorial.

Compatibilizar los sistemas de información que permitan compartir información entre los diferentes sectores.

Establecer los circuitos de atención que eviten la burocratización innecesaria y las duplicidades en la atención, mejorando y garantizando la accesibilidad a los recursos y la continuidad de los cuidados.

Planificar la distribución y crecimiento de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales de acuerdo a las necesidades reales de las personas y la equidad de acceso.

Garantizar los derechos de las personas con discapacidad de acuerdo a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU.

Mejorar y fomentar la formación conjunta de los profesionales de los diferentes sectores.

Promover la investigación en este área.

Incorporar las TICs en la atención, formación e investigación.

Revisar y proponer un baremo específico para personas con TMG para la evaluación de la dependencia y realizar la valoración de la dependencia en las USM.

Desarrollar programas específicos para grupos especialmente vulnerables.

Revisar y actualizar la Cartera de Servicios sociosanitarios.

Revisar y actualizar la legislación y normativa vigente.

Desarrollar un modelo de tuteladas basado en la planificación centrada en la persona.

Establecer y poner en marcha acciones de visibilización para la lucha contra el estigma, especialmente con los medios de comunicación.

Establecer conjuntamente con las Administraciones correspondientes programas de acceso al empleo, la formación y a la educación.

Mejorar y garantizar la participación activa de las personas usuarias y sus familias.

Potenciar el empoderamiento y emancipación de las personas usuarias.

Elaborar un Libro Blanco de los dispositivos y recursos que prestan atención a estas personas.

4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES RECTORES DEL PLAN

MISIÓN

Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental graves desde un modelo comunitario de atención integral, orientado a la recuperación y plena inclusión social de las personas y contando con su participación activa.

VISIÓN

Disponer de una red de atención integral e integrada, que tenga como eje central a las personas y el respeto a sus derechos, tal y como se recogen en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.

Esta red de atención implica:

- Integrar sinérgicamente las diversas redes de atención: dispositivos sanitarios, servicios de integración social y rehabilitación psicosocial, servicios sociales generales, servicios comunitarios normalizados, servicios de apoyo al empleo, servicios sociales municipales...
- Estar orientado a la recuperación de las personas usuarias, entendida como la recuperación de la ciudadanía y del proyecto de vida.
- Garantizar el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Apoyar a las personas para una vida independiente en su comunidad, evitando la institucionalización y la hospitalización al máximo.
- Promover programas orientados a la inclusión laboral/académica.

VALORES

Los valores son imprescindibles porque son los que definen la organización de los servicios y la forma de prestar la atención. Los valores sobre los que se sustenta este Plan de Atención son:

- El reconocimiento de una ciudadanía plena y digna de las personas con problemas graves de salud mental.
- La implicación activa y responsable de la persona en el control de su vida y del proceso de recuperación, según sus objetivos y planes personales. Los procesos de rehabilitación no pueden concebirse como un tratamiento forzoso.

- La inclusión de la persona en su comunidad natural y desarrollo de roles en su entorno.
- La autonomía y emancipación como objetivo prioritario.
- La prestación de atención y apoyo a cada persona de forma individualizada y durante el tiempo que precise y en el lugar adecuado.
- La esperanza como actitud sostenida y permanente por parte de los profesionales sobre las posibilidades de cada persona.
- La inclusión de la evaluación de resultados (calidad de vida, satisfacción, eficacia y eficiencia...).

5. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

<i>OBJETIVO 1: Disponer de una red de atención sanitaria y social para prestar una atención integral e integrada, que garantice la continuidad de los cuidados, basada en el modelo de recuperación y orientada a la plena inclusión social.</i>	
<i>ACCIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
Unificar el mapa sanitario y social de acuerdo a la organización sanitaria por departamento, con una distribución equitativa de los dispositivos sociales actuales	Existencia de mapa unificado Asignación equitativa de plazas en recursos sociales por departamento de salud
Establecer un mecanismo de solicitud plaza y derivación al recurso adecuado a través de las Comisiones de Gestión de Casos que agilice los trámites y los adecue a las verdaderas necesidades	Nº de departamentos que han implantado la derivación a través de las Comisiones de Gestión de Casos
Actualizar la cartera de servicios y el catálogo de dispositivos, recursos y programas sanitarios y sociales	Cartera actualizada Catálogo actualizado
Compatibilizar los sistemas de información	Si/no
Revisar y actualizar la normativa vigente en esta área	Nº de normativas actualizadas
Elaborar libros blancos de los diferentes dispositivos	Nº de libros blancos publicados
Implantar el Proceso Asistencial Integrado para las personas con problemas de salud mental grave	Nº departamentos que han implantado el Proceso
Elaborar programas y circuitos sanitarios y sociales preferentes para la atención de grupos vulnerables: personas sin hogar, mujeres víctimas de violencia de género	Nº de programas implantados en Comunidad Valenciana
Elaborar programas y procesos de atención específicos para grupos específicos: infancia y adolescencia, personas en cumplimiento de condena, personas con discapacidad intelectual, personas con patología dual	Nº de procesos específicos
<i>OBJETIVO 2: Establecer una coordinación eficaz y estable entre las Consellerias implicadas en la atención a las personas con problemas de salud mental grave</i>	

<i>ACCIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
Crear una Comisión de coordinación institucional y estratégica, formada por los responsables autonómicos de las Consellerías implicadas	Comisión creada
Crear una Comisión Técnica provincial de seguimiento de la implementación del plan	Comisión creada
Crear en cada departamento sanitario una Comisión de Trastorno Mental Grave y una Comisión de Gestión de casos	Nº de dptos con Comisión
<i>OBJETIVO 3: Promover la participación activa de las personas usuarias y de sus familias</i>	
<i>ACCIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
Fomentar la participación activa de las personas usuarias, familiares, individualmente y a través de las asociaciones en las diferentes estructuras de planificación, gestión y evaluación de los servicios	Nº de personas usuarias y familiares que participan en las Comisiones de TMG de los departamentos Nº de personas usuarias y familiares que participan en la Comisión Técnica de seguimiento del Plan
Implantar el documento de Planificación Anticipada de Decisiones en la historia clínica	% personas con PAD registrada en su historia clínica por departamento
Elaborar el PAI consensuado con la persona usuaria con la firma del mismo	% de PAI con firma de la persona usuaria por departamento
<i>OBJETIVO 4: Proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental grave y luchar contra el estigma</i>	
<i>ACCIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
Establecer conjuntamente con las Administraciones correspondientes programas de acceso al empleo, formación y educación	Nº de programas para facilitar acceso al empleo con apoyo Nº de programas para acceder a programas de formación Nº de programas para acceso a la educación, incluida la Universidad
Implementar un nuevo modelo tutelar basado en la planificación centrada en la persona	Si/no

Evaluar la calidad de los servicios que prestan atención a personas con problemas de salud mental de acuerdo al Instrumento de Evaluación de Calidad y Derechos de la OMS	Nº de departamentos evaluados
Crear la Mesa Autonómica de Lucha contra el Estigma	Creación de la Mesa Nº de actividades
<i>OBJETIVO 5: Fomentar la formación de los profesionales, personas usuarias y familiares y la investigación en salud mental, especialmente en el área de la recuperación, los derechos y el ambiente terapéutico</i>	
<i>ACCIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
Establecer un plan de formación conjunta para todos los profesionales de la red sanitaria y social, sobre Recuperación, Ambiente Terapéutico y Derechos.	Nº de actividades formativas conjuntas
Potenciar la formación interna en los equipos de trabajo (talleres, sesiones...)	Nº de actividades realizado en cada equipo
Realizar acciones de formación dirigidas a personas usuarias, familiares, voluntarios y profesionales implicados en la atención a las personas con trastorno mental grave	Nº de actividades realizadas
Incorporar acciones formativas de “personas usuarias expertas” y “familiar experto”.	Nº de personas usuarias y familiares que participan en acciones formativas
Fomentar líneas de investigación en relación a la Recuperación, Ambiente Terapéutico y Derechos	Nº de investigaciones por departamento sanitario
Incluir la perspectiva de género en la investigación	Nº de investigaciones por departamento
Potenciar la participación de profesionales y personas usuarias en espacios científicos	Nº de profesionales por dpto. Nº de personas usuarias

6. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

El proceso asistencial integrado comprende el conjunto de actuaciones, intervenciones y acciones encaminadas a proporcionar una atención sanitaria y social integral e integrada de calidad.

Para el seguimiento y coordinación el proceso integra dos comisiones en cada departamento, con objetivos diferenciados:

- La comisión de Trastorno Mental Grave, que tiene por objeto facilitar el desarrollo y la implantación en cada departamento del Plan Integral de Atención, evaluar los objetivos, detectar las necesidades y realizar propuestas de mejora. Esta comisión estará constituida por un responsable (figura que viene recogida en la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 para la coordinación de los procesos y programas), representantes de los distintos colectivos profesionales, usuarios y familiares.
- La comisión de Gestión de Casos, también de carácter departamental, que se desarrolla mediante acciones dirigidas directamente hacia las personas, teniendo por finalidad el garantizar la continuidad de los cuidados, adecuar la atención en el recurso que la persona necesita y agilizar los trámites para la asignación de recurso de las personas incluidas en el proceso

6.1. Definición de 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)

Para el criterio de temporalidad se utiliza el criterio de mantenimiento de los síntomas y la afectación del funcionamiento psicosocial un mínimo de dos años desde el inicio del trastorno, para distinguir aquellos problemas que pueden ser graves, pero tienen una corta duración. El criterio de entrada en el proceso PSMG desde la dimensión de funcionalidad psicosocial se valora por medio de la escala de actividad Global EEAG.

Además de estas dimensiones, hemos incorporado en este Proceso Asistencial Integrado las condiciones de salud física, comorbilidad con otros trastornos mentales, adicciones y discapacidad intelectual, como determinantes de complejidad de las personas con PSMG. Los problemas de salud física son en muchas ocasiones los responsables de que la esperanza de vida sea 20 años menor en las personas con problemas de salud mental grave, por lo que es necesario realizar una identificación precisa que luego se recoja en el Plan de Atención Individual (PAI).

6.2. Circuito y red de atención.

6.2.1. Detección y derivación.

Para la detección es necesario considerar cuatro grupos de población principalmente:

- Personas que acceden a través de los distintos servicios sanitarios y son derivadas ante la sospecha de PSMG.
- Personas en situaciones de aislamiento y potencial deterioro en su entorno, que presentan problemas de salud mental y por diferentes motivos no han contactado con servicios sanitarios ni sociales.
- Personas sin hogar, con patología mental, que frecuentemente tienen graves dificultades para acceder a los servicios sanitarios.
- Personas en cumplimiento de penas en prisión o medidas alternativas con trastornos mentales graves.

El Proceso Asistencial Integrado comienza desde la detección de la persona que puede presentar criterios de sospecha, signos, síntomas o señales (ANEXO 1). En muchos de los casos, esta detección compartirá espacios con el Programa de Primeros Episodios Psicóticos, si cumple con criterios de inclusión del mismo.

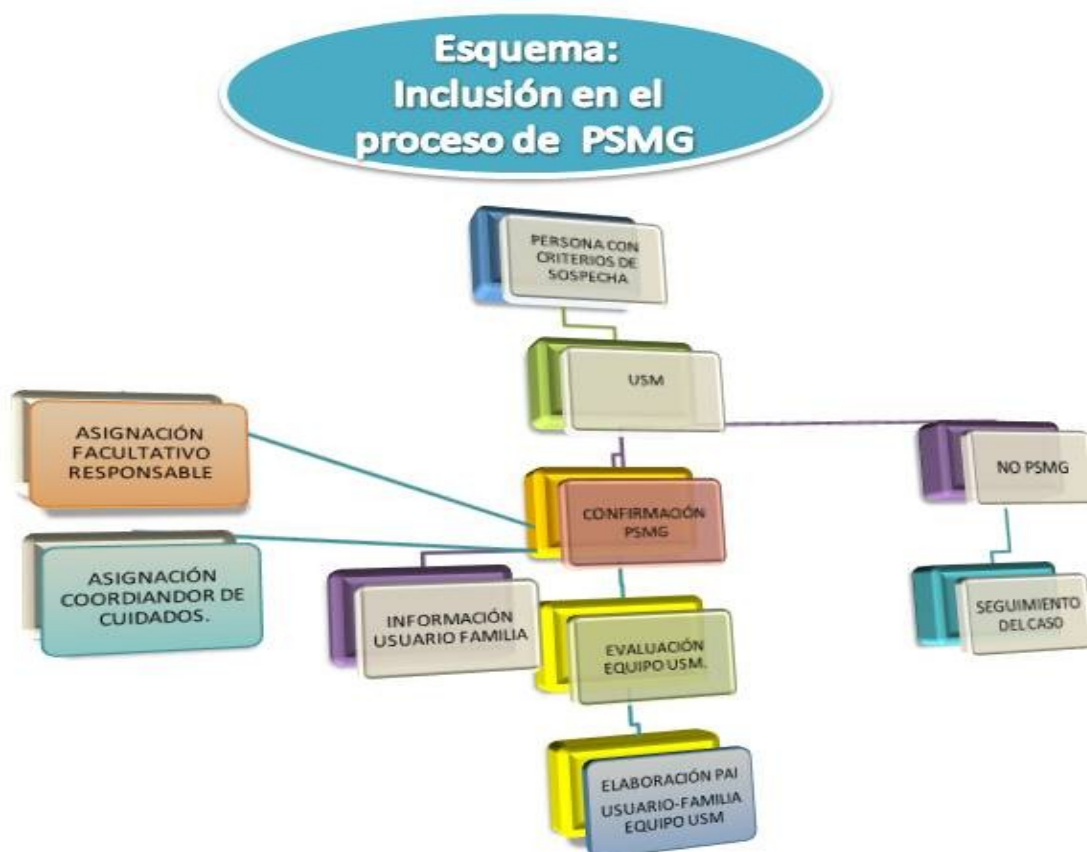
El lugar natural de detección es Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, pero pueden darse otras circunstancias y la persona accede a través de las urgencias hospitalarias, las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) u otras especialidades.

También puede darse la circunstancia de que la sospecha se detecte por los servicios sociales generales y municipales. En este caso, la persona se derivará a atención primaria, poniéndose también en contacto con la unidad de salud mental correspondiente.

Se requiere, por parte de los servicios sanitarios y sociales una actitud proactiva para abordar las necesidades de las personas con trastornos mentales graves, dado que pueden presentar dificultades para contactar con los servicios, en ocasiones derivadas de la propia enfermedad y en otras por diversas circunstancias personales y sociales, con el objetivo de proponer apoyos y establecer los vínculos que puedan facilitar la atención, y siempre respetando los derechos de la personas.

6.2.2. Inclusión en el programa de PSMG.

La inclusión en el programa se realiza en la USM tras la confirmación diagnóstica. En un plazo inferior a un mes se realizará la evaluación por parte del equipo interdisciplinar y se asignará un facultativo referente y un coordinador de cuidados/gestor de caso, que será la persona responsable de garantizar la continuidad de los cuidados. Se tendrá especial atención en proporcionar información adecuada sobre todo el proceso a las personas usuarias y al familiar/referente que designe el usuario.



6.2.3. Plan de atención individual e integral (PAI).

Una vez finalizado el proceso de evaluación en la USM, en un plazo no superior a 30 días, el equipo interdisciplinar de la USM elaborará el PAI consensuado con la persona usuaria y el familiar/persona allegada referente que ésta designe.

En el PAI se reflejarán los objetivos, las acciones, los responsables de las mismas y los plazos de revisión y evaluación, siendo la hoja de ruta para la atención, seguimiento y evaluación en todos los niveles asistenciales, por lo que su elaboración es el primer e imprescindible paso para implementar el proceso de atención integral.

El PAI debe ser acordado y consensuado con la persona titular del mismo y su familia, siempre respetando la Ley de Autonomía del Paciente y así mismo debe recoger la firma del acuerdo por parte de profesionales y usuarios, como instrumento de consenso y compromiso en la construcción del vínculo (ANEXO 2)

En el PAI se incluye la evaluación de las necesidades sanitarias y sociales con los objetivos, acciones y evaluación periódica de las mismas. Cada persona incluida en el proceso PSMG tendrá asignado un facultativo de referencia, responsable que propondrá al resto del equipo interdisciplinar de la USM la realización de la valoración y propuesta de PAI, pudiendo solicitar colaboración de otros profesionales de otros ámbitos

El PAI se desarrollará bajo la supervisión de este facultativo responsable, cuyas funciones serán:

- Cumplimentar la escala HoNOS en la primera evaluación y en cada revisión sucesiva
- Coordinar la elaboración del PAI y vigilar la adecuada atención a la persona usuaria y su familia en el desarrollo del PAI.
- Proponer y registrar la planificación de decisiones anticipadas, mediante el documento específico.
- Actuar de interlocutor o mediador con los distintos servicios y/o profesionales referentes implicados en el proceso de atención de la persona con PSMG.
- Coordinar la evaluación periódica del PAI.

La Evaluación inicial y las que se realicen periódicamente, se realizarán a través de la recogida de información de las diferentes áreas por medio de las entrevistas y escalas de valoración necesarias. (ANEXO 3)

Muchas de las personas que tienen PSMG son diagnosticadas en el periodo donde están desarrollando su proceso de formación o de actividad laboral, produciéndose generalmente una desconexión con la actividad que estaba realizando. Por lo que es necesario intervenir desde el primer momento articulando una coordinación especial con los diferentes centros educativos (Universidad, Institutos y otros Centros de Formación) y prestar los apoyos necesarios para mantener y/o potenciar el empleo.

En función de la complejidad del proceso y la necesidad de la solicitud de otros recursos complementarios, la persona encargada de gestionarlo en la Comisión de Gestión de Casos del Departamento será el coordinador de cuidados/gestor del caso.

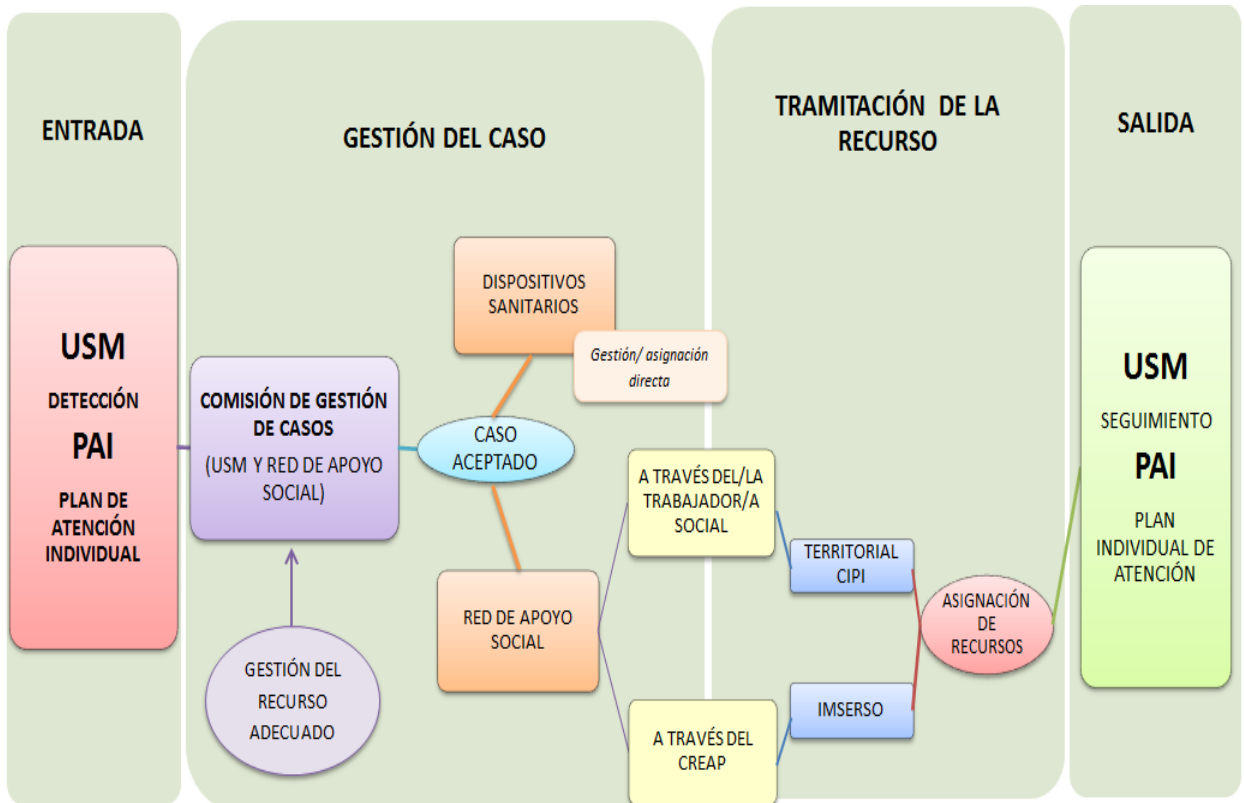
6.2.4. Gestión de Casos de PSMG departamental

La comisión de Gestión de Casos de PSMG departamental (CGC) es una estructura con carácter interdisciplinar, intersectorial y de ámbito departamental para dar respuesta a las necesidades de las personas con problemas graves de salud mental.

Esta comisión tiene la finalidad de garantizar la continuidad de los cuidados, adecuar la atención en el recurso que la persona necesita y agilizar los trámites para la asignación del mismo. La frecuencia de reuniones será mensual y tendrá un presidente y un secretario formalmente nombrados. La CGC tiene como referencia territorial el departamento sanitario y está formada por profesionales de cada dispositivo implicado en la atención directa de las personas usuarias.

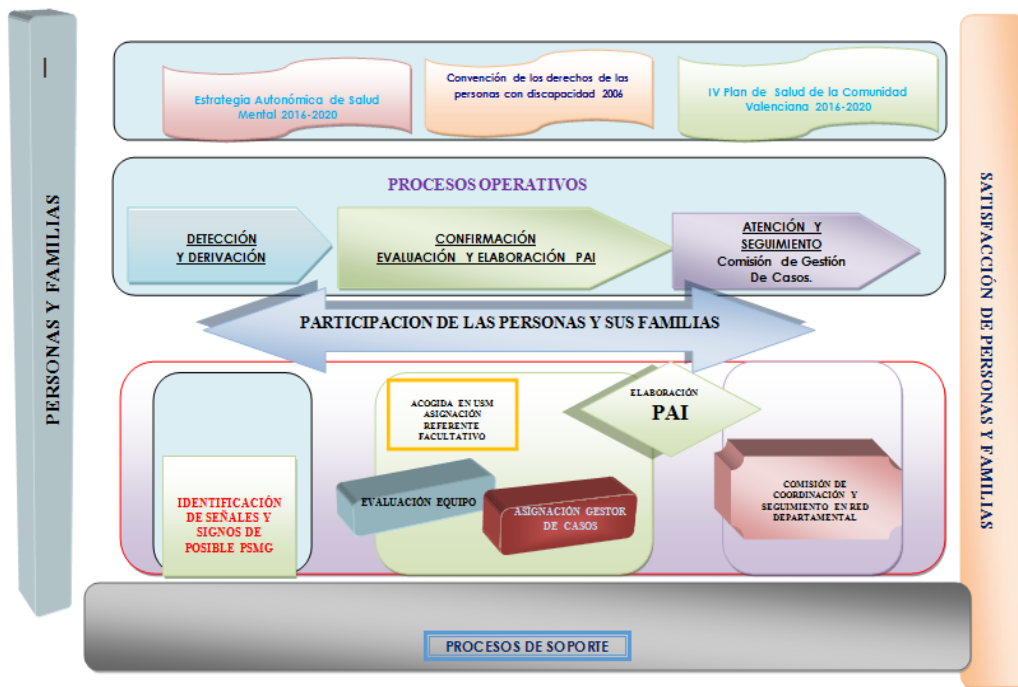
Una vez consensuado el recurso elegido con la persona usuaria y su familia, desde la USM se cumplimentará el documento de derivación (ANEXO 4) y se citará a la persona usuaria y su familia en el dispositivo solicitado en un plazo no superior a un mes, para una primera entrevista y valoración.

En el caso de ser un recurso dependiente de la CIPI, la solicitud la tramitará la trabajadora social de la USM a través de la Dirección Territorial correspondiente y en el caso del CREAP, la tramitará el propio centro a través del IMSERSO.



6.2.5. Salida del Proceso

La salida del proceso se puede efectuar por mejoría que se considera cuando la persona ha alcanzado un funcionamiento psicosocial adecuado, mantenido al menos durante dos años o por causas administrativas derivadas de fallecimiento, cambio de lugar de residencia o por decisión personal de la persona usuaria.



6.3. Planificación anticipada de decisiones (PAD).

La planificación anticipada de decisiones es uno de los objetivos recogidos en la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020, en la LÍNEA ESTRATÉGICA 4, dentro del objetivo de promover los derechos y la participación de las personas con problemas de salud mental y tiene su base documental en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 y en la Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente.

Se trata de un documento que se debe realizar en el proceso de elaboración del PAI y que se registra en la historia clínica informatizada (ANEXO 5)

El profesional referente del programa PSMG será el encargado de proponer a la persona usuaria la elaboración de este documento, garantizando la autonomía y participación en la toma de decisiones. El documento de PAD debe ser elaborado por la persona interesada, con los apoyos que desee tener por parte de los profesionales de la salud mental, representantes, familiares y demás personas referentes. El documento de PAD debe contener la fecha de cumplimentación así como la de actualización.

6.4. Atención a grupos vulnerables.

6.4.1. Mujeres con PSMG y violencia de género.

Las mujeres con PSMG generalmente tienen una prevalencia que triplica la posibilidad de sufrir violencia de género en relación a las mujeres en población general. Es por lo que hay que articular herramientas en el proceso de valoración que garanticen explorar si existe la violencia o no mediante la inclusión del cribado de violencia de género en las mujeres con PSMG.

6.4.2. PSMG y patología Dual.

El abuso de sustancias es una comorbilidad frecuente en personas con PSMG y conlleva un empeoramiento del cuadro clínico, de su abordaje y de su pronóstico. Los problemas asociados a las personas con patología dual más frecuente son el abandono del tratamiento, mayor tasa de recaídas, mayor tasa de suicidios, problemas de salud física añadidos, mayores dificultades para la inclusión social (incluido el alojamiento), problemas económicos y falta de apoyo social.

6.4.3. PSMG y personas “sin hogar”

Las personas con PSMG y “sin hogar” precisan de programas integrados en los que se ofrezca alojamiento/programa residencial y seguimiento por salud mental.

6.4.4. PSMG y Discapacidad Intelectual.

Existen datos sobre la elevada prevalencia de los PSMG en personas con discapacidad intelectual, así como de su dificultad de acceso a los servicios de salud mental, motivada principalmente por la complejidad en la evaluación diagnóstica y la exploración clínica.

6.4.6. PSMG y cumplimiento de penas

Las personas que tienen problemas de salud mental graves en situación de cumplimiento de medidas judiciales, en la actualidad son atendidas a través del programa de atención integral de enfermos mentales (PAIEM) y el Programa PUENTE en fase de semilibertad. Es necesario ampliar el radio de acción del Programa PUENTE y crear comisiones de análisis de casos para garantizar la continuidad de cuidados a este colectivo, en el que participen todas las administraciones implicadas, Sanidad, Justicia, e Igualdad y Políticas Inclusivas.

6.4.7. PSMG y población Infanto-adolescente.

La población infanto adolescente es un grupo de especial vulnerabilidad para los PSMG, que requieren programas integrales para su atención y especialmente a grupos más vulnerables, como los menores con medidas de protección.

6.5. Atención a las familias.

La familia de las personas con PSMG tiene unas necesidades formativas e informativas que puedan facilitar competencias en las tareas de ayuda. Además, puede ser objeto en sí misma de necesidad de apoyo y atención dada la sobrecarga y el desgaste que puede ocasionar el ser un cuidador.

Apoyar eficazmente a la familia y a los cuidadores es una tarea de responsabilidad de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a este colectivo.

6.6. Estadificación y perfiles de atención.

La complejidad de la atención a las personas con problemas de salud mental grave se concreta, no sólo, en los diferentes tratamientos farmacológicos, psicológicos, sociales, cuidados formales e informales necesarios, sino también en la exigencia de que las intervenciones tengan lugar en el entorno más cercano a las personas y cubran las necesidades sociales básicas, de inserción laboral, de formación, de disponibilidad de ocio..., todo ello desde una perspectiva de ciudadanía y de derechos.

Para dar respuesta a las necesidades a través de intervenciones diferenciadas, se precisa articular un sistema de estadificación que establezca diferentes niveles de atención, en función de parámetros de mayor o menor complejidad, así como conceptualizar las mismas en consonancia con la Convención Internacional de los Derechos, fundamentándolas sobre la base de generar los apoyos necesarios desde todos los ámbitos de la sociedad para favorecer la inclusión plena.

La estadificación de este proceso se ha realizado atendiendo a la intensidad de apoyos sanitarios y sociales (grados) haciendo una referencia específica a los cuidados relacionados con la comorbilidad física (criterios A nivel de auto-cuidados independiente, B nivel de autocuidados que precisa apoyos puntuales, C nivel de auto-cuidados que precisa apoyos continuados)

Grado 0 Personas con PSMG con estabilidad e integración en el ámbito familiar-social-laboral y criterios A, B y C.

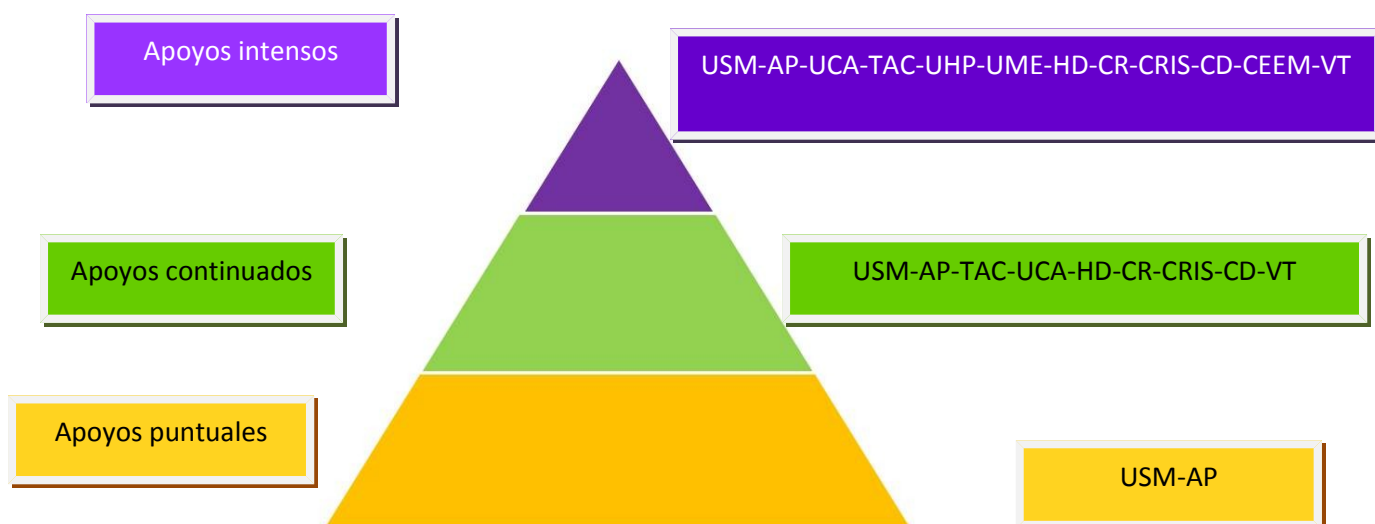
Grado 1 Personas con PSMG, integrada en la familia con necesidades de recuperación personal. Dependencia leve-moderada. Necesidad de apoyos continuos para el proceso de recuperación en CD, equipos domiciliarios, USM y criterios A, B y C.

Grado 2 Personas con PSMG, con escaso-nulo soporte familiar y social y/o consumo esporádico de tóxicos. Dependencia moderada. Necesidades de apoyos continuos para el proceso de recuperación en CD, dispositivos sanitarios hospitalarios y /o residenciales, equipos asertivos, USM y criterios A, B y C.

Grado 3 Personas con PSMG con descompensación importante, con desvinculación o hiperfrecuentación en los servicios socio-sanitarios y/o consumo importante de tóxicos. Necesidades de apoyos intensos para el proceso de recuperación en **centros diurnos o residenciales sanitarios o sociales**, equipos asertivos y criterios A, B y C.

El estadio es una situación puntual, que va a variar con el paso del tiempo y debe recogerse en las distintas reevaluaciones del PAI con la consiguiente estadificación de necesidades y apoyos.

	Criterio A	Criterio B	Criterio C
Grado 0	USM-AP.	USM-AP	USM-AP
Grado 1	USM-AP-CR-CRIS	USM-AP-CR-CRIS	USM-AP-CR-CRIS
Grado 2	USM-AP-HD-CR-CRIS-CD- UCA-VT-TAC	USM-AP-HD-CR-CRIS-CD-UCA- VT-TAC	USM-AP-HD-CR-CRIS-CD- UCA-VT-TAC
Grado 3	USM-AP-UCA-TAC-UHP- UME-HD-CR-CRIS-CD- CEEM-VT	USM-AP-UCA-TAC-UHP-UME- HD-CR-CRIS-CD-CEEM-VT	USM-AP-UCA-TAC-UHP- UME-HD-CR-CRIS-CD-CEEM- VT



El recorrido de las intervenciones terapéuticas viene dado por la necesidad de apoyos y la naturaleza de los mismos, manteniendo siempre a Atención Primaria y la Unidad de Salud Mental como apoyos esenciales.

6.7. Recuperación y Ambiente Terapéutico

La atención a las personas con PSMG debe tejerse en el interior de un conjunto de recursos de la red, dando sentido a cada uno de los espacios de la relación terapéutica. La red de soporte comunitario debe ser funcional y no fragmentada en

áreas estancas y la comunidad debe percibirse como un entramado de vínculos en redes en los que las personas maduran y se desarrollan.

Reconocer a las personas desde la autonomía significa atribuirles un determinado nivel de capacidad en la construcción y formulación de pensamientos y acciones que parten de la conciencia de sí y por ello, de la conciencia del otro como sujeto. Este significativo es el que fundamenta la relación terapéutica y la recuperación personal. Lo que sucede al que habla no deja impasible al que escucha, manteniendo como premisa que lo importante es hablar de las vidas y no sólo de la enfermedad.

La recuperación representa la convergencia de una serie de conceptos y de ideas (empoderamiento, autogestión, autonomía, derechos, inclusión social y rehabilitación) que señala una nueva dirección para los servicios de salud mental. Se caracteriza porque las personas con PSMG y sus familias definen sus necesidades, y el rol de los profesionales se desarrolla desde el apoyo y el acompañamiento en el proceso.

Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios de atención organizados en compartimentos estancos.

Los servicios implicados en la atención a las personas con problemas de salud mental deben asegurar que todas sus intervenciones se sustenten en el reconocimiento de las necesidades, el empoderamiento, la autonomía y la garantía de los derechos de las personas usuarias.

Desde esta perspectiva, el ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental de todos los dispositivos que atienden a personas con problemas de salud mental graves, pero tiene unas connotaciones especiales en los recursos donde el paciente recibe una atención continuada.

El ambiente terapéutico es un concepto complejo compuesto de diferentes dimensiones relacionadas con los recursos físicos, humanos y organizativos:

- Espacios físicos adecuados.
- Dinámica de funcionamiento del dispositivo.
- Ambiente relacional basado en establecimiento de vínculos, apoyos y ayuda mutua.
- Trabajo en equipo y clima laboral.

Todo ello contribuye a crear las condiciones necesarias para prestar una atención de calidad, favorecer la continuidad de los cuidados, el respeto a los derechos y la recuperación de las personas atendidas en los dispositivos.

6.8. Programas de intervención.

El éxito de los programas de intervención en rehabilitación psicosocial dependen fundamentalmente de la continuidad y los contextos en que se desarrollen. Sin duda, es necesario recoger todas aquellas prácticas avaladas por su efectividad, pero sobre todo tener en cuenta que su desarrollo depende de la realidad personal de cada usuario.

Existe contrastada evidencia que nos indica que la composición, la intensidad y el tiempo en que se lleven a cabo las distintas intervenciones incluidas en los programas de recuperación, deben tener como eje fundamental las necesidades y decisiones de cada persona a la que va dirigida.

Aspectos como el entorno personal, las características individuales, las preferencias, pero sobre todo el proyecto de vida que pretenda llevar a cabo cada persona, tienen que impregnar todas las acciones que desarrolle la red de salud mental. Las intervenciones por si solas no van a producir resultados a medio y largo plazo, el sentido de las intervenciones debe realizarse apoyando el proyecto vital que cada persona desee construir, garantizando sus derechos.

En definitiva, las intervenciones deben estar dirigidas a la recuperación personal, a fomentar la esperanza, a restablecer una identidad positiva asumiendo la responsabilidad y el control de su vida.

6.9. Indicadores de evaluación

Desde una perspectiva de mejora continua y calidad, es fundamental evaluar la implantación del Proceso Asistencial Integrado para personas con PSMG y así mismo disponer de datos de resultados, que permitan ir detectando áreas de mejora y adaptando el proceso a las necesidades de las personas.

Esta evaluación será anual y se realizará en cada departamento de salud, por la Comisión de TMG y la Comisión de Gestión de Casos. Una vez evaluado se revisaran las metas para el año siguiente. Esta evaluación tiene por objeto conocer realmente las necesidades de las personas con PSMG, ajustar los circuitos a estas necesidades, comprobar que la coordinación entre los diferentes sectores es efectiva, garantizar la participación de las personas usuarias y sus familias y analizar el impacto del proceso asistencial integrado en la salud de las personas con PSMG y en su satisfacción y calidad de vida.

Estos indicadores de calidad deben ser fáciles de registrar y valorar, relevantes y que abarquen al máximo posible todas las fases del proceso: detección, derivación, evaluación, elaboración del PAI, cumplimentación de la PAD, ejecución y seguimiento del PAI, coordinación con los diferentes sectores que intervienen en el proceso.

Cada departamento elaborará un cuadro de mandos integral con los indicadores donde figuren las metas, los responsables y el cronograma.

En la siguiente tabla se recogen los indicadores propuestos:

CRITERIO	INDICADOR
Registro de las personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado	Nº de personas incluidas en el proceso/nº de personas con diagnóstico de TMG
Constitución de comisiones de Gestión de casos y seguimiento.	.- Nº de Comisiones de Gestión de casos de salud mental constituidas.
Tiempo transcurrido desde la detección hasta la primera cita en la USM inferior a 30 días	Fecha 1ª cita USM menor de 30 días
Tiempo transcurrido desde la primera cita en USM hasta la confirmación diagnóstica y finalización de la evaluación inferior a 30 días	Fecha finalización evaluación menor de 30 días
Tiempo transcurrido desde la finalización de la evaluación hasta la elaboración del PAI menor a 30 días	Fecha elaboración primer PAI menor de 30 días
Elaborar el PAI en las USM	Nº de PAI incluidos en la historia clínica USM
	Nº de revisiones de PAI por persona incluida en proceso
	Nº de PAI firmados por equipo y personas usuarias
Incluir el documento de Planificación anticipada de decisiones en la historia clínica	Nº de personas con PAD en cada USM
Periodo de tiempo entre derivación a un recurso de la red y la primera cita en el mismo inferior a 30 días	Fecha solicitud recurso y cita de valoración menor a 30 días
La salida del programa no debido a alta del mismo debe de ser mínima	Nº de pacientes dados de alta por pérdida/nº total que salen del proceso

Motivos de alta del proceso	<p>% pacientes dados de alta por curación/mejoría</p> <p>% pacientes dados de alta por cambio de departamento</p> <p>% pacientes por decisión personal</p> <p>% pacientes por defunción</p>
Tiempo que los pacientes permanecen en el proceso	<p>% menos de 1 año</p> <p>% entre 1-4 años</p> <p>% entre 5-10 años</p> <p>% más de 10 años</p>
Integración en empleo con apoyo, protegido o normalizado	% de pacientes que se han incorporado a una actividad laboral
Realización de actividades formativas/educación	<p>% de pacientes que han realizado alguna actividad formativa por departamento</p> <p>% de pacientes que han reanudado actividades educativas por departamento</p>
Ingresos y reingresos en UHP, UME y HD	<p>% de pacientes que ingresan en UHP por departamento</p> <p>% de pacientes que reingresan en UHP por departamento</p> <p>% de pacientes que ingresan en UME</p> <p>% de pacientes que reingresan en UME</p> <p>% de pacientes en HD</p>
Seguimiento de problemas de salud física	% de pacientes en seguimiento con MAP por problema físico en cada USM
Detección del riesgo suicida y abordaje de la conducta suicida	<p>Tasa de suicidios consumados por departamento</p> <p>Tasa de intentos de suicidio por departamento</p>
Utilización de los recursos sociosanitarios	<p>% de pacientes que acuden a CRIS por departamento</p> <p>% de pacientes que acuden a CD por departamento</p> <p>% de pacientes en recursos residenciales</p> <p>% de pacientes en viviendas tuteladas</p>

7. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN.

Con la elaboración del Plan de atención a las personas con problemas de salud mental graves de la Comunidad Valenciana se ha cumplido el objetivo de conseguir un marco de referencia de calidad para todas las personas implicadas, usuarios, profesionales, familiares a través de su compromiso y esfuerzo. El proceso de elaboración del plan, se ha desarrollado siguiendo una secuenciación lógica y ordenada cronológicamente atendiendo a una serie de fases en las que se recogen las actuaciones que se han realizado.

1ª FASE: Composición del grupo de trabajo y análisis de la situación

- Creación de un grupo de trabajo formado por personas usuarias, profesionales y familiares atendiendo a las distintas realidades del territorio de la Comunidad Valenciana.
- Recopilación y estudio de la documentación bibliográfica relacionada con los procesos de atención a personas con problemas de salud mental graves.
- Análisis de la situación de determinantes sociodemográficos, epidemiológicos y asistenciales que inciden en la salud mental de la población de la Comunidad Valenciana.
- Elaboración de un documento en formato de matriz DAFO de la situación en la Comunidad Valenciana de la atención a las personas con problemas de salud mental.

2ª FASE: Desarrollo de esquema de trabajo del documento del proceso

- Asignación de trabajo a los distintos componentes del grupo en función de los distintos perfiles y áreas profesionales, que con los equipos de sus departamentos desarrollaron contenidos que configuran los distintos apartados. Para el desarrollo del esquema de trabajo se establecieron reuniones presenciales y trabajo online continuado.

3ª FASE: Elaboración del primer borrador del documento.

- Revisión del mismo por parte de todo el grupo de trabajo

4ª FASE: Redacción del proceso definitivo.

- Estudio y valoración de las aportaciones recibidas para su incorporación al documento final.
- Redacción final del texto con el desarrollo estructurado del contenido del mismo.

COMITÉ DE ELABORACIÓN Y GRUPOS DE TRABAJO

Comité de Redacción:

ANA ASENCIO
BEGOÑA FRADES
JOSE LÓPEZ
LLUM MORAL
JUANJO MORENO
ISABEL OLCINA
PILAR TOMÁS

Amparo Osorio	Psicóloga	Alfonso Rodriguez	FEAFES	Alejandro Povo	Psiquiatra
Antonio Tórridos	MAP	Ana Santos	Enfermera	Ana Gil P	T. Ocup.
Araceli G. Escudero	T. Social	Begoña Fabra	Psicóloga	Ana Hernandez	T. Ocup.
Blanca Pozas	Enfermera	Consuelo Verdú	T. Social	Ana M Torres	T. Social
Carlos García Yuste	Psiquiatra	David Taroncher	Economista	Begoña Bevia	Enfermera
Carlos Kneckt	Psiquiatra	Gloria Bezares	T. Social	Carla López	Psiquiatra
David Villavicencio	Psiquiatra	Inma Pons	Psicóloga	Carlos J. Martínez	Psiquiatra
Francisco Pérez	Psiquiatra	Javier Meseguer	Psicólogo	Cristina Diaz	
Inma Monzó		Leonor Granero	T. Social	Eugenia Zafra	T. Social
Araceli Oltra	Psicóloga	Llanos Conesa	Psiquiatra	Federico Sanchez	Psicólogo
Jaume Ferrandiz	Psicólogo	María José Corral	E. Social	Francisca Carrasco	Psicóloga
José Manuel Pérez	Psiquiatra	Mariano Villar	Psiquiatra	Javier Vilalta	ÁMBIT
M Teresa Aran		Mercedes Asuero	Enfermera	José Villar	Psiquiatra
Ofelia Villaescusa	T Social	Neria Morales	Psiquiatra	Manuel Rufete	Psicólogo
Silvia Edo	Psicóloga	Paco Mengual	Psicólogo	Marta Carrión Piquer	
Teresa Orengo	MAP	Teresa Conversa	Imaginave	Mayte Alvarez	Psicóloga
Vicente Elvira	Psiquiatra	Teresa Ruiz del Toro	Psiquiatra	Pilar Tomás	Psicóloga
Teresa Girau	Enfermera	Teresa Oliver	MAP	Raquel Pradas	T. Social
Isidro Delgado	T. Social	Juanjo Moreno	Psicólogo	Rosa Sierra Serrano	Psicóloga
José López Cócera	Enfermero	Begoña Frades	Psiquiatra	Belén Gómez Taylor	Psicóloga
Isabel Olcina	Médico	Ana Asencio	Psiquiatra	Llum Moral	FEAFES

8. BIBLIOGRAFIA.

1. Asociación Española Neuropsiquiatría. [Promoción de la autonomía y participación en salud mental](#). Guía Partisam. Cuadernos técnicos. 2014
2. Andoni Anseán.. Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental. 2012
3. Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psicoeducación). Buenos Aires: Amorrortu. 1988. (publicación original de 1986).
4. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal 1993; 16:11-23
5. Birchwood M. Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Madrid: Ariel; 1995.
6. Carmona J, Del Río F. Gestión clínica en salud mental. Asociación Española Neuropsiquiatría. Madrid. 2009
7. Carulla L, Bulbena A, Vázquez Barquero JL, Muñoz P, Gómez Beneyto M, Torres F. La Salud Mental en España; Cenicenta en el País de las Maravillas. Informe SESPAS. 2002
8. Generalitat Valenciana. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.2016
9. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Organización de Naciones Unidas. New York, 13, diciembre 2006.
10. Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., y Rüsck, N. (2012).Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. Psychiatric Services, 63, 963-973.
11. Corrigan et al .Recovery as a Psychological Construct .Community Mental Health Journal, Vol. 35, No. 3, June 1999
12. Dixon, L. Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. Psychiatric Services, 51, 759-765. 2000.
13. Fallon IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. PsychiatrServ. 1999; 50:615-618
14. Farkas M, .Restablecimiento y Recuperación. Conferencia inaugural IV Jornadas de la AMRP.Nº 15-16 - Febrero 2003.
15. FEARP, Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. www.fearp.org
16. Fuentes I. Ruiz, J.C., García S., Soler, MªJ. y Dasí, C. Esquizofrenia. Déficit en cognición social y programas de intervención. Información Psicológica, 2008.
17. Garay y cols. Evolución del programa de asistencia psiquiátrica a personas sin hogar con enfermedad mental grave en el municipio de Bilbao. Zerbitzuan. <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Evolucion del Programa de Asistencia Psiquiatrica.pdf>
18. Gomez Pereira, M. Documental DESCONECTADOS <https://www.youtube.com/watch?v=9UahgNhwAPg>
19. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf

20. Grupo de trabajo sobre hospitales de Día. AEN
http://aen.es/wpcontent/uploads/2009/05/GTHD_Nov08.pdf
21. Gumley, A. y Schwannauer, M. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y prevención de recaídas. Ed. DDB, Bilbao, 2008.
22. Hernández Monsalve M. Psicoterapia y Rehabilitación en pacientes con psicosis.. Editorial grupo 5. 2014.
23. IMSERSO. Documento Técnico Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave
<http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/atenenfermental.pdf>
24. IMSERSO. 2007. Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. 2006.
http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/creh_abpsico21016.pdf
25. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo General de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. New York, Junio 2017
26. Jacobson, N; Greenley, D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485. 2001
27. Junta de Andalucía. Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Resultados del Grupo de trabajo Derechos Humanos y Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Escuela andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2012
28. Junta de Andalucía. Consejería de salud. Proceso asistencial integrado. Trastorno mental grave. 2006
29. Kingdon, D.G. y Turkington, D. *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press 2005.
30. Kuipers, Leff y Lam, (1992, 2002). *Familywork for schizophrenia: a practical guide*. London. Gaskell. (1992, 2002).
31. Liberman R.P. Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial* 2004; 1(1):12-29
32. López, M. El acceso al empleo en personas con trastorno mental grave como un proceso intersectorial. Una visión desde Andalucía.
http://guzlopeditoras.com/web_des/med01/psiquiatria/pld0870.pdf.
33. Lopez M, Lara L, Laviana M, Fernandez, L, Garcia-Cubillana P, Lopez A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *ArchPsiquiatr*, 2004, 67, 2:101- 128.
34. Lopez M, Laviana M, Garcia-Cubillana P, Fernandez L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): Descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación Psicosocial*, 2005, 2, 1:2-15.
35. López M, Laviana M. Espacios residenciales. En Desviat M, Alonso A (Coord.) *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid, AEN, 2012.
36. López M, Laviana M, Fernandez, L. Atención residencial a personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves en modelos comunitarios. La experiencia de Andalucía. En Valencia M (Edit.). *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia*. México, Herder, 2012.

37. Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *AdvPsychiatr Treat*, 2004, 10:180-188.
38. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos
<http://www.cochrane.org/es/CD003240/hospital-de-dia-versus-atencion-ambulatoria-para-trastornos-psiquiatricos>
39. McFarlane, W.R.; Lukens, E.; Link, B.; Dushay, R.; Deakins, S.A.; Newmark, M. et al. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52. 1995.
40. Measuring Recovery: A Toolkit for Mental Health Providers in New York City. The Bureau of Mental Health, NYC Department of Health and Mental Hygiene
41. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional Integral para las Personas Sin Hogar 2015-2020.
42. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud.2012
43. Monográfico sobre personas sin hogar con enfermedad mental grave. 2010
http://www.noticiaspssh.org/IMG/pdf/4101_monografico_NUM_25.pdf
44. Muñoz M. Artículo Monográfico. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental *Annuary of Clinical and HealthPsychology* Año 2011. Volumen 07 . Páginas 41 a 50.
45. Muñoz y cols. Estigma y enfermedad mental.
<http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>
46. Obiols, J., Barrantes, N. y Zaragoza, S. La evaluación clínica y psicométrica de los trastornos del espectro esquizofrénico. En V. E. Caballo (Coord.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide. 2006.
47. Olmos Villaplana E, Martínez Serrano J. Proceso de atención a los trastornos mentales graves: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. *Servicio murciano de salud*. 2009
48. Penadés R, Gastó C. El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. Editorial Herder. 2010.
49. Ramos Bernal, A. El camino hacia la recuperación en la enfermedad mental. Ed. Club Universitario. Alicante, 2010.
50. Reboreda A., Gómez, JG., Lemos, S., Esteban, E., Oncins, J., Pereyra, L., Programa de entrenamiento emocional en pacientes con esquizofrenia. *Rehabilitación Psicosocial*, 2011; 8 (1 y 2): 8-14.
51. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Fuentes I. *Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia IPT*. Alborán editores, Granada. 2007.
52. Rodríguez J.T., Touriño, R. Cognición social en la esquizofrenia. Una revisión del concepto. *Archivos de Psiquiatría*, 2010
53. Rodríguez J.T, Acosta, M., Rodríguez, L. Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de psiquiatría y salud mental (Barc.)* 2011
54. Rodriguez Pulido. Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. *Informes de evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS Núm. 20*.Ministerio de Ciencia e Innovación.2010
55. Santolaya Ochando, F (coord.) *Tratamientos Psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia. Guía breve para profesionales*. Tomo I y II. Edita: COPCV - Collegi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana, 2004.

56. Schrank B; Slade M. Recovery in psychiatry .Psychiatric Bulletin (2007), 31, 321-325
57. Shepherd G. y cols. Hacer de la recuperación una realidad.
[http://www.aen.es/docs/Hacer Recuperacion Realidad.pdf](http://www.aen.es/docs/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf)
58. Shepherd, G. Integración laboral en personas con personas con enfermedad mental. Investigación.
http://guzlop-editoras.com/web_des/med01/psiquiatria/pld0891.pdf
59. Servicio murciano de salud. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Subdirección de Salud Mental. 2009.
60. Slade M., Amering M., Frajas M., Hamilton B., O'Hagan M., Panther G., Perkins R., Shepherd G., Tse S., Whitley R. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*;13:12-20. 2014
61. Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397. 1980.
62. The TAPS Project. A report on 13 years of research. Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. *Psychiatric Bulletin* 24 (2000), 165-168.
63. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. University Press, Oxford, 2006
64. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008; 7: 87-92
65. Thornicroft G, Tansella M. *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Triacastela, 2005.
66. Thornicroft G, Tansella M. *La mejora de la atención en salud mental. Colección Estudios*. AEN, 2014.
67. Touriño R, Inglott R, Baena E, Fernández J. (2007). *Guía de Intervención familiar en la esquizofrenia*. Barcelona. Ed. Glosa. 2007.
68. Villeneuve K. y cols. Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research* 121 (2010) 266-270

FUENTES ONLINE

- [Página Web de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial- FEARP](#)
- [Página Web de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial-WAPR](#)
- [Sección de Rehabilitación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría](#)
- [Modelo Avilés \(Tratamiento Asertivo Comunitario\)](#)
- <http://www.stigmaandempowerment.org/casd>
- <https://www.rethink.org/resources/r>
- <https://www.patdeegan.com/blog>
- <http://www.recoverydevon.co.uk/index.php/resources>
- <http://mentalhealth.ohio.gov/assets/recovery/toward-a-vision-of-recovery.pdf>
- <http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>
- <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma05-4129>
- http://www.1decada4.es/profsalud/Recuperacion/Implementando/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf
- http://www.mentalhealthrecovery.com/recovery-resources/documents/100_ways_to_support_recovery1.pdf
- <http://cpr.bu.edu/>

10. TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria	IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
CC.AA: Comunidades Autónomas	OMS: Organización Mundial de la Salud.
CD: Centro de Día	ONG: Organización No Gubernamental
CDPD: Derechos de las personas con discapacidad	ONU: Organización de Naciones Unidas
CEEM Centros Residenciales	PAD: Planificación anticipada de decisiones
CGC: Comisión de Gestión de Casos	PAI: Plan de Atención Individualizado e Integral
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades	PAIEM: Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios
CIPI: Conselleria de Igualtat i Polítiques Inclusives	PSMG: Problemas de salud mental grave
CREAP: Centro De Referencia Estatal De Atención Psicosocial	SERVEF: Servei Valencià d'Ocupació i Formació
CR: Centro de Rehabilitación.	TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario
CRIS: Centro de Rehabilitación e Integración Social	TICs: Tecnologías de la Información y la Comunicación
CSM: Centros de Salud Mental	TMG: Trastorno Mental Grave
DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades	UCA: Unidades de Conductas Adictivas
DOGV: Diari Oficial de la Generalitat Valenciana	UHP: Unidades Hospitalización Psiquiátrica
DPTO: Departamento	USM: Unidad de Salud Mental
EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global	UME: Unidad de Media Estancia
HD: Hospital de Día	VAT: Viviendas Apoyo al Tratamiento
HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales	

ANEXOS

ANEXO 1

Criterios de sospecha:

En los problemas de salud mental graves existen diferentes signos, síntomas o conductas que nos pueden hacer pensar que estamos ante una persona que puede tener problemas de salud mental grave:

-Cambios en el funcionamiento psico-social: deterioro en el trabajo o en los estudios, aislamiento social, pérdida de energía o motivación.

-Cambios conductuales: trastornos del sueño, alteraciones del apetito.

-Cambios emocionales: depresión, ansiedad, tensión, irritabilidad, ira, cambios afectivos, percepción de cambios en el entorno, sensación de aceleración o enlentecimiento en el pensamiento.

-Cambios cognitivos: problemas de concentración o memoria, desconfianza, aparición de creencias inusuales.

-Síntomas positivos (alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento y alteraciones en el comportamiento).

-Síntomas negativos (falta de interés o iniciativa, retraimiento social, apatía y falta de respuesta emocional)

ANEXO 2

Plan de atención individual

El PAI se entiende como el conjunto de objetivos asistenciales y sociales (a corto y medio plazo), establecidos a partir de las necesidades detectadas, tanto en el usuario como en la familia, que derivarán en las actividades socio-asistenciales necesarias para la recuperación del bienestar y la calidad de vida. La implicación del usuario y la familia es uno de los objetivos principales para la elaboración y desarrollo del PAI.

El PAI se desarrollará bajo la supervisión de un profesional responsable cuyas funciones serán:

- Coordinar la elaboración del PAI y supervisar su desarrollo.
- Actuar de interlocutor con los distintos servicios y/o profesionales referentes implicados en el proceso de atención de la persona con TMG.
- Evaluar periódicamente el PAI.

Este documento contemplará:

1. La evaluación por áreas en la que se especificará los problemas o necesidades detectadas.
2. Los objetivos planteados en cada ámbito de actuación.
3. Las estrategias o intervenciones concretas que se van a llevar a cabo:
 - Intervenciones dirigidas a la persona con TMG: terapéuticas, psicoeducativas, Plan de Cuidados y rehabilitación psicosocial
 - Intervenciones dirigidas a la familia.
 - Intervenciones dirigidas al entorno: de apoyo social, apoyo a la integración laboral...
4. Dispositivos donde realizar las intervenciones y su responsable
5. La evaluación de las intervenciones realizadas
6. El nombre del miembro del equipo que será responsable de su supervisión y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar

CONTENIDOS DEL PAI

Datos personales y personas de referencia.

FECHA DE REALIZACION:

FECHA DE REVISION:

AREAS DE TRABAJO

- 1. Proyecto de vida**
- 2. AVDS-**
- 3. Cuidados de salud y tratamiento.**
- 4. Área familiar**
- 5. Área cognitiva, autocontrol y HSSS**
- 6. Formación y empleo**
- 7. Ocio y tiempo libre**
- 8. Red social e integración comunitaria.**
- 9. Aspectos jurídicos.**

- **Objetivos:**

- **Estrategias:**

- **Responsable:**

- **Temporalización:**

ANEXO 3

Escalas de valoración

Escala de valoración del funcionamiento y necesidades psicosociales (HONOS)

Escala de Gravedad Clínica (CGI)

Escala de valoración síntomas GAF EEAG

Escala de valoración de la discapacidad de la OMS (DAS)

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)

Escala de Evaluación de los Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).

Escalas de Calidad de Vida (QLS).

Estructura de la Escala HoNOS

Título de la sección y nombre del ítem	Rango de puntuación de cada ítem	Rango de puntuación de la sección
A. Problemas Conductuales 1. Agresividad 2. Autoagresiones 3. Uso de sustancias	0-4 0-4 0-4	0-12
B. Deterioro 4. Disfunción Cognitiva 5. Discapacidad física	0-4 0-4	0-8
C. Problemas Clínicos 6. Depresión 7. Alucinaciones e I Delirantes 8. Otros Síntomas	0-4 0-4 0-4	0-12
D. Problemas Sociales 9. Relaciones Sociales 10. Funcionamiento General 11. Problemas de Residencia 12. Problemas Ocupacionales	0-4 0-4 0-4 0-4	0-16
Puntuación Total (1-12)		0-48

**HOJA DE DERIVACIÓN PARA LA COOP
SALUD MEI**

COM

FINALIDAD

La Hoja de Derivación pretende facilitar la actuación coordinada entre los distintos profesionales que atienden, desde el ámbito sanitario o social, a las personas que padecen trastorno mental grave y sus familias. Se utilizará para solicitar la Continuidad de Cuidados del usuario/a.

Las intervenciones pueden realizarse dentro de un mismo ámbito (sanitario o social), informando o solicitando la actuación de otro profesional o departamento, o bien entre distintos ámbitos competenciales. Es recomendable que la Hoja de Derivación se canalice a través de la unidad de trabajo social.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DISTINTOS APARTADOS

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Se aportarán aquellos datos disponibles que permitan la identificación y, en su caso, localización usuario/a para cuya atención sociosanitaria se solicita la colaboración de otro profesional o ámbito.

B. CENTROS DE REFERENCIA

Anotar los dispositivos de referencia que le corresponden al usuario, tanto del ámbito social como sanitario.

C. INDICADORES Y FACTORES OBSERVADOS

Se recogerán aquellos indicadores o aspectos sociofamiliares que justifican la necesidad de una atención sociosanitaria de la persona que padece trastorno mental grave.

D. PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

D.1 ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS

Permite informar sobre las actuaciones que se han realizado con el usuario o su familia, y los profesionales que han intervenido.

D.2 PLAN DE CUIDADOS

En él se pueden indicar las actuaciones que superan la propia competencia profesional y que se consideran convenientes o necesarias para una correcta atención sociosanitaria al usuario/a. La utilización de la Hoja, no excluye ni sustituye el trabajo de coordinación entre los distintos profesionales implicados en la atención integral del usuario.

D.3 OBJETIVOS PROPUESTOS

ANEXO 5

Planificación Anticipada de Decisiones

- Situaciones en que se debe aplicar el PAD.

- Signos y síntomas de alerta.

- Acciones o actuaciones que favorecen que la persona se sienta bien o mal.

- Personas a las que avisar en estas situaciones.

- Preferencias sobre las personas que pueden realizar visitas.

- Preferencias relacionadas con las intervenciones terapéuticas, incluidas la medicación.

- Opciones personales ante situaciones de crisis

- Preferencias respecto a los profesionales que quiere que le acompañen en su proceso.

- Hábitos personales.

- Designación de representantes.

- Fecha de cumplimentación.

- Fecha de actualización.

ANEXO 6

Recursos de atención sanitarios y sociales para personas con problemas de salud mental TMG

Centros de Atención Primaria (CAP)

Constituyen el acceso inicial al sistema sanitario.

Unidades de Salud Mental (USM)

Constituyen el eje de la atención en salud mental

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

Ubicadas en los hospitales generales

Unidades de Hospital a Domicilio (UHD)

Hospitales de día (HD)

Unidades de Media Estancia (UME)

Centro de Rehabilitación (CR)

Centros de Día (CD)

Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS)

Centros Específicos para personas con enfermedad mental crónica (CEEM)

Centros residenciales para personas con problemas graves de salud mental

Vivienda tutelada