ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL 2016-2020

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

INDICE

1. PRESENTACIÓN
2. PRÓLOGO
3. RESUMEN EJECUTIVO
4. INTRODUCCIÓN
5. JUSTIFICACIÓN
6. PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA
7. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

   7.1. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN

   7.2. ANÁLISIS ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA
   - *7.2.1. DATOS POBLACIONALES Y EPIDEMIOLOGICOS.*
   - *7.2.2. RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.*
   - *7.2.3. MORBILIDAD ATENDIDA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL.*
   - *7.2.4. ANÁLISIS DAFO.*

8. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES
9. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

   9.1. PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS
   9.2. LINEAS ESTRATÉGICAS.
   - *9.2.1. LINEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES*
   - *9.2.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL*
   - 9.2.3. *LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA E INTERSECTORIAL*
   - *9.2.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 4: LAS PERSONAS: PERSONAS USUARIAS, FAMILIARES Y PROFESIONALES*
   - *9.2.5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN*

10. OFICINA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL
11. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA
12. PRIORIZACIÓN Y CRONOGRAMA
13. EVALUACIÓN E INDICADORES

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS
1. *NORMATIVA Y LEGISLACIÓN DE SALUD MENTAL*
2. *CARTERA DE SERVICIOS 2010*
3. *COMITÉ DE ELABORACIÓN, PARTICIPANTES Y COMITÉS DE EXPERTOS*
4. *EJEMPLOS DE BUENA PRAXIS*

1.PRESENTACIÓN

El Consell se ha fijado la salud mental como una prioridad. Por tanto, para la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública mejorar la salud mental es uno de los objetivos estratégicos de nuestra política sanitaria.

No hay salud sin salud mental. Este es el reto que nos ha alentado a abordar este proyecto común, de personas para las personas, que es la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020.

Hemos sido las personas usuarias, sus familiares, las asociaciones, y las y los profesionales sanitarios quienes, junto a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, los que hemos dado este paso, el primero de un largo camino, para recuperar el tiempo perdido y hacer del bienestar mental ese componente esencial de la salud.

Los problemas de salud mental son frecuentes en todo el mundo y, además del sufrimiento de aquellos que los padecen, interfieren de manera notable en las relaciones familiares y sociales. Por otra parte, las consecuencias de los trastornos mentales no sólo se ciñen a la salud del paciente. La discriminación que a menudo padecen y el estigma que acarrea implican, no pocas veces, la violación de sus derechos humanos y la negación de derechos económicos, sociales y culturales.

Así lo recoge el Plan de Acción Integral sobre la salud mental de la OMS para el periodo 2013-2020. La misma Organización Mundial de la Salud fija como objetivo dotar de eficacia a las políticas de salud mental.

Desde la Conselleria asumimos este reto con unos objetivos difíciles pero irrenunciables: la calidad de los tratamientos, el respeto a las personas con problemas de salud mental, la plena participación en todo aquello que les afecta y la lucha contra la discriminación que padecen quienes sufren estos trastornos.

El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020) describe las grandes líneas de esta estrategia con la que queremos mejorar la organización y la prestación de servicios, implicar a todos los actores en salud mental y garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Todo ello resultará ineficaz si no se cumple uno de los requisitos imprescindibles: el trabajo en equipo. Por ello, la Estrategia de Salud Mental no puede entenderse sin una acción coordinada de todos los implicados: administración, profesionales, personas usuarias, familiares y ONG's.

Carmen Montón Giménez

Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública

2. PRÓLOGO

Esta Estrategia Autonómica de salud mental 2016-2020 consolida el modelo de atención comunitario y orienta la organización de los servicios y atención 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.

Estamos convencidos que innovar en salud mental, supone dar el valor real a la perspectiva de derechos humanos en los servicios de atención a las personas con problemas de salud mental, para el cumplimiento de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, a través de las herramientas de calidad y derechos de la OMS que posibilitan un camino de reflexión para construir una nueva mirada hacia la salud mental.

Rafael Sotoca Covaleda

Director General de Asistencia Sanitaria

3.RESUMEN EJECUTIVO

La importancia de la salud mental, no sólo radica en que es una parte integrante de la salud general y el bienestar y que la buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad, es decir que **"NO HAY SALUD SIN SALUD MENTAL",** sino porque además, los problemas de salud mental tienen una alta prevalencia (datos de la OMS refieren que una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de problema de salud mental a lo largo de su vida, lo que equivale a decir que el 25% de nuestra población, aproximadamente 1.330.000 personas, están en situación de especial vulnerabilidad).

Las tasas de mortalidad también son altas, estimándose que personas con esquizofrenia o depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura de un 40% a un 60% mayor que la población general. Por otra parte, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y los problemas de salud mental representan un elevado porcentaje de la carga mundial de morbilidad y se encuentran entre las principales causas mundiales de discapacidad (la depresión por sí sola representa un 4.3% de la carga mundial de morbilidad y un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad, sobre todo en las mujeres) y debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes vulneraciones de derechos humanos y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales.

A pesar del reconocimiento de la importancia de la salud mental, queda un largo camino por recorrer y muchos aspectos a resolver, como la calidad de los tratamientos, el respeto de los derechos de las personas, su plena participación en todo aquello que les compete y la eliminación de la discriminación y el estigma que sufren.

Por todo esto, mejorar la salud mental debe de ser uno de los objetivos estratégicos de las políticas sanitarias, tal y como recoge el *Plan de Acción de la OMS (2013-2020)*

Uno de los cuatro objetivos de este Plan de Acción Integral es reforzar **UN LIDERAZGO Y GOBERNANZA EFICACES.** Como protectores máximos de la salud mental de la población, los gobiernos son los principales responsables de formular políticas, estrategias y planes que definan claramente las áreas de acción, la prestación de atención equitativa, el respeto a la dignidad y a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y la protección de los grupos vulnerables y marginados. Las respuestas serán más sólidas y eficaces si las intervenciones de salud mental están firmemente integradas en las políticas y planes, para coordinar todos los servicios y actividades relacionadas con esta área.

Una de las maneras de mejorar la salud mental de los ciudadanos es a través de estrategias que visualizan la importancia de la salud mental, proporcionan un esquema general, describen objetivos y planifican y priorizan las acciones, mejoran los procedimientos, identifican a las partes implicadas, asignando roles y responsabilidades, mejoran la organización y prestación de servicios, implican a todos los actores en salud mental y garantizan los derechos de las personas. Una política

correctamente formulada y puesta en práctica, mejorará la organización y la calidad de la prestación de los servicios.

Esta Estrategia constituye una prioridad, entre otros por los siguientes motivos:

- Ausencia de una planificación estratégica en la Comunidad Valenciana en materia de salud mental
- Necesidad de una reorganización de la red sanitaria de atención en salud mental de acuerdo al modelo comunitario de atención y orientada a la recuperación de las personas con problemas de salud mental y su plena inclusión social
- La implantación de una cultura de calidad y mejora continua
- Necesidad de mejorar las infraestructuras y completar la dotación de determinados dispositivos y recursos humanos
- Necesidad de establecer una coordinación eficaz con todas las instituciones y administraciones implicadas, especialmente con la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas

El modelo de atención propuesto por esta Estrategia emana principalmente de cuatro documentos:

- Plan de Acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020.

_ Estrategia Nacional en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

-IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020.

-Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006.

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) es un pilar central para el diseño de la nueva forma de afrontar los problemas de salud mental. El logro de los derechos de las personas con discapacidad no está limitado por su diversidad funcional, si no por las barreras sociales que impiden que las personas ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones con todas las demás. Es por lo que la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública va a realizar una evaluación de acuerdo al instrumento de la OMS de Calidad y Derechos en salud mental, que proporcionará una visión y acciones de mejora de la calidad de los servicios de acuerdo al respeto a los derechos de las personas con discapacidad mental.

Los principios estratégicos que sustentan esta Estrategia son:

- Modelo de atención comunitario, centrado en las necesidades de la personas y adecuando las actuaciones en los entornos naturales del individuo y contando con la participación activa de usuarios y familiares
- Modelo orientado a la recuperación como elemento clave de la organización de los servicios de salud mental y cuyos objetivos principales son el respeto y la defensa de los derechos y la plena inclusión social de las personas con problemas de salud mental. Esto implica cambios profundos en el modelo de atención y la adquisición de nuevos roles de las

personas, sus familias y los profesionales que prioricen la potenciación de las capacidades personales, mantengan la esperanza y se orienten a construir un proyecto de vida.

- Atención transversal e intersectorial, para dar una respuesta integrada a las necesidades de las personas.

En conclusión, un modelo de atención que:

. Oriente los servicios a las necesidades de las personas que presentan algún tipo de trastorno mental, desde una visión integral que contemple la prevención, detección precoz, tratamiento, recuperación e inclusión social

. Implique la convergencia de muchos puntos de vista, la sinergia de diversos ámbitos, disciplinas y tecnologías, que debe traducirse en capacidad de trabajo en equipo de manera interdisciplinar.

. Integre la atención como objetivo de mejora permanente, entre los diferentes servicios y niveles de atención de la red sanitaria (salud mental en hospitales generales, salud mental en atención primaria de salud, salud mental y drogodependencias....), y entre el sistema sanitario, social, educativo y judicial.

. Tenga una visión global compartida, concretada en la capacidad de trabajar en una red fundamentada en una concepción comunitaria de la atención, basada en acuerdos de funcionamiento integrado entre los diferentes servicios sanitarios, sociales y respaldada por las administraciones implicadas.

. Que se oriente a la recuperación, la defensa de los derechos y la participación activa de los usuarios, familiares y profesionales en todos los procesos.

La Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020 se estructura en torno a 5 Líneas Estratégicas orientadas a la consecución de 11 Objetivos Generales. Para estos Objetivos Generales se han establecido 60 Objetivos Específicos, 147 Acciones y 209 Indicadores.

LINEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En esta primera línea la estrategia desarrolla las intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y su carácter intersectorial, considerando el empoderamiento y el autocuidado personal como los ejes para que el ciudadano gestione su salud mental. En los objetivos se incluye la promoción de la salud a través de la consideración de los determinantes diferenciales de género y edad y colectivos vulnerables y la prevención de trastornos mentales, en la población general, poblaciones de riesgo y las condiciones crónicas de salud.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En esta línea se aborda la atención a la infancia y adolescencia como una de las prioridades de esta Estrategia, estableciéndose la necesaria coordinación entre los diferentes sectores implicados que garanticen una atención integral y la priorización de la atención en determinados trastornos, como la atención a las personas con Trastornos del espectro autista (TEA), Trastornos de déficit de

atención e hiperactividad (TDAH) y Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), y situaciones como la de los menores con medidas de protección.

En cuanto a la población adulta se recoge la necesidad de mejorar los procesos de atención especialmente a las personas que padecen un trastorno mental grave (TMG), diseñar programas colaborativos junto con Atención Primaria para la atención de las personas con malestar psíquico y trastornos mentales comunes (TMC). Por último, se ha tenido en cuenta la priorización de grupos vulnerables como personas en Instituciones penitenciarias, personas de edad avanzada y situaciones como el traslado a centro sanitario y la atención en servicios de urgencias.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA E INTERSECTORIAL

La eficacia y eficiencia de las intervenciones en salud mental dependen no sólo del grado de desarrollo de los servicios, sino especialmente de la organización de los mismos, del desarrollo de una cartera de servicios , con especial hincapié en los dispositivos y programas de atención y seguimiento domiciliario y de la definición de procesos de trabajo conjunto entre los diferentes sectores involucrados. Las Consellerias de Sanidad Universal y Salud Pública y de Igualdad y Políticas Inclusivas son titulares de la atención a las personas con TMG en distintos ámbitos, por lo que es necesaria una coordinación sistematizada que garantice la continuidad de cuidados y cohesione todas las intervenciones. Esto implica diferentes niveles de coordinación estratégica, táctica y operativa.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: LAS PERSONAS: USUARIOS, FAMILIARES Y PROFESIONALES

La cuarta línea de la estrategia se ocupa del reconocimiento del ejercicio de los derechos, empoderamiento y emancipación de los usuarios, del papel y apoyo a las familias y de la participación de los profesionales, asociaciones y sociedad en general para la mejora de la salud mental. La satisfacción de usuarios, familias y profesionales es una de las metas fundamentales de esta estrategia. La lucha contra el estigma constituye uno de los factores claves en todos los planes de acción en salud mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La última línea hace referencia a la formación e investigación en salud mental. La importancia de la formación de profesionales, usuarios y familiares, es un objetivo prioritario y una garantía para la mejora en la calidad de la atención. Un aspecto primordial es incluir la parte experiencial a través de la participación de "pacientes expertos" en las actividades formativas.

La potenciación de la investigación y la difusión de los resultados es otro de los ejes imprescindibles en la mejora de la calidad de la atención y la innovación de respuestas a las necesidades de la población.

4. INTRODUCCIÓN

En Enero de 2005, en la Declaración de Helsinki, la Unión Europea (UE) declaró la salud mental como una prioridad sanitaria y social, plasmada en el proyecto del "Libro Verde de la Salud Mental". La visión europea de la salud partía de la convicción de que muchos de los grandes objetivos estratégicos de la UE, como son la prosperidad duradera de su población, la solidaridad, la justicia social y la calidad de vida de los ciudadanos, no podían ser asumidos sin una mejora clara de la salud mental de las personas. Esta Declaración señala explícitamente que se deben enfocar los graves problemas de la salud mental desde las políticas públicas, en una perspectiva integradora que enfatice el respeto a los derechos humanos y el rechazo al estigma y la discriminación, con el despliegue de políticas de promoción y prevención de la salud mental y con la implantación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinaria.

La salud mental se plantea como un asunto capital para los ciudadanos, la sociedad y las políticas públicas: ***SIN SALUD MENTAL NO HAY SALUD***. A los ciudadanos les permite desarrollar su potencial, así como desempeñar con competencia su papel en la sociedad, la escuela, la familia y el trabajo. Para la sociedad, la salud mental de la ciudadanía contribuye a la prosperidad, la solidaridad y el capital social. El bienestar mental es el componente esencial de la definición de salud. La buena salud

mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad.

En la actualidad hay evidencia de que la mayor inversión en recursos en muchas áreas de salud mental, no sólo está justificada en función de la eliminación de las desigualdades, del elevado grado de exclusión social y de las consecuencias adversas de los trastornos mentales, sino que también representa un uso más eficiente de los recursos sanitarios y de otro tipo. En un reciente estudio de la OMS, en el que se estiman por primera vez los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades más frecuentes en el mundo, se ha visto que cada dólar invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad rinde 4 dólares: ***"La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%"*** (OMS 2016).

Pero la importancia de la salud mental no radica sólo en que es parte integral de la salud, sino además en la alta prevalencia de los trastornos mentales y su asociación con la discapacidad (OMS 2010). Los trastornos mentales son frecuentes en todo el mundo y se encuentran entre los de mayor prevalencia en todas las culturas, generan un gran sufrimiento e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen y sus familias. Además, la prevalencia de los trastornos mentales sigue aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países (OMS 2016). Se calcula que 350 millones de personas en todo el mundo padecen depresión, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, el trastorno bipolar y la esquizofrenia afectan alrededor de 60 y 21 millones de personas respectivamente.

Asimismo, constituyen una alta carga de enfermedad en Europa. Por ejemplo, la depresión representa el 4.3% de la carga mundial y según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando sólo se toma en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25.3% y el 33.5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.

También son altas las tasas de mortalidad, por ejemplo, las personas con esquizofrenia o depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura de un 40% a un 60% mayor que la población general debido a problemas de salud física que a menudo no son atendidos y al suicidio. Y a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes.

A esta alta prevalencia hay que sumar el estigma y la discriminación asociada, que genera aislamiento y exclusión que puede traducirse en una falta de acceso a los servicios sociosanitarios y un riesgo elevado de que no se respeten los Derechos Humanos de las personas afectadas (OMS 2016).

Las repercusiones sociales y económicas de la discapacidad mental son diversas y de gran alcance. Las tasas de enfermedad mental entre las personas sin hogar pueden ser superiores al 50% y hay estudios que revelan que más de una tercera parte de la población carcelaria padece problemas mentales. También las personas con problemas de salud mental suelen carecer de oportunidades de educación y de empleo, lo que les impide gozar de un reconocimiento social en la comunidad. Por

ejemplo, entre las discapacidades, las enfermedades mentales graves están asociadas con las tasas más altas de desempleo, hasta un 90%.

Por último, hay que considerar los determinantes de la salud mental que no sólo son características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. La exposición a adversidades en la infancia es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. Hay que tener especial atención a los grupos más vulnerables como los jóvenes desempleados, las personas con problemas de salud crónicos, los grupos minoritarios, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés, especialmente para la salud de la mujer.

5. JUSTIFICACIÓN

Hay muchas maneras de mejorar la vida de las personas con trastornos mentales. Una manera muy importante es a través de políticas, planes y programas que permitan gozar de mejores servicios. Son esenciales una política y un plan de salud mental para coordinar todos los servicios y actividades. Sin una política y unos planes adecuados, es probable que los trastornos mentales se traten de manera ineficaz y fragmentada (OMS 2006).

En salud mental, las políticas y planes son importantes por varios motivos:

- Proporcionan un esquema general, describen los objetivos y sientan las bases para las actuaciones futuras
- Visualizan la salud mental como una prioridad, acorde a la carga de enfermedad que representan.
- Garantizan los derechos de las personas con enfermedad mental.
- Mejoran la organización, los procedimientos y priorizan actividades, de acuerdo a la mejor evidencia científica, mejorando la calidad de la prestación de los servicios
- Identifican a las principales partes implicadas en el campo de la salud mental y se asignan roles y responsabilidades.
- Implican a usuarios, familiares, profesionales y gestores facilitando acuerdos entre ellos
- Mejoran la accesibilidad y el cuidado comunitario
- Evitan la fragmentación de la red, la creación de dispositivos estancos y duplicidades en la atención.

La divergencia entre la necesidad de tratamiento a las personas con problemas de salud mental y su atención es grande en todo el mundo y además la calidad de la atención prestada es en muchos casos escasa, pudiendo afirmarse que los sistemas de salud, todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de los trastornos mentales.

El reciente informe del Sindic de Greuges de abril de 2016, refleja una visión de la atención a la salud mental en la Comunidad Valenciana que evidencia lagunas respecto a las normas, planes y

procedimientos de referencia en materia de salud mental, elaborando treinta y una recomendaciones para la mejora de la atención.

El Plan de Acción de la OMS 2013-2020 plantea como primer objetivo reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, estableciendo como meta que en 2020 el 80% de los países hayan actualizado sus planes de salud mental, en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de Derechos Humanos.

La atención a la salud mental actual en la Comunidad Valenciana precisa del liderazgo de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Publica para asumir un modelo de atención que guíe las actuaciones en salud mental, con objetivos claros y acciones medibles y evaluables y basado en el respeto a los derechos humanos.

Esta Estrategia Autonómica se enmarca dentro de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, el IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana y el Plan de Acción de la OMS 2013-2020 y está alineada con los documentos de referencia internacionales y con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006.

6. PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

La elaboración de la estrategia de salud mental de la Comunidad Valenciana ha supuesto un reto para todas las personas implicadas, usuarios, profesionales, familiares, asociaciones y sociedades científicas que con su esfuerzo, trabajo y ánimo de compartir sus conocimientos, la han hecho posible.

El proceso de elaboración 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 COMITÉ TÉCNICO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

- Creación de un Comité Técnico encargado de la redacción de la estrategia y de la coordinación de todos los grupos de expertos que se constituyeron para tal fin. Este Comité Técnico está compuesto por el conjunto de miembros de la Oficina Autonómica de Salud Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

- Recopilación y estudio de la documentación bibliográfica relacionada con la salud mental: normativa vigente, planes y estrategias autonómicas y nacionales, informes de organismos relevantes, bibliografía específica de salud mental…
- Análisis de la situación de determinantes sociodemográficos, epidemiológicos y asistenciales que inciden en la salud mental de la población valenciana.
- Elaboración de un documento en formato de matriz DAFO (debilidades-amenazas - fortalezas-oportunidades), que posteriormente se remitió a cada uno de los servicios de salud mental de los 24 Departamentos de salud para su cumplimentación por los profesionales
- Contacto con las personas referentes de distintos ámbitos vinculados a la salud mental, con el objeto de recopilar y completar toda la información relacionada con la Salud mental.

2ª FASE: IDENTIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Analizada toda esta información, se identificaron y priorizaron cinco grandes líneas de intervención: promoción y prevención; atención a las trastornos mentales; organización de la red de salud mental y coordinación intersectorial ; personas, usuarios, familiares y profesionales y formación e investigación.
- Creación de seis Comités de Expertos para el desarrollo de los objetivos y contenidos que configuran estas líneas. En las sesiones de trabajo que se establecieron, se debatió y consensuó las propuestas aportadas por cada uno de los participantes del grupo.

3ª FASE: ELABORACIÓN DEL PRIMER DOCUMENTO

- Redacción de un primer borrador en el que se recogieron todas las propuestas, se establecieron los objetivos generales y específicos, las acciones a realizar, se definió la evaluación de cada uno de ellos con los indicadores respectivos y se priorizó la implementación de los mismos.
- Este primer borrador se envió para su análisis a todos los participantes de los grupos de trabajo, asociaciones de salud mental y sociedades científicas y personas de relevancia dentro de este ámbito, para facilitar la incorporación de todas las aportaciones que considerasen necesarias

4ª FASE: REDACCIÓN DEL DOCUMENTO DEFINITIVO

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

En la elaboración de la Estrategia han participado más de 150 personas (usuarios, familiares y profesionales de diferentes ámbitos) que han participado en los diferentes Comités y Grupos de Trabajo.

7. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

a. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN

El desarrollo y la organización de la actual red de salud mental de la Comunidad Valenciana, tiene su origen en el proceso de reforma psiquiátrica que se inicia oficialmente en España con la creación en 1983 de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Hasta esa fecha, la atención a los problemas de salud mental se venía prestando desde diferentes ámbitos y dispositivos, en muchas ocasiones poco o nada vinculados entre sí. Los recursos psiquiátricos eran competencia, casi en su totalidad, de los hospitales psiquiátricos (dependientes de las Diputaciones Provinciales) y la atención ambulatoria era prestada por neuropsiquiatras del INSALUD, a lo que había que añadir unidades y policlínicas de hospitales universitarios y otros dispositivos de diferentes dependencias (ayuntamientos, órdenes religiosas…)

En abril de 1985 se publica el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, en el que se establecen todas las bases y principios para llevar a cabo la reforma. Este nuevo modelo se sustenta en el reconocimiento de los derechos de las personas con enfermedad mental, la integración de la atención psiquiátrica en el sistema sanitario general y la creación de una red coordinada de base comunitaria.

En Abril de 1986, se publica la Ley General de Sanidad, que dedica su capítulo III a la salud mental. En esta ley se establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. Los principios que establece son los siguientes:

- La atención a los problemas de salud mental de la población se llevará a cabo en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo la necesidad de hospitalización
- La hospitalización, si se precisa, se llevará a cabo en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- El desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- Los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica cubrirán asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Asimismo, señala que las Corporaciones Locales, que en la actualidad disponen de servicios y dispositivos sanitarios, establecerán un mutuo acuerdo con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas, para el proceso de transferencia de los mismos.

A nivel de la Comunidad Valenciana en noviembre de 1986, se publica el Decreto 148/1986 del Consell, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental, estableciéndose la creación en cada área sanitaria de centros de salud mental (CSM), como unidades de apoyo a la Atención Primaria. En el Decreto se plantea la necesidad de Centros de Día, dependientes de los CSM, para la rehabilitación y reinserción social, evitando los ingresos innecesarios. Asimismo, se 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. Las disposiciones finales tratan sobre la necesaria coordinación entre las Consellerias 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.

Las competencias en materia de sanidad son traspasadas a la Comunidad Valenciana en el Real Decreto 1612/1987, año en el que se promulga la Ley del Servicio Valenciano de Salud, que establece la integración de todos los recursos sanitarios en una única red, en un sistema único y armonizador, fijando un máximo de tres años para llevar a cabo la integración.

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 (unidades de salud mental, unidades de hospitalización en hospitales generales, hospitales de día, unidades de rehabilitación y recursos socio-asistenciales, no estrictamente sanitarios) y el diseño de programas específicos (atención a la infancia, a personas de edad avanzada, la atención en drogodependencias y alcoholismo) para la transformación, superación y disolución de los hospitales psiquiátricos.

En 1994, el Sindic de Greuges realiza un estudio sobre la problemática de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana, siguiendo el trabajo del Defensor del Pueblo a nivel nacional, valorando fundamentalmente los efectos de la Reforma Psiquiátrica en nuestra Comunidad. Las conclusiones confirmaban la escasez y descoordinación de los recursos, concluyendo que no se trata de problemas aislados sino de un problema estructural que afectaba a la implantación de la reforma psiquiátrica en la Comunidad Valenciana.

En 1996 se publica el Decreto 132/1996 por el que se asignan competencias “en materia de atención a los enfermos mentales” a las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social, estableciendo la necesidad de coordinar los aspectos sociales y sanitarios. De acuerdo a este Decreto, la Conselleria de Sanidad

y Consumo asume la atención psiquiátrica y psicológica necesaria: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y la hospitalización en las situaciones clínicas indicadas. El alojamiento, convivencia, recuperación de habilidades laborales-ocupacionales y de reinserción social, aunque se programan conjuntamente, corren a cargo de la Conselleria de Trabajo y Asuntos sociales, "sin perjuicio de que recibiesen apoyo sanitario por el nivel de asistencia primaria y de salud mental si se precisa". En consonancia con la Ley general de Sanidad, ambas Consellerias prestaran atención específica a los problemas sanitarios y psicosociales, referentes a la población infanto-juvenil y geriátrica. El planteamiento es articular una red asistencial en la que los recursos sanitarios y sociales se conjuguen atendiendo a sus múltiples necesidades desde una perspectiva global.

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 2003 el Síndic publica en dos volúmenes, el Informe especial a las Cortes Valencianas titulado "Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias" Se trata de un informe amplio sobre la red de atención en salud mental, que recoge información de todos los dispositivos, independientemente de su dependencia administrativa, denunciando y exponiendo las recomendaciones para la mejora en salud mental.

En 2005 se crea el Consejo Asesor de Salud Mental de la Conselleria de Sanidad, dependiente del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud, con la finalidad de articular la participación de todos los agentes implicados, para el buen cumplimiento del Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de 2001.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la Agencia de Calidad del Ministerio publica en 2007 la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes y familiares, convirtiéndose en el instrumento guía de las actuaciones en salud mental. En 2009 se evalúa, publicándose la actualización para el periodo 2009-2013.

En 2010 se publica la Cartera de Servicios de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, aprobada por el Consejo Asesor de Salud Mental. En la Cartera se recogen el catálogo de recursos y prestaciones a desarrollar en los mismos.

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.

Por último, el IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, 2016-2020 describe las líneas maestras de la Estrategia de Salud Mental apostando por una reorientación y reorganización asistencial, para el desarrollo de un modelo integral de atención a la salud mental mediante la elaboración y puesta en marcha de programas transversales e interdisciplinares, que garanticen la continuidad de cuidados y disminuyan la variabilidad clínica entre los departamentos de salud.

El IV Plan de Salud propone como elemento innovador el énfasis en la salud positiva o enfoque de los activos en salud, siguiendo la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejeciendo saludable, permitiendo la identificación de los factores protectores, o activos en salud, que resultan esenciales para asistir a las personas y las comunidades en su desarrollo. El paradigma de la recuperación personal está recogido en el modelo de atención desarrollado en este IV Plan de Salud.

El Plan de salud contempla entre otras las siguientes acciones:

- Desarrollo de las nuevas tecnologías y medios de comunicación que mejoren la visión positiva de la enfermedad mental y favorezcan la inclusión social y eliminación del estigma.
- Desarrollo de intervenciones preventivas sobre el riesgo suicida en colectivos vulnerables.
- Potenciación en la elaboración e inclusión de programas, protocolos, circuitos, planes individualizados, historia clínica informatizada e incorporación de la coordinación efectiva entre niveles asistenciales sanitarios y sociales, mediante la creación de comisiones departamentales e interdepartamentales.
- Incidir en la mejora de las competencias profesionales a través de la creación de un plan de formación.
- Promover la participación de las personas usuarias, familiares y asociacionismo enmarcado en la protección de los derechos humanos y de las personas con problemas de salud mental, incorporando el refuerzo de intervenciones dirigidas a la reducción de desigualdades sobre colectivos vulnerables.

b. ANÁLISIS ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

5.2.1. DATOS POBLACIONALES Y EPIDEMIOLÓGICOS

Demografía.

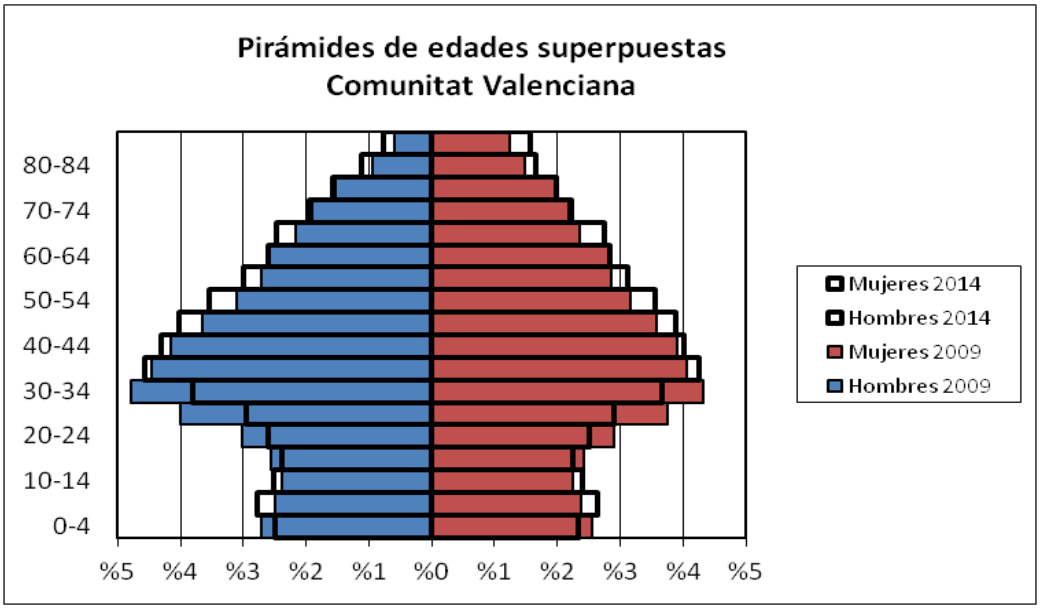
Población	C. V.	Prov. de Alicante	Prov. de Castellón	Prov. de Valencia
Año 2014	5.004.844	1.868.438	587.508	2.548.898
Año 2013	5.113.815	1.945.642	601.699	2.566.474
Año 2012	5.129.266	1.943.910	604.564	2.580.792
Año 2011	5.117.190	1.934.127	604.344	2.578.719
Año 2010	5.111.706	1.926.285	604.274	2.581.147
Año 2009	5.094.675	1.917.012	602.301	2.575.362

La población residente en la Comunitat Valenciana según el Padrón municipal de habitantes es, a 1 de enero de 2014, de 5.004.844, siendo 4.265.214 de nacionalidad española y 739.630 (14,78%) extranjeros.

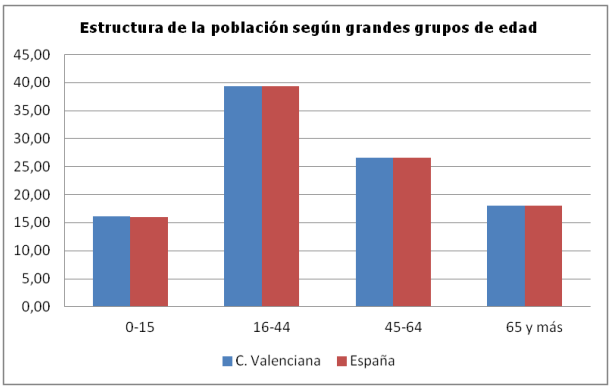
La población adscrita al padrón decreció en 108.971 habitantes respecto al año anterior, fundamentalmente por la reducción de la población de nacionalidad extranjera de 124.261 personas (un 14,38%) con un leve repunte de la población española que se incrementa en 15.290 personas (un 0,36%). El 49,45% de la población son varones y el 50,55% son mujeres.

En cuanto a la estructura de población por sexo y edad, si se compara la correspondiente al año 2014 con la correspondiente a 5 años antes, esto es al 2009, el aspecto más destacable es la disminución del grupo de edad de 0 a 4 años y también la disminución de los grupos de edades de 15 a 34 años.

Pirámide Población periodo 2009-20014.



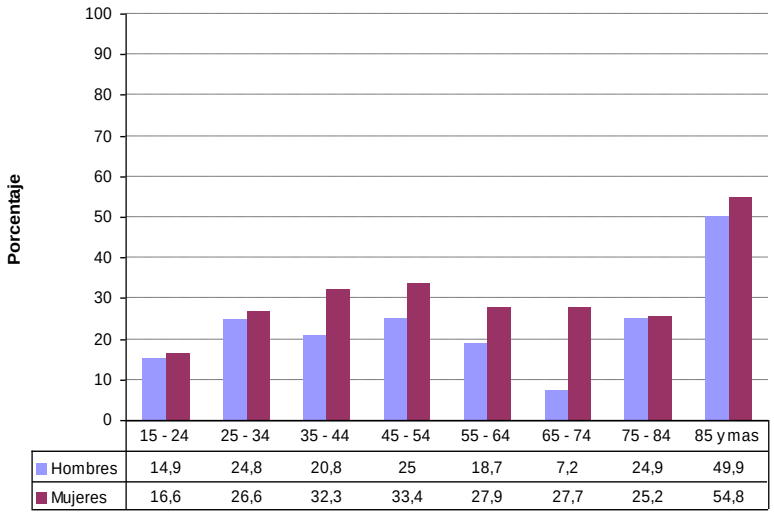
La población de la Comunitat Valenciana correspondiente al año 2014 ha envejecido ligeramente respecto al año 2009, si se considera la estructura de edad de la población según grandes grupos de edad, ésta es básicamente la misma que para el conjunto de España, como puede apreciarse en el siguiente gráfico.



El número de extranjeros residentes en la Comunitat Valenciana (739.630), según la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2014, supone el 14,78% sobre el total de su población.La cifra global de extranjeros en la Comunitat Valenciana ha experimentado una notable disminución respecto a la del año anterior, que era de 863.891. En el año 2014, la Comunitat Valenciana es la tercera en cuanto a porcentaje de extranjeros sobre el total de su población (14,78%)

Epidemiología sobre salud mental en Comunidad Valenciana

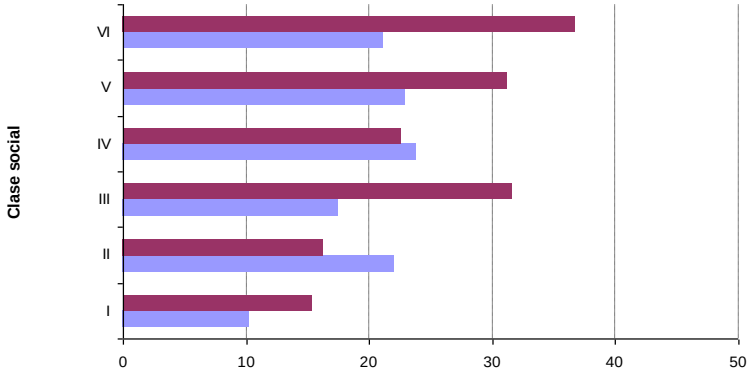
Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (ENSE 2011-12), el 24,6% de la población valenciana adulta (≥15 años) presenta un riesgo de mala salud mental, siendo esta proporción mayor en las mujeres (28,7%) que en los hombres (20,4%), manteniéndose esta diferencia en todos los grupos de edad. Estas cifras son superiores a las obtenidas para el conjunto de la población española, donde el riesgo de mala salud mental alcanza a un 20,4% de la población (16,8% en hombres y 23,9% en mujeres).



	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 - 84	85 y mas
Hombres	14,9	24,8	20,8	25	18,7	7,2	24,9	49,9
Mujeres	16,6	26,6	32,3	33,4	27,9	27,7	25,2	54,8

Riesgo de mala salud mental en la población valenciana adulta según grupos de edad y sexo.Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-12

El riesgo de mala salud mental es superior entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas. Un 36,8% de las mujeres trabajadoras no cualificadas presentan mala salud mental.



	I	II	III	IV	V	VI
Mujeres	15,3	16,3	31,6	22,6	31,2	36,8
Hombres	10,3	22	17,5	23,8	22,9	21,1

Riesgo de mala salud mental en la población valenciana adulta según clase social y sexo. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-12

Riesgo de mala salud mental en niños (Cuestionario de Cualidades y Dificultades – SDQ).

Según la ENSE 2011-12, el 3,8 % de los menores, de 4 a 14 años, de la Comunitat Valenciana, tiene riesgo de presentar mala salud mental (4,1% en niños y 3,8% en niñas).

Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico

Según la ENSE 2011-12, el 11,9% de la población valenciana adulta (≥15 años) manifiesta haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses, indicando que se trata de un problema de salud crónico que ha sido diagnosticado por un médico. De nuevo, esta proporción es superior en las mujeres (17,1%) que en los hombres (6,7%).

Consumo de medicamentos en adultos en las dos últimas semanas

Según la ENSE 2011-12, el 18,7% de la población valenciana adulta (≥15 años) declara haber consumido ansiolíticos o medicamentos para dormir durante las dos semanas anteriores, siendo esta proporción superior en las mujeres (22,9%) que en los hombres (13,2%).

Por otra parte, el 7,1% de la población refiere haber consumido antidepresivos (10,4% en mujeres y 2,8% en hombres).

Fuente Instituto nacional de estadística encuesta nacional de salud. http://www.ine.es>INEbase

Periodo de recogida de la información se extiende a lo largo de un año desde Julio de 2011 hasta junio 2012.

Según la encuesta Europea de salud de en España de 2014 el 2.36% de la población valenciana adulta (≥15 años) sufre un cuadro depresivo mayor y el 3.26% refiere padecer otro tipo de cuadros depresivos.

Fuente Instituto nacional de estadística encuesta nacional de salud. http://www.ine.es>INEbase.

5.2.2. RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Para satisfacer las diversas necesidades de la población, se requiere una red de servicios de salud mental 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. El concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes. 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.

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. Teniendo como funciones de los servicios sanitarios la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento de la patología somática y psíquica y la rehabilitación física, psíquica, tanto en procesos agudos como en situaciones de cronicidad, a fin de mejorar la autonomía del paciente.

Distribución geográfica de los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana

La red de recursos sanitarios para atender las necesidades de las personas con problemas de salud mental se organiza en la Comunidad Valenciana de la misma manera que para atender al resto de los problemas de salud, es decir, en diferentes niveles: implicando a los dispositivos de atención primaria, especializada y servicios de urgencia y en diferentes ámbitos, que incluyen la atención ambulatoria, domiciliaria y hospitalaria.

La atención primaria de salud es la puerta de entrada al sistema sanitario para todas las personas que solicitan ayuda por problemas de salud mental. La coordinación entre AP y SM es uno de los elementos clave del modelo comunitario, pudiendo establecerse diferentes tipos de coordinación. De las intervenciones iniciales basadas en la formación de los profesionales de AP y los criterios de

derivación del caso (atención escalonada) se ha pasado a la propuesta de diferentes modelo de colaboración, como la consulta-enlace, la gestión de caso, el modelo de atención a la cronicidad, programas de atención colaborativa, programas de mejora de calidad (QIC) de manera similar como ya se viene realizando con otras especialidades y con la atención hospitalaria. La colaboración entre niveles asistenciales requiere compromisos estables y consensuados.

Los dispositivos específicos de salud mental incluyen:

Dependientes de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública e igualmente integrados en el departamento de salud, se disponen en el ámbito ambulatorio las unidades de conductas adictivas (UCA), como unidades de apoyo a la atención primaria y en estrecha colaboración con la atención especializada de salud mental, especialmente para la atención de las personas con problemas de patología dual. Completan la red de atención en drogodependencias una serie de dispositivos, que van desde las unidades de desintoxicación hospitalaria hasta las viviendas de soporte al tratamiento. A continuación se exponen la relación de dispositivos:

Complementaria a la red sanitaria, existen recursos dependientes de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, para atender las necesidades sociales, de vivienda y de integración y apoyo en la comunidad, a las personas con Trastornos Mentales Graves. A esta red psicosocial se accede a través de las USM y derivados por ellas. En estos momentos, aunque está en proceso de revisión, los dispositivos dependientes de la ConsellerÍa de Igualdad Políticas Inclusivas son:

En la siguiente tabla se presentan los 24 departamentos de salud con la población SIP asignada, los hospitales de referencia así como su forma de gestión.

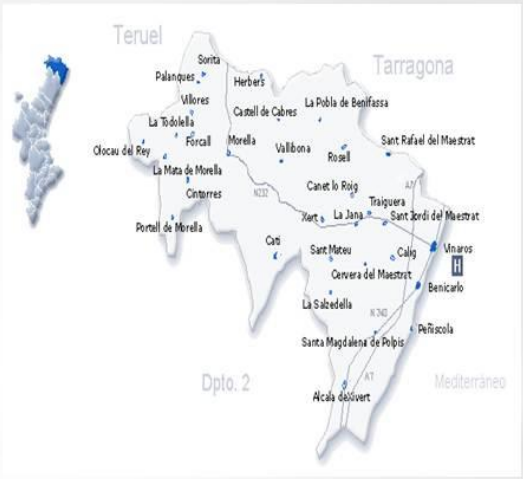
DEPARTAMENTOS	POBLACIÓN	HOSPITALES	GESTIÓN
VINAROS	92.981	H. Comarcal de Vinaroz	Pública
CASTELLON	281.056	H. General de Castellón Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón	Pública Consorcio
LA PLANA	187.636	H. La Plana H. Complementario Alto Palancia de Segorbe	Pública
SAGUNTO	151.109	H. Sagunto	Pública
VALENCIA-CLINICO	343.443	H. Clínico	Pública
VALENCIA ARNAU-LLIRIA	310.052	H. Arnau de Vilanova	Pública
VALENCIA - LA FE	281.851	H. Universitario y Politécnico la Fe	Pública
MANISES	203.417	H.de Manises	Concesión administrativa
REQUENA	53.050	H. de Requena	Pública
VALENCIA H. GENERAL	357.148	Consorcio Hospital Universitario de Valencia	Consorcio
VALENCIA - DR. PESET	277.516	H. Doctor Peset	Pública
LA RIBERA	259.528	H. Universitario de La Ribera	Concesión administrativa
GANDIA	180.218	H. Francesc de Borja de Gandía	Pública
XATIVA - ONTINYENT	198.278	H. Lluís Alcañiz H. General de Ontinyent	Pública
DENIA	168.306	H. Denia	Concesión administrativa
ALCOI	137.404	H. Virgen de los Lirios	Pública
VILA JOIOSA	184.949	H. de La Marina Baixa	Pública
ALICANTE - SAN JUAN	219.340	H. Universitario San Juan de Alicante	Pública
ELDA	190.612	H. General de Elda- Virgen de la Salud	Pública
ALICANTE-H. GENERAL	268.702	H. General Universitario de Alicante	Pública
ELX	163.583	H. Hospital General de Elche	Pública
ELX-CREVILLENT	153.417	H. Vinalopo	Concesión administrativa
ORIHUELA	166154	H. de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja	Pública
TORREVIEJA	190.614	H. de Torrevieja	Concesión administrativa

DEPARTAMENTO DE SALUD VINAROZ

- USM VINAROZ
- DISPOSITIVO USM ALCALA DE XIVERT
- DISPOSITIVO USM TRAIGUERA
- DISPOSITIVO USM MORELLA
- DISPOSITIVO USM SAN MATEO
- USMIA VINAROZ

UHP – UME - ULE
TCA HDA - HDIJ - HDTCA

→ CONSORCIO HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN



SIP	Psiq	Psic	Enfer	TS	TCAE	T.Ocuo/ Mon. Oc
92,981	7	3	1	0	0	

DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

- USM RAFALAFENA I
- USM CARDENAL COSTA
- USM GRAO CASTELLON
- USMI C/USERES
- USM ILLES COLUMBRETES
- USMIA GRAN VIA

UHP (camas 30)
UTCA (camas 4)
UHPIA (camas 2)

Policlinica SM
Consulta Psiq Penit
Unidad Ambulat TCA

HD Castellón (plazas 20)

HDI-J Castellón (plazas 10)

HD TCA Castellón (plazas 10)

UHD (plazas 10)

Hospital Provincial Castellón
UME
camas 24
ULE

CONSORCIO HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN

SIP	Psiq	Psic	Enferm	T S	TCAE	T.Ocuo/ Mon. Oc/
281.056	16	13	32	2	39	3

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA PLANA

USM BURRIANA

USM VILLA REAL

USM VALL D´ UXO

USMIA (derivación a Castellón)

HD Villareal (plazas 20)

UHP – UME - ULE TCA HDA - HDIJ - HDTCA

CONSORCIO HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocuo/ Mon. Oc/
187.636	7	4	3	1	3	

DEPARTAMENTO DE SALUD SAGUNTO

USM SAGUNTO

USM PUZOL

USM SEGORBE

USM ESTIVELLA

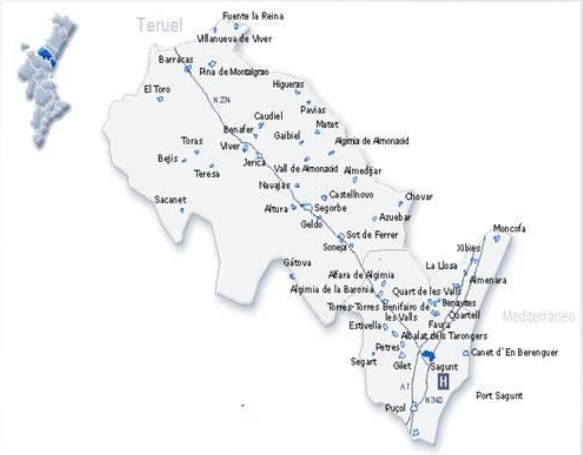
USM PUIG

USMIA SAGUNTO

UHP (camas 7)

UHD

SUPRADEPARTAMENTAL UME PADRE JOFRE(camas 50) HD (25 plazas)



SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Sod	TCAE	T.Oc M. Oc/
151.109	9	4	8	1	1	

DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA-CLÍNICO- LA MALVARROSA

USM MALVARROSA

USM FOIOS

USM ALBORAYA

USMIA EL GRAO

UHP (camas 18)

UHD

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocup M. Oc/
343.443	21	8	17	1	13	

DEPARTAMENTO DE SALUD ARNAU DE VILANOVA LLIRIA

USM BURJASSOT

USM PATERNA

USM GODELLA

USM LLIRIA

USM LA COMA

USMIA PATERNA

CR PATERNA 30 plazas

UHP (camas 18)

UHD

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocup/ Mon. Oc/
310.052	22	10	18	6	27	

DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA- LA FE

USM CATARROJA

USM TRINITAT

USMIA MIGUEL SERVET

USMIA CATARROJA

HD MIGUEL SERVET (plazas 20)

CR MUSEO

UHP (camas 21)
UHTCA-(camas 8)
UHPIA(canmas 5)

UHD

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocu M. Oc/
281851	23	11	36	4	32	1

DEPARTAMENTO DE SALUD MANISES

USM BUÑOL

USM MISLATA

USM MANISES

USM ALDAYA

USMIA MANISES

UHP derivan → HOSPITAL LA FE
HOSPITAL GENERAL
HOSPITAL ARNAU

EQUIPO APOYO TERAPÉUTICO DOMICILIARIO

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocuo/ Mon. Oc/
283.417	11	6	4	3	6	1

DEPARTAMENTO DE SALUD REQUENA

USMI REQUENA

USMIA (derivan a USMI Guillem de Castro)

UHP (derivan) → HOSPITAL LA FE
HOSPITAL GENERAL
HOSPITAL ARNAU

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocuo/ Mon. Oc
63.050	3	2	1	1	0	

DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA HOSPITAL GENERAL

USM PERE BONFILL

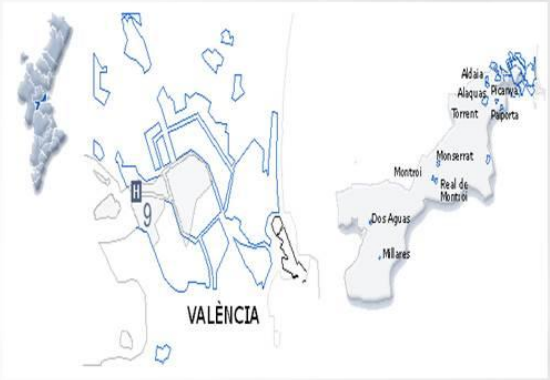
USM TORRENT

USMIA GUILLEM DE CASTRO

UHP (camas 20)

UHD

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)



SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocuo Mon.
357.148	21	8	12	4,5	24	

DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA DOCTOR PESET

USM FUENTE SAN LUIS

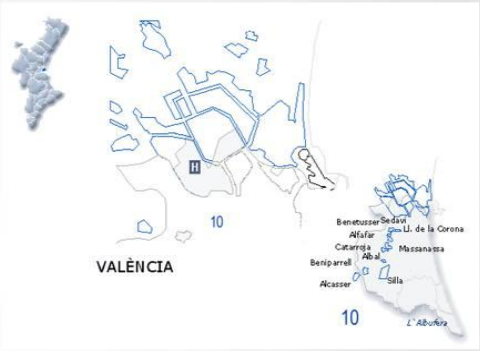
USM SAN MARCELINO

USM SEDAVI

USMIA FUENTE SAN LUIS

UHP (camas 20)

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)



SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocup/ Mon. Oc/
277.516	24	8	13	5	25	1

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA

USMALZIRA

USM SUECA

USM CARLET

USMIA ALZIRA

UHP (**camas 10**)

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocup/ Mon. Oc/
259.528	12	7	10	0	5	

DEPARTAMENTO DE SALUD GANDÍA

USM GANDÍA

USM OLIVA

USM TAVERNES

USMIA GANDÍA

HD (plazas 6)

UHP (camas 9)

CRHBPS CASA NATURA

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocuo/ Mon. Oc/
180.218	9	5	16	1	3	1

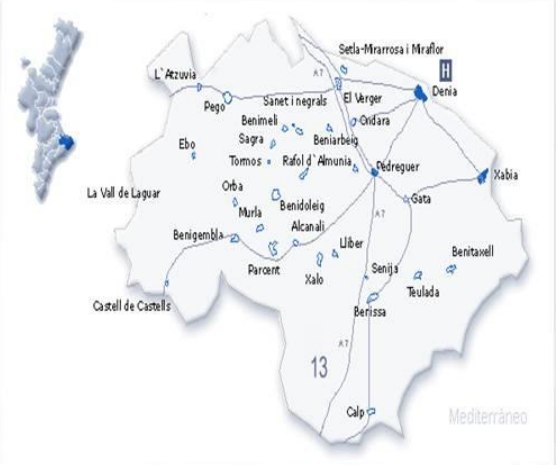
DEPARTAMENTO DE SALUD DENIA

USM DENIA

USM CALPE

USMIA DENIA

UHP (camas 12)



SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab. Socl	Aux Enferm	T.Ocu/ Mon. Ocu/
168.306	5	3	9	1	6	

DEPARTAMENTO DE SALUD XÀTIVA-ONTINYENT

USM ONTINYENT

USM XÀTIVA

USM POBLA LLARGA

USMIA XÀTIVA

UHP
(camas 16)

SUPRADEPARTAMENTAL
UME PADRE JOFRE(camas 50)
HD (25 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab. Socl	TCAE	T.Ocu/ Mon. Ocu/
198.278	11	5	11	1	11	

DEPARTAMENTO DE SALUD ALCOI

USMALCOI

USMIA ALCOI

UHP (camas 12)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab. Socl	TCAE	T.Ocu/ Mon. Ocu/
137.404	8	5	10	1	6	

DEPARTAMENTO DE SALUD MARINA BAIXA

- USM FOIETES BENIDORM
- USM VILAJOIOSA
- USM ALFAZ DEL PI
- USM ALTEA
- USM CALLOSA DE'N SARRIÀ
- USM LA NUCIA
- USMIA BENIDORM
- UHP (camas 14)
- UHD

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab. Socl	TCAE	T.Ocu/ Mon. Ocu/
184,949	12	6	10	1	7	

DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE-SANT JOAN

- USM CAMPELLO
- USM SAN JOAN
- USM CABO HUERTAS
- USM STMA. FAZ
- USMIA CABO HUERTAS
- HD SANTAFAZ (19 plazas)
- UHP (camas 30)
- UTCAP (camas 6)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab Socl	TCAE	T.Ocu/ M.Ocu
219.840	16	7	12	4	26	0

DEPARTAMENTO DE SALUD ELDA

- USM ELDA
- USM VILLENA
- USM MONOVAR
- USM PETRER
- USM NOVELDA
- USMIA ELDA
- UHP (camas 18)
- HD(15 plazas)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocup/ Mon. Oc/
190.612	12	6	14	2	9	1

DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE HOSPITAL GENERAL

- USM CAMPOAMOR – PZA AMERICA
- USM CIUDAD JARDIN
- USM LOS ANGELES
- USM FLORIDA BABEL
- USM SAN BLAS
- USM SAN VTE RASPEIG
- USMIA SAN VICENTE II
- HD PARC LO MORANT (20 plazas)
- UHP (derivan) → HOSPITAL SANT JOAN D'ALACANT

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocuo/ Mon. Oc/
268.712	16	10	7	5	18	

DEPARTAMENTO DE SALUD ELX -HOSPITAL GENERAL

USM ALTAIBIX

USM RAVAL

USM SANTA POLA

USMIA RAVAL

HD (plazas **10**)

UHP (camas 21)

UDH (camas 2)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocup Mon. Oc
163,585	12	7	12	3	10	1

DEPARTAMENTO DE SALUD ORIHUELA

USM ORIHUELA

USM ALMORADÍ

USM CALLOSA DE SEGURA

USMIA ORIHUELA

HD-INF (plazas 4)

UHP (camas 15)
UHPIA (camas 8)

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Ocu Mon. Oc/
166.154	10	4	9	1	0	

DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA

USM LA MATA

USMIA (Derivan a Orihuela)

HD (plazas s)

UHP (camas 10)

UDH

SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/ Socl	TCAE	T.Oc/ Mon. Oc/
190.614	4	5	6	1	3	

DEPARTAMENTO DE SALUD ELX CREVILLENT

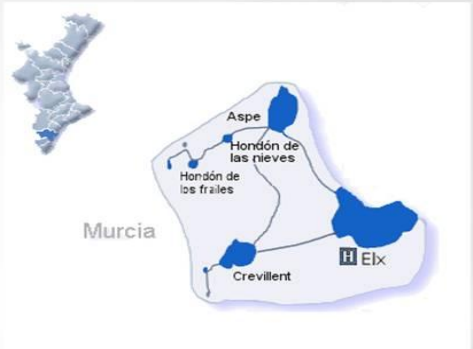
USM CREVILLENT

USM ASPE

USM EL TOSCAR

USMIA (DERIVAN USMIA RAVAL)

UHP (deriva) → HOSPITAL GENERAL DE ELX



SIP	Psiq	Psic	Enferm	Trab/Socl	Aux Enferm	T.Ocup/Mon.Oc/
153.457	5	6	3	3	0	

Distribución de dispositivos de la red de salud mental por provincias.

	USM	USMIA	UHP	UHPI	UHP TCA	HD	HDI	HDTCA	UHD	UTCA	UME	ULE	CRSP
CASTELLÓN 3 Dptos	8+4*	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
VALENCIA 11 Dptos	30+4*	11	9	1	1	3		1	6	1	1		3
ALICANTE 10 Dptos	34	8	8	1	1	5	1		0				
TOTAL C.V	82	22	18	3	3	10	2	2	7	2	2	1	3

USM: Unidad Salud Mental .USMI: Unidad de Salud Mental Infantil. UHP: Unidad de Hospitalización Breve/ UHPI Unidad de Hospitalización Breve Infantil-adolescente. UHP TCA : Unidad de Hospitalización Trastornos de la Conducta Alimentaria. HD: Hospital de Día. HDI Hospital de día infantil. HDTCA Hospital de día de Trastorno de la conducta alimentaria. UHD: Unidad de Hospital Domicilio/ equipo de continuidad de cuidados. UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. UME: Unidad de Media Estancia. ULE: Unidad de Larga Estancia. CRSP: Centro de Rehabilitacion Psicosocial

*Se han incluido como unidades de salud mental consultas realizadas a tiempo parcial por profesionales en diferentes localidades con carácter permanente. (Ejemp, Vinaroz es una Unidad de salud mental que tiene cuatro centros satélites de Alcalá de Xivert, Traiguera, Morella y San Mateo).

Distribución de camas hospitalarias y plazas de hospital de día por Departamentos de salud.

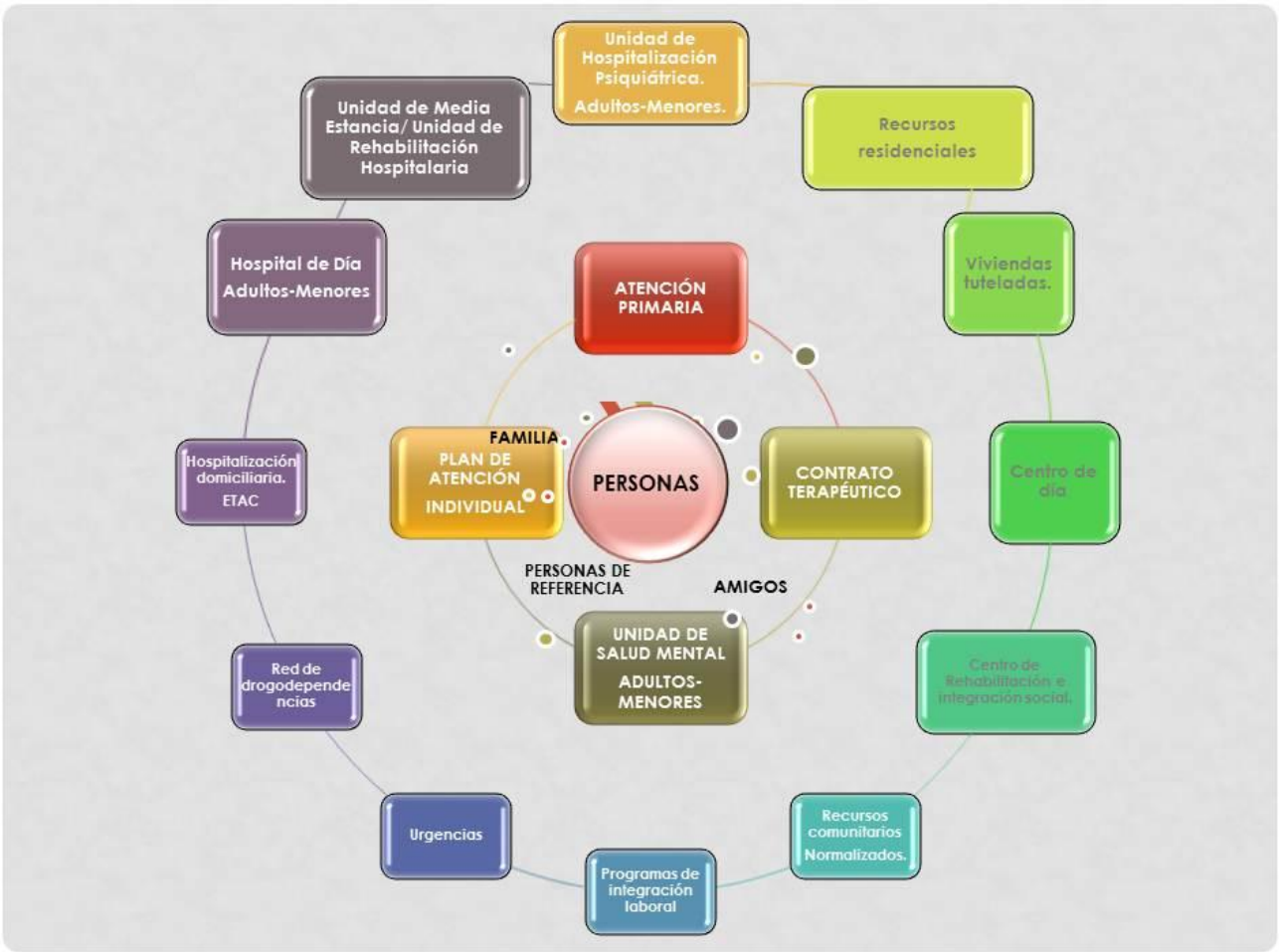
DPTOS	UHPA	UHPI	UHP TCA	HD Adultos	HD Menores	HD TCA	UME
H. PROV. CASTELLÓN	1* 40**	1* 6**	1* 2**	1* 20**	1* 10**	1* 10**	1* 24**
LA PLANA				1 20			
SAGUNTO	1 7						
VLC. CLÍNICO/MALV	1 18						
VLC ARNAU/LLIRIA	1 18						
VLC LA FE	1 20	1 5	1 8	1 20		1 12	
VLC HOSP GRAL	1 20						
VLC Dr. PESSET	1 20						
LA RIBERA	1 10						
GANDÍA	1 9			1 6			
DENIA	1 12						
XÁTIVA/ONTINYENT	1 16						
ALCOY	1 12						
MARINA BAIXA	1 14						
ALACANT H GRAL				1 20			
ALACANT S. JUAN	1 36		1 6	1 19			
ELDA	1 18			1 15			
ELX HOSP GRAL	1 16			1 10			
ORIHUELA	1 15	1 8			1 4		
TORREVIEJA	1 10			1 5			
HOSP. PARE JOFRE				1 25			1 50
TOTAL	18 131	3 19	3 16	10 160	2 14	2 22	2 74

- Nº de dispositivos ** Nº de camas/plazas

Distribución de profesionales de la red de salud mental por provincias

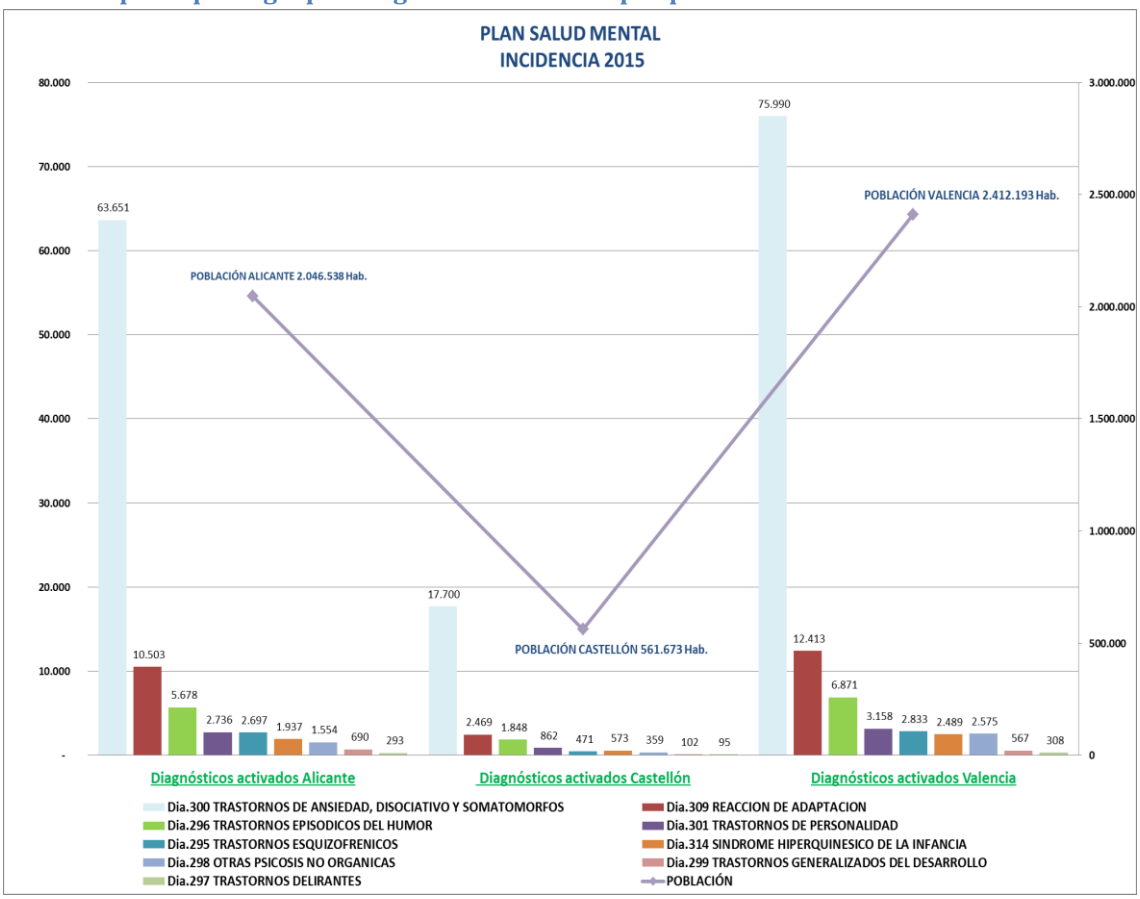
	Psiquiatra	Psicólogo/a	Enfermero/a	T. Social	Técnico Aux	T.O/ MO
CASTELLÓN	30	20	37	3	42	3
VALENCIA	170	77	166	29.5	178	8
ALICANTE	102	61	93	23	90	2
TOTAL C. V.	**302**	**168**	**296**	**53.5**	**310**	**13**

Red de salud mental de la Comunidad Valenciana

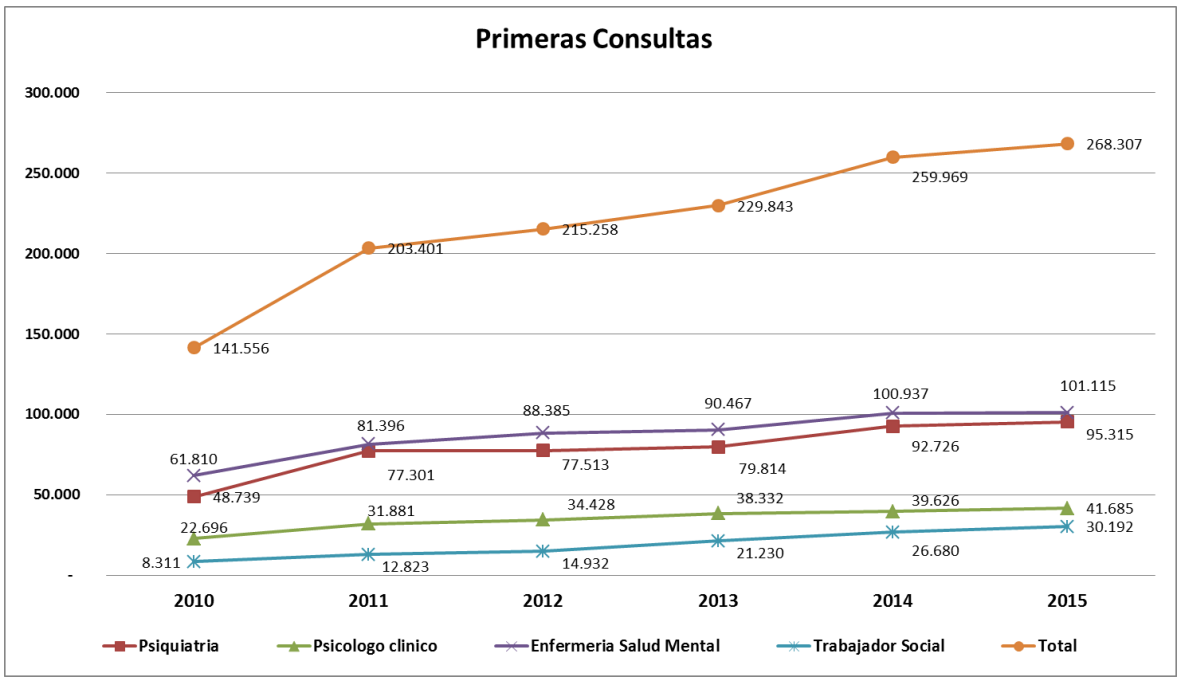


5.2.3. MORBILIDAD ATENDIDA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

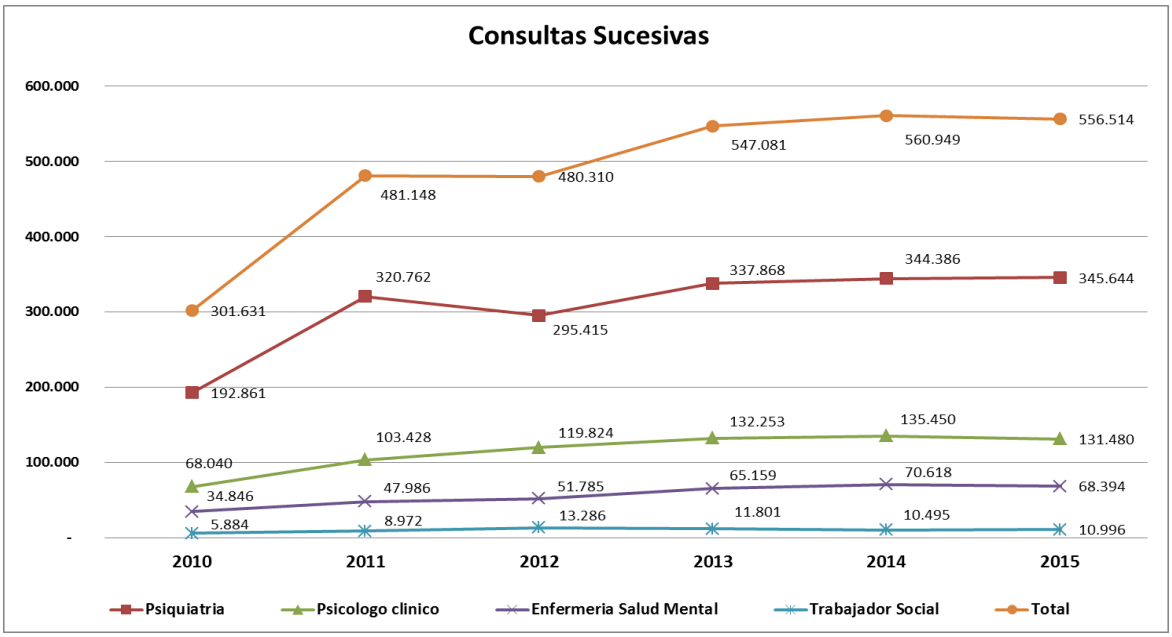
Incidencia de los principales grupos diagnósticos en 2015 por provincias



Evolución del número de consultas primeras y sucesivas por profesionales de salud mental.

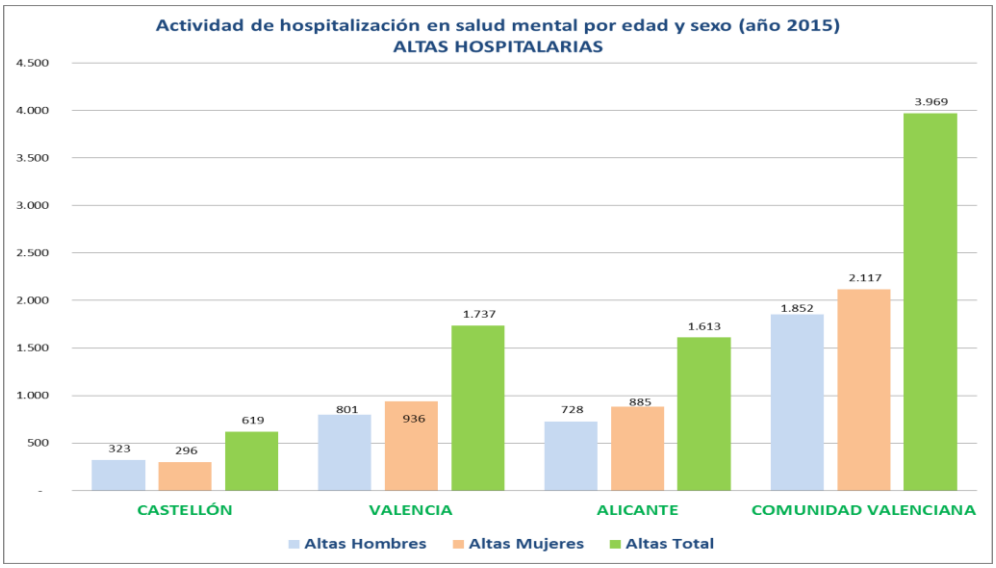


Distribución de primeras consultas en las unidades de salud mental distribuidas por profesionales, datos Alumbra 2010- 2015.

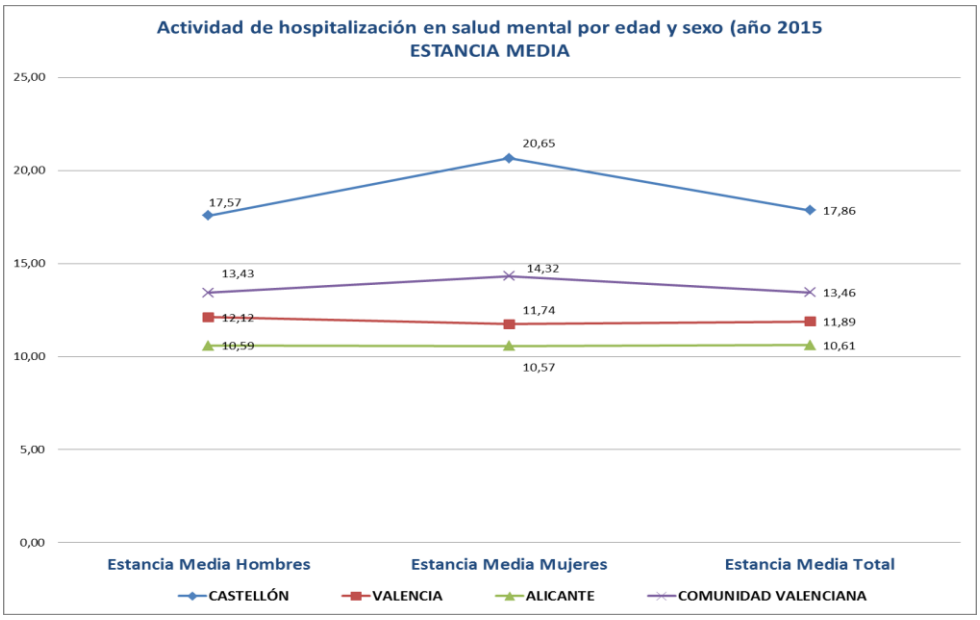


Distribución de consultas sucesivas de problemas de salud mental por profesionales, datos Alumbra 2015.

Datos de hospitalización en la comunidad Valenciana 2015.



Actividad de Hospitalización, altas hospitalarias en 2015 por problemas de salud mental por provincias, datos Alumbra 2015.

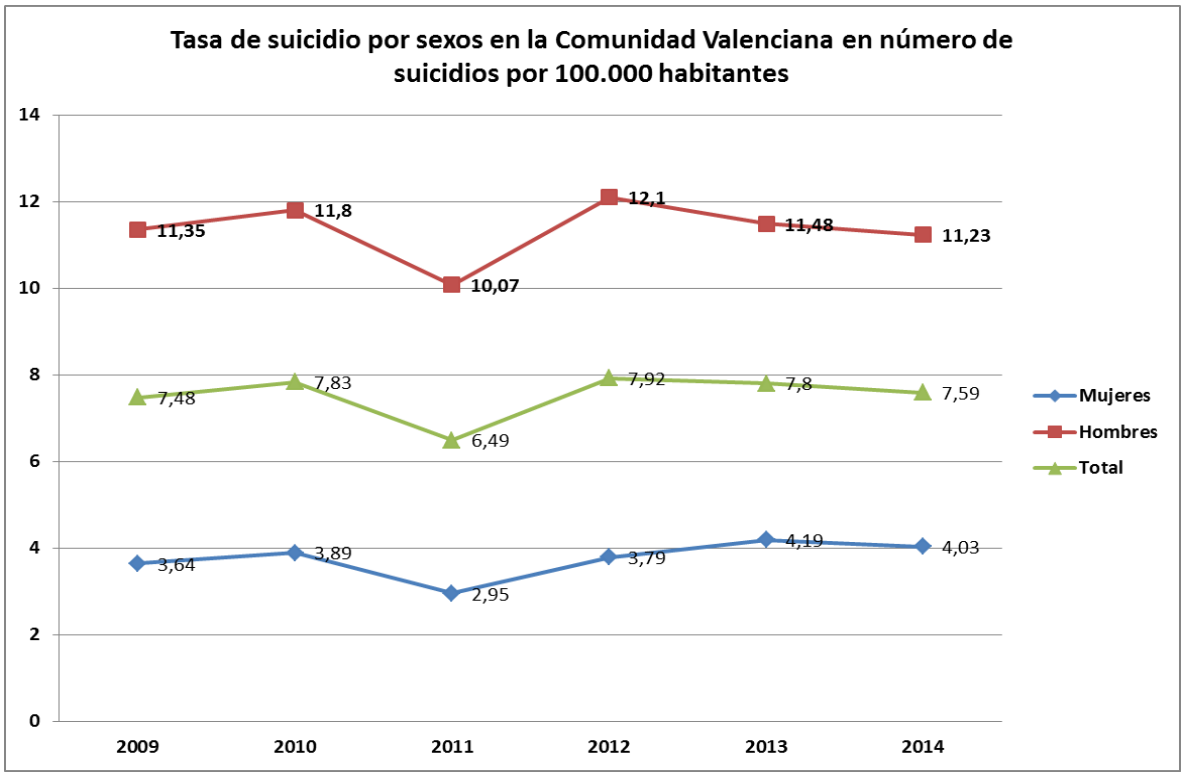


Estancia media en las Unidades de Hospitalización de agudos por provincia y sexo en el año 2015 , datos Alumbra 2015.

Datos de Suicidio

La comunidad Valenciana registra 7.59 suicidios por cada 100.00 habitantes (380 personas perdieron la vida por este motivo) en el año 2014, considerando que la media española es de 8.36.

El mayor número de suicidios se produce en hombres fundamentalmente en el grupo de edad de 40 a 49 años, siendo entre los 50 y 59 años el grupo de más incidencia en mujeres.



Elaboración a partir de datos de INE.

5.2.4. ANÁLISIS DAFO

Para el análisis de la situación actual de la atención en salud mental en la Comunidad Valenciana se solicitó a cada departamento la elaboración de un DAFO que recogiera las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, desde la perspectiva de los profesionales del servicio de salud mental. Con esta información se elaboró un DAFO común de toda la Comunidad, que se consensuó en reuniones presenciales con grupos de trabajo de todos los departamentos y de todos los estamentos profesionales. Aunque hay desigualdades entre los departamentos, se han podido consensuar un análisis común que ha servido de punto de partida para la elaboración de los objetivos y las acciones, además de poner de manifiesto las fortalezas de cada departamento en diferentes áreas.

A continuación se presentan en forma de tablas las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, junto con las conclusiones como áreas de mejora.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
○ **Profesionales motivados y bien cohesionados, con amplia formación y experiencia profesional.** ○ **Cultura de trabajo en equipo y visión hacia el cambio y la mejora.** ○ **Red de Salud Mental Infantil con profesionales coordinados y cohesionados.** ○ **Valoración positiva de la Coordinación entre los recursos de Salud mental** ○ **Valoración positiva de la Coordinación con Atención Primaria y especializada** ○ **Historia clínica informatizada.** ○ **Coordinación con los recursos sociales, comunitarios y movimientos asociativos.** ○ **Distribución geográfica y poblacional sectorizada.** ○ **Potentes programas de postgrado para residentes en medicina, psicología clínica y enfermería (MIR,PIR,EIR)** ○ **Implicación y colaboración de un amplio número de profesionales de Salud Mental en la elaboración de esta Estrategia**	• Ausencia de un plan y una normativa actualizada en salud mental. • Dependencias administrativas diferentes, con modelos de gestión diferentes • Desigualdad en la organización y coordinación de la red, en la coordinación con AP y con la red de drogodependencias • Deficiencias en la coordinación interinstitucional • Falta de definición de estándares, escasa planificación en la puesta en marcha de nuevos servicios • Falta de equidad en la dotación de recursos y personal • Marcada heterogeneidad en objetivos, funcionamiento y resultados entre los diferentes centros • Escasas terapias psicosociales y psicológicas en relación con los tratamientos farmacológicos. • Alta variabilidad en la práctica clínica, escasos programas y protocolos de actuación comunes. • Escasa cultura de gestión y evaluación de los servicios • Escasa participación de profesionales en la toma de decisiones y planificación. • Falta de formación en la explotación de los sistemas de información • Déficit programas de promoción, prevención y atención domiciliaria • Formación continuada centrada en intereses individuales y no de la organización

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
○ El proceso de mejora que supone la elaboración de la Estrategia de Salud Mental ○ Consideración de la salud mental como una prioridad. ○ Consolidación del Modelo de Atención Comunitario orientado a la Recuperación y defensa de los derechos de las personas con discapacidad ○ Definición y organización de la red de salud mental. ○ Implicación activa de los gerentes de los departamentos de salud ○ Posibilidad de incluir indicadores específicos de salud mental en los acuerdos de gestión de los departamentos de salud. ○ Mejora de la coordinación entre los recursos de la red, con otros dispositivos intra o inter departamentales. ○ Mejora de la coordinación interinstitucional ○ Implantación de sistemas de información que permitan la accesibilidad a los datos. ○ Posibilidad de elaborar protocolos, procedimientos y programas de actuación comunes ○ Incorporación de Guías y Vías Clínicas en la práctica sanitaria ○ Empoderamiento de los profesionales ○ Introducción de la gestión por procesos y la evaluación continua ○ Desarrollo de una cultura de calidad orientada a la mejora continua ○ Implicación y participación de los usuarios y sus familias ○ Implicación de las sociedades científicas.	• Crisis económica y su repercusión en la salud mental de la población y en la calidad de vida de las personas y en la financiación de los recursos. • Falta de reconocimiento de la importancia de la salud mental por parte de la población • Priorización insuficiente de la salud mental en las agendas políticas • Fragmentación del apoyo social y disminución de la capacidad de resistencia y tolerancia a la frustración y de la capacidad de adaptación a los cambios de la sociedad • Nuevas demandas por determinadas situaciones sociales: Penitenciarias, maltrato, emigración • Altas tasas de desempleo. • Envejecimiento de la población. • Estigma del trastorno mental grave (TMG). • Menor esperanza de vida de las personas con trastorno mental grave. • Escasez de alternativas laborales y formativas, para personas con TMG • Aparición de nuevas patologías y adicciones. • Cultura de la medicalización, “malestar tratable” • Escasez de recursos sociales (rehabilitación, alternativas residenciales, apoyo al empleo ...)

CONCLUSIONES DEL DAFO

Desarrollar una cartera de servicios actualizados que responda a las necesidades reales de las personas
Alcanzar la equidad e igualdad de acceso a los servicios de salud mental en los distintos departamentos.
Completar la red asistencial, especialmente los recursos de tipo intermedio (Hospitales de Día, Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, Unidades de Rehabilitación Hospitalaria) completar red de atención infanto-adolescente y dotación de profesionales de psicología clínica, trabajo social y enfermería.
Desarrollar comisiones de trabajo que faciliten la coordinación entre justicia, educación, empleo, igualdad y políticas inclusivas y servicios sociales.
Desarrollar procesos de atención a los grupos más vulnerables, como personas con trastornos mentales graves en prisión, mujeres víctimas de violencia de género, menores con medidas de protección
Contemplar en todas las actuaciones la variable de perspectiva de género y la edad.
Desarrollar iniciativas de lucha contra el estigma desde distintos niveles.
Medir y evaluar los resultados de los procesos de salud mental para la mejora continua de la atención.
Generalizar la asistencia domiciliaria en todos los departamentos desde las Unidades de Salud Mental.
Potenciar la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental en colaboración con otras instancias, sanitarias y no sanitarias.
Intensificar la coordinación con la red de drogodependencias.
Crear y dinamizar comisiones de casos en todos los departamentos para el abordaje de las personas con problemas de salud mental graves
Desarrollar un proceso atención a los trastornos comunes conjunto entre AP y SM, especialmente am los problemas de ansiedad y depresión.
Desarrollar un programa de atención a la salud física para personas con trastornos mentales graves con Atención Primaria.
Evaluar la calidad de los servicios de salud mental con el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS
Disminuir la variabilidad clínica por medio de elaboración de procesos, guías, protocolos y documentos de referencia que garanticen una asistencia basada en calidad.
Potenciar la formación continuada de los profesionales de salud mental, diseñando un programa formativo
Potenciar la investigación clínica en salud mental.
Potenciar y hacer efectiva la participación activa en la planificación y toma de decisiones de usuarios, familiares y profesionales
Mejorar la explotación de los datos de los sistemas informativos.

8. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

MISIÓN

Mejorar la salud mental de los ciudadanos de la Comunidad Valenciana, promoviendo una salud mental positiva y prestando una atención de calidad a las personas con problemas de salud mental.

VISIÓN

Disponer de una red de atención integral que supere lo estrictamente asistencial, trabajando conjuntamente en el ámbito comunitario, con todos los implicados en mejorar la salud mental y mejorar la satisfacción de las personas usuarias, familiares y profesionales.

Prestar una atención integral e integrada, a través de programas transversales y actuaciones protocolizadas, que garanticen la continuidad de cuidados y disminuyan la variabilidad de la asistencia entre los departamentos, evitando estructuras y programas aislados.

Alcanzar una visión positiva de la salud mental, mejorando la imagen que tiene la sociedad de las personas con problemas de salud mental.

VALORES

Los valores del sistema público de atención, están firmemente basados en principios éticos y técnicos que guían y modelan, tanto los aspectos de la organización general, como las actividades cotidianas de los servicios, contribuyendo a construir un estilo de trabajo y a establecer un marco de referencia.

Los principios del modelo de atención comunitario en salud mental son los siguientes:

- Cobertura universal. La salud mental es un derecho de todos los ciudadanos.
- Territorialización/sectorización. Integración de los servicios en la red general de salud y disponibilidad de los recursos necesarios en un ámbito territorial definido
- Compromiso de los profesionales. Basado en la utilización de la mejor evidencia posible, la utilización eficiente de los recursos y la participación en la planificación y evaluación de los servicios.
- Respeto a los Derechos de las personas con problemas de salud mental, garantizando su participación activa y la de sus familiares.
- Autonomía. Capacidad de los servicios para promover la independencia y autosuficiencia de las personas usuarias.
- Continuidad asistencial. La red debe estar organizada para ofrecer atención necesaria a lo largo del tiempo (continuidad longitudinal) y por los diferentes servicios (continuidad transversal)

- Accesibilidad. Los servicios tienen que estar organizados para dar respuesta en el momento y lugar que las personas usuarias y sus familias precisen.

- Comprensividad. Disponibilidad de los recursos básicos en cada departamento sanitario y reconocimiento del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades de las personas con problemas de salud mental.

- Equidad. Distribución adecuada de los recursos respecto a calidad y cantidad, en relación a las necesidades y de acuerdo a criterios explícitos y racionales.

- Recuperación personal. Entendida de acuerdo al Modelo de Recuperación, como proceso de cambio y crecimiento personal, orientado a retomar el propio curso vital y recuperar el rol de ciudadano.

- Responsabilización. Reconocimiento de las instituciones sanitarias de su responsabilidad ante la ciudadanía, las personas usuarias y sus familias.

- Calidad. Implementar mecanismos de evaluación continuada orientados a un proceso de mejora continua, así como a la satisfacción de personas usuarias, familiares y profesionales.

9. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

9.1. PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS

Modelo comunitario. Centrado en las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias, adecuando las actuaciones a los entornos naturales del individuo donde se producen los procesos de interacción social, contando con su participación activa.

Modelo orientado a la recuperación y defensa de los derechos humanos de las personas con trastorno mental. Modelo de atención centrado en la persona y orientado a la recuperación, entendiendo ésta cómo una cuestión de derechos, de recuperación de la ciudadanía, que empodere a las personas, no sólo en el sentido de recuperar el control sobre sus vidas, sino también en el de su participación activa en todo aquello que les concierne.
La recuperación se ha convertido en el elemento clave de la organización de los servicios de salud mental, proponiendo cambios profundos en el modelo de atención a las personas con problemas de salud mental. La recuperación consiste en desarrollar y recuperar un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, más allá de la propia enfermedad, los síntomas, la discapacidad o los problemas. La esperanza de las personas con problemas de salud mental y de los profesionales es un elemento esencial en la medida que la persona va asumiendo el control sobre su vida, gestionando su autonomía y su inclusión social.
La recuperación implica la adquisición de roles renovados de las personas, sus familias y de los profesionales, para construir una nueva organización de los servicios de salud que

prioricen las acciones, potenciando las capacidades personales, manteniendo la esperanza , orientando la ayuda hacia el desarrollo de metas y ambiciones personales que den sentido a una vida de calidad.

Atención transversal y multisectorial. Para dar una respuesta integral y coordinada a las necesidades de las personas con problemas de salud mental, sobre el eje de la Unidad de Salud Mental en estrecha coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación, Servicios de Empleo, Sistema Judicial y redes vertebradoras de la comunidad

9.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

9.2.1. LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

La atención centrada sólo en la provisión de servicios asistenciales no basta para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva, siendo necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas específicamente a mejorarla. Por ello, hay que cambiar el enfoque tradicional centrado en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que incluya la promoción de la salud mental.

La promoción, en general, no ha sido asumida, como una acción sistemática por los servicios de salud mental, entre otras cosas porque no es una competencia exclusiva de dichos servicios, sino que es una tarea intersectorial y multidisciplinar. La importancia de que la promoción del bienestar emocional esté en las agendas políticas está ampliamente recogida en el Plan de Acción de la OMS 2013-2020 y en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013.

La actuación orientada a la promoción se ha de realizar tanto dirigida a la persona como a la población: a nivel individual, potenciando las capacidades para afrontar las situaciones de la vida y a nivel de la comunidad promoviendo conductas sanas de crianza y mejora de los ambientes saludables en la escuela y en el trabajo, fomentando el bienestar de las personas mayores a través de la promoción del envejecimiento activo, reforzando la acción comunitaria a través de su participación efectiva y concreta y empoderando a la población para que ejerza un mayor control sobre su propia salud. Es decir, la promoción de la salud mental, intenta promover la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza

OBJETIVO GENERAL 1 PROMOVER LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN GENERAL Y DE COLECTIVOS VULNERABLES	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ACCIONES**
1.1.Mejorar la salud mental y el bienestar emocional de la población general, considerando los	1.1.1.Desarrollar un plan de promoción conjuntamente con la Dirección General de Salud Pública y otros sectores implicados, especialmente con la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y la Conselleria de Igualdad y Políticas

determinantes diferenciales de género y edad y colectivos vulnerables	Inclusivas. 1.1.2.Desarrollar actividades conjuntas de promoción entre AP y SM dirigidas a colectivos vulnerables (personas dependientes, familias en riesgo de exclusión, mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos, personas con TMG) con la colaboración de servicios sociales, ámbito educativo y laboral.
OBJETIVO GENERAL 2 PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS ESPECÍFICOS.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ACCIONES**
2.1. Prevenir los trastornos mentales en la población general	2.1.2. Desarrollar intervenciones colaborativas entre AP y SM para prevenir problemas de salud mental en la población general 2.1.2 Realizar intervenciones colaborativas entre Atención Primaria y Salud Mental en ámbitos escolares y laborales, en cooperación con Servicios Sociales, orientadas a la prevención de los trastornos mentales.
2.2. Prevenir los trastornos mentales en poblaciones de riesgo	2.2.1. Desarrollar intervenciones colaborativas entre Atención Primaria y Salud Mental para prevenir problemas de salud mental en las personas cuidadoras 2.2.2. Crear una comisión conjunta con todos los sectores implicados para poner en marcha acciones en materia de promoción del bienestar emocional y prevención de problemas de salud mental para población infantil y adolescente en riesgo (víctimas de abuso o abandono, menores con medidas judiciales o en situación de protección y acogida) 2.2.3. Desarrollar programas conjuntos entre Unidades de Conductas Adictivas y Salud Mental orientados a la prevención de conductas adictivas 2.2.4. Desarrollar un circuito coordinado entre Atención Primaria, Salud Mental y los centros de atención a las víctimas de mal trato y violencia de género.
2.3. Prevenir el suicidio	2.3.1. Elaborar un Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta suicida
2.4. Prevenir las condiciones crónicas de salud en las personas con trastornos Mentales Graves	2.4.1. Desarrollar intervenciones basadas en procesos asistenciales que potencien la prevención de la cronicidad. 2.4.2. Desarrollar intervenciones conjuntas entre Salud Mental y Atención Primaria dirigidas a prevenir problemas físicos de salud en personas con trastorno mental grave.

9.2.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La evolución y el pronóstico a largo plazo de los trastornos mentales, tanto desde el punto de vista clínico como de calidad de vida y protección de los derechos, depende, en gran medida de la atención recibida. Por otra parte, para mejorar la calidad de la atención en salud mental es necesario utilizar herramientas como los procesos asistenciales indispensables en la gestión clínica actual. Los procesos son herramientas de calidad que nos permiten reducir la variabilidad clínica, adecuar el

gasto y mejoran la continuidad asistencial, de la que ya existen numerosas experiencias contrastadas en el ámbito de la salud mental. Los protocolos definen el procedimiento adecuado para lograr la máxima eficiencia en la atención y la continuidad de los cuidados y las guías para la práctica clínica definen el contenido de la atención, es decir, lo que hay que hacer para alcanzar el mejor resultado en base a la evidencia disponible.

Una de las áreas de atención que requiere de mayor atención, es sin duda la infanto-juvenil. Antes de los 14 años ya han aparecido la mitad de los problemas de salud mental y a los 17 años el 70%. Además, los problemas de salud mental en la infancia y en la adolescencia tienen tasas más altas de problemas mentales en la vida adulta. Por este motivo es necesario invertir en la salud mental de la infancia y la adolescencia y con la colaboración y participación de todos los sectores implicados, especialmente la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

La detección precoz en estos casos es primordial, por lo que la coordinación entre escuela, servicios sociales, atención primaria de salud y salud mental debe estar bien sistematizada y los profesionales de todas las áreas bien formados en la detección e intervenciones precoces

En relación a la atención de esta población infanto-adolescente es necesario diseñar los procesos asistenciales para una atención de calidad y equitativa entre los diferentes departamentos de salud. Dentro de estos procesos están la Atención a las Personas con Trastorno del Espectro Autista, Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos de la Conducta Alimentaria y muy especialmente el proceso de atención a los menores con medidas de protección y en familias o centros de acogida.

En cuanto a la población adulta cada vez una mayor proporción de ciudadanos consulta en los servicios sanitarios, buscando soluciones sanitarias a malestares relacionados con la vida cotidiana., por lo que es necesario dar una respuesta proporcionada desde los servicios de AP y SM enmarcadas en el ámbito de las relaciones y los apoyos de la comunidad.

Los llamados Trastornos Mentales Comunes (TMC) representan el 25% de la demanda de AP, por lo que tanto por número como por el sufrimiento emocional que ocasiona a quien los padece, requieren de una clara propuesta de atención, que protocolice las intervenciones, tanto en AP como en los casos en que se deriva a los dispositivos específicos de salud mental, para mejorar la calidad de su atención, disminuir el exceso de medicación, psicologización y exploraciones somáticas innecesarias.

La detección precoz de las psicosis es fundamental para la evolución y pronóstico de la enfermedad, siendo imprescindible un abordaje integral e integrado, que implica una tratamiento farmacológico adecuado y un abordaje psicosocial, todo ello orientado a la recuperación del proyecto vital de la persona y con la participación de los profesionales de la salud, profesionales del ámbito social y especialmente de la propia persona afectada y su familia.

Las personas con Trastornos Mentales Graves (TMG) requieren de una actuación sinérgica y perfectamente coordinada entre los dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales, dada la complejidad de su situación y el amplio abanico de necesidades que precisan. La atención, desde las intervenciones sanitarias hasta las residenciales, requieren de una clara planificación y

protocolización que garanticen la continuidad de cuidados y que recibe la atención donde necesita y en el momento que la precisa. Es un colectivo especialmente vulnerable, dado además el estigma y discriminación que sufren y la frecuente vulneración de sus derechos. Todas las intervenciones y acciones que se lleven a cabo deben ir orientadas a la recuperación del proyecto vital de la persona, con su participación activa, promoviendo su autonomía y empoderamiento.

Las personas con Trastornos de la Personalidad en gran medida están incluidas en el Trastorno Mental Grave, que pueden requerir de una atención y programas específicos de intervención.

Las personas con problemas de adicciones se atienden en las Unidades de Conductas Adictivas, que son unidades de apoyo a la Atención Primaria, junto con una red de atención que cubre las necesidades hospitalarias y sociosanitarias. Dentro de este grupo, la llamada patología dual presenta una complejidad especial que requiere de la acción conjunta de los recursos de drogodependencias y de los de salud mental con abordajes coordinados y complementarios que completen circuitos asistenciales que garanticen la continuidad, la eficacia y no dupliquen la atención.

Especial atención merecen determinadas poblaciones más vulnerables, bien por sus limitaciones o condiciones sociales, independientemente del problema de salud mental que puedan padecer, como son las personas con problemas de salud mental en prisión, personas emigrantes, personas en situación económica precaria, personas sin hogar, mujeres víctimas de violencia de género, personas con discapacidad intelectual y personas en centros para mayores.

Por último, la atención en los servicios de urgencias y los traslados a centro hospitalario de personas con problemas de salud mental requiere de una actualización de sus protocolos, que garantice los derechos de las personas con problemas de salud mental, tal y como se recogen en la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad.

OBJETIVO GENERAL 3: MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: SALUD EN TODAS LAS EDADES.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
3.1. Detectar precozmente problemas de salud mental en la infancia y adolescencia	3.1.1. Colaborar en el desarrollo de acciones formativas dirigidas al personal docente para la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia en los centros de enseñanza. 3.1.2. Elaborar un protocolo entre Educación y Salud Mental para la detección y atención precoz 3.1.3. Promover el desarrollo de acciones formativas conjuntas entre AP y SM orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
3.2. Mejorar la atención en salud mental a los menores con medidas de protección y/o judiciales en centros de acogida y terapéuticos.	3.2.1. Elaborar un protocolo de actuación coordinado con las instituciones implicadas. 3.2.2 Desarrollar acciones formativas dirigidas a personal de los centros de acogida y terapéuticos.
3.3 Garantizar la continuidad asistencial a la	3.3.1 Crear un comisión de coordinación entre los dispositivos

población infanto-adolescente	implicados: sanitarios, sociales y educativos 3.3.2. Diseñar e implantar el PAI para trastornos mentales graves de la infancia y adolescencia y registrado en la historia clínica informatizada
3.4 Protocolizar la atención a niños y niñas con TEA	3.4.1. Diseñar e implantar un proceso de atención integral
3.5. Protocolizar la atención a niños y niñas con TDAH	3.5.1. Diseñar e implantar un proceso de atención integral
3.6. Mejorar la atención a los niños y adolescentes con TCA	3.6.1. Diseñar e implantar un proceso de atención integral
3.7. Proporcionar atención psicoterapéutica grupal, para menores con problemas de salud mental y familias	3.7.1. Realizar grupos de habilidades sociales, y afrontamiento de problemas cotidianos para menores , y familiares
3.8. Desmedicalizar los problemas de la adolescencia	3.8.1. Implantar programas psicoeducativos para adolescentes y familiares.
3.9. Detectar precozmente problemas de salud mental en la población adulta	3.9.1. Promover el desarrollo de acciones formativas conjuntas entre AP y SM orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la población adulta. 3.9.2. Implantar el programa de primeros episodios psicóticos (PEP).
3.10. Proporcionar una atención integral a las personas con TMG que garantice la continuidad de los cuidados	3.10.1. Diseñar e implantar el Plan Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave, que abarque todo el abanico de necesidades sanitarias, sociosanitarias, sociales y residenciales, conjuntamente con todos los agentes implicados (Conselleria de Sanidad, de Igualdad y Políticas Inclusivas, Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo y Asociaciones de personas usuarias y Asociaciones de familiares) 3.10.2 Incorporar el PAI en la Historia Clínica informatizada. 3.10.3 Elaborar protocolo de actuación para evitar abandonos del programa/sistema que evite la desvinculación con el sistema sanitario. 3.10.4. Implantar en las Unidades de Salud mental un programa de rehabilitación para las personas con TMG que incluya grupos psicoterapéuticos, HHSS, psicoeducación, rehabilitación neurocognitiva y de ocio y tiempo libre, afrontamiento al estrés, resolución de problemas en colaboración con AP y movimiento asociativo. 3.10.5. Implantar grupos psicoeducativos y de autoayuda para familiares, cuidadores de personas con TMG y personas usuarias, mediante colaboración de SM, AP y movimientos asociativos de personas usuarias con TMG y sus familias 3.10.6. Implantar el desarrollo de la figura del agente de ayuda mutua.

	3.10.7. Diseñar protocolo de atención a los problemas de salud física para las personas con TMG. 3.10.8. Realizar actividades relacionadas con el deporte, el arte y la cultura como apoyo a la recuperación de las personas con TMG en coordinación con los servicios sociales municipales, asociaciones, ONGs…
3.11. Mejorar la atención a las personas con Trastornos de la Personalidad	3.11.1 .Desarrollar el proceso asistencial de atención para las personas con TLP.
3.12. Proporcionar atención integral a las personas con Patología Dual	3.12.1. Elaborar un proceso de atención integral para atender a la población con patología dual.
3.13. Proporcionar atención integral a las personas mayores con problemas de salud mental	3.13.1. Elaborar un protocolo para el circuito asistencial, incluyendo todos los dispositivos asistenciales y sociales implicados 3.13.2. Protocolizar la coordinación (AP, neurología y SM) para la atención a las personas con demencia 3.13.3 Protocolizar la intervención coordinada entre AP y SM de las personas ingresadas en residencias de mayores
3.14. Optimizar la atención a las personas con TMC	3.14.1. Establecer protocolos de coordinación y colaboración entre AP y SM que incluyan detección, pautas de intervención, criterios de derivación y programas de colaboración. 3.14.2. Elaborar documento de Contrato Terapéutico. 3.14.3. Incrementar la utilización de intervenciones grupales. 3.14.4. Potenciar la utilización de los programas de autoayuda y apoyo mutuo para personas, recursos comunitarios normalizados, servicios sociales locales, asociaciones, clubs desde AP y SM. 3.14.5. Incrementar intervenciones de psicoterapia con evidencia reconocida.
3.15.Mejorar el abordaje que provoca malestar en la vida cotidiana	3.15.1. Desarrollar un plan de intervención conjunto entre SM y AP para atender los problemas emocionales de la vida cotidiana que provocan malestar en colaboración con los recursos sociales y las asociaciones.
3.16. Mejorar la atención en los servicios de urgencias y traslado a centro hospitalario de las personas con problemas de salud mental	3.16.1. Protocolizar las actuaciones ante las urgencias/crisis 3.16.2. Protocolizar el traslado a centro hospitalaria 3.16.3. Protocolizar la atención en los servicios de urgencias de los hospitales.
3.17. Garantizar la igualdad de los cuidados a las personas con trastornos mentales sometidas al cumplimiento de medidas judiciales.	3.17.1. Crear comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidos a medidas judiciales. 3.17.2. Desarrollar un programa puente de atención en coordinación con el PAIEM
3.18. Mejorar la atención a las personas con Discapacidad intelectual (DI) y trastorno mental.	3.18.1. Aumentar la formación de los equipos de SM en este campo. 3.18.2. Establecer un protocolo de actuación con los centros específicos que atienden a personas con DI en los Departamentos

	de Salud.
3.19. Mejorar la atención a las mujeres maltratadas y víctimas de violencia de género	3.19.1. Establecer e implantar un protocolo de atención entre los recursos implicados que garantice la atención prioritaria a este colectivo
3.20. Mejorar la atención a las personas sin hogar con problemas de salud mental	3.20.1. Establecer e implantar circuitos de atención coordinada entre servicios sociales municipales, recursos de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y los dispositivos sanitarios de atención, tanto de atención primaria como de salud mental

9.2.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA E INTERSECTORIAL.

Los dispositivos de la Red de Salud Mental son los instrumentos, a través de los cuales se llevan a cabo las intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades de la población, en relación a los problemas de salud mental. La eficacia y eficiencia de las intervenciones en salud mental depende, no sólo del grado de desarrollo de los servicios, sino especialmente de la organización de los mismos.

Dos principios deben regir la nueva organización de los recursos: el primero, el de desarrollar dispositivos y programas que facilitan la permanencia de las personas con problemas de salud mental en la comunidad evitando los ingresos hospitalarios y el segundo, el de proporcionar cuidados y atención orientados a la recuperación del proyecto de vida del paciente, potenciando su autonomía y emancipación. Es decir, la mejora de los servicios de salud mental supone tanto un profundo cambio en los valores que conforman el cómo se debe proporcionar los cuidados y tratamientos a las personas con problemas de salud mental, como un cambio en el patrón de servicios. Esto supone, por una parte una reorganización y optimización de los recursos existentes y por otra la creación de nuevos recursos orientados a la recuperación e inclusión social de las personas usuarias.

Los recursos disponibles para el desarrollo de esta Estrategia incluyen la red de servicios de salud (atención primaria, dispositivos específicos de salud mental, servicios de urgencias y la red de drogodependencias), los servicios y programas intersectoriales que intervienen como apoyos complementarios (recursos y programas dependientes de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, servicios sociales municipales y especializados, servicios de atención a la mujer, centros educativos, instituciones penitenciarias) y los activos disponibles en la comunidad que trabajan generando salud y bienestar a la ciudadanía (públicos, privados, movimientos ciudadanos y asociaciones de usuarios y familiares).

La Estrategia proporciona la oportunidad de implementar una única red integrada de atención en salud mental, con una distribución equitativa de recursos, desde el modelo comunitario y de

recuperación, que preste una atención de calidad, con la participación de todos, especialmente de las personas usuarias y sus familias.

En este proyecto, los recursos humanos son el principal activo del que se dispone para la atención a las personas con problemas de salud mental. Además de la actividad asistencial que proporcionan hay que añadir el tiempo dedicado al trabajo en red, a la coordinación, a las actividades de formación, investigación y evaluación. El incremento progresivo de los recursos humanos es una necesidad para un desarrollo efectivo del sistema.

En cuanto a los recursos específicos de salud mental, el equipo multidisciplinar, constituye la infraestructura básica del modelo comunitario y la unidad de salud mental (USM), el eje vertebrador del sistema.

Por otra parte, dada la diversidad en las necesidades de atención que presentan las personas con trastornos mentales, para garantizar un sistema de calidad y garantizar la continuidad de cuidados, es imprescindible definir procesos de trabajo conjunto entre los profesionales de Atención Primaria, las UCAS, servicios de Salud Mental y Servicios Sociales. Además, desde el punto de vista normativo, en la Comunidad Valenciana, la atención a las personas con TMG depende de las Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, lo que implica un nivel de coordinación bien sistematizado que cohesione todas las intervenciones, garantizando la continuidad de los cuidados.

El principal objetivo de la coordinación intra e intersectorial en salud mental, es mantener la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y evitar duplicidades o por el contrario, dejar desiertas algunas áreas, es decir lograr que el sistema funcione de forma integral, integrada y eficiente. Diferentes elementos facilitan la coordinación y por lo tanto garantizan la continuidad de cuidados: sectorización territorial, funcionamiento en red, historia clínica informatizada e integrada, sistemas de información compartidos entre los diferentes sectores implicados, equipo multidisciplinar, atención por procesos asistenciales y la participación activa de los usuarios/as y familiares.

Las comisiones de coordinación de gestión de casos, la implantación de protocolos de derivación, la generación de un lenguaje y cultura comunes por medio de la formación y la gestión del conocimiento y la articulación de mecanismos específicos para garantizar el funcionamiento sinérgico de diferentes profesionales y dispositivos, que han de actuar simultáneamente o sucesivamente sobre un mismo paciente, son elementos que facilitan la coordinación y aumentan la consistencia del sistema.

De acuerdo a las iniciativas europeas más recientes, se incide en la perspectiva intersectorial, que incluye prácticamente a todos los Departamentos del Gobierno (Educación, Servicios Sociales, Justicia, Empleo…). Es lógico este planteamiento si estamos considerando tanto los aspectos de promoción y prevención, como los de rehabilitación, inclusión, inserción laboral, recuperación y erradicación del estigma. El establecimiento de relaciones formales con otros sectores no sanitarios es uno de los retos más importantes

OBJETIVO GENERAL 4: REORGANIZAR Y OPTIMIZAR RED DE SALUD MENTAL

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
4.1. Organizar la red de salud mental de forma integral e integrada.	4.1.1. Integrar funcionalmente todos los dispositivos implicados en una única red 4.1.2. Organizar los Servicios de Salud Mental de cada departamento en Redes Funcionales, que fomenten el trabajo en equipo y la participación de los profesionales, personas usuarias y familiares en la planificación, gestión y evaluación de los servicios. 4.1.3 Crear en cada departamento el comité de gestión de salud mental. 4.1.4 Organizar la atención por procesos y programas asistenciales que garanticen la calidad de la atención y minimicen la variabilidad clínica. 4.1.5. Designar un referente en cada departamento de cada proceso y programa asistencial. 4.1.6 Designar un coordinador de cada unidad básica de los servicio de salud mental de los departamentos. 4.1.7. Designar referentes en cada departamento para la coordinación y desarrollo de los protocolos en colaboración con los diferentes sectores.
4.2. Actualizar y completar la Cartera de Servicios de Salud Mental	4.2.1. Definir todos los dispositivos, prestaciones y perfiles profesionales necesarios. 4.2.2 Transformar las unidades de Hospitalización domiciliaria en equipos de tratamiento asertivo comunitario vinculados a las USM. 4.2.3. Definir las Unidades de Referencia. 4.2.4. Incluir la atención de la USMI-A hasta los 18 años.
4.3. Implementar la red especifica de salud mental vinculando su desarrollo de acuerdo al análisis de desigualdades y determinantes en salud.	4.3.1 Implementar la red de Hospitales de día Infanto-adolescentes. 4.3.2 Implementar la red de Hospitales de día Adultos y monográficos (TLP, TCA). 4.3.3 Crear un programa de tratamiento asertivo comunitario en cada departamento. 4.3.4 Incrementar las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (UME). 4.3.5 Completar la dotación de recursos humanos necesarios para garantizar la equidad y la calidad en función de la reorganización de la red y las necesidades detectadas.
4.4.Disminuir la variabilidad clínica	4.4.1. Implantar en todos los departamentos los procesos asistenciales, programas y protocolos elaborados por la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública 4.4.2. Crear los Comités Expertos y Grupos de Trabajo. 4.4.3. Analizar el uso racional de los medicamentos utilizados para los problemas de salud mental

4.5. Potenciar y mejorar la atención domiciliaria	4.5.1. Incluir programas de atención domiciliaria y/o equipos móviles dentro de las actividades de las USM, USMI-A. y Hospitales de día.
4.6. Mejorar los sistemas de información de salud mental y su utilización para la planificación, evaluación, atención e investigación en salud mental	4.6.1. Elaborar un cuadro de mandos e indicadores. 4.6.2. Facilitar la explotación de los datos su utilización.
4.7. Evaluar procesos y resultados	4.7.1. Incorporar indicadores de evaluación de proceso y resultado en los acuerdos de gestión en cada departamento 4.7.2. Incluir en la Historia Clínica Informatizada, una batería estandarizada de evaluación clínica. 4.7.3. Incorporar indicadores de evaluación de los servicios desde la perspectiva de recuperación.
4.8. Promover la excelencia en salud mental a través de servicios de calidad que respetan los derechos de las personas con problemas de salud mental	4.8.1. Potenciar la acreditación de servicios y o dispositivos de salud mental en calidad. 4.8.2. Aplicar el instrumento de evaluación de Calidad y Derechos de la OMS sobre calidad de servicios de salud mental. 4.8.3 Desarrollar las recomendaciones que resulten de la Evaluación de Derechos Humanos y Calidad en los SSM, así como realizar el seguimiento correspondiente.

OBJETIVO GENERAL 5: GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACCIONES
5.1. Implantar mecanismos de coordinación de toda la red de salud mental	5.1.1 Crear una Comisión Permanente de Coordinación con la OASM
5.2. Desarrollar mecanismos de coordinación con AP en cada departamento, que garanticen la adecuada derivación, la continuidad de los cuidados y la eficacia de las intervenciones	5.2.1 Implementar programas colaborativos entre los equipos de AP y SM 5.2.2 Establecer interconsultas no presenciales, fomentando el uso de TICs-telepsiquiatría. 5.2.3. Establecer encuentros presenciales periódicos: sesiones clínicas, actividades formativas conjuntas…
5.3. Establecer mecanismos de coordinación con las UCAs	5.3.1. Establecer criterios de derivación y circuitos asistenciales 5.3.2. Programar reuniones periódicas entre los SM y las UCAs del Departamento
5.4. Establecer una coordinación eficaz con la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas	5.4.1. Crear una Comisión Insterinstitucional entre la Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública y la Consellería de Igualdad y Políticas inclusivas para la planificación conjunta, de la atención a personas con TMG y menores con problemas de salud mental y necesidades de protección social 5.4.2. Crear una Comisión Provincial de Coordinación Táctica con otros agentes implicados (Ayuntamientos, Diputaciones, Direcciones Territoriales, Asociaciones…) para la gestión conjunta de la atención de personas con TMG y menores con problemas de salud mental y necesidades de protección social. 5.4.3. Crear Comisiones Sociosanitarias de Gestión de Casos

	por departamento, con la participación de todos los agentes implicados en el seguimiento, para adultos y para menores. 5.4.4 Diseñar el circuito de atención y derivación coordinado entre las dos Consellerias que garantice la continuidad de los cuidados y la atención en el recurso que precisen las personas usuarias, evitando la burocratización innecesaria (adultos y menores). 5.4.5. Ajustar el baremo de la dependencia a las características de las personas con TMG y acordar un modelo de informe para la solicitud de la dependencia que se cumplimente en las USM. 5.4.6. Establecer la coordinación necesaria con los Centros de Atención Temprana para la atención a los menores con TEA 5.4.7. Establecer el circuito de atención y la coordinación entre los centros de acogida de menores y las USMIAS
5.5. Establecer una coordinación eficaz con todas las administraciones implicadas en la mejora de la salud mental	5.5.1. Desarrollar un modelo de coordinación con Conselleria de Eduación, Investigación, Cultura y Deporte y con la Conselleria de Justicia y Conselleria Igualdad y Políticas Inclusivas para el abordaje integral de la infancia y adolescencia, con problemas de salud mental 5.5.2. Desarrollar un modelo de coordinación con la. Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. 5.5.3. Integrar funcionalmente en la red los recursos de atención en salud mental dependientes administrativamente de la Diputación de Alicante y de la Diputación de Valencia, optimizando los recursos y garantizando la continuidad de cuidados

9.2.4 LÍNEA ESTRATÉGICA 4: LAS PERSONAS: PERSONAS USUARIAS, FAMILIARES Y PROFESIONALES.

La OMS y la Comisión Europea reconocen que el ejercicio de los derechos y el empoderamiento y emancipación de usuarios de los servicios de salud mental y de las personas cuidadoras es una prioridad para las próximas décadas. El empoderamiento es un concepto que incluye el control que ejercen los usuarios sobre los servicios de salud mental que influyen en sus vidas, el grado de elección sobre las alternativas de tratamiento con el objetivo de mejorar su salud y consta de cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, y pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006 (CDPD), ratificada por España en 2008 recoge los derechos de las personas con cualquier tipo de discapacidad: el respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer, el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. Tanto la organización de los servicios como las intervenciones que se llevan a cabo en los mismos tienen que estar en consonancia con el respeto

a los derechos, como se recogen en esta Convención, garantizando en todo momento la participación activa de las personas usuarias en su proceso de recuperación.

La familia tiene unas necesidades formativas e informativas para desempeñar tareas de ayuda y por otra parte pueden ser objeto en si misma de necesidad de apoyo y atención, dada la sobrecarga y desgaste que puede ocasionar el ser un cuidador. Apoyar eficazmente a la familia y cuidadores es una tarea de responsabilidad de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a este colectivo.

Por otra parte, la lucha contra el estigma constituye uno de los factores claves en todos los Planes de Acción de Salud Mental. El estigma causa rechazo y discriminación, lo que repercute negativamente en la vida de las personas con problemas de salud mental y en sus familias. La mejor manera de luchar contra el estigma es respetando los derechos de las personas con problemas de salud mental, tal y como se recoge en la CDPD. Es necesario seguir sensibilizando a la sociedad, a los profesionales de todos los ámbitos (salud, servicios sociales, educación) y a las personas usuarias y a sus familias sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental. El Instrumento de Evaluación de la Calidad y Derechos de la OMS es una herramienta para la concienciación de la importancia de respetar los derechos y su relación con la calidad de los servicios de atención en salud mental. El objetivo principal de la lucha contra el estigma es lograr una sociedad, donde todas las personas con problemas de salud mental puedan disfrutar de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Por último, la participación activa de las asociaciones de usuarios, familiares, sociedades científicas y profesionales son un elemento clave en la planificación, el desarrollo y la evaluación de actividades relacionadas con la mejora de la salud. Para ello es imprescindible contar con espacios y mecanismos de comunicación y participación que permitan y faciliten las aportaciones de todos los agentes implicados.

OBJETIVO GENERAL 6: PROMOVER LOS DERECHOS Y LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
6.1.Mejorar la información a las personas usuarias de su proceso de salud para facilitar la toma de decisiones	6.1.1. Consensuar el PAI con la persona usuaria y la firma del consentimiento informado 6.1.2. Consensuar el CT con la persona usuaria y firma del consentimiento informado. 6.1.3. Elaborar un protocolo de acogida que incluya información sobre los aspectos funcionales de los SSM, la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias, el procedimiento de quejas y reclamaciones, así como los procedimientos de acogida específicos de centros y programas en los que vayan a ser atendidas.
6.2. Potenciar la participación de las personas usuarias en el diseño y evaluación de los servicios desde la perspectiva de recuperación	6.2.1. Disponer en cada departamento de una estructura participativa. 6.2.2. Incluir las personas usuarias en los grupos y comisiones de trabajo, tanto de los departamentos como de los servicios

	centrales.
6.3. Promover autocuidados y autoayuda	6.3.1. Participar y potenciar, junto con AP y servicios sociales y asociaciones grupos de autocuidados y de autoayuda
6.4. Promover las decisiones planificadas anticipadas que faciliten la toma de decisiones y actuaciones en las situaciones de crisis	6.4.1. Registrar en la historia clínica las decisiones planificadas anticipadas. 6.4.2. Designar un/a representante para actuar de interlocutor/a para situaciones de crisis
6.5. Incrementar el conocimiento de los profesionales sanitarios y sociales sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental	6.5.1. Elaborar guías informativas sobre los derechos -6.5.2. Establecer procedimientos que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad -de acuerdo con la Convención de derechos la discapacidad de la ONU. 6.5.3. Utilizar la página web de la Conselleria para su difusión
6.6. Potenciar ambientes terapéuticos positivos en todos los dispositivos de salud mental (espacio, funcionamiento, ambiente relacional, normas y trabajo en equipo y clima laboral) para garantizar los derechos de las personas	6.6.1. Elaborar estándares para mejorar el ambiente terapéutico 6.6.2. Elaborar guías informativas sobre el ambiente terapéutico 6.6.3. Elaborar Libros Blancos de los dispositivos de salud mental

OBJETIVO GENERAL 7: PROMOVER LA PARTICIPACIÓN Y EL APOYO A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES INFORMALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
7.1. Realizar una valoración inicial de las personas cuidadoras	7.1.1. Valorar la sobrecarga y calidad de vida y necesidades en el cuidador utilizando instrumentos estandarizados
7.2. Mejorar la información de las personas cuidadoras sobre la enfermedad, dispositivos, circuitos y recursos	7.2.1. Proporcionar esta información a través de los dispositivos de salud mental, en los procesos de acogida 7.2.2. Disponer de información en la página web accesible a la población general.
7.3. Mejorar la calidad de vida y los niveles de salud de las personas cuidadoras	7.3.1.Realizar intervenciones grupales para cuidadores junto con AP.
7.4. Promover la participación de las familias	7.4.1. Incluir a la familia/personas de referencia en la elaboración del PAI 7.4.2. Incluir a la familia en los grupos de trabajo y comisiones relativos a la salud mental

OBJETIVO GENERAL 8: ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACCIONES
8.1. Realizar intervenciones para erradicar el estigma dirigidas a población general, personas usuarias , familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios, sistema educativo y medios de comunicación	8.1.1. Crear una Mesa de Lucha contra el Estigma y Defensa de los Derechos que coordine todas las actividades 8.1.2. Participar en cursos de formación y sensibilización para profesionales, promoviendo la participación docente de personas usuarias expertas y familiares expertos. 8.1.3. Promover y participar en el ámbito de educación (talleres, jornadas, mesas redondas…) 8.1.4. Mantener contactos periódicos con medios de comunicación (jornadas, cursos, mesas redondas…)
8.2. Fomentar y promover la inclusión social de las personas con problemas de salud mental	8.2.1. Establecer acuerdos con la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo para mejorar las tasas de empleo y accesibilidad a las acciones formativas empleo 8.2.2. Apoyar programas orientados a la inclusión social desarrollados por asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ONGs, Ayuntamientos y otras instituciones implicadas.
8.3. Promover campañas publicitarias sobre la salud mental positiva	8.3.1. Utilizar nuevas tecnologías 2.0 3.0. 8.3.2. Utilizar espacios de publicidad estática y/o dinámica de distintas instituciones.

OBJETIVO GENERAL 9: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LAS ASOCIACIONES DE PERSONAS USUARIAS, ASOCIACIONES DE FAMILIARES, ONGs Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
9.1. Potenciar la participación de las Asociaciones de personas usuarias y Asociaciones de familiares	9.1.1. Incorporar a las Asociaciones de personas usuarias y Asociaciones de Familiares en la planificación y evaluación de la red de salud mental.
9.2. Potenciar la participación de la ciudadanía	9.2.1. Incorporar iniciativas de entidades locales, ONGs y ciudadanía en general
9.3. Potenciar la participación de sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental	9.3.1. Incorporar aportaciones de grupos profesionales en la planificación y evaluación.

9.2.5 LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La estrategia autonómica de salud mental pretende proporcionar una atención de calidad a las personas con problemas de salud mental a través de la formación Dicha formación debe incluir a profesionales sanitarios y no sanitarios, usuarios, familiares, voluntariado y otros sectores relacionados con el campo de salud mental.

El conjunto de acciones formativas, todas ellas de carácter multidisciplinar, se dirigirán hacia la adquisición y actualización constante de conocimientos y competencias necesarias para ofrecer la mejor atención posible a las personas que sufren un trastorno mental. Se considera imprescindible que la formación esté basada en las mejores evidencias científicas, se adapte a las necesidades de las personas usuarias, familiares, profesionales y otros agentes implicados. Si se quiere mejorar la eficacia y la eficiencia del sistema se debe incluir la formación en gestión clínica, evaluación, trabajo en equipo, modelo de recuperación y formación en derechos. Una parte esencial de la formación es la proporcionada desde la experiencia, incorporando a as personas usuarias como docentes, que aporten su perspectiva experiencial.

En cuanto a la forma de adquirir la formación, una de las más eficaces es la que se lleva a cabo para adquirir competencias concretas, en forma de talleres y supervisiones directas en el lugar de trabajo.

Por otra parte, esta Estrategia pretende priorizar la investigación interdisciplinar en salud mental y la perspectiva de género, crear redes de centros de investigación y grupos de excelencia e impulsar la investigación independiente en la práctica clínica. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, así como un cuidado ético y eficaz de las personas usuarias. En el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS se establece como objetivo fortalecer las investigaciones en salud mental, en particular la investigación operativa que incluya la creación de centros de excelencia.

Asimismo, la implementación de nuevas tecnologías de la información y comunicación, ofrecen oportunidades formativas y de investigación a profesionales, personas usuarias y familiares, a través de la creación de portales para la gestión del conocimiento en salud mental.

OBJETIVO GENERAL. 10: POTENCIAR LA FORMACIÓN EN SALUD MENTAL DE LOS SECTORES IMPLICADOS, PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DE ACUERDO A LAS NECESIDADES.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
10.1. Elaborar un plan autonómico de formación continuada de acuerdo a las prioridades de la Estrategia de Salud Mental	10.1.1. Crear una comisión de formación en salud mental, en coordinación con la EVES (Escuela Valencia de Estudios para la Salud). 10.1.2.Realizar acciones de formación dirigidas a personas usuarias, familiares, voluntariados y profesionales directamente relacionados con la salud mental 10.1.3. Colaborar en acciones formativas en Salud Mental, dirigidas a Servicios Sociales, Educación, Justicia e Instituciones

	Penitenciarias. 10.1.4. Incorporar acciones formativas del "personas usuarias expertas" y "familiar experto". 10.1.5. Potenciar la formación interna en los equipos de salud mental, sesiones clínicas, grupos de trabajo. 10.1.6. Promocionar la realización de jornadas autonómicas en distintas líneas de salud mental. 10.1.7. Incorporar líneas de formación en derechos, ética, legislación, competencia cultural, modelo de recuperación, dinámicas grupales, ambiente terapéutico y trabajo en equipo. 10.1.8. Difundir la Estrategia de Salud Mental a los agentes implicados.
10.2. Garantizar la calidad de la formación posgrado	10.2.1. Potenciar el desarrollo de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental en los departamentos.
10.3. Potenciar metodologías docentes innovadoras en el proceso de formación: uso de nuevas tecnologías (TICs)	10.3.1. Potenciar la formación en salud mental vía telemática 10.3.2. Incluir documentos de interés en salud mental, a través de la página web de Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, dirigido a profesionales, personas usuarias , familiares y población general 10.3.3. Difundir a través de la página web de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública una agenda de actividades y acciones formativas

OBJETIVO GENERAL 11: POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
11.1. Elaborar un plan de investigación acorde a las líneas de la Estrategia	11.1.1. Crear y mantener comisión de investigación en materia de salud mental 11.1 2.. Incluir la perspectiva de género en la investigación 11.1.3. Desarrollar líneas de investigación en calidad y gestión y evaluación de servicios de salud mental. 11.1.4. Disponer de bases de datos accesibles a diferentes líneas de investigación
11.2. Promover la innovación en el proceso de la investigación	11.2.1. Incluir las TICs dentro de las líneas de investigación en salud mental
11.3. Fomentar la difusión del conocimiento	11.3.1. Difundir la información de las investigaciones de salud mental. 11.3.2. Potenciar la participación de profesionales en espacios científicos de interés.

10. OFICINA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL.

La Oficina Autonómica de Salud Mental (OASM) es una estructura funcional, que depende de la Dirección General de Asistencia Sanitaria tiene como función principal prestar apoyo técnico-científico en salud mental, a través de funciones de planificación, asesoramiento, coordinación y evaluación de los servicios de salud mental de acuerdo a lo establecido en la Estrategia Autonómica de Salud Mental y a las directrices que la autoridad sanitaria determine en cada momento. Así mismo, se ocupará de la elaboración de programas y planes de salud mental y de la promoción de la participación de usuarios y familiares. El funcionamiento de la OASM se llevará a cabo con su propio equipo, con el apoyo de Comités de Expertos y Grupos de Trabajo y bajo las directrices de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Son funciones de la OASM :

- Redactar la Estrategia en Salud Mental y realizar el seguimiento de su implementación, evaluación del cumplimiento de los objetivos, y actualizaciones progresivas, junto con los Comités de Expertos, desde un enfoque intersectorial e interdisciplinar
- Evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud mental utilizando el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, de acuerdo a la Convención de la ONU de Derechos de las Personas con Discapacidad, desde una perspectiva de mejora continua de la atención y respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Desarrollar la coordinación global entre la red sanitaria de servicios de salud mental y de los recursos dependientes de la Conselleria de Igualdad y Politicas Inclusivas, que atienden a personas con Trastorno Mental Grave, para realizar la planificación conjunta y articular la coordinación general entre ambas redes, con el objetivo de lograr la atención integral a las personas con TMG en todas las unidades asistenciales, incluyendo así mismo a otras instituciones implicadas, especialmente a la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo.
- Promover y facilitar la participación activa de las personas usuarias y familiares, a través de los Órganos de participación y asesoramiento, Grupos de trabajo y Comités de expertos y colaborar con la Federació Salut Mental de la Comunidad Valenciana y otras asociaciones vinculadas con la salud mental en las campañas de sensibilización y lucha contra el estigma y defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Diseñar e implementar programas específicos, protocolos y procesos asistenciales para mejorar la atención en salud mental y garantizar la equidad de las prestaciones en la Comunidad Valenciana.
- Asesorar en la coordinación con todas aquellas instituciones involucradas en mejorar la atención a la salud mental: Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, Conselleria de Justicia, Administraciones Públicas, Reformas Democráticas y Libertades Públicas, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, Servicios Sociales de base, entre otros.

- Participar en el seguimiento de los objetivos y evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y colaborar con otras Comunidades Autónomas en proyectos de interés común relacionados con la Salud Mental.
- Elaborar junto con la EVES el programa de formación continuada, que mejore las capacidades y competencias en salud mental de los profesionales sanitarios.
- Favorecer la participación y asesoramiento de las Sociedades Científicas

11. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

La implementación de la Estrategia de Salud Mental, se llevará a cabo de forma progresiva y su clave de éxito radica en el compromiso y participación de todos los implicados: instituciones, profesionales, personas usuarias, familiares, sociedades científicas y la sociedad en general.

Gran parte de los objetivos de la Estrategia están fundamentados en una reorganización y gestión clínica eficiente y en una optimización de los recursos disponibles, de acuerdo al modelo de atención comunitario, incluyendo la coordinación de éstos con otras agencias implicadas y la integración funcional de todos los dispositivos que prestan atención a personas con problemas de salud mental y que actualmente dependen de distintas administraciones.

Idealmente un sistema de salud es el resultado del diseño y desarrollo de un modelo teórico a través de un proceso organizado de planificación. Pero en la práctica, suele ser el resultado de una superposición a lo largo del tiempo de diferentes y variadas acciones y dotación de recursos, generalmente debidas a decisiones coyunturales, aisladas e incluso contradictorias.

Esta situación, en relación a la salud mental, ha dado lugar a un sistema desigual y fragmentado, con solapamientos y duplicidades en ocasiones y en otras con vacíos en la atención, con una alta variabilidad clínica y de dotación de recursos, y con una organización centrada en dispositivos estanco en lugar de en programas y procesos asistenciales diseñados de acuerdo a las necesidades de las personas usuarias y orientados a la recuperación e inclusión social.

La necesidad más inmediata para implementar la Estrategia consiste en reorganizar y adecuar los recursos de acuerdo al modelo de atención comunitaria y recuperación e integrar todos los dispositivos en una única red. Lo que pretende la Estrategia es planificar de acuerdo a un modelo teórico, que organice la red y la atención para alcanzar la mejora de la salud mental de la población y la mejora de la atención a las personas con problemas de salud mental.

La atención a las personas con problemas de salud mental se lleva a cabo por una red de servicios, con implantación territorial y descentralizada, que acerca las prestaciones a las personas usuarias y proporcionan intervenciones comunitarias de diversa complejidad. La eficacia del modelo depende, como condición fundamental, de la buena articulación y diferenciación de las prestaciones sanitarias y sociales para aportar respuestas globales a las necesidades de salud y protección social de la comunidad, evitando establecer “parcelas” de competencias, sino al contrario integrar y coordinar la actuación en una respuesta global.

Las intervenciones deben guiarse por el principio de “normalización”, con el objetivo de que las personas con trastornos mentales graves a recursos “normalizados en la comunidad”.

La ordenación de los dispositivos de salud mental parte del Departamento de Salud, como marco territorial y poblacional, que es la base para determinar las necesidades y desarrollar las actuaciones, reordenar y adecuar los recursos existentes, priorizar las acciones y evaluar los resultados.

El Servicio de Salud Mental constituye el conjunto de recursos del Departamento de Salud y se concibe como Equipo Único funcional y flexible, que organiza su actuación en procesos asistenciales y programas por objetivos desde un enfoque de atención integral, continuada, centrado en las necesidades del individuo, la familia, su contexto y la comunidad.

Cada Servicio de Salud Mental estará integrado por:

- Un Jefe de Servicio/ Coordinador, responsable de todos los recursos de salud mental del Departamento, que garantice el conjunto de actuaciones y la continuidad de la atención, considerando todos los recursos de salud mental del Departamento (hospitalarios y ambulatorios) como una unidad funcional única, bajo la dependencia de las estructuras Directivas de Gestión del Departamento
- Un coordinador de cada unidad básica (USM, UHP, HD, CR)
- Un responsable de cada programa/proceso asistencial
- Comisiones/Grupos de trabajo que faciliten la organización de la atención en red. Al menos existirán las siguientes comisiones:
    - Comisión de coordinación sociosanitaria de gestión de casos de adultos
    - Comisión de AP/SM
    - Comisión de docencia e investigación
    - Comisión infanto-adolescente

Como estructura de gestión de los recursos de salud mental específicos, existirá un Comité de Gestión de Salud Mental que garantice una única red funcional y la continuidad de los cuidados, evitando departamentos estanco , formado al menos por:

- Representante de la Gerencia del Departamento
- Jefe de Servicio/Coordinador
- Coordinadores de cada unidad básica
- Representantes de las Comisiones/Grupos de Trabajo
- Responsables de los Programas/Procesos Asistenciales

En cuanto a las prestaciones, el Servicio de Salud Mental garantizará como mínimo:

- Actuaciones de promoción y prevención

- Atención ambulatoria, atención domiciliaria (equipo de continuidad de cuidados/ETAC), atención hospitalaria, urgencias y de rehabilitación, evitando el solapamiento de intervenciones y asegurando la continuidad de cuidados de acuerdo a los procesos y programas asistenciales

- Atención orientada a que las personas con problemas de salud mental permanezcan en su comunidad y sean tratadas en la misma, evitando al máximo la hospitalización a tiempo completo, potenciando especialmente los programas de atención domiciliaria y los hospitales de día.

- Coordinación con todos los dispositivos sanitarios, sociales, educativos, judiciales, empleo y formación implicados en la atención a las personas con problemas de salud mental a través de las diferentes Comisiones y Grupos de Trabajo.

- Actividades formativas y de investigación

Existirán al menos los siguientes programas/procesos asistenciales:

- Trastorno Mental Grave (incluido Trastorno Límite de la Personalidad),
- Primeros Episodios Psicóticos,
- Trastorno Mental Común,
- Prevención del suicidio y atención a la conducta suicida,
- Trastornos del Espectro Autista,
- Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad,
- Trastorno de la Conducta Alimentaria,
- Patología Dual,
- Atención a mayores
- Atención a mujeres víctimas de maltrato y violencia de género
- Atención a las urgencias en salud mental

En cuanto a la organización el servicio de salud mental se estructura operativamente en las siguientes unidades básicas:

-Unidades de salud mental, adultos y menores (USM y USMI-A) que son la base del modelo de atención comunitaria

-Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de adultos, menores y monográficas (UHP), ubicadas en hospitales generales

-Hospital de Día adultos, menores y monográficos (HD)

Existen dispositivos supra-departamentales que proporcionan atención a varios departamentos que son las Unidades de Media Estancia/Rehabilitación Hospitalaria y las Unidades de Referencia (TCA, Hospitalización de menores).

En algunos Servicios de Salud Mental existen centros de día de rehabilitación, dependientes de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Estos centros llevan a cabo programas de rehabilitación psicosocial para TMG.

Las funciones del Servicio de Salud Mental del Departamento comunes a todas las unidades básicas incluyen la asistencia (70%), docencia (10%), investigación(10%) y la administración (10%).

Los profesionales que componen el servicio de salud mental son Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Terapeutas Ocupacionales, Trabajadores Sociales, Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería y Personal Administrativo. La dotación de profesionales debe ajustarse en relación a la población, los dispositivos existentes y los programas asistenciales, de acuerdo a las ratio convencionalmente aceptadas.

La distribución de los profesionales en el servicio de salud mental entre las diferentes unidades básicas de salud mental debe responder de forma flexible a las necesidades y programas de atención del Departamento. Esto significa que los profesionales están adscritos al Servicio y no a una Unidad en concreto pudiendo prestar su actividad en varias Unidades básicas, a tiempo parcial, o asignarse de forma periódica a los diferentes dispositivos. La organización no se basa en unidades estancas, si no en los procesos asistenciales que requieren de la intervención sinérgica y coordinada de las diferentes unidades básicas. Lo que determina la atención no son los dispositivos, sino los diferentes programas y procesos asistenciales, de tal forma que se garantice la atención continuada y adecuada a las necesidades de las personas usuarias.

Como elementos básicos de funcionamiento figuran:

. El conjunto de dispositivos se configura como una red integrada en la que los diversos lugares de intervención están articulados en un mismo nivel, con abordajes integrales en red, independientemente de la dependencia administrativa
. La USM en todo momento hará el seguimiento y coordinará la atención de las personas usuarias, independientemente del lugar en el que se encuentren (Residencia, UHP, UME, vivienda tutelada,…)
. No debe existir una jerarquía de los servicios que den lugar a nuevos fondos de saco donde se derivan los casos más difíciles
. Disponer de una variedad de dispositivos no debe significar crear “espacios especializados para tratar problemas especiales con técnicas especiales”, sino por el contrario, la red debe de disponer de dispositivos diferenciados para poder hacer una oferta de prestaciones diversificada que garanticen la continuidad de los cuidados, no fragmentado con respuestas parciales y compartimentadas
. El conjunto de respuestas e intervenciones deben contener una intencionalidad educativa en el sentido salubrista, que incida en la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud mental.

En cuanto a la financiación y dotación presupuestaria en salud mental ésta no es una actividad aislada e independiente y debe centrarse en la puesta en marcha de políticas y planes y no sólo de servicios y los incrementos de la financiación deben orientarse a las prioridades de la planificación y las oportunidades de mejora de calidad.
La planificación es la que debe guiar el proceso presupuestario, pero frecuentemente los planes y los presupuestos se desarrollan de forma independiente y el resultado es que los objetivos no se ven reflejados de forma explícita en los presupuestos.

Además, una dificultad importante es la frecuente falta de disponibilidad de datos acerca de los gastos en salud mental o el hecho de que sean incompletos. Sin esta información es difícil valorar los efectos de las políticas y determinar que decisiones serían las más indicadas.

El desarrollo de una Estrategia refleja las metas y objetivos de una política y sobre la base de las necesidades y prioridades reflejadas, se genera un presupuesto. Si no es así, el presupuesto se

convierte en el principal determinante de la evolución del sistema de salud mental, en lugar de ser el medio para conseguir los objetivos y prioridades planificadas.

Dado que la financiación es un vehículo para la política y la planificación y no al contrario, es esencial definir los principios clave en los que se basa la financiación en salud mental (OMS 2009):

- Accesibilidad ¿Reciben las personas los servicios que necesitan?
- Calidad ¿Estos servicios cumplen los estándares de calidad?
- Resultados ¿Está mejorando su salud mental?
- Eficiencia ¿Existe desaprovechamiento o abuso de los servicios?

La cantidad de los recursos es importante, pero su asignación, distribución, organización y los programas desarrollados en los mismos, son fundamentales. Así mismo, es imprescindible conocer el gasto asociado a cada recurso, incluyendo los gastos administrativos, de personal, farmacéutico y de infraestructura.

Para una correcta implementación y evaluación de la Estrategia debe contarse para los próximos cuatro años con una línea presupuestaria específica que permita asignar los presupuestos en relación a los objetivos y prioridades establecidas e ir ajustando los mismos en función de los resultados de la evaluación.

Esta línea presupuestaria específica permitirá asegurar que los recursos financieros y humanos se utilicen principalmente a los recursos vinculados a la comunidad, de acuerdo al modelo que se recoge en esta Estrategia.

Por otra parte, existen una serie de necesidades no cubiertas, que tienen que ser tenidas en cuenta, como la adecuación y modernización de algunas infraestructuras, el crecimiento de algunos servicios históricamente deficitarios (como hospitales de día, programas de seguimiento domiciliario y unidades de rehabilitación hospitalaria) y la adaptación progresiva del número de profesionales.

A continuación se presentan las tablas con la evolución de los dispositivos y de la dotación de personal desde 1990 y la propuesta de crecimiento para los próximos cuatro años.

Esta propuesta de incremento tanto de los dispositivos como de la dotación de recursos humanos responde a la necesidad de consolidad el modelo comunitario de atención, lo que implica una reestructuración del servicio de salud mental que se oriente hacia una atención más comunitaria, que priorice los dispositivos y programas de hospitalización parcial y atención domiciliaria y que disminuya las necesidades de ingreso en unidades de hospitalización total.

	AÑO 1991* (23 Áreas)	AÑO 2003** (20 Áreas)	AÑO 2016 (24 Dptos de Salud)	AÑO 2020
USM	41	56	74+8*	74+8*

USMIA	4	9	22	. Atención hasta los 18 años . USMIA/programa por Dpto con equipo móvil de atención
UHP	H. Prov.Castellón H. Psiq. Bétera H. Clínico Valenc UHP Alcoi H. Sta Faz Alicant	17 adultos 3 TCA 2 Menores	18 adultos 3 TCA 3 Menores	18 adultos 3 TCA 3 Menores
UHD			6	.Transformar en programas continuidad de cuidados. . ETAC por departamento
HD	1	2 adultos 1 TCA	8 adultos 1 TLP 2 TCA 2 Menores	-HD de adultos por Dpto -HD TCA por provincia -HD TLP por provincia -HD Infanto-Adolescente: 1 Castellón 2 Valencia 2 Alicante
CD*	1	2	3	4
UME/ URH	H. Prov.Castellón H.Psiq Bétera H.Sta Faz Alicant	H. Prov.Castellón H.Psi Bétera Dr.Esquerdo Alicante	H. Prov.Castellón (UME y ULE) H. Psiq Bétera (ULE) Dr. Esquerdo Alicant (UME y ULE) H.Pare Jofre Valenc (UME y HD)	-1 UME Castellón -1 ULE Castellón. -3 UME Valencia. -2 UME Alicante. -HD de Rehabilitación para cada UME

- Unidades de salud mental a tiempo parcial
- Estos centros de día de rehabilitación dependen de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

AÑO	Psiq	/100.000	Psic	/100.000	Enf	/100.000	TS	/100.000	TCAE	/100.000	TO/MO	/100.000	Total	/100.000
1990	140	3.9	54	1.4	79	2.0	30	0.8	130	3.3	18	0.5	451	11.6
2002	239	5.7	110	2.6	181	4.3	34	0.8	297	7.1	6/15	0.4	876	20.9
2016	306	6.1	168	3.4	296	5.8	54	1.1	310	6.2	13	0.3	1142	22.8
2020	**312**	**6.2**	**178**	**3.6**	**311**	**6.1**	**64**	**1.3**	**322**	**6.4**	**21**	**0.4**	**1203**	**24.1**

*Datos obtenidos del Plan de Salud Mental de la Comunidad valenciana 1991
** Datos obtenidos del Informe de Sindic de Greuges 2003
*** Datos obtenidos por el Servicio de Salut Mental de la Conselleria de Sanitat.

12. PRIORIZACIÓN Y CRONOGRAMA.

Para garantizar la correcta implementación de la Estrategia, la Oficina Autonómica de Salud Mental contará con los Comités de Expertos y otras comisiones y grupos de trabajo, tanto a nivel departamental como de los servicios centrales. Uno de los aspectos fundamentales para su desarrollo es la difusión y formación imprescindibles para una correcta ejecución.
Se han priorizado para los dos primeros años acciones, programas y protocolos, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Impacto en la población atendida
- Equidad
- Eficiencia
- Necesidades no resueltas
- Satisfacción de usuarios y profesionales
-

A continuación se exponen la tabla con los objetivos priorizados y las tablas de los cronogramas para las objetivos, procesos, programas, protocolos y acciones priorizados.

PROMOVER LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN	Desarrollar un plan de promoción conjuntamente con la Dirección General de Salud Pública
PREVENIR LA ENFERMEDAD MENTAL	Realizar intervenciones de prevención en ámbitos escolares y laborales, con atención primaria, salud pública y servicios sociales conjuntamente
PREVENIR EL SUICIDIO	Elaborar un plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida
ERRADICAR EL ESTIGMA	Crear una Mesa de Lucha contra el Estigma con todos los agentes implicados
	Elaborar normas, procedimientos y protocolos en los centros sanitarios encaminados a evitar el estigma y la discriminación
MEJORAR LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INFANTO ADOLESCENTE	Elaborar protocolo para la atención de menores en centros de acogida. Elaborar el protocolo de educación y salud mental. Elaborar protocolos para la atención de problemas relevantes: TEA, TDAH y TCA
MEJORAR LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA	Diseñar e implementar procesos de atención, programas específicos, protocolos y circuitos asistenciales, por problemas relevantes .
MEJORAR LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ	Elaborar e Implantar el programa de Primeros Episodios Psicóticos
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	Incluir en la historia clínica informatizada el PAI en el caso de TMG y CT en el caso de TMC
	Crear una Comisión de gestión de casos sociosanitaria en cada departamento para el seguimiento de las personas con TMG

	Crear una Comisión de coordinación entre los dispositivos implicados en la atención de la población infanto-adolescente,: sanitarios, servicios sociales y educativos.
	Diseñar protocolo de actuación conjunta entre AP, USM, UCA y Sociales, para personas con patología dual.
	Elaborar un protocolo de coordinación con instituciones penitenciarias, de acuerdo al programa PAIEM. Elaborar procedimiento para evitar abandonos del programa asistencial de personas con TMG.
MEJORAR LA ATENCIÓN EN SITUACIÓN DE CRISIS Y EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	Diseñar protocolo de actuación en los servicios de urgencias y Traslado a centro sanitario
MEJORAR Y POTENCIAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	Desarrollar programas de atención domiciliaria dentro de las actividades de las USM. Implantar programas de tratamiento asertivo comunitario.
DESARROLLAR PROGRAMAS COLABORATIVOS CON ATENCIÓN PRIMARIA Y OTRAS ESPECIALIDADES. **INCREMENTAR LAS INTERVENCIONES GRUPALES PARA PERSONAS CON TMG, TMC Y SUS FAMLIAS**	Desarrollar actuaciones conjuntas con AP para la atención y seguimiento de los problemas de salud física de personas con TMG. Desarrollar programas colaborativos para la atención del TMC Desarrollar programas psicoeducativos en las USM
	Desarrollar intervenciones y programas para “desmedicalizar” los problemas de la vida cotidiana y el “malestar psíquico” Desarrollar programas de autocuidados y cuidar al cuidador
MEJORAR LA ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD MENTAL	Organizar funcionalmente la red de salud mental como una red única y específica
	Completar y desarrollar la Cartera de Servicios de salud mental
	Crear las comisiones mixtas necesarias, que involucren a todos los implicados en mejorar la salud mental
INCLUIR HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	Incorporar los indicadores específicos de salud mental en los Acuerdos de Gestión de la Conselleria y en los Acuerdos de Gestión de cada Departamento
INCLUIR HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN **MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y SU UTILIZACIÓN PARA MEJORAR LA PLANIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**	Incluir en la práctica clínica instrumentos de evaluación Elaborar un cuadro de mandos e indicadores. Facilitar la explotación de los datos y utilización de la información
FOMENTAR LA CALIDAD EN SALUD MENTAL PROMOVIENDO LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	Realizar la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud Mental con el Instrumento de la OMS
MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES	Favorecer la participación e implicación de los profesionales a través de comisiones y grupos de trabajo
MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS Y SUS FAMILIARES	Facilitar la participación activa en la planificación, evaluación y en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento

ELABORAR UN PLAN DE FORMACIÓN ESPECÍFICA PARA LA FORMACIÓN CONTINUADA EN MATERIA DE SALUD MENTAL	Crear una Comisión de formación en salud mental, en coordinación con la EVES
	Incorporar a la actividad docente las acciones formativas de las personas usuarias expertas y "familiar experto"
POTENCIAR LINEAS ESTABLES DE INVESTIGACIÓN	Crear y mantener una Comisión de investigación en materia de salud mental
FOMENTAR LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO	Difundir los resultados de la investigación

ACCIONES	2016	2017				2018	
	Cuarto trimestre	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre	Primer trimestr	Segundo trimestr
Elaborar un protocolo para menores en centros de acogida	■	■					
Elaborar el Plan Integral de Atención al TMG	■						
Elaborar un programa de atención en las USM para TMG		■	■				
Elaborar un protocolo patología dual			■	■			
Elaborar un protocolo TEA	■	■					
Elaborar un protocolo TDAH				■	■		
Elaborar un protocolo TCA					■	■	
Elaborar el proceso de atención de abordaje del TLP			■	■			
Elaborar un programa PEP	■						
Elaborar un programa AP SM " Cuidar a la persona cuidadora" y Autocuidados	■						
Elaborar un programa colaborativo con AP			■	■			
Elaborar un protocolo de traslado y atención en urgencias		■	■				
Elaborar un protocolo de atención a personas mayores						■	■
Elaborar un protocolo de coordinación con educación para la atención de los menores con problemas de SM	■	■					
Elaborar un programa puente de atención en coordinación con el PAIEM				■	■		
Organizar funcionalmente la red de salud mental como una red única y especifica		■	■				
Evaluar la calidad de los servicios de acuerdo al Instrumento de la OMS	■	■			■	■	
Creación de la Mesa de Lucha contra el Estigma	■						
Plan de promoción de salud mental con salud pública						■	■
Intervenciones de prevención en la comunidad					■	■	
Plan de prevención suicidio y abordaje de la conducta suicida	■	■					
Acciones erradicación del estigma	■	■	■	■	■	■	■
Inclusión del PAI en la HC	■	■					

Inclusión del CT en la HC							
Procedimiento para evitar abandonos del programa asistencial de personas con TMG							
Incrementar el nº de HD infantil							
Incrementar el nº de programas /equipos ETAC							
Incrementar el nº de HD de adultos y monográficos							
Integrar funcionalmente los dispositivos de SM dependientes de la Exma Diputación de Alicante y de Valencia							
Creación de comisión sociosanitaria en cada departamento de TMG							
Desarrollar actuaciones conjuntas con AP para la atención y seguimiento de los problemas de salud física de personas con TMG.							
Creación comisión de coordinación para la atención infanto-adolescente.							
Desarrollo de programas de atención domiciliaria y programas de tratamiento asertivo comunitario.							
Desarrollo de programas psicoeducativos en las USM							
Completar y desarrollar la cartera de servicios							
Incluir en los acuerdos de gestión de la Consellería y los departamentos los indicadores de salud mental							
Incluir en la práctica clínica instrumentos de evaluación							
Elaborar un cuadro de mandos e indicadores.							
Mejorar la explotación de los datos de los sistema de información							
Facilitar la participación de personas usuarias, familiares, asociaciones y profesionales.							
Crear una comisión de formación de salud mental en coordinación con el EVES							
Incorporar a la actividad docente la figura del paciente experto (paciente activo) y familiar experto.							
Crear una comisión de investigación en materia de salud mental y difundir lo resultados de la investigación.							
Crear las comisiones necesarias para coordinación de los implicados en los procesos de salud mental.							

13. EVALUACIÓN E INDICADORES

Uno de los requisitos de todo proceso de planificación es establecer la evaluación del mismo. La evaluación es un punto clave de cualquier proyecto y tiene repercusión directa en el trabajo, así como en la evolución de la organización. Además, el propio proceso de evaluación supone un momento de reflexión, imprescindible para mejorar y progresar, además de un ejercicio de responsabilidad social y política

El diseño de la Estrategia incluye como exigencia, la necesidad de una evaluación de todos los objetivos y acciones, así como la identificación de los agentes responsables, tanto de la ejecución como de la evaluación. La utilidad de la Estrategia vendrá garantizada por su seguimiento a través de esta evaluación sistemática, de la consecución de los objetivos y el reajuste de los mismos en relación a las nuevas necesidades que se vayan detectando.

La evaluación de la Estrategia en Salud mental de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública se llevará a cabo mediante la recogida sistemática de información, centrada en los indicadores diseñados a tal efecto. Estos indicadores permitirán medir la idoneidad, la eficacia y la eficiencia del plan, así como ir haciendo los cambios pertinentes. Se ha definido un INDICADOR para cada acción. Los indicadores son de dos tipos:

- Medición cuantitativa (nº de intervenciones, nº de departamentos..)
- Medición de la ejecución de la acción (existencia de protocolo, creación de una comisión…)

La Oficina Autonómica de Salud Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria recogerá la información para la evaluación de diferentes fuentes:

- Los sistemas de información de la Conselleria de Sanidad
- Las Comisiones de Evaluación de los Departamentos de Salud

Para garantizar el correcto seguimiento y evaluación de la Estrategia, se han constituido seis Comités de Expertos, uno por cada línea estratégica

LÍNEA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

OBJETIVO GENERAL 1: PROMOVER LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LA POBLACIÓN GENERAL Y DE COLECTIVOS VULNERABLES.	
ACCIÓN	**INDICADOR**
1.1.1. Desarrollar un plan de promoción conjuntamente con la Dirección General de Salud Pública y otros sectores implicados, especialmente con Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y la Consellería de de Igualdad y Políticas Inclusivas	Existencia de plan de promoción
1.1.2. Desarrollar actividades conjuntas de promoción entre Salud Mental y Atención Primaria dirigidas a colectivos vulnerables como las personas dependientes, familias en riesgo de exclusión, mujeres víctimas de violencia de género e y sus hijos, personas con Trastorno Mental Grave con la colaboración de servicios sociales y del ámbito educativo y laboral.	Número de actividades por Departamento.
OBJETIVO GENERAL 2: PREVENIR LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS ESPECÍFICOS	
ACCIÓN	**INDICADOR**
2.1.1. Desarrollar intervenciones colaborativas entre AP y SM para prevenir problemas de salud mental en la población general	Nº de intervenciones colaborativas
2.1.2. Realizar intervenciones colaborativas entre AP y SM en ámbitos escolares y laborales, en cooperación con Servicios Sociales, orientadas a la prevención de los trastornos mentales	Nº intervenciones conjuntas por departamento
2.2.1. Desarrollar intervenciones colaborativas entre AP y SM para prevenir problemas de salud mental en las personas cuidadoras	Nº de intervenciones conjuntas dirigidas a cuidadores.
2.2.2. Crear una comisión conjunta con todos los sectores implicados para poner en marcha acciones en materia de promoción del bienestar emocional y prevención de problemas de salud mental para población infantil y adolescente en riesgo (víctimas de abuso o abandono, menores con medidas judiciales o en situación de protección y acogida)	Creación de la Comisión. Nº Acciones puestas en marcha
2.2.3. Desarrollar programas conjuntos entre UCA, AP y SM orientados a la prevención de conductas adictivas.	Nº intervenciones conjuntas.
2.2.4. Desarrollar un circuito coordinado entre Atención Primaria, Salud Mental y los centros de atención a las víctimas de mal trato y violencia de género.	Existencia de un protocolo de actuación. Nº de personas atendidas según el protocolo de atención.
2.3.1. Elaborar un Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida	Edición y difusión del Plan
2.4.1. Desarrollar intervenciones basadas en procesos asistenciales que potencien la	Nº de intervenciones en cada

prevención de la cronicidad.	departamento
2.4.2. Desarrollar intervenciones conjuntas entre SM y AP dirigidas a prevenir problemas físicos de salud en personas con TMG	Existencia de un protocolo de prevención y atención de problemas de la salud física. Nº de departamentos que Implantan el protocolo

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

OBJETIVO GENERAL 3- MEJORAR LA CALIDAD Y LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL: SALUD EN TODAS LAS EDADES	
ACCIÓN	**INDICADOR**
3.1.1. Colaborar en el desarrollo de acciones formativas para el personal docente para la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia en los centros de enseñanza.	Existencia de acciones formativas para el personas docente en todos los departamentos
3.1.2. Elaborar un protocolo de educación y salud mental para la detección y atención precoz	Existencia del protocolo
3.1.3. Promover el desarrollo de acciones formativas conjuntas entre AP y SM orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia.	Existencia de sesiones formativas
3.2.1. Elaborar un protocolo de actuación coordinado con las instituciones implicadas en la atención a menores en situación de protección	Existencia de protocolo
3.2.2 Desarrollar acciones formativas dirigidas a personal de los centros de acogida y terapéuticos.	Existencia de acciones formativas para los docentes en todos los departamentos
3.3.1. Crear una comisión de coordinación entre los dispositivos implicados : sanitarios, sociales y educativos en la atención infanto-adolescente	Existencia de comisión de coordinación
3.3.2. Diseñar e implantar el PAI para TMG en la infancia y adolescencia y registrado en la historia clínica informatizada	Registro en la historia clínica informatizada Pacientes con PAI cumplimentado en la historia clínica
3.4.1. Diseñar e implantar un proceso de atención integral para los menores con trastornos del espectro autista.	Existencia de protocolo de actuación, coordinación y circuito asistencial Departamentos que han implantado el protocolo.
3.5.1. Diseñar e implantar un proceso de atención integral para los menores con trastorno por déficit de atención.	Existencia de protocolo de actuación Departamentos que han implantado el protocolo.
3.6.1. Elaborar e implantar un proceso de atención integral para los menores con problemas de la conducta alimentaria.	Existencia de programa Departamentos que han implantado el

	programa.
3.7.1. Realizar grupos de habilidades sociales y afrontamiento de problemas cotidianos para menores y familiares.	Nº intervenciones grupales en cada departamento
3.8.1. Implantar programas psicoeducativos para adolescentes y familiares.	Departamentos con programas psicoeducativos
3.9.1. Promover el desarrollo de acciones formativas conjuntas entre AP y SM orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la población adulta desde AP	Existencia de acciones formativas para docentes en todos los departamentos
3.9.2.Implantar el programa de primeros episodios psicóticos	Dptos. que han implantado el programa de primeros episodios psicóticos Evaluación del programa de acuerdo a los indicadores del mismo
3.10.1. Diseñar e implantar el plan de integral de atención a las personas con Trastorno Mental Grave que abarque todo el abanico de necesidades sanitarias, sociosanitarias, sociales y residenciales conjuntamente con todos los agentes implicados	Existencia del plan integral. Dptos que han implantado el plan Evaluación del programa de acuerdo a los indicadores del mismo
3.10.2. Incorporar el PAI en la historia clínica informatizada.	Existencia de documento PAI en los sistemas de información Personas usuarias con PAI cumplimentado en la historia clínica
3.10.3.Elaborar protocolo de actuación para evitar la desvinculación	Existencia de un protocolo de actuación Nº de Dptos con protocolo implantado
3.10.4. Implantar en las Unidades de Salud mental un programa de rehabilitación para las personas con TMG que incluya grupos psicoterapéuticos, HHSS, psicoeducación, rehabilitación neurocognitiva y de ocio y tiempo libre, afrontamiento al estrés, resolución de problemas en colaboración con AP y movimiento asociativo.	Nº de USM tienen el programa. Nº de intervenciones del programa por USM.
3.10.5. Implantar grupos psicoeducativos y de autoayuda para familiares, cuidadores de personas con TMG y personas usuarias, mediante colaboración de SM y AP .	Nº de USM que realizan estas intervenciones colaborativas Número de intervenciones.
3.10.6. Implantar el desarrollo de la figura del agente de ayuda mutua	Nª º de departamentos que han implantado la figura de agente de ayuda mutua
3.10.7. Diseñar protocolo de atención a los problemas de salud física entre SM y atención primaria para las personas con TMG	Existencia de protocolo Nº de Dptos que tienen protocolo.
3.10.8. Realizara actividades relacionadas con el deporte, arte, la cultura como apoyo a la recuperación de las personas con TMG en coordinación con los servicios sociales municipales, asociaciones y ONGs.	Nº de actividades en cada departamento.
3.11.1. Desarrollar el proceso asistencial de atención para las personas con trastorno límite de personalidad.	Existencia de programa de atención a personas con trastorno de personalidad Nº de departamentos que tienen implantado un programa específico a trastorno de personalidad.

3.12.1. Elaborar un proceso de atención integral para atender a la población con patología dual.	Existencia de protocolos de coordinación Número de departamentos que tienen implantado el protocolo.
3.13.1 Elaborar un protocolo para el circuito asistencial, incluyendo todos los dispositivos asistenciales y sociales implicados en la atención de personas mayores con problemas de salud mental.	Existencia de protocolo específico para el circuito asistencial Número de departamentos que tienen implantado el protocolo.
3.13.2 Protocolizar la coordinación (AP, neurología y SM) para la atención a las personas con demencia	Existencia de protocolo específico para el circuito asistencial Número de departamentos que tienen implantado el protocolo.
3.13.3 Protocolizar la intervención coordinada entre AP y SM de las personas ingresadas en residencias de mayores.	Existencia de protocolo específico para el circuito asistencial Número de departamentos que tienen implantado el protocolo.
3.14.1 Establecer protocolos de coordinación y colaboración entre AP y SM que incluyan detección, pautas de intervención, criterios de derivación y programas de colaboración.	Existencia de protocolo de coordinación Número de Dptos con protocolo.
3.14.2. Elaborar un documento de contrato terapéutico (CT).	Existencia de documento de contrato terapéutico Nº de personas usuarias con contrato terapéutico incluido en la historia clínica informatizada
3.14.3 Incrementar la utilización de intervenciones grupales para personas con TMG.	Número de intervenciones grupales . Nº USM que realizan esta intervención
3.14.4 Potenciar la utilización de los programas de autoayuda y apoyo mutuo para las personas, recursos comunitarios normalizados, servicios sociales locales, asociaciones, clubs, desde AP y SM.	Existencia de derivaciones a recursos comunitarios
3.14.5. Incrementar intervenciones de psicoterapia individual con evidencia reconocida	Número de personas usuarias que reciben psicoterapia individual.
3.15.1. Desarrollar un plan de intervención conjunto entre SM y AP, para atender los problemas emocionales de la vida cotidiana que provocan malestar en colaboración con los recursos sociales y las asociaciones	Existencia de un plan de intervención
3.16.1. Establecer protocolos de actuación ante situaciones de crisis /urgencias	Existencia de un protocolo de actuación
3.16.2. Protocolizar el traslado a centro hospitalario.	Existencia de un protocolo de actuación
3.16.3. Establecer protocolos de actuación en los servicios de urgencias de los hospitales generales.	Existencia de un protocolo de actuación
3.17.1. Crear comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a medidas judiciales	Existencia de comisión de análisis de casos.
3.17.2. Desarrollar un programa puente de atención en coordinación con el PAIEM	Existencia de un programa puente

3.18.1. Aumentar la formación de los equipos de SM para la mejora de la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental	Nº de profesionales formados
3.18.2. Establecer un protocolo de actuación con los centros específicos que atienden a personas con DI en los Dptos de salud	Existencia de protocolo
3.19.1 Establecer e implantar un protocolo de atención entre los recursos implicados que garantice la atención prioritaria al colectivo de mujeres maltratadas y víctimas de violencia de género.	Existencia de protocolo específico para el circuito asistencial Número de departamentos que tienen implantado el protocolo
3.20.1 Establecer e implantar circuitos de atención coordinada entre servicios sociales municipales, recursos de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas y los dispositivos sanitarios de atención, tanto de AP como de SM.	Existencia de protocolo específico para el circuito asistencial Número de departamentos que tienen implantado el protocolo

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA E INTERSECTORIAL

OBJETIVO GENERAL 4- REORGANIZAR Y OPTIMIZAR RED DE SALUD MENTAL	
ACCIÓN	**INDICADOR**
4.1.1 Integrar funcionalmente todos los dispositivos implicados en una única red.	Integración de los dispositivos.
4.1.2 Organizar los servicios de salud mental de cada departamento en redes funcionales que fomenten el trabajo en equipo y la participación de profesionales, personas usuarias y familiares en la planificación, gestión y evaluación de los servicios.	Existencia de la red funcional.
4.1.3. Crear en cada departamento el comité de gestión de salud mental.	Existencia del comité.
4.1.4. Organizar la atención por procesos y programas asistenciales que garanticen la calidad de la atención y minimicen la variabilidad clínica	Existencia de programas y procesos asistenciales en cada departamento.
4.1.5. Designar referente de cada proceso, programa asistencial en cada departamento.	Existencia de referente por proceso y programa en cada departamento
4.1.6 Designarcoordinador/a de cada unidad básica de los servicios de salud mental de los departamentos	Existencia de coordinador/a
4.1.7 Designar referentes en cada departamento para la coordinación y desarrollo de los protocolos en colaboración con los diferentes sectores.	Existencia de referentes.
4.2.1. Definir todos los dispositivos, prestaciones y perfiles profesionales necesarios.	Definición.
4.2.2 Transformar las Unidades de Hospitalización domiciliaria en Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario vinculados a la USM	Nº de departamentos con ETAC.
4.2.3 Definir las unidades de referencia	Nº de Unidades de referencia definidas

4.2.4 Incluir la atención en las USMIA hasta los 18 años	Nº de departamentos que atienden hasta los 18 años.
4.3.1. Implementar la red de hospitales de día Infanto-Adolescentes	Nº de Hospitales de Dia creados
4.3.2. Implementar la red de Hospitales de DÑia de adultos y monográficos (TLP, TCA)	Nº de Hospitales de Dia creados
4.3.3. Crear un programa de tratamiento asertivo comunitario en cada departamento	Nª de departamentos con programa ETAC
4.3.4. Incrementar las Unidades de Rehabilitación Hospitalarias (UME)	Nº de UMEs creadas
4.3.5. Completar la dotación de recursos humanos necesarios para garantizar la equidad y la calidad en función de la reorganización de la red y las necesidades detectadas	% incremento de recursos humanos
4.4.1. Implantar en todos los departamentos los procesos asistenciales, programas y protocolos elaborados por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.	Nº de procesos, programas y protocolos implantados
4.4.2.Crear los Comités Expertos y Grupos de Trabajo	Existencia de comités de expertos /grupos de trabajo
4.4.3. Analizar el uso racional de los medicamentos utilizados para los problemas de salud mental	Medición de la politerapia neuroléptica Medición de la utilización de ansiolíticos/ antidepresivos
4.5.1. Incluir programas de atención domiciliaria y/o equipos móviles dentro de las actividades de las USM, USMI-A y HD	Existencia de programas de atención domiciliaria Nº de USM/USMI-A con programa Nº de HD con programa
4.6.1. Elaborar un cuadro de mandos e indicadores	Existencia de cuadro de mandos e indicadores
4.6.2. Facilitar la explotación de los datos y su utilización	Disponibilidad de los datos para su utilización
4.7.1. Incorporar indicadores de evaluación de proceso y resultado en los acuerdos de gestión en cada Departamento.	Nº de departamentos que tienen indicadores de evaluación de proceso y resultado
4.7.2. Incluir en la historia clínica informatizada una batería estandarizada de evaluación clínica.	Existencia de una batería de pruebas estandarizada incluida en la historia clínica informatizada
4.7.3.Incorporar indicadores de evaluación en los servicios desde la perspectiva de recuperación	Existencia de indicadores de evaluación
4.8.1. Potenciar la acreditación de servicios y/o dispositivos de salud mental en calidad	Nº de servicios acreditados en calidad
4.8.2. Aplicar el instrumento de evaluación de la OMS sobre calidad de servicios de salud mental	Nº de servicios evaluados con el instrumento de la OMS
4.8.3. Desarrollar las recomendaciones que resulten de la evaluación de derechos humanos y calidad en los SSM, así como realizar el seguimiento correspondiente.	Desarrollo de las recomendaciones en los servicios evaluados

OBJETIVO GENERAL 5: GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

ACCIÓN	INDICADOR
5.1.1 Crear una Comisión Permanente de coordinación de los servicios de salud	Nº de reuniones al año

	mental con la OASM	
5.2.1.	Implementar programas colaborativos entre los equipos de atención primaria y salud mental.	Diseño de programas colaborativos entre equipos de AP y SM Nº de departamentos con programas colaborativos.
5.2.2	Establecer interconsultas no presenciales, fomentando el uso de TICs-telepsiquiatría	Nº de interconsultas no presenciales entre la oficina en cada USM
5.2.3	Establecer encuentros presenciales periódicos con Atención Primaria, tales como: sesiones clínicas conjuntas, actividades formativas conjuntas…	Número de departamentos con acciones programadas Nº acciones por departamento
5.3.1.	Establecer criterios de derivación y circuitos asistenciales con las UCAs	Existencia de criterios de derivación y circuitos asistenciales con las UCAs Nº de personas usuarias atendidas en el circuito
5.3.2.	Programar reuniones periódicas entre SM y UCA del Departamento	Nº de reuniones
5.4.1.	Crear una Comisión Interinstiucional entre la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusiva para la planificación conjunta de la atención a personas con TMG y menores con problemas de salud mental y medidas de protección	Existencia de la Comisión Nº reuniones al año
5.4.2.	Crear una Comisión Provincial de Coordinación Táctica con otros agentes implicados (Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, Direcciones Territoriales, Asociaciones …) para la gestión conjunta de la atención a personas con TMG y menores con problemas de salud mental y necesidades de protección social	Existencia de la Comisión Nº reuniones al año
5.4.3.	Crear Comisiones sociosanitarias de gestión de casos en cada Departamento, con la participación de todos los agentes implicados en el seguimiento para adultos y para menores	Existencia de la Comisión Nº reuniones al año
5.4.4.	Diseñar el circuito de atención coordinado entre la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas que garantice la continuidad de los cuidados y la atención en el recursos que precisan las personas usuarias, evitando la burocratización innecesaria (adultos y menores)	Existencia dl circuito Nº de usuarios incluidos en el circuito
5.4.5.	Ajustar el baremo de la dependencia a las características de las personas con TMG y acordar un modelo de informe para la solicitud de la valoración de la dependencia que se cumplimente en la USM	Existencia de baremo ajustado Existencia de modelo de informe Nª de solicitudes
5.4.6.	Establecer la coordinación necesaria con los Centros de Atención Primaria para la atención a menores con TEA	Existencia de reuniones programadas Nº reuniones al año
5.4.7.	Establecer el circuito de atención y la coordinación entre los centros de acogida de menores y las USMIAS	Existencia de un circuito de atención Nº de menores incluidos en el circuito
5.5.1.	Desarrollar un modelo de coordinación con la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte, la Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas para el abordaje integral de la infancia y adolescencia, con problemas de salud mental	Existencia de modelo de coordinación Nº de reuniones al año
5.5.2.	Desarrollar un modelo de coordinación con la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo.	Existencia de modelo de coordinación Nº de reuniones al año

5.5.3. Integrar funcionalmente en la red los recursos de atención en salud mental dependientes administrativamente de la Diputación de Alicante y de la Diputación de Valencia, optimizando los recursos y garantizando la continuidad de cuidados	Centros integrados funcionalmente Nº de pacientes atendidos

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: LAS PERSONAS: PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES

OBJETIVO GENERAL 6: PROMOVER LA AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS	
ACCIÓN	**INDICADOR**
6.1.1. Consensuar el PAI con la persona usuaria y firma del consentimiento informado	Existencia de PAI firmado por la personas usuaria con TMG Existencia del consentimiento informado
6.1.2. Consensuar el CT con la persona usuaria y firma del consentimiento informado	Existencia de CT firmado por la persona usuaria con TMC Existencia del consentimiento informado
6.1.3. Elaborar un protocolo de acogida que incluya información sobre los aspectos funcionales de los SSM, la carta de derechos y deberes , el procedimiento de quejas y reclamaciones, así como los procedimientos de acogida específicos de centros y programas en los que vayan a ser atendido.	Existencia de protocolo de acogida Existencia de procedimiento de quejas y reclamaciones
6.2.1. Disponer en cada departamento de una estructura participativa	Existencia de estructura participativa
6.2.2. Incluir a las personas usuarias en los grupos y comisiones de trabajo, tanto de los Departamentos Sanitarios como de los SERvicios Centrales	Existencia de grupos y comisiones de trabajo donde participenlas personas usuarias Nº de usuarios que participan en los grupos de trabajo
6.3.1. Participar y potenciar junto con AP, servicios sociales y asociaciones grupos de autocuidados y de autoayuda	Nº de grupos de autocuidados por pto. Nº grupos de ayuda mutua por dpto
6.4.1. Registrar en la historia clínica las decisiones planificadas anticipadas	Existencia de documento de decisiones planificadas anticipadas en la historia clínica Nº de documentos cumplimentados
6.4.2. Designar ~~un~~ representante para actuar de interlocutor para situaciones de crisis	Nº de Departamentos que tienen interlocutor para situaciones de crisis Nº de interlocutores designados por dpto..
6.5.1. Elaborar guías informativas sobre los derechos	Existencia de guías Divulgación de las guías
6.5.2. Establecer procedimientos que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto ade los derechos y la dignidad de las personas usuarias de acuerdo a con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la OMS	Nº de procedimientos en cada departamento

6.5.3. Utilizar la página web de la Conselleria para su difusión	Existencia en la web de la información pertinente
6.6.1. Elaborar estándares para mejorar el ambiente terapéutico	Nº de dispositivos con reglamento/normativa
6.6.2. Elaborar guías informativas sobre el ambiente terapéutico	Nº guías informativas Utilización en cada departamento
6.6.3. Elaborar Libros Blancos de los dispositivos de salud mental	Nº de libros blancos de los dispositivos Difusión de los mismos

OBJETIVO GENERAL 7: PROMOVER LA PARTICIPACIÓN Y EL APOYO A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES INFORMALES

ACCIÓN	INDICADOR
7.1.1. Valorar la sobrecarga y calidad de vida y necesidades de las personas cuidadoras utilizando instrumentos estandarizados	Utilización de instrumentos estandarizados Nº de familiares evaluados
7.2.1. Proporcionar información en los procesos de acogida a través de los dispositivos de salud mental.	Existencia de protocolos de acogida
7.2.2. Disponer de información en la página web accesible a la población general	Existencia de contenido informativo en la página web
7.3.1. Realizar intervenciones grupales para cuidadores junto con AP.	Nº de intervenciones grupales por pto..
7.4.1. Incluir a la familia/persona de referencia en la elaboración del PAI	Participación de la familia/ persona de referencia en los PAI
7.4.2. Incluir a la familia en los grupos de trabajo y comisiones relativos a la salud mental	Presencia de la familia en los grupos de trabajo/comisiones Nº de familiares en los grupos de trabajo

OBJETIVO GENERAL 8: ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

ACCIÓN	INDICADOR
8.1.1. Crear una Mesa de lucha contra el estigma y defensa de los derechos que coordine todas las actividades	Existencia de mesa de lucha contra el estigma Nº actividades realizadas al año
8.1.2. Participar en cursos de formación y sensibilización para profesionales, promoviendo la participación docente de las personas usuarias expertas y sus familias	Nº de cursos de formación Nº de personas usuarias y familiares docentes
8.1.3.Promover y participar en el ámbito de educación (talleres,mesas, jornadas…)	Nº de intervenciones
8.1.4. Mantener contactos periódicos con los medios de comunicación (jornadas, cursos, mesas redondas…)	Nº de intervenciones en los medios de comunicación
8.2.1 Establecer acuerdos con la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo para mejorar las tasa de empleo y accesibilidad a	Nº de acuerdos

acciones formativas	Nº reuniones al año
8.2.2. Apoyar programas orientados a la inclusión social desarrollados por asociaciones de personas usuarias y asociaciones de familiares , ONGs, Ayuntamientos y otras instituciones implicadas	Nº programas existentes
8.3.1. Utilizar nuevas tecnologías 2.0.3.0.	Nº de acciones utilizando nuevas tecnologías
8.3.2. Utilizar espacios de publicidad estática y/o dinámica de distintas instituciones	Nº de espacios de publicidad

OBJETIVO GENERAL 9: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LAS ASOCIACIONES DE PERSONAS USUARIAS, FAMILIARES, ONGs Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES	
ACCIÓN	**INDICADOR**
9.1.1. Incorporar a las Asociaciones de personas usuarias y asociaciones de familiares en la planificación y evaluación de la red de salud mental	Nº de asociaciones que participan
9.2.1. Incorporar iniciativas de entidades locales, ONGs y ciudadanía en general	Nº de ONG y entidades locales que participan en la organización de la salud mental
9.3.1. Incorporar aportaciones de grupos profesionales en la planificación y evaluación.	Nº de aportaciones de grupos profesionales

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

0BJETIVO 10: POTENCIAR LA FORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD MENTAL DE TODOS LOS SECTORES IMPLICADOS, PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DE ACUERDO A LAS NECESIDADES	
ACCIÓN	**INDICADOR**
10.1.1. Crear una comisión de formación en salud mental, en coordinación con la EVES (Escuela Valencia de Estudios para la Salud).	Existencia de la Comisión. Nº reuniones al año
10.1.2. Realizar acciones de formación dirigidas a personas usuarias , familiares, voluntariado y profesionales directamente relacionados con salud mental	Número de acciones formativas
10.1.3. Colaborar en acciones formativas en salud mental dirigidas a servicios sociales, educación, justicia e instituciones penitenciarias.	Número de acciones formativas.
10.1.4. Incorporar acciones formativas del "personas usuarias expertas" y "familiar experto".	Número de acciones formativas
10.1.5. Potenciar la formación interna en los equipos de salud mental, sesiones clínicas, grupos de trabajo.	Número de acciones formativas Número de sesiones clínicas
10.1.6. Promocionar la realización de jornadas de trabajo autonómicas en distintas líneas de salud mental	Nº de jornadas de trabajo autonómicas
10.1.7.Incorporar líneas de formación en derechos, ética, competencia cultural, modelo de recuperación, dinámicas grupales, ambiente terapéutico y trabajo en equipo	Existencia de líneas de formación

10.1.8. Difundir la estrategia de salud mental a los agentes implicados	Presentación de la Estrategia Difusión en cada departamento
10.2.1. Potenciar el desarrollo de Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental en los departamentos	Nº de dptos. con Unidades Docentes Multiprofesionales
10.3.1. Potenciar la formación en salud mental vía telemática.	Número de cursos en línea.
10.3.2. Incluir documentos de interés en salud mental, a través de la página web de Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, dirigido a profesionales, personas usuarias, familiares y población general	Número de documentos nuevos incluidos cada año
10.3.3. Difundir a través de la página web de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública una agenda de las actividades y acciones formativas	Existencia de agenda en página web

OBJETIVO GENERAL 11: POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

ACCIÓN	INDICADOR
11.1.1. Crear y mantener una comisión de investigación en materia de salud mental	Existencia de la Comisión Nº de reuniones al año
11.1.2. Incluir la perspectiva de género en la investigación	Nº de investigaciones con inclusión de la perspectiva de género.
11.1.3. Desarrollar líneas de investigación, calidad y gestión de servicios de salud mental	Nº de líneas de investigación
11.1.4. Disponer de bases de datos accesibles a diferentes líneas de investigación	Accesibilidad a las bases de datos.
11.2.1. Incluir las TICs dentro de las líneas de investigación en salud mental	Nº de investigaciones con TICs
11.3.1. Difundir la información de las investigaciones en salud mental.	Nº de investigaciones difundidas
11.3.1. Potenciar la participación de -profesionales	Nº de profesionales por departamento

ACRONIMOS Y ABREVIATURAS

AP Atención Primaria

BS Bienestar Social

CATA Centro Atención Trastornos Adictivos

CEEM Centros Residenciales

CCAA Comunidades Autónomas

CD Centro de Día

CDPD Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad

CIBE Centros intervención Baja Exigencia

CIE-9 Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión

CRIS Centro de Rehabilitación e Integración Social

CS Centro Salud

CSM Centro de Salud Mental

CT Contrato Terapéutico

CV Comunidad Valenciana

DAFO Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades

DPTO Departamento

EIR Enfermero Interno Residente

ENSE Encuesta Nacional de Salud Española

ETAC Equipo Tratamiento Asertivo Comunitario

EVES Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

HD Hospital de Día

INE Instituto Nacional de Estadística

INSALUD Instituto Nacional de la Salud

IVAP Instituto Valenciana de Administración Pública

MAP Médico de Atención Primaria

MIR Médico Interno Residente

OASM Oficina Autonómica de Salud Mental

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización No Gubernamental

ONU Organización de Naciones Unidas

PAI Plan de Atención Individualizado e Integral

PAIEM Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios

PEP Primer Episodio Psicótico

PIR Psicólogo Interno Residente

SIA Sistema Información Asistencia Sanitaria

SM Salud Mental

SSM Servicio de Salud Mental

TCA Trastorno Conducta Alimentaria

TCAE Técnico Cuidados de Auxiliares de Enfermería

TDAH Trastorno Deficit Atención e Hiperactividad

TEA Trastorno Espectro Autista

TICs Tecnologías de la Información y la Comunicación

TLP Trastorno Límite de la Personalidad

TMC Trastorno Mental Común

TMG Trastorno Mental Grave

UA Unidad Alcohología

UBA Unidad Básica de Atención

UCA Unidad de Conducta Adictiva

UDH Unidad Desintoxicación Hospitalaria

UPCCA Unidad Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas

UE Unión Europea

UHD Unidad de Hospitalización a Domicilio

UHP Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

UME Unidad de Media Estancia

USM Unidad de Salud Mental

USMI Unidad Salud Mental Infantil

USMI-A Unidad de Salud Mental infanto-adolescente

UVAD Unidad de Valoración y soporte Drogodependencias

VAT Viviendas Soporte al Tratamiento

WFMH Federación Mundial de Salud Mental

ZBS Zona Básica de Salud

BIBLIOGRAFÍA

Ahern L, Fisher D. Asistencia personal para la Vida en la Comunidad. Guia para recobrar la vida. PACE. National Empowerment Center Inc.;2005

Almela Berna J, Aznar Martínez A, Caballero Estebaranz N, et al. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. AEN. 2012. Cuadernos Técnicos 16. Madrid.

Ansean A. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. Edicomplet. Saned Grupo, Madrid; 2012

Anseán Andoni. Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Fundación Salud Mental España; 2014.

Belinchón-Carmona M, Posada-De la Paz M, Artigas-Pallarés J, Canal-Bedia R, Díez-Cuervo A, Ferrari-Arroyo MJ, Fuentes-Biggi J, Hernández JM, Hervás-Zúñiga A , Idiazábal-Aletxa MA, Martos-Pérez J, Mulas F,. Muñoz-Yunta JA, Palacios S, Tamarit J, Valdizán JR (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España) Guía de buena práctica para la investigación de los trastornos del espectro autista. Rev neurológica 2005; 41 (6): 371-377.

Bloch Sidney, Chodoff Paul, Green Stephen A. La ética en psiquiatría. Editorial Triacastela; 2001.

Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Atención Primaria. 2014;46:59-74.

Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la atención a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:1-21.

Carmona J, Del Río Noriega F. Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid; 2009.

Castejón Bellmunt M.A, San Martín Ontoria R (coord.). Informe del estado actual de la prevención en salud mental. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013

Cátedra Fundación Alicia Koplowitz- UCM de Psiquiatríadel Niño y del Adolescente. Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente. Fundación Alicia Koplowitz; 2014 .

Centro de investigación biomédica en red de salud mental. Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y en la adolescencia. CIBERSAM. 2015.

Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Bruselas.2005.Disponibleen
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Plan Estratégico 2012 – 2016 de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Madrid: FEAFES; 2012.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (FEAFES). Salud mental y medios de Comunicación. Guía de estilo. Madrid: FEAFES; 2008.

Consejeria de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado Trastornos del espectro autista. 2010.

Consejeria de Salud. Junta de Andalucía. Promoción de la salud en personas con Trastorno mental grave. Análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. 2011.

Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). 2012

Consejeria de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. 2001.

Conselleria de Benestar social. Generalitat Valenciana. Manual de buenas prácticas. Gestión de centros de enfermos mentales crónicos de la Comunitat Valenciana. 2008.

Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. 2014.

Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013. 2011.

Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki 2005. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Pública. 2011. 85: 427-436.

Díez-Cuervo A, Muñoz-Yunta JA, Fuentes-Biggi J, Canal-Bedia R, Idiazábal-Aletxa,M.A, Ferrari-Arroyo M.J, Mulas F , Tamarit J ,. Valdizán JR , Hervás-Zúñiga A, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona, M, Hernández J.M, Martos-Pérez J,Palacios S, Posada-De la Paz M. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista Rev. Neurología 2005; 41 (5): 299-310.

Elvira Peña, L (coord.), del Valle J F, Sainero Rodríguez AM, Bravo Arteaga A. Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud. 2011

FAISEM. Guía para el desarrollo de programas de empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave. FAISEM; 2010

Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Revista de Comunicación y Salud, 2012.2:91:98.

Fernández de Sevilla Otero JP, San Pío Tendero MJ, et al. Guía PARTISAM. Promoción de la participación y autonomía en salud mental. Madrid: AEN; 2014.

Fernández Felgueroso, MA. Informe monográfico a la Junta General del Principado de Asturias: la salud mental y los derechos de las personas en Asturias. Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias, Oviedo; 2010. Disponible en http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25761/InformeSaludmentalderechospersonasAsturias.pdf

Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C. Evaluación en Rehabilitación psicosocial. Valladolid; FEARP; 2010.

Fernández Liria A, Gomez Beneyto M (coord). Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. 2008. Disponible en http://www.aepcp.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf

Fornés Vives J, Gómez SalgadoJ. "Factores Mediadores en la Salud Mental. Enfermería psicosocial ". Coordinadores:. Colección Linés de especialización en enfermería. Edita Enfo Ediciones para FUDEN. 467 págs. Madrid, 2008.

Franciosi LP, Copeland J. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Woodbridge, Va: WWW.WFMH.ORG- Federación Mundial para la Salud Mental; 2009.

Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo M.J, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas-Pallarés J, Belinchón Carmona M, Muñoz-Yunta JA, Hervás-Zúñiga A, Canal-Bedia R, Hernández J.M, Díez-Cuervo A, Idiazábal-Aletxa M.A, Mulas F , Palacios S, Tamarit J, Martos-Pérez J , Posada-De la Paz M (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España) Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Rev neurológica 2006; 43 (7): 425-438.

Gabilondo A, Artaza N, De la Rica A, Retolaza A, Ortueta P, Prieto L. Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: El proyecto BTS Elkarlanean Depresión. Norte de Salud Mental 2012; vol 10(43):60-71.

Ganzenmüller Roig C, Santos Urbaneja F, López Ebri G, Fabrega Ruiz C, Lopez-Mora González N, Alcántara Barbany F, Mayor Fernández D, De la Blanca García A, Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección a las personas con discapacidad, en la aplicación de la convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006. 2010. Disponible http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25865/ministerio_fiscal.txt

GarcíaI, Granada J. M. Leal M. I, Sales R.,; Lluch M.T,; Fornés J., Rodríguez A. Giner ,J . "Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental" Actas Esp Psiquiatr 2010;38(Suppl. 1):1-45

Guinea R. La rehabilitacion psicosocial en Europa. Rehabilitacion psicosocial 2014;11(1):28-45.

Gobierno de Canarias. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. 2008.

Gobierno de España. Ministerio del Interior. Guía para la promoción de la Salud mental en el Medio Penitenciario.2011.Disponible en http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Guia_Promocion_Salud_Mental.pdf

González Aguado f, González Cases J, López Girones ML, Polo Usaola C, Rullas Trincado M. Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno Mental Grave.Dirección General de Atención Especializada. Comunidad de Madrid; 2010.

González Granda P. Régimen jurídico de protección de la discapacidad por enfermedad mental. Editorial Reus SA; 2009.

Grupo de evaluación y seguimiento de la estrategia de II PISMA sobre Gestión del conocimiento en Salud mental, Servicio Andaluz de Salud. Manual básico para una atención en Salud Mental basada en la evidencia. 2012. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=513

Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día 2009. AEN. 2009. Cuadernos técnicos, 12. Madrid.

Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. AEN. 2009. Cuadernos técnicos,14. Madrid.

Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre Atención temprana a la psicosis. AEN. 2009. Cuadernos técnicos 10. Madrid

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.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. 2009. Guias de Práctica Clínica en el SNS. UETS Nº2007/5-3

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d´Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t Nº 2007/09.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH /AEN Núm. 2012

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coord. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la conducta alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Generalitat de Catalunya. Departament de Salud.

Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de Salud Mental. Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Subdirección de Salud mental y asistencia psiquiátrica. 2009.

Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Servicio murciano de salud. Región de Murcia. Consejería de sanidad y consumo. 2010.

Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis de II PISMA. Detección e intervención temprana en las psicosis. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 2010.

Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica. 2006;126:445-451.

Hernández Monsalve M, Espinosa Iborra J. La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones. AEN.2000;21;(75):53-101.

Hernández Monsalve M, Nieto Degregori. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Editorial Grupo 5; 2011.

Hernández Monsalve M. La Atención a la Salud Mental de la Población Reclusa. AEN; 2003.

II Plan integral de Salud mental de Andalucía 2008-2012. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_smental_23

Íñigo C, Markez I. GUÍA. Atención primaria de la salud mental en prisión. OMEditorial; 2011.

Knapp M, McDaid D, Mossialos D, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Lasa Zulueta A, Jorquera Cuevas C, Solana Azurmendi B, Del Arco Heras S. Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia. Estudio en Salud Mental Infanto-

Juvenil. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2014.

Lehman Anthony F, Lieberman Jeffrey A. Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. Grupo Ars XXI; 2005.

López Almazán C, Moreno Murcia JJ (coord.). Foros de Salud mental en la Comunitat Valenciana, Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2010.

López Almazán C, Navarro Sanz R, Frades García B, Soler Sanz, MC, Grau Santana P. Atención a personas con enfermedades crónicas. Una estrategia para la gestión por procesos en un hospital de media y larga estancia. Valencia: EVES; 2008.

López Ebri Gonzalo A. Intervención del Ministerio Fiscal en los procedimientos para la protección de las personas con discapacidad. Fundación Aequitas; 2009.

Malos Khalid. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener El Progreso humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. PNUD; 2014

Megia Sanz MJ, Moreno Murcia JJ (coord.). Salud mental y bioética. Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2013.

Ministerio de Interior. Gobierno de España. Guía para la promoción de la Salud mental en el Medio Penitenciario.2011.Disponible en http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Guia_Promocion_Salud_Mental.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid,2007.Disponible en https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2010. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. La atención a la salud mental en España. Estrategia y compromiso social 2005. Acto de celebración del XX aniversario del informe de la comisión ministerial por la Reforma psiquiátrica de abril 1985. Toledo 2005. Disponible en https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid, 2011. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Evaluación de la transición de la atención centrada en la hospitalización a la atención comunitaria (Informe para España). 2014

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. 2007. Disponible en.

http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf

Mollejo Aparicio, Encarnación. Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia. Asociación española de psiquiatría. Madrid 2012.

Muñoz M, Pérez E, Crespo C, et al. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 2009. Comunidad de Madrid. Editorial Complutense; 2009.

Navarro Bayón D. Cómo Aplicar Intervenciones Basadas en la Evidencia en Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Grave. Problemas, Soluciones y Metaperspectiva. Clínica contemporánea 2011;2:229-247.

Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen H-U, Jönssonf B. The economic cost of brain disorders in Europe. European Journal of Neurology 2012,19:155-162.

Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental. Editores Médicos EDIMSA 2005.

Organización Mundial de la Salud. Empoderamiento del usuario de salud mental. 2010. Disponible en http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf

Organización Mundial de la Salud. Financiación de la Salud Mental. 2009. Disponible en www.who.int/mental_health/policy/services/FinanciaciondeSaludMentalAjustadoMar09.pdf

Organización Mundial de la Salud. Fomento de la Salud Mental. 2008 Disponible en http://www.who.int/mental_health/policy/FOMENTOdeLaSALUDMENTAL.pdf

Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre salud mental y derechos humanos. 2005. Editores médicos .s.a. EDIMSA. Disponible en http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. 2006

Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental. Editores Médicos EDIMSA 2007. Disponible en http://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. Políticas, planes y programas de salud mental. Editores Médicos, SA EDIMSA 2006. Disponible en http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est13.pdf

Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y acciones de políticas. Ginebra. 2004. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. 2008. Disponible en http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud mental. Ginebra. 2004 . Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. Sistemas de información de Salud Mental. 2010.

Pacto Europeo para la salud mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE. 2008. Disponible en http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

Perestelo Pérez, L. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2007.

Pérez Camarero S, Rojo Mora N, Hidalgo Vega A. La salud mental de las personas jóvenes en España. Revista de estudios de juventud. 2009;84. Disponible en http://issuu.com/injuve/docs/revista84

Plan de Acción Europeo para la Salud Mental. Fijar objetivos, crear soluciones. 2008. Disponible en http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf

Plan de Salud Mental de Castilla- La Mancha 2005-2010. Disponible en http://www.feafesclm.com/plansalud.pdf

Plan de Salud Mental de la región de Murcia 2010-2013. Disponible en http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Plan_Salud_Mental_Murcia.pdf

Plan de Salud Mental de La Rioja. Disponible en http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/plan_salud_mental_La-Rioja.pdf

Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016. Disponible en https://feafes.org/publicaciones/PlansaludmentalAsturias2011-2016.pdf

Plan director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_rgspain_es.pdf

Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Disponible enhttp://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf

Plan estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Disponible en https://www.navarra.es/...Salud/.../Planes.../Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htmPlan

Plan Estratégico de Salud Mental. 2010-2014. Salud Madrid. Disponible en www.espormadrid.es/.../plan-estrategico-de-salud-mental-2010.html

Plan Estratexico de Saude Mental. Galicia 2006-2011. Disponible enhttp://www.feafesgalicia.org/pdf/planestratexicosaudemental2006-2011.pdf

Plan Integral de Salud Mental de Extremadura. 2007-2012. Disponible en http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/Plan_Integral_de_Salud_Mental_de_Extremadura_2007-2012.pdf

Salazar Fraile J, Sempere Verdú E. Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en Atención Primaria. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012

Salvador-Carulla L, Salinas JA, Martin M, Grané M, Gibert K, Roca M, Bulbena A, (GClin SEP). Indicadores para la evaluación del sistema de Salud Mental en España. SEP; 2010.

Santander F. Ética y praxis psiquiátrica. AEN. Madrid; 2000.

Santos Urbaneja F. La autodeterminación frente a los tratamientos médicos en salud mental. Aspectos civiles y penales. FEAFES; 2012. Disponible en http://feafes.org/publicaciones/autodeterminacion-tratamientos-medicos-salud-mental-10217/

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Ambiente. 2009.

Servicio Canario de la Salud. Guía didáctica. Trastornos del comportamiento. Gobierno de Canarias. 2010.

Shepherd G, Boardman J Burns M. Implementando la recuperación. Una metodología para el cambio organizativo. Sainsbury Centre for Mental Health. 2009

Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health. Traducción española publicada por el Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2008.

Síndic de Greuges. Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias. Informe especial de las Cortes Valencianas. 2003.

Stone William S, faraone Stephen V, Tsuang Ming T. Early Clinical Intervention and Prevention in Schizophrenia. Humana Press Inc; 2004.

Thornicroft G, Tansella M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Tricastela; 2005.

Vazquez- Barquero JL, Artal Simón J, Crespo-Facorro B. Trastornos bipolares. Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Barcelona: Masson SA; 2005.

World Health Organization. Mental Health Atlas. 2011.

World Health Organization. Mental health law: Ten Basic Principles. Geneva: WHO; 1996.

World Health Organization. Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans. 2007.

World Health Organization. Policies and Practices for Mental Health in Europe. Meeting the Challenges. WHO Regional Office for Europe; WHO. 2008 Disponible en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732

ANEXO-1

Normativa y legislación de salud mental

Las personas con trastornos mentales constituyen uno de los sectores más vulnerables de la sociedad. Es por ello que la legislación en esta área es de especial importancia para proteger los derechos de estas personas. La legislación sobre salud mental es más que una legislación sobre cuidados y tratamiento y por lo tanto no se limita solo a regular la forma en que se prestan dichos tratamientos en las instituciones sanitarias, sino que abarca asuntos clave como la integración en la comunidad, la prestación de una atención de calidad, la accesibilidad a dichos cuidados, la protección de los derechos civiles y la protección y promoción de derechos en otras áreas como la vivienda, la educación y el empleo.

Es decir, la legislación sobre salud mental puede proteger los derechos humanos, mejorar la calidad de los servicios de salud mental y promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales, siendo todos estos objetivos parte integral de las políticas en salud mental.

A continuación se recogen los documentos normativos y estratégicos, a nivel autonómico, nacional e internacional, ordenados cronológicamente.

ÁMBITO AUTONÓMICO

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 la Comunidad Valenciana.

LEY 8/87 DE 4 DE DICIEMBRE DE 1987, del Servicio Valenciano de Salud, por la que se crea el Servicio Valenciano de Salud. Esta ley adscribe funcionalmente a la Conselleria de Sanidad todos los servicios y funciones en materia de salud mental, que hasta el momento pertenecían a Ayuntamientos y Diputaciones, estableciendo un plazo de tres años para la realización de las transferencias y siguiendo el espíritu de la Ley General de Sanidad

PLAN DE SALUD MENTAL DE 1991. Es el primer plan de salud mental de la Comunidad Valenciana, que recoge la ordenación del conjunto de recursos y su organización en una única red integrada en la red del sistema sanitario general.

DECRETO 132/1996, DE 7 DE JULIO, del Gobierno Valenciano, por el que se designan competencias respecto a los enfermos mentales entre la Conselleria de Sanitat y la Benestar Social. Esta norma señala que las personas con problemas de salud mental graves 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.

DECRETO 186/1996, DE 18 DE OCTUBRE, del Gobierno Valenciana, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención especializada, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, en la que se incluyen los servicios psiquiátricos.

ORDEN DEL 3 DE FEBRERO DE 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, por la cual se modifica la Orden de 9 de Abril de 1990 sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, con el fin de atender los nuevos servicios que se van a prestar

a enfermos mentales crónicos en la Comunidad Valenciana. Recoge la catalogación y características técnicas de estructuras específicas, rehabilitadoras y residenciales para personas con problemas de salud mental crónicos. En la Orden se establecen las características de cada centro, definición, funciones, requisitos de acceso, ámbito geográfico de actuación y protocolo de actuación.

LEY VALENCIANA 3/1997 DE 16 DE 16 DE JUNIO sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. Esta ley incluye un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas, tanto por el uso/abuso de sustancias que puedan generar dependencias, como por otros trastornos adictivos.

ORDEN DE 7 DE JULIO de 1997 por la que se crean las Unidades de Conductas Adictivas. Estas Unidades, configuradas como unidades de apoyo a los equipos de Atención Primaria, tienen por objetivo básico la asistencia sanitaria a las drogodependencias y otras adicciones

LA LEY VALENCIANA DE 25 DE JUNIO DE 1997 por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. En esta ley se recoge la organización de los Servicios Sociales y su estructura, distinguiéndose entre los Servicios Sociales Generales y Servicios Sociales Especializados. Así mismo se configura el Consejo Valenciano de Bienestar Social, como órgano de asesoramiento.

DECRETO 81/1998 DE 4 DE JUNIO, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana. Este decreto regula los recursos básicos para el desarrollo de este modelo, poniendo énfasis en el tratamiento en la comunidad.

La salud mental y la asistencia psiquiátrica se adscriben en el sistema sanitario general a nivel de Atención Especializada. Las USM actuarán como equipos interdisciplinarios que servirán de apoyo a los dispositivos de atención primaria. A medio camino entre las USM y las UHP se prevén otros dispositivos básicos como el HD y las UMEs. Así mismo se prevé la posibilidad de establecer programas específicos para situaciones especiales que requieran actuaciones singulares, bien de forma temporal o permanente. Se prestará especial énfasis a la creación y desarrollo de USMI-A, servicios de psicogeriatría, trastornos de la alimentación y otras unidades.

PLAN DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA 2001. Se trata del segundo plan de salud mental de la comunidad Valenciana, cuyo objetivo es organizar y evaluar la asistencia psiquiátrica de la población de la Comunidad Valenciana en el plazo de los cuatro años comprendidos entre el 2001-2004, creando y manteniendo una red de dispositivos de carácter sociosanitario y promoviendo las estructuras organizativas, humanas y materiales necesarias para garantizar el mantenimiento de la persona con problemas de salud mental en su comunidad de origen.

I PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2001-2004. En el I Plan de Salud se recogen los objetivos generales y específicos de salud mental, así como los objetivos y líneas de actuación del Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de 2001-2004.

LEY 1/2003 DE 28 DE ENERO, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. El objetivo de la ley es proporcionar una clara definición de los derechos y obligaciones de los pacientes, potenciando a su vez la participación activa de profesionales y de las

instituciones sanitarias para lograr una promoción prevención, asistencia y rehabilitación cada vez mejores y más humanas, en beneficio de la salud y la calidad de vida de la ciudadania.

LEY 3/2003 DE 6 DE FEBRERO, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Se crea la Agencia Valenciana de Salud como organismo autónomo responsable de la gestión y administración del Sistema Sanitario Valenciano. El objetivo prioritario de la Agencia es la mayor eficiencia en la gestión de sus recursos y la coordinación de todas las entidades administrativas con responsabilidad en el campo de la salud. Se pretende una organización que permita una mayor descentralización y autonomía en la toma de decisiones, mayores cotas de participación de profesionales y una mayor orientación hacia el/la paciente. En ésta ley se define el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana como el instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario valenciano, siendo la política de salud de la Comunidad Valenciana.

INFORME DEL SINDIC DE GREUGES DE 2003. El Síndic elabora en 2003 un informe sobre la "Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias" que recoge de forma amplia una descripción de todos los recursos que atienden a personas con enfermedades mentales, independientemente de su titularidad administrativa y elabora una serie de recomendaciones para su mejora.

LEY 4/2005 DE 17 DE JUNIO, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. Esta ley se adecua a lo dispuesto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003. En ella se regulan las actuaciones en materia de salud pública que se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y administraciones públicas en sus respectivos ámbitos competenciales.

ORDEN DE 26 DE SEPTIEMBRE DE 2005, del Conseller de Sanidad, por la que se procede a la creación del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. Se trata de un órgano colegiado de carácter consultivo, en el que se encuentra representadas las Administraciones Públicas, las asociaciones de personas usuarias y familiares y las Sociedades Científicas, así como los profesionales que trabajan en este campo. La finalidad de este Consejo es el buen cumplimiento de los objetivos del Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2001, favoreciendo la participación de todos los agentes implicados. El Consejo se adscribe orgánicamente al director gerente de la Agencia Valenciana de Salud.

II PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. 2005-2009. Se trata del instrumento de planificación y programación del sistema sanitario valenciano. En él se recogen la valoración de las necesidades de salud de la población, los objetivos básicos de salud y las prioridades de política sanitario.

ORDEN DE 14 DE FEBRERO Y 12 DE SEPTIEMBRE DE 2006, del Conseller de Sanidad, por las que se modifica la Orden de 26 de septiembre de 2005, por la que se creó el Consejo Asesor de la Comunidad Valenciana, en las que se aumentó la representatividad de los Colegios profesionales y las Asociaciones Científicas.

DECRETO 74/2007, DE 18 DE MAYO, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento sobre la estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. El Sistema Sanitario Valenciano se ordena en departamentos de salud que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad de 1986. Estos departamentos de salud son las demarcaciones geográficas en las que se divide el territorio de la Comunidad Valenciana para llevar a cabo una adecuada gestión y administración de la sanidad valenciana. Así mismo establece como funciones de los servicios sanitarios la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la detección precoz de las patologías de mayor incidencia y prevalencia, el diagnóstico y tratamiento de la patología somática y psíquica y la rehabilitación física, psíquica y funciona, tanto en procesos agudos como en situaciones de cronicidad, a fin de mejorar la autonomía del/la paciente.

LEY 12/2008 DE 3 DE JULIO, de protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunidad Valenciana.

DECRETO 28/2009 DE 20 DE FEBRERO del Consell, por el que se modifica el Reglamento de Medidas de Protección Jurídica del Menor en la Comunidad Valenciana, aprobado por el Decreto 93/2001, de 22 de mayo, del Consell.[2009/2104]

DECRETO 86/2009, DE 19 DE JUNIO, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del sistema sanitario público valenciano.

DECRETO 98/2009 DE 17 DE JULIO, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunidad Valenciana

DECRETO 223/2009 DE 11 DE DICIEMBRE, del Consell, por el que se crean determinadas categorías estatutarias en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Agencia Valenciana de Salud. En el artículo 1 hace referencia a la creación de la categoría Estaturaria de Enfermería Especializada en Salud Mental

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA CONSELLERIA DE SANITAT DE 2010. Aprobada por el Consejo Asesor, recoge la tipología de los recursos de salud mental y la función de los mismos.

III PLAN DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA 2010-2013. En este documento se recogen los objetivos de salud y las prioridades en política sanitaria.

RESOLUCIÓN DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2013, de la Conselleria de Sanidad, por la que se designan los miembros de la Comisión Técnica de Salud Mental de la Conselleria de Sanidad de la comunidad Valenciana. La Conselleria de Sanidad consciente de la necesidad de impulsar nuevas líneas de actuación en salud mental para adaptarse a los cambios sociales y a las nuevas demandas de los ciudadanos y profesionales sanitarios, constituye una comisión operativa que impulsará, desarrollará y evaluará aquellas actuaciones que sean más relevantes en materia de salud mental.

LEY 27/2013 DE BASES DE RÉGIMEN LOCAL DE 27 DE DICIEMBRE, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. Entre sus objetivos están clarificar las competencias municipales para evitar duplicidades con las de otras Administraciones y que se haga efectivo el principio "una

Administración una competencia" y racionalizar la estructura organizativa de la Administración Local de acuerdo a los principios de eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera.

DECRETO 4/2014, DE 3 DE ENERO, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad. La Conselleria de Sanidad es el departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política del mismo en materia de sanidad, ejerciendo las competencias en materia de sanidad y salud pública que legalmente tiene atribuidas a estos efectos. En dicho Reglamento se recogen las funciones del Servicio de Salud Mental de la Conselleria de Sanitat, entre las que se encuentra el de impulsar, proponer y coordinar el Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, así como el seguimiento de las acciones contempladas.

ORDEN 62/2014 DE 28 DE JULIO, de la Conselleria de Educación, cultura y Deporte, por la que se actualiza la normativa que regula la elaboración de los planes de convivencia en los centros educativos de la Comunitat Valenciana.

LEY 10 /2014, DE 29 DE DICIEMBRE, de Salud de la Comunitat Valenciana de la Generalitat Valenciana publicado DOCV núm. 7434, de 31 de diciembre de 2014 BOE núm. 35, de 10 de febrero de 2015. Nuevo marco global e integrador de ordenación de la sanidad pública. Supone una simplificación de la legislación sanitaria al refundir siete leyes y cuatro decretos en una sola norma integral. Entre otros aspectos la norma reconoce al profesional sanitario como autoridad pública, refuerza la participación ciudadana, para lo que se prevé la creación del Comité de Pacientes de la Comunidad, como órgano de carácter consultivo

ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA de 2014. Un documento para el cambio de paradigma cultural en la asistencia sanitaria que requiere la sociedad actual: de lo agudo a lo crónico, de la atención puntual a la atención continuada, de la intensidad tecnológica a la intensidad de cuidados, de la visión biomédica a la visión holística. En él se propone un modelo de trabajo colaborativo entre profesionales basado en la evidencia científica y en las mejores prácticas asistenciales, con unos sistemas de información integrados y de fácil acceso para profesionales y pacientes.

El eje sobre el que se despliega la atención a la cronicidad es la toma en consideración del/la paciente y, en los casos de mayor complejidad de sus personas cuidadores, no solo por su papel en las decisiones terapéuticas, donde es un elemento imprescindible y del que hay que tener en cuenta sus valores, deseos y convicciones, sino además como persona con un papel activo en su propia enfermedad y que puede transmitir a otros sus experiencias, afrontamientos de situaciones de crisis, hábitos saludables para gestionar mejor su enfermedad, etc.

DECRETO LEY 3/2015, DE 24 DE JULIO, del Consell, por el que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana El acceso a una atención sanitaria integral, de calidad, en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho fundamental de toda persona. Velar por el cumplimiento del derecho universal a la protección de la salud de la ciudadanía constituye una exigencia moral. Más aún cuando quienes se ven privados de una asistencia digna sufren situaciones de vulnerabilidad, riesgo de exclusión social, carecen de suficientes recursos económicos o viven en condiciones de irregularidad administrativa. En estos casos, la universalización de la atención no solo elimina barreras al acceso a la sanidad y contribuye al bienestar físico y mental de las personas, sino

también remueve algunos de los principales obstáculos sobre los que se asienta la desigualdad social.

DECRETO 156/2015, DE 18 DE SEPTIEMBRE, del Consell, por el que aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (DOCV núm. 7620 de 22.09.2015). El Decreto 103/2015, de 7 de julio del Consell, establece en su título VI, artículos 26 a 28, la estructura básica de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y en base a dicha norma se hace necesario adecuar la estructura orgánica y funcional de la Conselleria al nuevo marco normativo y competencial. Ello hace necesaria la aprobación de un nuevo reglamento de estructura y organización, que determine las funciones que se atribuyen a los órganos directivos que la componen, así como a las unidades administrativas que se adscriben a cada uno de ellos.

CORRECCIÓN DE ERRORES DEL DECRETO 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. [2015/8659]

INFORME DEL SINDIC DE GREUGES ABRIL de 2016, refleja una visión de la atención a la salud mental en la Comunidad Valenciana que evidencia lagunas respecto a las normas, planes y procedimientos de referencia en materia de salud mental, se trata de treinta y una recomendaciones para la mejora de la atención, se centra específicamente en la atención residencial, no hospitalaria, de las personas con problemas de salud mental.

DECRET 64/2016, DE 27 DE MAIG, del Consell, por la que se regulan las bases para la designación de las unidades de referencia del sistema sanitario público de la comundidad valenciana articula en torno a las modalidades de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios. La prestación de estos servicios debe hacerse de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en los pacientes, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.

ORDEN 1/2016, DE 19 DE MAYO, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se regulan las medidas de colaboración y coordinación sociosanitaria en el ámbito de la protección integral del menor y se aprueba la nueva hoja de notificación para la atención sociosanitaria infantil y la protección de menores. [2016/5142]

RESOLUCIÓN DE 1 DE SEPTIEMBRE DE 2016, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares. [2016/6828]

ÁMBITO ESTATAL

LEY 13/1983 DE 24 DE OCTUBRE de Reforma del Código Civil en materia de tutela, en el artículo 211 recoge que el internamiento de un presunto incapaz requerirá la autorización judicial y en caso de urgencia se dará cuenta al juez, en un plazo no superior a 24 horas.. Con esta ley se deroga el Decreto de 1931 que regulaba los internamientos en instituciones psiquiátricas.

INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA DE 1985. Elaborado por la Comisión MInisterial para la Reforma Psiquiátrica, creada por Orden de 27 de Julio de 1983. En el Informe se explicitan los parámetros que han de servir en el futuro para la reforma psiquiátrica.

LEY 14/86 GENERAL DE SANIDAD de 1986. Incluye la equiparación en derechos de la persona con problemas de salud mental y la inclusión de la atención en materia de salud mental en el sistema general de salud, desarrollando en el capítulo III, artículo 20, el contenido fundamental del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. En 1989 tiene la extensión por Decreto de la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos.

REAL DECRETO 63/1995 DE 20 DE ENERO, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

LLEI ORGANICA 1/1996, DE 15 DE ENERO de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

LEY 1/2000 DE ENJUICIAMIENTO CIVIL El artículo 763 sustituye y amplia el contenido del artículo 211 del Código Civil, derogado por esta misma Ley, que regulaba el internamiento involuntario de personas incapaces. Esta Ley protege los derechos civiles de las personas con problemas de salud mental, regulando el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

LEY 41/2002 REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES ENMATERIA DE INFORMACION Y DOCUMENTACION SANITARIA. En esta Ley se reglamenta el derecho a la información sanitaria, el consentimiento informado, la documentación sanitaria, la historia clínica y demás información clínica. Así mismo clasifica las formas de limitación de la capacidad y atribuye a profesionales de medicina la competencia de evaluarla. Recoge los principios rectores de la nueva bioética como son el derecho a la intimidad de la información, las voluntades anticipadas, el derecho a la autonomía y la participación del paciente en la toma de decisiones, la negativa a tratamiento o la mayoría de edad para las decisiones sanitarias en los adolescentes.

LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. En el artículo 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos y señala por último las prestaciones que comprenderá el catálogo. El artículo 14 define la prestación sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos crónicos que, por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar la reinserción social.

REAL DECRETO 1030/2006, DE 15 DE SEPTIEMBRE, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Se detallan las prestaciones que se incluyen tanto en la cartera de servicios de atención primaria como en la de atención especializada.

LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, aprobada en el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006, crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y reconoce un nuevo derecho de la ciudadanía en España "el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones" Como Dependencia se entiende precisar ayudas importantes de otras personas para realizar tareas básicas de la vida diaria. La ley se inspira en los principios de carácter universal y público de las prestaciones, acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 2007. En 2007 se publica la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es promover la atención de calidad en salud mental, logrando la cohesión territorial. En 2009, se publica la evaluación de dicha estrategia, para el periodo 2009-2013.

En la elaboración de la Estrategia Nacional, así como su evaluación posterior, participaron todas las CCAA y todos los actores implicados en la salud mental, alcanzándose el consenso y unanimidad, que ha hecho de este documento un elemento clave para el desarrollo de la salud mental a nivel nacional.

LEY 26/2011 DE 1 DE AGOSTO, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. España ratificó la Convención y el Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008, entrando en vigor el 3 de mayo de ese mismo año. A partir de ese momento pasa a ser parte del ordenamiento interno, por lo que es necesario adaptar y modificar determinadas normas para hacer efectivos los derechos que la Convención recoge.

REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2013, DE 29 DE NOVIEMBRE por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de todo tipo de discriminación.

REAL DECRETO 639/2014 DE 25 DE JULIO, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica. Se reconoce en este decreto la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

ÁMBITO INTERNACIONAL

Existen dos tipos de normativas relativas a los derechos humanos, aquellas que obligan legalmente al Estado que los ha ratificado: Tratados, Pactos o Convenciones y aquellos que se denominan

Estándares Internacionales de Derechos Humanos, que son: Directrices y Principios Consagrados en Declaraciones, Resoluciones o Recomendaciones Internacionales.

A continuación se exponen aquellas normativas internacionales más significativas, en materia de derechos y salud mental.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAD DE 1948. Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y deberes

DECLARACIÓN DE LUXOR DE 1989 SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS PARA LOS ENFERMOS MENTALES. Explicita la responsabilidad gubernamental y social de la atención.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.1989. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Recoge los derechos de la infancia y es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos.

PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. Resolución 46/119 de la ONU de Diciembre de 1991. Se establecen los estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en la salud mental, con respecto al tratamiento y las condiciones de vida.

RECOMENDACIÓN 1235 SOBRE PSIQUIATRÍA Y DERECHOS HUMANOS DE 1994. Adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Establece criterios para el ingreso involuntario, estándares de atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y prohibiciones para prevenir abusos en la atención y práctica psiquiátricas.

CONVENIO DE DERECHOS HUMANOS Y BIOMEDICINA DE 1996 DEL CONSEJO DE EUROPA. Es el primer instrumento internacional, jurídicamente vinculante, en incorporar el principio del consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico, además de establecer altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación.

DECLARACIÓN DE MADRID DE 1996. Aprobada por la Asamblea General de la ONU. En ella se recogen las normas éticas que deben regir la conducta de psiquiatras de todo el mundo.

LIBRO BLANCO DE 2000 DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DE TRASTORNO MENTAL DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL CONSEJO DE EUROPA. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para las personas con problemas de salud mental encarcelados.

RESOLUCIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL CONSEJO DE EUROPA DEL AÑO 2000. Invita a los Estados a incluir en sus políticas sanitarias la prevención y promoción de la salud mental. Contempla la salud mental como parte integrante de la estrategia comunitaria de salud pública.

CONCLUSIONES SOBRE LA LUCHA CONTRA LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y LA DEPRESIÓN DE 2002 DEL CONSEJO DE EUROPA. El Consejo reconoce la importancia que tiene

fomentar la salud mental, especialmente a través de estrategias en relación a los determinantes del estrés y la depresión.

PROGRAMA MUNDIAL DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL. OMS 2002.Plantea la brecha que existe entre la atención sanitaria en general con respecto a la atención sanitaria a la salud mental. "Cerremos la brecha, mejoremos la atención"

CONCLUSIONES DE LA CONFERENCIA EUROPEA SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA ESTIGMATIZACIÓN EN EUROPA DE 2003. Importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra el estigma y la discriminación.

RECOMENDACIÓN RELATIVA A LA PROTECCION DE LA DIGNIDAD Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL DE 2004 DEL CONSEJO DE EUROPA. A partir de esta recomendación se inicia la elaboración de un instrumento con el objetivo de velar por los derechos de las personas con trastornos mentales, que mida el grado de cumplimiento de esta norma en las políticas de los países miembros.

DECLARACIÓN DE HELSINKI Y PLAN DE ACCIÓN EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL DE 2005. Esta es la declaración europea, en la que los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros reconocen la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida y productividad de las personas y establece la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia.

LIBRO VERDE SOBRE LA SALUD MENTAL 2005: MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN. HACIA UNA ESTATEGIA DE LA UNIÓN EUROPEA EN MATERIA DE SALUD MENTAL. Con este Libro Verde, la Comisión abre un amplio debate sobre la cuestión de la salud mental. Se trata de iniciar una consulta pública sobre los medios para mejorar la gestión de las enfermedades mentales y promover el bienestar mental en la Unión Europea.

CONVENCIÓN DE NUEVA YORK DE LA ONU DE 13 DE DICIEMBRE DE 2006 SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Es el primer tratado de derechos de las personas con discapacidad del siglo XXI.A lo largo de 50 artículos, persigue garantizar los derechos de estas personas en igualdad respecto al resto de ciudadanos, en todas las dimensiones de la vida. Ratificado por España en el año 2007 y en vigor desde mayo de 2008. La Convención sitúa a las personas con discapacidad como sujetos de derecho y establece que sus demandas y necesidades deber de ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al conjunto de la ciudadanía. Y, tomando en consideración la perspectiva de las capacidades diferencias y la diversidad funcional de una importante parte de la población mundial, que se estima en 650 millones de personas, un diez por ciento de los seres humanos, se pretende adicionalmente incorporar a la sociedad su talento y sus valores.

DECLARACIÓN DE TRENCÎN SOBRE EL ESTADO DE LA SALUD MENTAL EN PRISIONES DE 2007. Informe presentado en la Conferencia de la OMS sobre Salud en Prisiones, en el que se revisa la situación de la salud mental y de su atención en las prisiones europeas, en aras de mejorarlas.

PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL, OMS 2008. La OMS proporciona un conjunto de actividades y programas claros y coherentes para aumentar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias

PACTO EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR. Conferencia de alto nivel de la Unión Europea. Bruselas 12-13 junio 2008. En el documento se reconocen la importancia y relevancia de la salud mental y el bienestar para la Unión Europea, sus Estados miembros, los actores interesados y sus ciudadanos. Para ello acuerdan la necesidad de dar un paso político decisivo para hacer de la salud mental y el bienestar una prioridad clave.

DECLARACIÓN DE LA OFICINA REGIONAL PARA EUROPA DE LA OMS 2010. Empoderamiento del usuario en salud mental. Especifica la acción que hay que tomar para reforzar el empoderamiento del usuario Establece que la clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos.

PLAN DE ACCIÓN EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL 2013-2020 de la OMS. La finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. Este plan tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social. Propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”

ANEXO-2

Cartera de servicios de 2010

La Cartera de Servicios en Salud Mental de la Comunidad Valenciana, fue aprobada por el Consejo Asesor en 2010. En la misma se recogen todos los dispositivos que atienden a las personas con problemas de salud mental, la definición de los mismos y las prestaciones que se realizan en cada uno de ellos.

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CAP)

Los Equipos de Atención Primaria prestan su atención en dos tipos de dispositivos:

- Centros de Salud
- Consultorios

Constituyen el elemento asistencial básico del sistema sanitario y primer punto de contacto de la red de salud mental

PRESTACIONES

Prevención y promoción de la salud mental
Atención a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio
Detección, diagnóstico, tratamiento y derivación en caso necesario a las USM

Coordinación con las USM y servicios sociales

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS (USM)

Son el eje asistencial vertebrador de la atención especializada en salud mental y se configuran como equipos multidisciplinares, con funciones de promoción, prevención, atención programada y urgente, atención domiciliaria, rehabilitación, docencia e investigación

Su ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud y actúan de forma integrada y coordinada con Atención Primaria (puerta de entrada al sistema sanitario) y con el resto de servicios sanitarios especializados del departamento y los correspondientes servicios sociales

Proporcionarán una atención integral: psicofarmacológica, psicoterapéutica individual, de grupo, familiar e intervenciones de rehabilitación psicosocial, basadas en la evidencia científica

Las USM desarrollan los siguientes programas:
. Programa de Atención para personas con Trastorno Mental Común (TMC): Cumplimentación del Contrato Terapéutico (CT)
. Programa de Atención de personas con Trastorno Mental Grave (TMG): Cumplimentación del Plan de Atención Integral e Individualizado (PAI)

. Programa de Atención a la familia/cuidadora cuidador principal . Programa de coordinación: equipo de AP y USM . Programa de atención domiciliaria
PRESTACIONES
Prevención, sensibilización, psicoeducación, promoción de la salud y lucha contra el estigma
Valoración , diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y orientación
Atención ambulatoria, domiciliaria, atención a las urgencias en el horario del centro e interconsultas con otras especialidades
Coordinación con otros recursos asistencial y no asistenciales (servicios sociales, educación, justicia…)
Intervenciones individuales, grupales y para familiares

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-ADOLESCENTE (USMI-A)

Unidades de atención especializada en salud mental para población infanto-adolescente, hasta los 18 años, constituidas por equipos multidisciplinares y con funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención programada y urgente, atención domiciliaria, rehabilitación, docencia e investigación.
PRESTACIONES
Valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y orientación Dispondrán de Programas para niños y niñas y adolescentes con trastornos mentales comunes y graves y Programas específicos para padres y familiares
Coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales (Bienestar Social, Educación, Justicia Y Otros)
Intervenciones individuales, grupales y para familiares

ATENCIÓN HOSPITALARIA URGENTE

La atención hospitalaria a las urgencias psiquiátricas está incorporada dentro de los servicios de urgencia de los hospitales de la red asistencial de la Comunidad Valenciana
PRESTACIONES
Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, observación, alta con derivación a su USM o ingreso si procede en la Unidad de Hospitalización psiquiátrica (UHP)
Se garantizará la atención en la situación de crisis desde un punto de vista ético y de respeto a la dignidad del/la paciente

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN HOSPITAL GENERAL (UHP)

Son dispositivos asistenciales para el tratamiento intensivo en régimen de ingreso y atención continuada (24h), para aquellos casos que, por la gravedad de la sintomatología aguda, el tratamiento no puede llevarse a cabo en su entorno comunitario

La ubicación es en el hospital general y su cobertura asistencial se refiere a un área geográfica definida

La estancia media será la adecuada para la estabilización de la crisis aguda o crisis presentada y se adaptará a las necesidades de cada paciente.

La coordinación será especialmente estrecha con las USM, de forma que se garantice la continuidad de los cuidados, y con el resto de dispositivos implicados en la atención al/la paciente

Se fomentará la participación activa del/la paciente y su familia en el proceso asistencial

PRESTACIONES

Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, derivación con informe de alta y cita a la USM correspondiente

Prevención y promoción de la salud mental

Interconsulta hospitalaria y colaboración con el resto de especialidades del hospital

Los/las pacientes menores de edad, disponen de UHP ajustadas a su franja de edad.

HOSPITAL DE DÍA (HD)

El HD es un recurso sanitario de hospitalización parcial y que constituyen una alternativa al internamiento psiquiátrico y están destinados especialmente a personas con trastornos mentales graves.

Coordinación con la USM y resto de dispositivos sanitarios y no sanitarios, que garanticen la continuidad de los cuidados

En ningún momento perderá el vínculo con el equipo terapéutico de la USM

PRESTACIONES

Valoración, diagnóstico, tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicosocial, docencia e investigación.
Elaboración del Plan de Atención Integral e Individualizado, con la participación activa del/la paciente y su familia

Programas: adherencia al tratamiento, habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, afrontamiento al estrés, psicoeducación, intervención familiar, tanto individual como grupal.

CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Son dispositivos ambulatorios cuya función fundamental es la rehabilitación y reinserción social de personas con trastornos mentales graves, con una orientación claramente comunitaria.

Destinados a mejorar la calidad de vida, evitar ingresos y mantener a la persona en su comunidad y medio socio-familiar.

Este dispositivo debe estar perfectamente coordinado y trabajar en colaboración con la USM y el resto de dispositivos implicados en la atención a personas usuarias, sanitarias y no sanitarias.

PRESTACIONES

Programas de rehabilitación psicosocial, acompañamiento e intervención familiar

UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA (UNIDADES DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA)

Son dispositivos sanitarios con ingreso de duración media y que realizan intervenciones terapéuticas integradas, con un especial énfasis en la rehabilitación psicososocial. Están dirigidas a pacientes cuya situación clínica trasciende tanto del marco estrictamente ambulatorio, como el de hospitalización en una UHP, con una estancia no superior a seis meses.

Estos dispositivos precisan de una extremada coordinación tanto con el resto de recursos sanitarios, como especialmente con los recursos sociales

PRESTACIONES

Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación.

Prevención, promoción de la salud mental y lucha contra el estigma
Intervenciones terapéuticas integrales e intensivas, plan de atención individualizado (PAI) e intervenciones familiares, cuyo objetivo es facilitar la máxima autonomía de los pacientes y la inclusión de los mismos en su medio socio-familiar

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Dispositivo sanitario enfocado a proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico y tratamiento similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado. Este servicio se prestará de forma transitoria a pacientes descompensados psicopatológicamente, supervisados por uno o varios familiares

El ámbito de actuación es a nivel departamental.

Equipo de atención compuesto por Psiquiatra y personal de enfermería

PRESTACIONES

Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación.

ANEXO-3

COMITÉ DE ELABORACIÓN, COMITÉS DE EXPERTOS, COLABORADORES Y AGRADECIMIENTOS.

COMITÉ DE ELABORACIÓN

Dirección: Rafael Sotoca Covaleda.

Coordinación: Begoña Frades García.

Miembros: Araceli Oltra Ponzoda.

Jose A. López Cócera.

Carmina Almuzara Vilata.

Juan José Moreno Murcia.

Teresa Navarro García.

COMITÉ DE EXPERTOS: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA.

COORDINADORA: ARACELI OLTRA
SECRETARIA: CARMINA ALMUZARA

1. JESUS MESONES
2. Mª JOSÉ CORRAL
3. ELOY DEL TESO
4. MARÍA BELTRÁN
5. AMPARO MOYA
6. JORGE DE LA TORRE
7. TERESA BLANCH
8. SILVIA EDO
9. GEMMA PIERA
10. MERCEDES GÓMEZ
11. GEMA MARTÍNEZ
12. ADRIAN RIPOLL
13. Mª LUISA VIDAL
14. ELENA ROMERO
15. MARINA GUTIERREZ
16. BEATRIZ CORRAL
17. MIGUEL HERNÁNDEZ
18. ENCARNA CUEVAS
19. INES PEREZ MERCE
20. INMACULADA POMARES
21. ROSA BAÑOS

COMITÉ EXPERTOS: ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN ÁMBITO SANITARIO Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

COORDINADOR: JOSÉ LÓPEZ SECRETARIA: CARMINA ALMUZARA

1. VICENTE PALOP
2. AMPARO SÁNCHEZ
3. ALFREDO CORTELL
4. BEGOÑA BEVIÁ
5. TOÑI MOLINA
6. BENJAMIN ALTOZANO
7. BEGOÑA FABRA
8. ENRIQUE SOLER
9. MERE SEMPERE
10. FRANCISCO FENOLLAR
11. INMA PONS
12. ANA SÁNCHEZ
13. MIKEL MUNÁRRIZ
14. ROSANA FUSET
15. CANDELA SANTIAGO
16. JUAN PRETEL PIQUERAS
17. TERESA OLIVER.
18. MARI PAZ GARCÍA
19. MARIA JOSÉ RODADO
20. CARLOS CAÑETE
21. ELENA CABEDO
22. MONTSERRAT SOGORB
23. NATALIA SANJUAN
24. MERCEDES SÁNCHEZ
25. JUANJO MORENO

COMITÉ EXPERTOS: ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS. PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

COORDINADORA: BEGOÑA FRADES
SECRETARIA: CARMINA ALMUZARA

1. ALFONSO RODRÍGUEZ
2. BELÉN GÓMEZ TAYLOR
3. CARMEN MONTAÑO
4. ANA RUÍZ
5. VICENT SAVALL
6. EUGENIA ZAFRA
7. PATRICIA LLORENS
8. ARACELI GARCÍA
9. CARMEN CAMAÑES
10. JAVIER SEMPERE
11. AMPARO MALEA
12. AMPARO NEBOT
13. Mª JOSE MASANET
14. ROSALIA SANJUAN
15. ENRIC OLTRA
16. ASUNCION FERRER
17. EULALIA CARRATO
18. ANA GIL

COMITÉ EXPERTOS : AUTONOMÍA, RECUPERACIÓN Y DERECHOS DEL PACIENTE

COORDINADORA: BEGOÑA FRADES
SECRETARIA: CARMINA ALMUZARA

1. SERGI PRATS
2. DAVID TARONCHER
3. TONI CAMARENA
4. GONZALO NIELFA
5. RAMON PALMER
6. TERESA CONVERSA
7. FELIPE REBULL
8. LLUM MORAL
9. MERCEDES ASUERO
10. ELISA GALLACH
11. GLORIA BEZARES
12. ESTER LORENTE
13. TERESA GIRAU
14. INMACULADA ALBI
15. ANTONIO GARNES
16. Mª CRUZ SENET

COMITÉ EXPERTOS : ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: DETECCIÓN Y ABORDAJE PRECOZ DESDE AP, ATENCIÓN A LOS T. MENTALES ESPECÍFICOS Y ATENCIÓN A POBLACIONES ESPECÍFICAS.

COORDINADORAS: ARACELI OLTRA
BEGOÑA FRADES
SECRETARIA: CARMINA ALMUZARA

1. MIGUEL ÁNGEL CUQUERELLA
2. VICENTE ELVIRA
3. JOSEP PENA
4. LUCÍA AROCAS
5. FRANCISCA RODA
6. JOSE VILAR
7. LLANOS CONESA
8. CARMEN LÓPEZ
9. ISABEL LÓPEZ
10. Mª JOSÉ ABAD
11. MERCEDES GOMEZ
12. PABLO PELAYO
13. TOMAS ALCAINA
14. SONIA VIDAL
15. CARLOS E. MONERA
16. SERGIO ARQUES
17. PILAR LUCAS
18. JOSE C. GONZÁLEZ
19. FRANCISCO BELLVER
20. MARIBEL PARDO
21. GREGORIO CRESPO
22. MARÍA LACRUZ
23. CONSUELO LINARES
24. ANA MONTES
25. ELOISA CARAVAL
26. TERESA RUIZ DE TORO
27. M ANGELES TORRES
28. MATIAS REAL
29. CARLA LOPEZ
30. ANA SANTOS

COMITÉ EXPERTOS: FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN SALUD MENTAL. INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

COORDINADOR: : JOSÉ LÓPEZ
SECRETARIA: CARMINA ALMUZARA

1. **VICENTE BALANZÁ**
2. **GUILLEM LERA**
3. **CARMEN IRANZO**
4. **TOMÁS CANTÓ**
5. **ADRIAN RIPOLL**
6. **JOSE SALAZAR**
7. **JULIO SANJUAN**
8. **MIGUEL ANGEL CLIMENT**
9. **JOSE JOAQUÍN MIRA**
10. **JUAN MANUEL CUENCA**
11. **CARLOS VANDER**
12. **EDUARDO AGUILAR**
13. **RAFAEL SALES**
14. **PILAR MELERO**
15. **DIEGO GREGORIO**
16. **FRANCISCO PÉREZ**
17. **CRISTINA BOTELLA**
18. **VANESA SÁNCHEZ**
19. **CARMEN CARRIÓ**
20. **LOURDES SALINAS**
21. **RAFAEL TABARES**
22. **GREGORIO CRESPO**
23. **MICAELA MORO**
24. **PERE VERA ALBERO**
25. **INMACULADA FUENTES**
26. **AMPARO BELLOCH**

PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO Y COLABORADO EN LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

PEPE ROMEU, FÉLIX PASCUAL, ROMÁN CALABUIG, ENRIQUE PÉREZ, EVA MACÍAS, PACO CALVILLO, MARIAN SÁNCHEZ, ALBERTO GADEA, JOSE VICENTE BAEZA, MERCEDES RENOVELL, LORENZO LIVIANOS, LUÍS ROJO, ALBERTO DOMÍNGUEZ, MANOLO BARCELÓ, ROSA CUADRADO, MAITE ALVAREZ, TOMÁS DE VICENTE, PILAR PLANAS, PILAR TOMÁS, CRISTINA SAEZ, JUAN CABALLERO, DAVID SEGARRA, ANA DOMENECH, CARMEN MIGUEL, PALOMA FERRANDIS, MÓNICA AÑÓN, EVA LEGAZ, DOLORES CUEVAS, JULIA CALABUIG, ENRIQUE HEVILLA, JUAN M. BELTRÁN, CARLOS FLUIXÁ, MARIAM GARCÍA, PACO VERDU, M JESÚS MATEU, MARÍA IZQUIERDO, AMPARO BELLVER

AGRADECIMIENTOS POR LA REVISIÓN Y APORTACIONES A LA ESTRATEGIA

- SOCIEDADES CIENTÍFICAS: AEN-PV, SPCV, AVRISEM, AVAPIR, SVMFYC, SEMERGEN, ANESM
- FEDERACIÓ DE SALUT MENTAL COMUNITAT VALENCIANA
- ASOCIACIONES DE PERSONAS USUARIAS Y ASOCIACIONES DE FAMILIARES: IMAGINAVE, COL.LECTIU OBERTAMENT, ASIEM, ASME
- ÁMBIT
- SÍNDIC DE GREUGES
- COLEGIOS PROFESIONALES: COLEGIO DE MÉDICOS, DE PSICÓLOGOS, DE TRABAJO SOCIAL, ENFERMERÍA, EDUCADORES SOCIALES, TERAPIA OCUPACIONAL

Especial agradecimiento a ***CARMEN LEAL CERCÓS Y MANOLO GÓMEZ-BENEYTO,*** profesores y psiquiatras de nuestra Comunidad Autónoma y referentes internacionales en el ámbito de la salud mental, por la revisión del texto y asesoramiento en la elaboración de esta Estrategia.

ANEXO-4

Ejemplos de buenas prácticas.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS (PTPEP-GANDÍA)

OBJETIVOS:
Detectar y tratar a todos los pacientes que sufran un primer episodio psicótico.
Abordar el trabajo con las familias de forma sistemática en todos los casos, en función de la fase de la enfermedad.
Evaluar los resultados del tratamiento mediante un protocolo de investigación.
Formación continuada y docencia sobre aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las primeras fases de las psicosis.
POBLACIÓN DIANA: La intervención va dirigida a todos los pacientes del departamento de Gandía que presentan un primer episodio de psicosis no afectiva según criterios DSM-IV TR y/o CIE-10 (F20-F29), así como de sus familias.
ÁMBITO: Las diferentes intervenciones se realizan en el ámbito comunitario y de forma ambulatoria en la Unidad de Salud Mental (USM), pudiéndose utilizar el resto de dispositivos disponibles en el servicio, estableciendo mecanismos que garanticen la coordinación entre los mismos.
DESCRIPCIÓN: El PTPEP-Gandía es un programa intensivo de tres años de duración, integrado por estrategias terapéuticas tanto biológicas como psicosociales. En primer lugar, la asistencia clínica que incluye el tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos, el abordaje de la experiencia psicótica y el cuidado de la salud física y en segundo lugar, el trabajo con las familias que incluye la Intervención familiar y una intervención social .El programa consta de tres fases diferenciadas: fase aguda (12 semanas), fase de recuperación temprana (18 meses) y fase de recuperación prolongada (36 meses).
EVALUACIÓN: Se ha diseñado un estudio de intervención con un seguimiento a tres años. La intervención consiste en la aplicación del PTPEP-Gandía en su vertiente asistencial y la evaluación se realiza en tres momentos a lo largo del seguimiento en función de las fases del PEP descritas anteriormente.
Recoge variables relacionadas con el paciente y con el familiar clave, que es aquél que más tiempo pasa con la persona que sufre la psicosis y que se encarga de su cuidado. En el primer caso, son de tipo sociodemográfico, clínico, neuropsicológico, biológico, de funcionamiento premórbido y funcionamiento social, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Además se valora al familiar clave en aspectos relacionados con la carga que sufre por la enfermedad y los conocimientos que tiene sobre la enfermedad.
INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Departamento de Salud de Gandía. Servicio de Salud Mental del Hospital y Centro de Especialidades Francesc de Borja de Gandía.
CONTACTO: Equipo de primeros episodios del Departamento de salud de Gandía.
José Masanet García y María Lacruz Silvestre, Psiquiatras USM Gandia. masanetmjo@gmail.com maria.lacruz.silvestre@gmail.com .Tel 2959238

PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

OBJETIVOS: Facilitar la permanencia de los pacientes en su medio familiar y comunitario, potenciando al máximo sus posibilidades para alcanzar un mayor nivel de bienestar biopsicosocial.
POBLACIÓN DIANA: Persona con: Trastorno mental grave (T.M.G.) sin ningún contacto con la Unidad de Salud Mental, que requiere valoración psiquiátrica y se niega a la misma, pero que aceptaría una visita domiciliaria; en situación de crisis o descompensación aguda de su psicopatología detectada por un familiar o por el entorno próximo, por Servicios Sociales, por Atención Primaria, etc; con TMG sin descompensación, que abandona o no tiene adhesión al tratamiento; con pérdida de continuidad en la transición hospital-domicilio o en su seguimiento; con TMG que precisen atención en el domicilio para implementar su rehabilitación.
Quedan excluidos del Programa las personas que consuman sustancias sin un diagnóstico primario de TMG, las personas con trastorno de Personalidad, las personas con retraso mental, las personas con trastornos mental Orgánico y las personas menores de quince años.

ÁMBITO: Población adscrita al departamento de Manises.

DESCRIPCIÓN: El proyecto se lleva a cabo con un equipo interdisciplinar y tiene como finalidad facilitar la permanencia de los pacientes en su medio familiar y comunitario, potenciando al máximo sus posibilidades para alcanzar un mayor nivel de bienestar biopsicosocial. Proporciona atención comunitaria integral y continuada a personas con problemas de salud mental, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de bienestar físico, psíquico y social, así como evitar las circunstancias de rechazo, marginación y exclusión social.

Se desarrollan las siguientes actividades: derivación e inclusión; elaboración del programa de atención individualizado; proceso de acogida y establecimiento de una alianza terapéutica; adherencia al tratamiento; intervención en crisis; autocontrol y manejo del estrés; habilidades sociales; actividades básicas de la vida diaria; coordinación; apoyo socio- familiar

EVALUACIÓN: Se ha llevado a cabo una evaluación de los pacientes que, incluidos en el PTAC, han presentado ingresos y atención en urgencias, inclusiones en Hospital de Día, e ingresos en UME, en los años de funcionamiento del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental del Departamento de Manises, valorando tanto el coste global de los mismos por año como el coste medio por paciente en esos años.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Dirección de Atención Primaria. Servicio de Salud Mental. Departamento de Salud de Manises.

CONTACTO: Francisco Calvillo Samada (Coordinador de Salud Mental) fcalvillo@hospitalmanises.es

HOSPITAL DE DÍA EDUCATIVO-TERAPÉUTICO

OBJETIVOS: Atender de forma integral al menor con trastorno mental grave asegurando su continuidad en el proceso terapéutico y educativo.
Establecer e implementar su Plan Individualizado de Intervención.
Desarrollar las competencias y habilidades sociales necesarias para conseguir una adecuada inserción social con su grupo de iguales en el centro donde está matriculado.

POBLACIÓN DIANA: Menores entre 12 y 16 años, matriculados en la E.S.O. en la provincia de Castellón que padecen algún trastorno mental grave y sean atendidos en alguno de los dispositivos de salud mental de referencia.

ÁMBITO: Atiende al alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de la presencia de algún trastorno mental que por su gravedad o evolución no puedan ser atendidos en los dispositivos especializados a nivel ambulatorio de la provincia de Castellón

DESCRIPCIÓN: Este Hospital de día de salud mental es fruto de la colaboración entre dos administraciones independientes (Sanidad y Educación). En la intervención predomina el formato grupal en la atención terapéutica, lo que permite la mejor optimización de tiempos y recursos logrando una mayor eficiencia así como la normalización y universalidad de la experiencia patológica, la participación y adherencia, ayudando a disminuir el estigma social. Una vez alcanzada la estabilidad psicopatológica y conseguidos los objetivos incluidos en el plan individualizado de cada paciente se procede a su reincorporación al ámbito educativo, de una manera progresiva y adaptada al ritmo del menor. A partir de entonces, continuamos atendiendo a los pacientes en el mismo dispositivo pero acuden de manera ambulatoria a las citas programadas o bien son derivados a otros dispositivos de salud mental (en menor medida).

EVALUACIÓN: Se han atendido a 159 casos, (56% varones y 44% mujeres) que tenían en común un importante absentismo (o expulsiones) junto a una escasa adherencia a los dispositivos de salud mental previos. La inmensa mayoría de los pacientes dados de alta definitiva no requirieron nuevos ingresos en la sala de hospitalización completa. En todos los casos se aseguró su seguimiento sanitario post-alta, bien en el propio PTMGIA bien en unidades de salud mental ambulatorias. Tras su paso por el HDET, todos ellos mantuvieron algún tipo de escolarización, ya sea reincorporándose a su centro de origen o a otro instituto diferente; en todos los casos se adecuó la modalidad educativa a las características propias y evolutivas del menor.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Hospital de Día de Adolescentes. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

CONTACTO: Matías Real López (mreal@uji.es); Matilde Espinosa Mata (matildeespinosa@hotmail.com)

PROGRAMA DE COLABORACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL (PCAPSM)

OBJETIVOS: Crear un ámbito de colaboración entre ambos niveles asistenciales que garantice una comunicación fluida y una continuidad asistencial que repercuta positivamente en la seguridad del paciente y en la calidad de atención, capacitando a los profesionales de AP en la detección y manejo de los trastornos mentales

POBLACIÓN DIANA: Profesionales de Atención Primaria y Salud Mental y todos los usuarios de atención primaria que consulten por problemas relacionados con la Salud Mental (SM)

ÁMBITO: Profesionales de salud mental (SM) y de atención primaria de cada zona básica de salud del departamento de La Ribera

DESCRIPCIÓN: Se trata de un modelo Enlace/Colaborativo. Con sesiones conjuntas en todas las zonas básicas de salud siguiendo las directrices del grupo evaluador. Coordinación en las zonas básicas de salud por los profesionales referentes, de atención primaria y salud mental, de cada una de ellas. Realización de sesiones con frecuencia quincenal/mensual: a) Teórico-prácticas: En los que se desarrollan una serie de temas consensuados tras la valoración de las demandas/carencias. Estos criterios de funcionamiento servirán para todas las zonas básicas. b) Gestión de casos clínicos de seguimiento conjunto, supervisión, derivación

EVALUACIÓN: Se llevó a cabo un estudio no aleatorizado de tipo "antes-después". Se recogieron de forma consecutiva las interconsultas de las primeras visitas a las tres Unidades de Salud Mental del área de La Ribera (Valencia) durante 2 meses previos a la intervención y durante 2 meses posteriores. Mejoró la descripción de la enfermedad, en información sobre inicio, evolución y respuesta al tratamiento y en la cumplimentación de diagnósticos altamente detallados. Se mejoró la tasa de derivaciones pertinentes.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Departamento de Salud de La Ribera; Servicio de Salud Mental y Atención Primaria

CONTACTO: José E. Romeu. Coordinador de Psiquiatría y Salud Mental. Jromeu@hospital-ribera.com

ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN GRUPO PARA PACIENTES CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS POSITIVOS.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del entrenamiento metacognitivo (MCT) y analizar sus efectos en el estilo cognitivo y la gravedad clínica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia o que, en algún momento, hubieran experimentado síntomas psicóticos positivos.

Mejorar el nivel de conciencia sobre los sesgos cognitivos que, generalmente, se han observado en la esquizofrenia.

Reducir la firmeza sobre la creencia que los pacientes tienen en las alucinaciones y en las ideas delirantes, cambiar las opiniones que tenían sobre sí mismos y sobre los demás y mejorar la psicopatología general.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes diagnosticados de esquizofrenia o que, en algún momento, hubieran experimentado síntomas psicóticos positivos. El programa parece ser de mayor utilidad en pacientes con primeros episodios, aunque existe evidencia de su eficacia en poblaciones con pacientes crónicos.

ÁMBITO: El programa se ha desarrollado a nivel individual y grupal en una Unidad de Salud Mental. También se ha desarrollado a nivel grupal con pacientes más graves en tratamiento en un Hospital de Día.

DESCRIPCIÓN: El Entrenamiento metacognitivo está basado en la psicoeducación, la rehabilitación cognitiva, la cognición social y la Teoría de la Mente y la Terapia Cognitivo-conductual que ha demostrado eficacia en la reducción de los síntomas psicóticos a través de la modificación de estilos cognitivos disfuncionales (Moritz et al., 2014).El programa MCT se compone de 8 módulos que cubren los diferentes errores o sesgos cognitivos que parecen ser más típicos de la esquizofrenia, y que se ha visto que podrían culminar en la creación de falsas creencias hasta el punto de convertirse en delirios. El propósito principal del programa es cambiar la "infraestructura cognitiva" de la ideación delirante. Se articula en 8 sesiones de entre 50' y una hora de duración. El tamaño ideal del grupo es entre 5 y 8 pacientes.

EVALUACIÓN: Los resultados muestran que el MCT produce una reducción significativa en la firmeza de las creencias de los pacientes sobre sus alucinaciones auditivas e ideas delirantes, un cambio en las opiniones que tenían sobre sí mismos y sobre los demás y una mejoría de la sintomatología positiva, negativa y en la psicopatología general. Además, su brevedad y facilidad de aplicación lo convierten en una herramienta de gran interés en el tratamiento de la psicosis.

INSTITUCIÓN Y CENTROS RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN O PROGRAMA: Unitat de Salut Mental "Illes Columbretes".(Hospital General de Castelló). Hospital de Día. (Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló).

CONTACTO: Josep Pena Garijo (jpena@uji.es); Silvia Edo Villamón (silviaedov@gmail.com)

INTERVENCIÓN GRUPAL BASADA EN MINDFULNESS PARA TRASTORNO MENTAL COMÚN.

OBJETIVOS:
Aumentar las habilidades de toma de conciencia y de afrontamiento al estrés.
Mejorar la desregulación emocional y la habilidad para manejar el dolor y las situaciones diarias desagradables.
Disminuir los síntomas de ansiedad y ánimo depresivo.
POBLACIÓN DIANA: Pacientes con trastorno mental común: depresión leve a moderada; trastornos de ansiedad; trastornos adaptativos; trastornos por dolor (incluyendo fibromialgia) y trastornos de personalidad leve.
ÁMBITO: Se desarrolla en una Unidad de Salud Mental ubicada en un Centro de Salud de Castellón.
DESCRIPCIÓN: Intervención grupal en pacientes con trastorno mental común mediante la adaptación e integración de los programas Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) y Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression (MBCT). La intervención se desarrolla en 8 sesiones de frecuencia semanal de 2 horas de duración. Los grupos son dirigidos por un psicólogo clínico y actuando como co-terapeuta un residente de psicología clínica. Están formados por entre 8 y 15 sujetos de edades entre 18 y 65 años. Se excluyen aquellos cuyas condiciones de salud física o psíquica no permitan llevar a cabo el seguimiento de un programa de grupo de 8 semanas. La intervención contiene elementos de la Terapia Cognitiva y de la Terapia de Reducción de Estrés basada en Mindfulness. Durante las sesiones se llevan a cabo prácticas de meditación, se enseñan ejercicios sencillos de yoga y se enseñan y practican estrategias de afrontamiento al estrés, solución de problemas, manejo de pensamientos negativos y planes de acción para el futuro (mantenimiento y prevención de recaídas).
EVALUACIÓN: La evaluación se ha practicado en términos de mejoría sintomática tras finalizar el tratamiento y de satisfacción subjetiva con la intervención. Para el primer objetivo se utilizaron Cuestionarios y Escalas de uso habitual en la clínica (STAI, BDI, PWSQ) y para el segundo se utilizó un cuestionario de satisfacción construido *ad hoc*. Hasta ahora se han evaluado más de 70 pacientes de nuestro Servicio y se han comunicado resultados en varios congresos, una publicación en una revista internacional especializada y un capítulo de libro.
INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN O PROGRAMA Unitat de Salut Mental "Illes Columbretes". Hospital General de Castelló.
CONTACTO: Josep Pena Garijo (jpena@uji.es). Dpto de salud Castellón.

PROGRAMA DE ATENCIÓN COLABORATIVA PARA LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO: Implantar un modelo de atención colaborativa para los casos de depresión leve en el departamento del Hospital General de Valencia
POBLACIÓN DIANA: Todos los pacientes mayores de 15 años con un nuevo episodio de depresión o distimia detectado en la consulta del MAP.
ÁMBITO: Consorcio Hospital General
DESCRIPCIÓN: El peso fundamental del programa recae en el gestor de casos, que en este caso es el enfermero de atención primaria de cada unidad básica de atención (UBA) y que es el responsable de la atención a los pacientes de uno o dos médicos de atención primaria de un determinado centro de salud o consultorio periférico. El médico de atención primaria (MAP) detecta, diagnostica y aplica tratamiento farmacológico si lo considera adecuado. El gestor de casos (Enfermero de la UBA de APS) realiza una visita inicial presencial de alrededor de 30 minutos de duración. Se realiza en el plazo aproximado máximo de una semana tras la detección del caso en la consulta del MAP . También valora sentimientos, emociones, actividad diaria del paciente. Revisa la gravedad con el PHQ-9. Indaga sobre problemas familiares y socio-económicos relacionados. A continuación explica y entrega el folleto informativo "Qué es la depresión, cómo se trata y cómo le podemos ayudar". Revisa la medicación prescrita y el cumplimiento terapéutico .Cada UBA, tiene asignado un psiquiatra y un enfermero de referencia de salud mental que actuarán en coordinación con el enfermero y el médico de AP. El personal de la unidad de salud mental mantiene contacto periódico con las UBAs asignadas para establecer un asesoramiento fluido y constante.
EVALUACIÓN: La finalidad del programa fue conseguir que los trastornos leves y algunos moderados fuesen atendidos en el ámbito de la atención primaria.

Se comprobó el número de propuestas de AP que llegaron una vez en marcha el programa comparado con el año anterior en relación a la gravedad del proceso (2014-2015) .Hubo una disminución del 7% en casos leves lo que podría ser una buena expectativa de cara al futuro
También se puede apreciar una mejoría al reducirse el número de casos leves que no acudieron, lo que mejoró la eficiencia de los profesionales.
Los resultados solo se refieren a un año y por tanto es necesario controlarlos en ejercicios posteriores.
INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Consorcio Hospital General. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Centro de salud mental Pere Bonfill / Centro de salud Virgen de la Fuensanta
CONTACTO: José Salazar Fraile (josesalazarfraile@gmail.com).Juan Pretel Piqueras (pretel_jua@gva.es)

GRUPO STEPPS PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE.

OBJETIVOS: Tratamiento grupal psicoterapéutico en pacientes con trastorno de personalidad límite.
POBLACIÓN DIANA: La población atendida diagnosticada de trastorno límite de la personalidad (confirmado por SCID), que no tenga comorbilidad con trastorno esquizofrénico, bipolar I, etc.
ÁMBITO: Departamento de Vinaròs.
DESCRIPCIÓN: Se trata de un programa de terapia grupal de 20 sesiones que se aplica en formato ambulatorio. El programa es de orientación cognitivo-comportamental con un componente sistémico y un foco en la adquisición de habilidades para el manejo de los síntomas más característicos del TLP. Incluye tres fases: conciencia de enfermedad, entrenamiento en regulación emocional y entrenamiento en regulación comportamental. Las sesiones se distribuyen a razón de una sesión semanal durante 20 sesiones de Enero a Junio.- Cada sesión se desarrolla según contenidos fijados con manual específico.
Se aplican sesiones de refuerzo cada 15 días, y posteriormente mensuales de Junio a Diciembre.
EVALUACIÓN: Para la evaluación se llevó a cabo un entrenamiento en el programa de 20 horas de duración con una muestra de quince pacientes (9 mujeres y 6 hombres) diagnosticados de TLP, provenientes de los dos dispositivos (Unidad de salud mental y centro de rehabilitación psicosocial. Los datos indicaron una mejoría significativa en los síntomas límite medidos por el BEST (Bordeline Evaluation of Severity Oven Time)(, con un tamaño del efecto grande. El porcentaje de abandonos fue del 20%. La media de asistencia fue de 15 sesiones de 20. Los pacientes manifestaron un grado importante de satisfacción con el programa.
INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: USM de Vinaròs y CRIS de Vinaròs (actividad conjunta y con pacientes de ambos dispositivos).
Supervisión por Profesora Azucena Palacios Universidad Jaime I Castellón.
CONTACTO: Benjamín Altozano Aguilar - Jefe Sección Salud Mental Vinaròs.

"VIVE LA VIDA": PROGRAMA PARA ABORDAR LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

OBJETIVO:
Mejorar la calidad de vida del paciente y su funcionamiento y adaptación en el ámbito socio-familiar
Crear una alianza grupal, fomentando relaciones de cooperación, apoyo.
Aumentar las habilidades de afrontamiento de los problemas específicos de cada paciente y clarificar e interpretar el significado que el estresor tiene para el individuo y ayudar a la persona a encontrar un nuevo significado más adaptativo.
Trabajar la expresión y regulación emocional.
POBLACIÓN DIANA: Personas con diagnóstico de trastorno adaptativo
ÁMBITO: Unidades de Salud Mental Comunitaria
DESCRIPCIÓN: Se realizarán dinámicas de grupo y serán los participantes en muchas ocasiones los que dirigirán parte de las sesiones, interviniendo y asesorando.
Se fomentará el respeto, la escucha activa, la empatía y la cooperación.
El enfoque teórico será cognitivo-conductual con una filosofía humanista. Las técnicas y ejercicios que se emplearán será la técnica de resolución de problemas, relajación autógena, y el coaching personal.
EVALUACIÓN: Las participantes manifiestan tras haber asistido a las 8 sesiones cierta mejoría. Algunas de ellas que se encuentran en tratamiento psicológico y farmacológico, refieren haberse mantenido en su cuadro sintomático. Ninguna participante refiere empeoramiento emocional.

En cuanto a los resultados de BDI, la mitad de las participantes han mejorado sus puntuaciones en síntomas de depresión y la otra mitad se mantienen en cuanto a las puntuaciones, a pesar de que manifiestan verbalmente que asistir al programa les ha supuesto: mayor soporte emocional, orientación sobre cómo afrontar de modo positivo las dificultades y mejorar la sociabilidad.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Departamento de Salud Elx- Crevillent

CONTACTO: Jesús E. Mesones Peral. Jefe de servicio de Salud Mental. jemesones@torrevieja-salud.com Departamentos de Salud de Elx-Crevillent

UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA Y TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

OBJETIVOS: Promover la atención integral a la población anciana con trastornos mentales, en colaboración con el resto de dispositivos sanitarios y sociales, mediante la combinación de programas asistenciales, formativos y de investigación.

Atender la patología subsidiaria, no solo psicosis funcionales graves y demencias con complicaciones conductuales, sino patología neurótica "menor", con dificultades de tratamiento en atención primaria o en la unidad de salud mental correspondiente.

Establecer un circuito asistencial con las Unidades de Salud Mental, las Unidades de Urgencia y de Hospitalización para los casos más complejos desde el punto de vista del diagnóstico y/o tratamiento.

Colaborar con la unidad de neurología en el tratamiento de los trastornos conductuales o afectivos de los pacientes con demencia.

POBLACIÓN DIANA: Ancianos con psicopatología, que presenten dificultades diagnósticas, de seguimiento o tratamiento en el ámbito de la asistencia primaria o en los centros de salud mental o dispositivos de atención neurológica y sean derivados a la Unidad.

ÁMBITO: Departamento de salud del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia preferentemente y a pacientes de toda la comunidad que han accedido a la Unidad a través del circuito de derivación indicado

DESCRIPCIÓN:

Actividad Asistencial: valoración, apertura de historia clínica y solicitud de pruebas complementarias necesarias; Tratamiento y seguimiento: decisión terapéutica concreta farmacológica e intervención psicoterapéutica y rehabilitación con pacientes y con cuidadores/familiares); Prevención: secundaria: detección precoz. Instrumentos diagnósticos adecuados al contexto sociocultural, colaboración con atención primaria, evaluación geriátrica integral, necesaria para un tratamiento precoz. Prevención terciaria: Programas para retrasar la institucionalización o la intervención en centros gerontológico para tratar depresiones concomitantes que aceleran el deterioro en dichos centros; Actividad docente y discente: Responsabilidad docente pregrado y posgrado - Residentes de psiquiatría y Psicólogos Internos Residentes, público (cuidadores); Actividad investigadora. En diseño y evaluación de parámetros que justifiquen la eficacia y eficiencia de nuestros servicios Programa de intervención psicoterapéutica y de rehabilitación con pacientes

EVALUACIÓN: Con la actividad asistencial realizada (2011: 1564 consultas; 2012: 1895; 2013: 2268; 2014: 2885) se ha conseguido diagnosticar y tratar enfermedades degenerativas incipientes, incluyendo en su evolución, tratar los cuadros conductuales de los pacientes, previniendo el agotamiento de los cuidadores y la institucionalización e ingresos de los pacientes. La psicoeducación de familiares mejor la evolución y disminuye los gastos y el sufrimiento que comportan estas enfermedades ofreciendo un tratamiento integral de las mismas.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

CONTACTO: Dr. Josep Ribes Cuenca (pepribes@comv.es). Ana Sabater Ferragut (sabater_ana@gva.es)

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE MENTAL GRAVE. ACTIVIDADES GRUPALES DIRIGIDAS A PACIENTES CON ESTE TRASTORNO

OBJETIVOS

Mejorar las habilidades sociales y la capacidad para establecer relaciones y evitar el aislamiento de las personas con TMG

Favorecer y mejorar la autonomía personal y favorecer un estilo de vida saludable.

POBLACIÓN DIANA: Personas atendidas en la USM diagnosticadas de esquizofrenia, trastorno bipolar, TOC y depresiones graves recurrentes, que tengan dificultad en las relaciones interpersonales, tendencia al aislamiento

y posibilidad de mejorar sus habilidades sociales. También personas con trastorno mental severo, que sufren síndrome metabólico debido al tratamiento antipsicótico, preferentemente con tratamiento inyectable administrado en el centro, y personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual leve que tengan tendencia al aislamiento y cuyo objetivo sea favorecer la integración.

ÁMBITO: Se desarrolla en las Unidades de salud mental infantil del Departamento de Valencia-Hospital General

DESCRIPCIÓN: Las actividades grupales que se realizan en las unidades de salud mental con pacientes que tienen un TMG se definen como uno de los subprogramas del programa de Trastorno Mental Grave. Estas actividades que se realizan en formato de talleres constituyen un espacio óptimo para estimular la participación y cohesión del grupo.

Se llevan a cabo un total de cuatro talleres: informática, caminata, manualidades y autocuidados. Además se realizan alrededor de dos salidas terapéuticas al año, procurando que sean en entornos comunitarios.

Los usuarios pueden participar en uno o más talleres a la vez y dado que son derivados a lo largo de todo el año, los asistentes a estos no son fijos, y salvo excepciones de algunos que presentan una asistencia anual, la mayoría de ellos van cambiando a lo largo de todo el año.Los talleres constituyen una estructura formal de apoyo y de habituación a las diferentes dinámicas y sirven de puerta a su posterior rehabilitación psicoeducativa en los diferentes recursos a los que accedan.

EVALUACIÓN: Se evaluó la actividad grupal con las siguientes premisas:

Comprobar si mejoraban las habilidades sociales y las actividades de la vida diaria (AVD). Se concluye que les ha ayudado a mejorar sus habilidades sociales, autonomía personal y establecer nuevas relaciones personales. El grado de satisfacción es alto.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN O PROGRAMA: Unidades de salud mental de Pere Bonfill y Torrent del Departamento Valencia-Hospital Gral

CONTACTO: Juan Pretel. Coordinador SSM.pretel_jua@gva.es ; Leonor Granero. Trabajadora Social. Servicio de Salud Mental. granero_leo@gva.es .

Departamento de salud Valencia-Hospital General

PROGRAMA APOYO A LA FAMILIA/ CUIDADOR PRINCIPAL DE ENFERMO MENTAL GRAVE.

OBJETIVOS:

Ofrecer la atención oportuna a cuidadores principales en riesgo de desestabilización, claudicación y/o rol de cuidador de tiempo prolongado.

Trabajar sobre la sobrecarga objetiva y sobre la sobrecarga subjetiva.

POBLACIÓN DIANA: Familias y/o cuidadores principales de enfermos con trastornos mentales graves, inicialmente, esquizofrénicos y sujetos afectados por patologías dentro del campo de la psicosis.

ÁMBITO: Se desarrolla en el Centro de salud La Mata. Departamento de salud de Torrevieja.

DESCRIPCIÓN: Una vez, detectado y derivado al programa, se realiza un compromiso terapéutico, en el que se comprometan a asistir a todas las sesiones del programa, bien sea ellos o algún miembro de su familia.

Distribución sesiones:

Sesiones de enfermería: tema medicación, alimentación, higiene, AVD, tanto del enfermo como del cuidador. Introducción a la enfermedad. Todo ello enfocado desde la Prevención Secundaria y Terciaria.

Sesiones de psicología: Conciencia de enfermedad; HH.SS y de comunicación; Expresión emocional; Manejo del estrés, relajación; Autoapoyo y heteroapoyo.

Sesiones trabajadora social: ayudas, asociaciones, soporte social… derivación a recursos. Esta sesión tiene un carácter informativo y orientativo, en cuanto a subvenciones, recursos.

Sesiones post: A los 3 meses, una o dos sesiones, individuales o grupales, llamadas de recuerdo, para valorar estado y situación del cuidador.

La Evaluación será inicial: a través de la entrevista personal y grupal, y de los cuestionarios para medir la sobrecarga emocional y objetivo en el cuidador; Continua: mediante la observación y final con la derivación a otros dispositivos

EVALUACIÓN: De la evaluación de la 4ª edición del programa, con una participación de 10 pacientes se concluyó que se muestra mejoría en la calidad de vida del cuidador

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN O PROGRAMA: Centro de salud mental La Mata

CONTACTO: Jesús E. Mesones Peral. Jefe de servicio de Salud Mental. jemesones@torrevieja-salud.com

Departamentos de Salud de Torrevieja

PROYECTO ÖBERTAMENT: PROMOCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL ARTE, LA CREATIVIDAD Y LA ACCIÓN SOCIAL.

OBJETIVOS

Facilitar la recuperación y la inclusión social de las personas con problemas graves de salud mental, desarrollando el poder colectivo como proceso de acción social que promueva la participación e integración en las actividades comunitarias y evite el aislamiento y la estigmatización.

Fomentar la autonomía y el control sobre la propia vida.

POBLACIÓN DIANA: Personas mayores de 18 años con trastorno mental, derivados desde la Unidad de Salud Mental del Dpto. 12. Gandía.

Personas sin diagnóstico de trastorno mental que deseen participar en los talleres de creatividad

ÁMBITO: Enmarcado dentro de los dispositivos de rehabilitación del Departamento de Salud de Gandía.

DESCRIPCIÓN: Se trata de un recurso de definido como una propuesta de Creatividad y acción social para la recuperación y desestigmatización de las personas con trastorno mental. Se facilitan espacios de encuentro para la reflexión y la libre expresión, donde el arte y la cultura son herramientas de inclusión y cohesión social, así como generadores de diálogo, conocimiento y enriquecimiento personal y comunitario.

El proyecto tiene tres dimensiones:

1.- El Centro de terapias creativas "al TACTE": Es un programa de actividades en las que el arte y la creatividad actúan como medio concreto de expresión y como valioso agente de cambio terapéutico.

2.- La Asociación "Col·lectiu Obertament": formada por personas creativas con problemas de salud mental

3.- Proyecto Editorial "Obertament editA": Este proyecto minieditorial , cuyos autores y autoras son miembros de la asociación, se encarga de producir, autogestionar y publicar un libro-agenda anual .

El funcionamiento es de tipo asambleario mediante grupos de trabajo formados por profesionales y miembros de la asociación.

EVALUACIÓN: En el último año han participado en las actividades 60 personas con diagnóstico de salud mental, además de 10 personas sin diagnóstico. Con las actividades creativas y/o terapéuticas se han cumplido los objetivos de facilitar la toma de control de la propia vida. Con los grupos de apoyo Mutuo (GAM) se ha conseguido crear espacios donde las personas con experiencias similares han podido compartir sus dificultades y hacer frente a sus problema .

La actividad asociativa y la editorial han supuesto la visibilización del Col.lectiu como agente de acción social y generador de cultura. El aumento progresivo de la venta y número de ejemplares publicados, del libro-agenda temática, dan cuenta de esta labor de sensibilización e irradiación que el Col·lectiu Obertament realiza en la comunidad. El Col.lectiu ha asistido como ponente en calidad de "experto por experiencia" en diversas jornadas de salud mental en el ámbito estatal , donde se ha reivindicado el derecho a la locura , y a una vida digna sin barreras ni etiquetas diagnósticas y ha colaborado con asociaciones de profesionales, de usuarios y de personas vinculadas con la salud mental en aras de concienciar a la población general.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Col.lectiu Obertament. Casa de la Natura. Parc d'Ausias March s/n 46701 GANDIA tfno. 962866875; Equipo de Salud Mental del Departamento 12. Gandia . Hospital Francesc de Borja

CONTACTO: Alfredo Cortell. Jefe de sección. Servicio de salud mental. cortell9@hotmail.com

Teresa Girau Pellicer. Enfermera especialista en Salud Mental y Arteterapeuta. Coordinadora del Proyecto Casa Natura. teresagirau@yahoo.es

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PATERNA

OBJETIVO: Conseguir la mejora de la autonomía del paciente y de su calidad de vida, que le permita la integración en su entorno socio familiar, de una forma activa, independiente y participativa.

Disminuir las conductas disruptivas que interfieran negativamente en entornos normalizados.

Potenciar las habilidades necesarias, orientado a la mejora de la autonomía de la persona

Trabajar en el entorno familiar y comunitario que permitan la integración del paciente

POBLACIÓN DIANA: El Centro está diseñado para atender a pacientes diagnosticados de TMG, mayores de 18 años y menores de 65,que no se encuentren en una fase aguda de la enfermedad, que residan en Paterna, La Coma o La Cañada y que estén en tratamiento en la USM de Paterna o La Coma. Se excluyen personas diagnosticada de

Trastorno de Personalidad, Trastornos Mentales Orgánicos, Drogodependencias y Retraso Mental, como diagnósticos únicos.

ÁMBITO: El Centro se encuentra ubicado en el CENTRO POLIVALENTE DR. VALENTÍN HERNÁEZ de Paterna. Su ámbito geográfico atiende a la población de Paterna, La Cañada y La Coma.

DESCRIPCIÓN: El trabajo se organiza en torno a cinco pilares básicos: trabajo en equipo, abordaje integral y multidisciplinar, participación activa del usuario y la familia, coordinación que garantice la continuidad de cuidados y evite la creación de estructuras estanco y evaluación de resultados a través de indicadores. Se elaborará para cada paciente un programa de atención individualizada (PAI) que recogerá todos los aspectos y áreas a trabajar con el paciente, especificando tiempos, espacios, actividades y profesionales implicados.

EVALUACIÓN: Se ha constatado una mejoría generalizada tanto en relaciones personales como en comprensión y comunicación (concentración y memoria) lo que aumenta considerablemente su sensación de bienestar y contribuye a que sigan activándose para alcanzar la serenidad necesaria para afrontar los problemas de la vida diaria.

INSTITUCIÓN Y CENTRO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Recurso dependiente del Servicio de Salud Mental del Departamento de salud Valencia- Arnau de Vilanova.

CONTACTO: Mercedes Asuero: 961206725