



PLAN DE **HUMANIZACIÓN** EN SALUD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN





*El editor final de este documento
es la Junta de Castilla y León*

ISBN:
978-84-9718-753-4

**Plan de Humanización
en Salud Mental
en Castilla y León**



ÍNDICE

1. Presentación	6
2. ¿Por qué un plan de humanización en salud mental?	8
3. Marco normativo y estratégico	12
3.1. Marco normativo	13
3.1.1. Marco normativo nacional	13
3.1.2. Marco normativo en Castilla y León	14
3.2. Marco estratégico	16
3.2.1. Marco estratégico internacional	16
3.2.2. Marco estratégico nacional	17
3.2.3. Marco estratégico a nivel autonómico	19
3.3. Buenas prácticas de humanización en salud mental	24
4. Análisis de la situación actual de humanización en salud mental en Castilla y León	28
4.1. Modelo de salud mental y red de recursos de atención a la salud mental en Castilla y León	29
4.2. Iniciativas desarrolladas para el impulso de la humanización en salud mental en Castilla y León	31
4.3. Situación de los profesionales respecto a la humanización en salud mental	31
4.3.1. Formación en competencias para la mejora de la humanización en la atención	32
4.3.2. Evaluación del "burnout" de los profesionales	33
4.3.3. Actitudes de los profesionales ante el estigma	34
4.4. Oportunidades de mejora en la humanización de los servicios de salud mental	35
5. Definición estratégica	38
5.1 Misión, visión y valores	39
5.1.1. Misión	39
5.1.2. Visión	39
5.1.3. Valores	39
5.2 Líneas estratégicas, objetivos y actividades	40
5.2.1. Personas primero	43
5.2.2. Desde las personas a los servicios	45
5.2.3. Asistencia centrada en la persona	47
5.2.4. Procesos sensibles al cambio	49
5.2.5. Actividad y ambientes positivos y humanos	50
5.2.6. Re-innovando personas	53
5.2.7. Personas sin marcas	54
6. Implantación, evaluación y seguimiento	57
6.1 Gobierno del Plan	58
6.1.1. Estructura Directiva	58
6.1.2. Estructura Operativa	59
6.2 Cronograma de implantación	59
6.3 Indicadores de monitorización	65



Anexos	84
Anexo 1. Información complementaria	85
Línea estratégica 1. Personas primero	85
Línea estratégica 2. Desde las personas a los servicios	88
Línea estratégica 3. Asistencia centrada en la persona	90
Línea estratégica 4. Procesos sensibles al cambio	90
Línea estratégica 5. Actividad y ambientes positivos y humanos	91
Línea estratégica 6. Re-innovando personas	92
Línea estratégica 7. Personas sin marcas	93
Anexo 2. Enfoque metodológico de definición del Plan	97
Anexo 3. Relación de participantes	100
Anexo 4. Índice de acrónimos y abreviaturas	102
Anexo 5. Índice de figuras, gráficos y tablas	103
Índice de gráficos	103
Índice de ilustraciones	103
Índice de tablas	104
Anexo 6. Bibliografía	105

1

P R E S E N T A C I Ó N



1. P R E S E N T A C I Ó N

El Plan de Humanización en Salud Mental viene a completar una serie de actuaciones desarrolladas por la Junta de Castilla y León, entre las cuales queremos destacar la recientemente aprobada Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030, una de cuyas líneas transversales es precisamente la Humanización.

Se alinea, asimismo, desde la perspectiva de la salud mental, con el Plan Persona. Centrando la Asistencia en Ti, aprobado en el año 2021, que mantiene su vigencia.

La Humanización como concepto aplicado a la sanidad persigue un abordaje integral de la persona en el cual se tengan en cuenta las dimensiones psicológicas, biológicas y sociales. Porque en medicina no tratamos enfermedades, sino personas con enfermedades. La humanización pone el foco en la persona enferma, pero también en los profesionales que la atienden, incluyendo en este último grupo a los cuidadores y al personal sanitario.

Trasladar el concepto de Humanización a la salud mental tiene una serie de connotaciones específicas a las que se pretende dar respuesta con esta iniciativa. Quiero destacar alguna de ellas, como es la lucha frente al estigma, que sigue presente en las personas con problemas de salud mental, o la necesidad de reducir en el mayor grado posible aquellas medidas de carácter coercitivo que aún existen en este ámbito.

En Castilla y León, ya la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, introduce la necesidad de potenciar los aspectos humanos de la asistencia, profundizando en la autonomía y capacidad de las personas con problemas de salud. Los derechos de las personas afectas de este tipo de trastornos no son diferentes al de aquellas con otro tipo de enfermedades, por lo que es necesario dar especial relevancia a su participación en la toma de decisiones que les afectan.

Por último, quiero agradecer a todas las personas que han hecho posible este Plan, y en especial al tejido asociativo, su trabajo, su disponibilidad y su sensibilidad en esta materia. En un momento como este de incremento preocupante de los trastornos mentales, los ciudadanos castellanos y leoneses, como destinatarios finales de estas medidas, serán quienes juzguen nuestros aciertos en un campo tan relevante para lograr la satisfacción plena con nuestro sistema de salud.

2

¿POR QUÉ UN PLAN DE HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL?



2. ¿POR QUÉ UN PLAN DE HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL?

En Castilla y León, la Consejería de Sanidad inició hace tiempo un proceso de reflexión para mejorar la asistencia de su sistema de salud. Como resultado, el día 27 de octubre de 2021, la Gerencia Regional de Salud presentó el '**Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Tí**' (en adelante "Plan Persona") cuyo objetivo es progresar en la humanización de la atención sanitaria, avanzando en la armonización entre las necesidades físicas, psíquicas y sociales de las personas, acompañantes y cuidadores, y las competencias de los profesionales.

De esta manera, su diseño se llevó a cabo a través de una metodología muy participativa, de modo que el documento resultante representa el consenso de los principales agentes implicados en el proceso de atención de las personas que sufren alguna clase de patología y/o trastorno y sus familiares en Castilla y León, incluidos ellos mismos.

Como resultado, el Plan Persona establece 5 áreas generales de intervención, dentro de las cuales hay 15 ámbitos de actuación y 30 proyectos a desarrollar (Ilustración 1).

Ilustración 1. Áreas de intervención, ámbitos de actuación y proyectos de Plan Persona.



Fuente: Elaboración propia.



En este contexto, si bien el Plan Persona establece un marco general para el desarrollo de iniciativas en el ámbito de la práctica afectiva, el documento también expresa la necesidad de abordar la humanización en el área de la salud mental a través de un **plan específico**.

Las personas con trastornos mentales requieren una **elevada necesidad de recibir servicios de atención sanitaria**, no sólo por su patología psiquiátrica, sino también por otros problemas de salud asociados. La frecuentación en unidades hospitalarias de psiquiatría en España fue de 2,24 altas por mil habitantes en 2023 (2 altas por 100000 habitantes en unidades de hospitalización breve y sólo un 0,24 por mil habitantes en unidades de media y larga estancia), mientras que la frecuentación en consultas de psiquiatría fue de 123,68 consultas por mil habitantes [1].

Cuando estas personas precisan **hospitalización**, ésta requiere una atención **más intensiva y prolongada en el tiempo** que otras personas con diferente diagnóstico, en particular en los casos de trastorno grave. De hecho, los trastornos mentales causaron 5,05 millones de estancias en servicios de psiquiatría (1,87 millones en unidades de hospitalización breve/de agudos) en España en 2023. Esto supone un 13,42% de las estancias hospitalarias totales en ese año, con una estancia media de 46,66 días, seis veces y media más que la estancia media global, que fue de 7,12 días. Debe tenerse en cuenta que en el área de psiquiatría, a pesar de un número de ingresos y altas muy inferior, el mayor número de estancias se da en unidades de media y larga estancia, de manera que 1,87 millones se corresponden con unidades de hospitalización breve, con una estancia media de 19,40 días y 3,18 millones de estancias en unidades de hospitalización de media con una estancia media de 272,54 días [1].

Además, estas personas se enfrentan a un sufrimiento más intangible que depende de alteraciones del pensamiento, de las emociones o de la conducta y que, para muchos de ellos, puede ser incomprendible y objeto de temor, pudiendo dar lugar a situaciones de discriminación y estigma que aumentan dicho sufrimiento y dificultan su recuperación [2].

Debido a todo ello, la **humanización** es un concepto cada vez más importante en los servicios de atención a la **salud mental**, y se refiere a la necesidad de tratar a las personas que sufren de trastornos mentales como lo son: seres humanos con dignidad y derechos iguales a los del resto de la población. Esto significa tratar a los pacientes con humanidad, compasión y respeto.

Asimismo, la humanización en salud mental también significa que se reconozcan y respeten los **derechos humanos** inherentes a las personas con trastornos mentales. Esto incluye el derecho a la privacidad, al tratamiento justo, al acceso a los servicios de salud mental, a la información y a la educación. También incluye el derecho a ser tratado como una persona, no sólo como un enfermo; el derecho a expresar sus opiniones y sentimientos; el derecho a que se contemplen sus preferencias y deseos en el contexto de su forma de entender la vida; el derecho a una vida independiente, libre de discriminación y aceptación; así como el derecho a un trato digno y respetuoso. Por esto, en la humanización de la atención a la salud mental adquieren particular importancia las medidas de garantía de los derechos de los usuarios (especialmente en los casos de ingresos involuntarios), de participación de los afectados en el proceso de atención (con la promoción de la toma de decisiones de estas personas mediante las decisiones compartidas y la formulación de instrucciones previas) y de medidas que contribuyan a reducir la discriminación y el estigma.



Respecto a la humanización en la atención a niños/as y adolescentes con trastornos mentales adquiere una importancia aún mayor debido a su necesidad especial de recibir un tratamiento que respete sus deseos y decisiones, tratándoles acorde a su capacidad de comprensión y edad. Los niños/as y adolescentes son particularmente vulnerables al estigma y a la discriminación, por lo que los sistemas de salud deben trabajar para proporcionarles un entorno seguro y acogedor, ayudarles a comprender su condición, escuchar sus opiniones y respetar sus derechos.

Por otro lado, dentro de los trabajos preparatorios para la elaboración de la **Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030**, se realizó una encuesta dirigida a distintos agentes implicados en la atención a personas con trastornos mentales sobre las prioridades en la definición de la Estrategia (incluidos profesionales sanitarios, gestores, profesionales de la red de atención a drogodependencias, de la educación, de servicios sociales, el ámbito jurídico-legal, prensa y personas con un diagnóstico de trastorno mental y sus familiares). Se definieron cinco líneas transversales preguntando sobre la prioridad relativa de cada una. De los 500 cuestionarios válidos recibidos se deduce que la "Humanización de la atención a la salud mental" se considera la línea estratégica de mayor prioridad (media de 8,89 en escala de 1 a 10), seguida de "Promoción de la salud mental y prevención" (8,81), "Continuidad asistencial y coordinación" (8,77), "Gestión del conocimiento" (7,56) y "Digitalización y sistemas de información" (7,18). De los seis componentes de la línea de "Humanización de la atención a la salud mental", el orden de prioridad que señalan los encuestados es: "Garantía de los derechos y autonomía de los usuarios" (8,68), "Información y acogida" (8,44), "Lucha contra el estigma" (8,43), "Participación de los usuarios" (8,25), "Adaptación de las instalaciones sanitarias" (7,73), "Evaluación de satisfacción de usuarios" (7,62) y "Hacia la contención cero" (7,29).

En este contexto, y como resultado del compromiso de la Junta de Castilla y León de continuar mejorando la humanización en la atención sanitaria que se presta en Castilla y León, nace el **Plan de Humanización en Salud Mental de Castilla y León**, que se alinea con el planteamiento del Plan Persona a la vez que define un abordaje estratégico adaptado a las particularidades de la atención a las personas con trastornos de salud mental, así como de sus familiares y cuidadores y desarrolla y completa de forma específica la línea estratégica de Humanización presente en la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030.

3

MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO



3. MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO

3.1 Marco normativo

El marco normativo en el que se desarrolla el presente plan comprende aquellas normas y leyes orientadas a garantizar una **asistencia digna** y con pleno cumplimiento de sus **derechos** a las personas que requieran de servicios para la atención a cualquier clase de problema de salud mental, regular la atención a la salud mental, la accesibilidad a la misma y la integración de esta población en la sociedad.

Asimismo, este marco normativo establece los cauces para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, así como la adecuación de las diferentes actividades vinculadas a la salud mental y su humanización.

3.1.1. Marco normativo nacional

- **El artículo 10 de la Constitución Española de 1978** [3] reconoce que la Constitución es conforme con la Declaración Universal de Derechos Humanos, y establece que la dignidad de la persona y los derechos inviolables que le son inherentes son un fundamento del orden político y de la paz social. Además, en su artículo 43, se reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que es competencia de los poderes públicos ordenar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios necesarios. También el artículo 49 regula la atención a las personas con discapacidad.
- La **Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta** [4], reconoce el derecho de los pacientes a recibir dicho informe cuando hubieran producido al menos una estancia hospitalaria.
- La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** [5], tiene por objeto hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española [3], y destaca, entre otros aspectos, la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, promoviendo el respeto a la dignidad, personalidad, libertad e intimidad de la persona, garantizando la salud y la confidencialidad de la información relacionada con su proceso y evitando cualquier tipo de discriminación. La ley menciona en su artículo 18 la promoción y mejora de la salud mental y dedica el capítulo III a la salud mental.
- La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** [6], regula diferentes aspectos como la información y la documentación clínica, así como la decisión libre, el consentimiento informado del usuario y el derecho a la intimidad.
- La **Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** [7], dispone el marco legal para una prestación asistencial y cooperativa de calidad por los servicios sanitarios para garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de



Salud, a la vez que la colaboración activa de este en la reducción de las desigualdades en salud. El artículo 12 expone que la atención a la salud mental es una responsabilidad compartida entre los equipos de atención primaria y servicios de atención especializada, debidamente coordinados. Además, en su artículo 28 de garantías de calidad y servicios de referencia, se establece que las comunidades autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones y las instituciones asistenciales abordarán actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad.

- La **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias** [8], pone en manifiesto la regulación de los principios generales que deben regir el modelo de relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas, respetando la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, así como la participación de estas en las tomas de decisiones que les afecten, siempre teniendo en cuenta que deben tener acceso a información suficiente y adecuada.
- El **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por la que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** [9] y el procedimiento para su actualización, contempla la atención a la salud mental en la cartera de servicios comunes de atención primaria y de atención especializada.
- La **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública** [10] pretende dar una respuesta de enfoque actual al artículo 43 de la Constitución Española [3] que hace referencia al derecho a la protección y organización de la salud a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- La **Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica** [11], pretende adecuar el ordenamiento jurídico nacional a lo establecido en la **Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad**, llevada a cabo en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 [12]. De este modo, se pretende promover, proteger y asegurar los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, así como promover el respeto de su dignidad inherente.

3.1.2. Marco normativo en Castilla y León

- La **Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud** [13], aspira a promover el cumplimiento de estos, determinar los criterios generales para su mayor eficacia, y establecer el marco de las medidas administrativas dirigidas a su mejor protección y garantía. El ámbito de aplicación de esta Ley se extiende a todos los centros, servicios o establecimientos ubicados en el territorio de Castilla y León en los que se realicen actuaciones sanitarias, ya sean de titularidad pública o privada. Concretamente, reconoce en su artículo 4.2 que las actuaciones del Sistema de Salud de Castilla y León se orientarán a la humanización de la asistencia, a ofrecer una atención individual y personalizada, y a promover la comodidad, el bienestar físico y psíquico, la comprensión y el trato adecuado del paciente y de sus familiares o personas vinculadas.



- El **Decreto 119/2004, de 25 de noviembre** [14], por el que se regulan los criterios de utilización de habitación de uso individual en los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León o concertados con este, desarrolla el derecho recogido en la **Ley 8/2003, de 8 de abril** [13]. Este Decreto tiene por objeto regular el ejercicio del derecho de utilización de habitación de uso individual y establecer los criterios de este uso en las unidades de hospitalización de todos los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León.
- El **Decreto 40/2003, de 3 de abril** que regula las Guías de información al usuario y los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario [15].
- La **Orden SAN/279/2005, de 5 de abril** [16], por la que se desarrolla el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario y se regulan la gestión y el análisis de la información derivada de las mismas.
- El **Decreto 101/2005, de 22 de diciembre** [17], por el que se regula la Historia Clínica tiene por objeto el desarrollo del marco regulatorio de la historia clínica, como instrumento clave en la relación médico-paciente, según establece la Ley 8/2003, de 8 de abril [13].
- **Decreto 23/2024, de 21 de noviembre** [18], por el que se regula el procedimiento de formalización de instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de instrucciones previas de Castilla y León.
- El **Decreto 68/2008, de 4 de septiembre** [19], por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León.
- La **Ley 8/2010, de 30 de agosto** [20], de ordenación del sistema de salud de Castilla y León, establece el marco legal de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección integral de la salud. Además, incluye la humanización de la asistencia sanitaria y la atención personalizada al paciente como uno de los principios rectores del Sistema de Salud de Castilla y León.
- La **Orden SAN/51/2025, de 24 de enero** [21], por la que se aprueba la Estrategia de Asistencia en Salud Mental 2024-2030, reconoce la humanización como uno de los criterios transversales que han de marcar el desarrollo de cada una de sus líneas estratégicas.



3.2 Marco estratégico

3.2.1. Marco estratégico internacional

La atención a la salud mental es uno de los principales objetivos estratégicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 2013, la OMS lanzó el presentó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 que tiene como propósito la mejora de la salud mental mediante 4 objetivos a lograr por parte de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y los asociados nacionales e internacionales [22] (Ilustración 2).

Ilustración 2. Objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030.

- 1 Refuerzo del liderazgo y gobernanza en el ámbito de la salud mental
- 2 Proporción de servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios
- 3 Puesta en práctica de estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental
- 4 Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental

Fuente: Elaboración propia.

Para alcanzar estos objetivos, el Plan establece un conjunto de actuaciones a desarrollar, varias de las cuales están enfocadas en la mejora de la humanización por parte de los sistemas de salud nacionales y regionales, tal y como las siguientes:

- Garantizar que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales tengan un papel y una autoridad formales para influir en el proceso de diseño, planificación e implementación de políticas, leyes y servicios.
- Desarrollar e implementar estrategias nacionales integrales para la prevención del suicidio.
- Liderar y coordinar una estrategia multisectorial que combine intervenciones universales y específicas para: promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos.
- Implementar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales relacionados con la salud mental dentro de todos los sectores relevantes, incluidos códigos de práctica y mecanismos para monitorear la protección de los derechos humanos y la implementación de la



legislación, en línea con la evidencia, las mejores prácticas, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

En junio de 2022, la OMS publicó el informe *"World mental health report: Transforming mental health for all"* en el que se alerta acerca del empeoramiento de la salud mental de la población mundial y se insta a todos los países a acelerar la aplicación de las actuaciones recogidas en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. Este informe sirve a su vez como actualización del Plan, realizando un especial hincapié en la necesidad de invertir en estrategias para abordar el estigma, la discriminación y el abuso [23].

A nivel europeo, el **Marco de Acción Europeo de la OMS en Salud Mental 2021-2025** [24], está alineado con el Plan de acción integral de salud mental de la OMS 2013-2030 y tiene en cuenta los cuatro objetivos acordados a nivel mundial para la salud mental, pero está estructurado en torno a objetivos específicos y acciones que reflejan las necesidades, desafíos, diversidad y oportunidades particulares en la Región Europea de la OMS. Entre dichas acciones, se incluye la necesidad de desarrollar e implementar herramientas de defensa y comunicación para abordar el estigma y la discriminación, y planes integrales multisectoriales para la prevención de autolesiones y suicidios entre las personas más jóvenes.

Por otra parte, la **Comisión Europea** ha enfocado sus esfuerzos en mejorar la salud mental de la población. El informe *"Health at a Glance Europe"* 2018 [25] destacó que 84 millones de personas en la UE sufren problemas de salud mental. La pandemia de COVID-19 y la crisis económica posterior aumentaron la presión sobre el bienestar mental de la población, como evidencian los registros de niveles de estrés, ansiedad y depresión y se refleja en el informe *"Health at a Glance Europe"* 2020 [26].

La actuación de la Comisión en relación con las enfermedades no transmisibles y la salud mental se basa en marcos políticos internacionales, en particular en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas [27] y los nueve objetivos voluntarios mundiales establecidos por la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles [28]. Los esfuerzos se centran en apoyar y complementar las políticas de los países de la UE y promover la adopción de buenas prácticas, dando prioridad a la salud mental como ámbito de aplicación e incluyendo aquellas orientadas a promover una mayor humanización de los servicios de salud mental [29].

3.2.2. Marco estratégico nacional

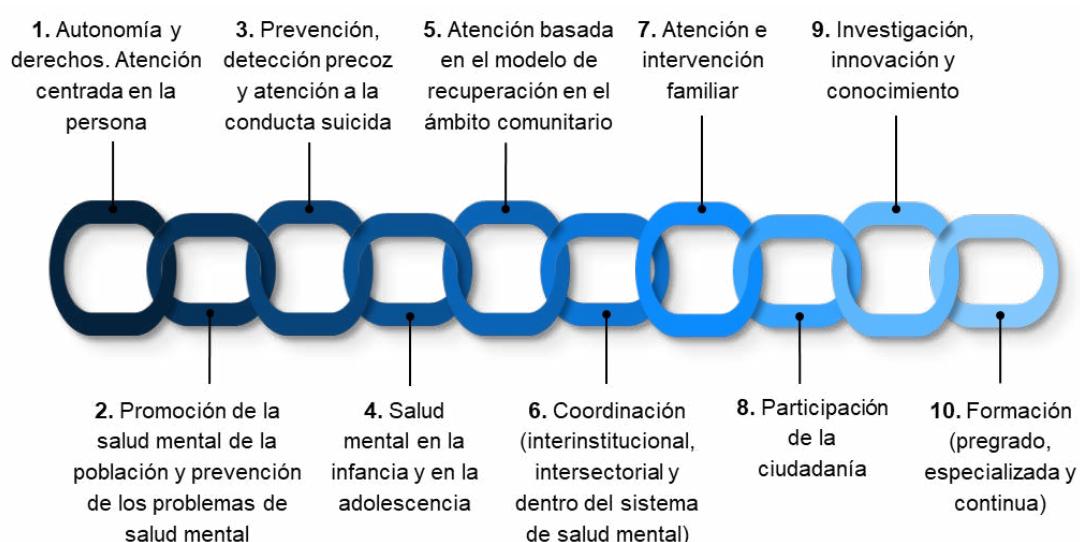
Aunque a nivel nacional no existe una estrategia específica para el abordaje de la humanización, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022 – 2026) [30] sí establece líneas de actuación para el desarrollo de la humanización en este ámbito. En ella se incorporan los principios clave en el abordaje de la salud mental, como el enfoque de género, la defensa de la autonomía y de los derechos, la lucha contra el estigma, el protagonismo de las personas afectadas y sus familias, el modelo comunitario de atención en salud mental, y la toma de decisiones



compartidas y acordadas entre profesionales y personas afectadas.

Entre los objetivos de la estrategia se encuentran algunos vinculados directamente a la mejora de la humanización, como "impulsar el buen trato a la infancia y la adolescencia, el respeto de los derechos fundamentales del niño y la humanización en la asistencia" e "impulsar una formación a los profesionales desde un modelo centrado en la persona y en el fomento de su autonomía y sus derechos". Dichos objetivos y las recomendaciones para su logro se estructuran en 10 líneas estratégicas [30] (Ilustración 3).

Ilustración 3. Líneas estratégicas de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022 – 2026)



Fuente: Elaboración propia.

Los principios de esta estrategia son la base del **Plan de Acción en Salud Mental (2022 - 2024)** [31], teniendo en cuenta las necesidades surgidas o exacerbadas a raíz de la pandemia por la COVID-19.

Entre estas acciones se incluye el desarrollo de estructuras participativas, a nivel de centros de salud mental de la CCAA, incluyendo personas con problemas de salud mental en los grupos y comisiones de trabajo, el establecimiento de mecanismos para prevenir las restricciones involuntarias en pacientes con problemas de salud mental y la realización de campañas para la promoción de la salud mental, especialmente referente a la lucha contra el estigma y a la prevención de la conducta suicida, entre otras.



3.2.3. Marco estratégico a nivel autonómico

3.2.3.1. Marco estratégico en Castilla y León

El **IV Plan de Salud de Castilla y León** [32] incluye entre sus objetivos “Mejorar la atención a las personas con enfermedad mental, eliminar el estigma y promover acciones para su recuperación”. Asimismo, promueve el impulso de un modelo comunitario de atención a los trastornos mentales, el desarrollo de procesos específicos de salud mental para la población infanto-juvenil y acciones para una parentalización positiva, la lucha para la erradicación del estigma, la mejora de la capacidad resolutiva de atención primaria y la implantación de un proceso de atención a la conducta suicida.

En esta misma línea, la humanización ha sido considerada por todos los profesionales consultados para el desarrollo de la **Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030**, como el criterio fundamental de establecimiento de sus objetivos y es por ello por lo que la Humanización en la Salud Mental figura como la primera de sus líneas transversales desarrollándose en cada una de las líneas estratégicas -conductas suicidas, trastorno mental común y atención primaria, salud mental en la infancia y la adolescencia, trastorno mental grave, salud mental y adicciones, salud mental en grupos de mayor vulnerabilidad, salud mental de las personas mayores- a través de un objetivo general y otros específicos vinculados a este Plan.

Asimismo, se han impulsado documentos específicos para el abordaje de estas cuestiones, como la **Estrategia de Atención a la Conducta Suicida en Castilla y León 2021-2025** [33], que tiene como objetivo la prevención y la reducción de la mortalidad por suicidio y asegurar la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales, así como con los ámbitos de educación y servicios sociales y otros agentes implicados en la atención de las personas con conducta suicida.

Por otra parte, el Proceso de atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental [34] tiene como objetivo garantizar el acceso y la continuidad de cuidados, a través de la coordinación interdisciplinar, de aquellas personas con un trastorno crónico complejo en salud mental, para los que se hace necesario una mayor intensidad en las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, atendiendo sus necesidades en su entorno familiar habitual, y contribuir a mejorar su estabilidad clínica, favoreciendo la autonomía e integración comunitaria, obteniendo como resultado una reducción de recaídas e ingresos hospitalarios.

En el ámbito de la **humanización**, la Consejería de Sanidad de Castilla y León presentó el “**Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti**” [35] el 27 de octubre de 2021. Su objetivo es avanzar en la humanización de la atención sanitaria ocupándose de la mejora de la calidad humana del proceso de atención a la salud para todos los actores implicados en el mismo, es decir, los pacientes, acompañantes, cuidadores y profesionales. Para ello, se establecen 5 áreas generales de intervención, dentro de las cuales hay 15 ámbitos de actuación y se pondrán en marcha 30 proyectos (Ilustración 4).



Ilustración 4. Marco de actuación del Plan Persona



Fuente: **Marco de actuación del Plan Persona. "Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti"**

3.2.3.2. Marco estratégico en otras Comunidades Autónomas

Planes autonómicos de humanización

Además de Castilla y León, otras comunidades autónomas que configuran el territorio nacional han desarrollado planes en materia de humanización como Galicia, Castilla y León, Extremadura, Asturias, Navarra, Islas Baleares, Madrid, Andalucía y Canarias (Ilustración 5).

Ilustración 5. Distribución nacional de planes vinculados a la humanización.



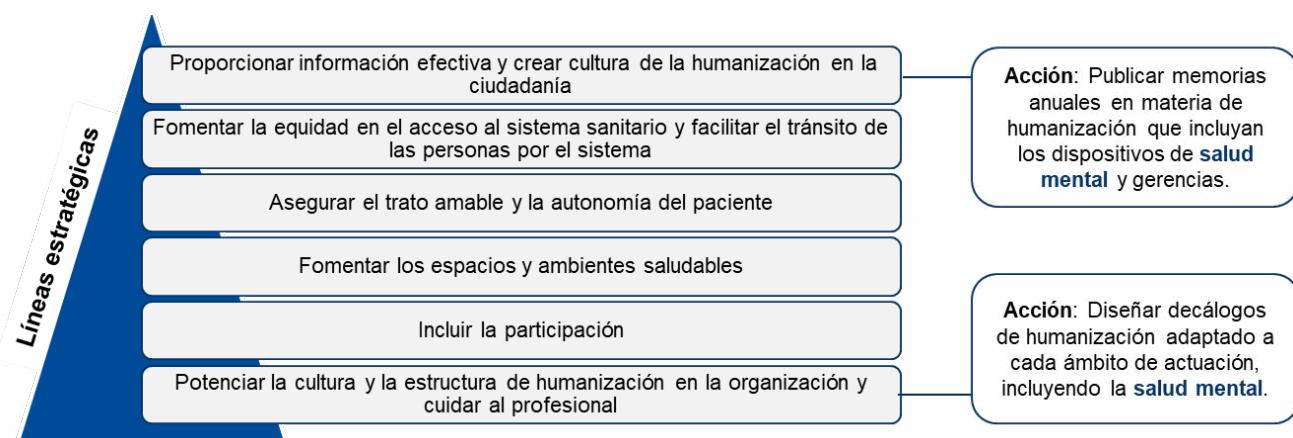
Fuente: **Elaboración propia.**



Generalmente, los planes de humanización autonómicos no establecen medidas específicas a desarrollar en el ámbito de la salud mental, a pesar de que los servicios de atención a la salud mental sí que estén incluidos en el alcance de actuaciones de carácter global.

Por ejemplo, el **Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud de las Islas Baleares 2022-2027** [36] incluye el diseño de decálogos de humanización sanitaria adaptados a cada ámbito de actuación, incluyendo la salud mental, en su línea estratégica "Potenciar la cultura y la estructura de humanización en la organización y cuidar al profesional". Asimismo, en la línea estratégica "Proporcionar información efectiva y crear cultura de humanización en la ciudadanía", se establece como acción la publicación de memorias anuales en materia de humanización que incluyan los dispositivos de salud mental y gerencias (Ilustración 6).

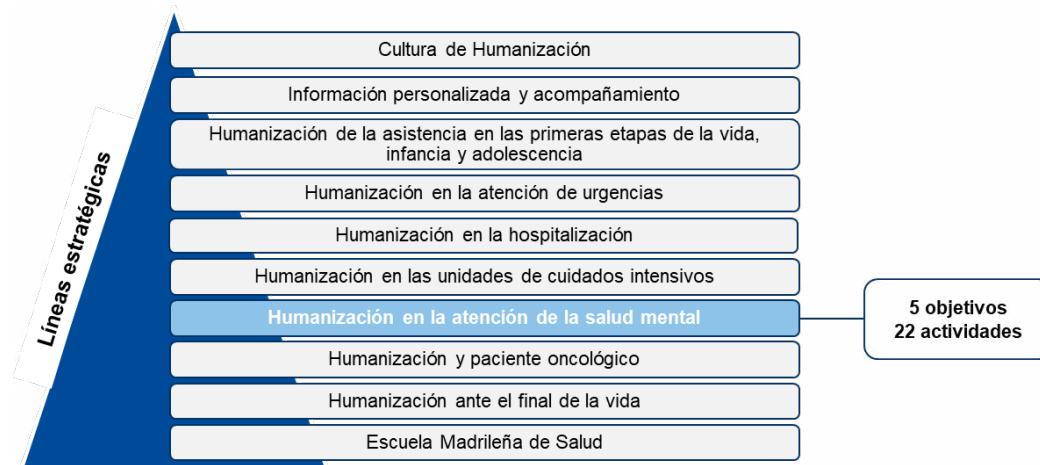
Ilustración 6. Líneas estratégicas del Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud de las Islas Baleares 2022-2027 y su vinculación con la salud mental.



Fuente: Elaboración propia.

Anteriormente, el **Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019** [37] sí que incluyó la humanización en la atención de la salud mental como una de sus líneas estratégicas, definiendo 22 actividades destinadas a la lucha contra el estigma en salud mental, el fomento de la individualización, implicación y participación activa de la persona atendida, y la protocolización de sujetaciones terapéuticas, entre otras cuestiones (Ilustración 7).

Ilustración 7. Líneas estratégicas del I Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019.



Fuente: Elaboración propia.



En el año 2022 se publicó su continuación, el **II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2022-2025** [38], que recoge la realización de acciones para la promoción del autocuidado en salud mental entre el personal sanitario y la puesta en marcha de medidas para facilitar una mejor atención a las personas que presenten este tipo de problemas.

Por último, en 2023, se ha publicado el **Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. Horizonte 25** [39], cuyo planteamiento parte de un ejercicio de reflexión interna en el que se enfatiza la importancia de considerar en primera línea de trabajo la salud mental. Asimismo, incluye entre sus actividades clave la elaboración de Proyectos centrados en la Humanización en el ámbito de la atención en salud mental.

Planes de salud mental autonómicos con foco en la humanización

A nivel autonómico, la mayoría de las comunidades autónomas han desarrollado un plan de salud mental, donde el paciente es el eje principal de la atención sanitaria, incluyendo la adopción de una perspectiva de atención holística que abarque los factores sociales, emocionales, físicos y sanitarios que influyen en el bienestar del paciente.

Sin embargo, la inclusión de manera específica del concepto de "humanización" en los planes de salud mental autonómicos es heterogénea y más aún el desarrollo de medidas para su impulso.

En este sentido, constituye una referencia el **Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026** [40], que tiene la humanización como valor inspirador que orienta del resto de valores y establece un apartado dedicado a las actuaciones en humanización para cada línea de acción planteada. Estas actuaciones se centran en la atención centrada en la persona y la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sanitarias (Ilustración 8).

Ilustración 8. Tipos de actuaciones en humanización en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Prevención y detección del burnout en el personal de los equipos de atención primaria |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mejora de la accesibilidad telefónica de las personas usuarias |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Actuaciones que aumenten la humanización en TMG y que aborden aspectos jurídico-legales |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Humanización en hospitalización |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Proyecto piloto "programa de acompañamiento en comunidad" |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mejora de la participación de personas usuarias y familia |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Promover la participación en los programas de atención psicogeriatrica |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Adecuación de espacios para la población infanto-juvenil |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Difusión de los recursos de ayuda a personas en situación de crisis (024 y teléfono de la esperanza) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Fomentar la participación de las personas usuarias en el proceso de toma de decisiones |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Evaluación del grado de satisfacción acerca de la atención recibida |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Facilitar la participación del paciente en toma de decisiones acerca del tratamiento antipsicótico |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Psicoeducación para prevenir recaídas |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Creación del grupo de apoyo psicológico al programa de salud reproductiva |

Fuente: Elaboración propia.



Por otra parte, el **Plan de Salud Mental de Aragón 2022-2025** [41] incluye la humanización de la salud mental como una de sus líneas estratégicas, proponiendo el desarrollo de las siguientes actuaciones:

- Abordaje del estigma: crear el observatorio del estigma en Salud Mental.
- Promoción la disminución de contenciones físicas en el ámbito sanitario mediante la creación de un registro autonómico de las intervenciones realizadas, la formación en abordajes alternativos y su implementación.
- Activación del Plan anticipado sobre decisiones en Salud Mental, garantizando su difusión entre usuarios y profesionales, así como su inclusión en Historia Clínica Electrónica y el seguimiento de sus resultados.
- Creación de grupos de apoyo mutuos y de la figura del paciente experto en el ámbito de la Salud Mental, potenciando la corresponsabilidad y la reciprocidad, así como el uso de modelos de devolución como escalas de satisfacción tras recibir asistencia sanitaria en los diferentes dispositivos de Salud Mental.
- Fomento de la arquitectura humanizada en espacios sanitarios, residenciales y de apoyo al alojamiento, con recursos suficientes que permitan un trato y acompañamiento dignos y respetuosos.

El **Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023** [42] promueve la humanización en la atención de salud mental e incluye líneas estratégicas, objetivos y actividades relacionados para lograrla. Concretamente, la octava línea estratégica de dicho plan incluye capacitación para profesionales de la Red de Salud Mental para fomentar la toma de decisiones compartidas y el uso del consentimiento, mejorando la autonomía, empoderamiento y protección de derechos de los usuarios. Además, el plan busca evitar la discriminación en los Servicios de Urgencias y mejorar la evaluación de satisfacción, necesidades y expectativas en los Servicios de Salud Mental. También se prevén programas de ayuda mutua y entrenamiento para personas con trastornos mentales, y acciones para reducir medidas coercitivas y situaciones de asimetría de poder en el ámbito de la salud mental.

Por último, cabe destacar el **Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025** [43], que enfoca su segunda línea estratégica en la protección de los derechos humanos y la autonomía de las personas con trastornos mentales y sus familias. Incluye formación sobre derechos en salud para profesionales y un código de buenas prácticas. Las líneas 3 y 4 apuntan a una atención integral y humana a las personas con problemas de salud mental, con especial atención a los grupos de trastornos graves y psicogeriatricos, y la mejora del ambiente terapéutico en los centros.



3.3. Buenas prácticas de humanización en salud mental

La aplicación de **buenas prácticas** constituye uno de los principales elementos a través de los cuales lograr una atención sanitaria cada vez más humanizada. Las buenas prácticas deben ir dirigidas tanto a los **profesionales** y a los **pacientes**, como a la **organización e infraestructuras** vinculadas, y deben abarcar conceptos como la salud integral, formación, profesionalidad, calidad, ética, apoyo, derechos, dignidad, sensibilización, empoderamiento y autonomía.

En este apartado se recogen algunos ejemplos de iniciativas desarrolladas tanto a nivel europeo como a nivel nacional para la implementación de buenas prácticas para la mejora de la humanización en servicios de salud mental.

Programas de reducción de la restricción mecánica

El **Lovisenberg Diaconal Hospital de Oslo** (Noruega) constituye una referencia en cuanto a logros para la reducción del uso de sujeciones mecánicas en unidades de hospitalización para pacientes con problemas de salud mental. Su proyecto se centra en el desarrollo profesional del personal, con intervenciones específicas dirigidas a mejorar su habilidad en el manejo de episodios de agresión, mediante formación y directrices. Además, se establecen una serie de actuaciones a llevar a cabo (Ilustración 9). En los cinco años posteriores al inicio de la iniciativa, las tasas de sujeciones mecánicas descendieron un 85,0%. Durante este periodo, no se registró un aumento de las lesiones del personal ni de las bajas por enfermedad [44].

Ilustración 9. Actuaciones desarrolladas en el Lovisenberg Diaconal Hospital para la reducción de la restricción mecánica

- Retirada de las camas con cinturones visibles utilizadas para sujeciones mecánicas.
- Visualización diaria de los días de uso de sujeciones no mecánicas en un calendario para el personal.
- Aplicación sistemática de la evaluación de la violencia, mediante el uso de herramientas específicas, haciendo hincapié en la búsqueda del motivo de la agresión.
- Implementación de una rutina estándar para informar a los nuevos pacientes sobre los procedimientos ante agresiones y conflictos.
- Adaptación del entorno físico y la actitud del personal para ofrecer a los usuarios la posibilidad de resolver situaciones tensas y de sentirse atrapado.
- Se revisaron y redujeron en la medida de lo posible las normas de seguridad.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el modelo “**Six Core Strategies**” para la reducción de los eventos de reclusión y restricción en base a seis ejes de actuación (Ilustración 10), fue desarrollado originalmente en los EE. UU., aunque también se ha empleado en países como Reino Unido, Canadá, Australia y Finlandia logrando importantes resultados en cuanto a reducción de restricciones [45, 46, 47, 48].



Ilustración 10. Ejes de actuación del modelo "Six Core Strategies"



Fuente: Elaboración propia.

Desarrollo de infraestructuras más humanizadas

En los últimos años se han ido habilitando “espacios multisensoriales” para pacientes de Psiquiatría, con el fin de emplearlos para favorecer la tranquilidad y relajación ante situaciones de gran ansiedad y tensión, con el apoyo de los profesionales, “salas confort” que humanizan el cuidado de los pacientes, y otro tipo de espacios como terrazas o huertos, que ofrecen alternativas de terapia ocupacional.

Como decimos, esta inclusión de espacios más humanizados se ha ido instaurando progresivamente en hospitales de todo el país, siendo pioneros el **Hospital Universitario de Navarra** [49], el **Hospital General Universitario Santa Lucía** (Cartagena) [50] o el **Hospital Royo Villanova** (Zaragoza) [51].

Programas de apoyo entre iguales en salud mental

En los últimos años se ha producido un rápido crecimiento y expansión de iniciativas para el apoyo entre iguales en salud mental. Andalucía fue la primera región española en implementar una formación de pares en 2010 a través del **Proyecto de Ayuda Mutua** en servicios de salud mental. Este proyecto fue coordinado por la **Escuela Andaluza de Salud Pública** y la Federación Andaluza de Asociaciones de Personas con Enfermedad Mental [52].

Más recientemente, el **Gobierno de Castilla-La Mancha**, con el apoyo de la **Fundación Socio-sanitaria de Castilla-La Mancha**, ha llevado a cabo un proyecto de “**Expertos por Experiencia**”. Este proyecto tiene como objetivo integrar a personas con problemas de salud mental en el equipo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) para trabajar como profesionales [53].



Reducción del estigma

En la Comunidad de Madrid, los profesionales del **Hospital Dr. R. Lafora**, han desarrollado un programa denominado “ESTIGMA ZERO”, en el que, a través de una serie de actividades grupales en escuelas, centros de formación y hacia otros públicos de interés, se reflexiona sobre el concepto de salud mental, enfermedad mental y estigma social, y las percepciones y actitudes individuales y colectivas hacia las personas que la sufren [54].

A finales del año 2022, en la **Comunidad Foral de Navarra**, los profesionales de la **Unidad de Rehabilitación de Salud Mental SNS-O** impulsaron la organización de una exposición denominada “ENTRE ALMAS”, con obras realizadas por las personas usuarias de la unidad, realizadas durante un taller de pintura sobre tela. La muestra se expuso con motivo del Día Mundial de la Salud Mental del año 2022, y se enmarca en el Programa Anti-estigma “Rompiendo Barreras” de Salud, que nació en 2014 con el fin de erradicar el estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales [55].

Políticas de puertas abiertas

En Europa, Alemania es el país que encabeza la adopción de políticas de puertas abiertas entre los países de altos ingresos. Algunos estudios a gran escala de datos de servicios relacionados con 349.574 admisiones a 21 hospitales psiquiátricos alemanes entre los años 1998 y 2012 sugieren que la adopción de políticas de puertas abiertas se asocia con una menor probabilidad de fugas e intentos de suicidio [56, 57, 58], además se reducen la violencia y la coerción.

Protocolos para la mejora de la relación usuario – personal sanitario

El **modelo ‘Safewards’** es un programa que tiene como objetivo lograr minimizar las políticas de restricción y el aislamiento de las personas las unidades de salud mental a través de un conjunto de actuaciones, entre las que se incluye el fomentar que el personal sanitario proporcione información no controvertida y sobre sí mismos que les complace compartir con los usuarios.

En el Reino Unido, se han llevado a cabo controles aleatorios en 15 hospitales elegidos al azar, encontrándose que las intervenciones simples destinadas a mejorar las relaciones del personal con los pacientes reducen la frecuencia del conflicto y la coerción, haciendo más confortable la estancia a los usuarios de las unidades de salud mental que se encuentran ingresados [59].

Otras iniciativas de adopción de buenas prácticas

Cabe destacar las numerosas iniciativas de implantación de buenas prácticas relacionadas con la humanización en el ámbito asociativo y universitario, que comprenden actividades formativas, campañas de difusión sobre la lucha contra el estigma, programas de apoyo a personas con problemas de salud mental, organización de actividades para la mejora de la calidad del ocio y tiempo libre, etc.

La **Fundación Manantial** ha creado el **Programa Casa Verde**, un estudio piloto evaluado por la **Universidad de Comillas**, que atiende a madres con problemas de salud mental, sus hijos e hijas de entre cero y cinco años, y padres y mujeres embarazadas. Su objetivo es mejorar la calidad de



vida de los menores, prevenir trastornos mentales y de conducta, y compensar los posibles déficits en la crianza. Para lograrlo, Casa Verde cuenta con un equipo multiprofesional especializado en psicología, educación y trabajo social, que proporciona atención domiciliaria y en la comunidad, psicoterapia e intervenciones grupales especializadas [60].

La **Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental** (AVIFES) ha desarrollado la Colección Apuntes "Aprendiendo de las emociones" con el fin de capacitar a los familiares de personas que padecen enfermedad mental en la gestión emocional, estrategias de convivencia, información, apoyo emocional y orientación [61].

APICES Salud Mental Cartagena y el Servicio Murciano de Salud han establecido un convenio de colaboración para el desarrollo de un programa de implantación de la figura del mediador hospitalario, destinado a personas con problemas de salud mental con un alto nivel de ingresos hospitalarios. Este mediador acompaña al paciente durante el proceso de estabilización, actuaciones posteriores al alta hospitalaria (revisiones médicas) y orientaciones para la elaboración de un plan de vida [62].

En 2021, el 83% de las personas que dispusieron de este servicio no generaron un nuevo ingreso hospitalario, un 89% mantuvo vínculo terapéutico con la figura del mediador y el 98% asistió a las revisiones del Centro de Salud Mental y enfermería [62].

La **Asociación de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental** (AFENES) colabora con el **Hospital Universitario Virgen de la Victoria** a través del acompañamiento de dos profesionales y dos personas voluntarias en la realización de salidas terapéuticas de personas internas en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Las salidas tienen una duración de 2 horas, en las que comparten actividades de grupo, se informa sobre el acceso a recursos, se entrenan habilidades y estrategias de comunicación y afrontamiento [63].

La **Universidad Miguel Hernández de Elche** ha puesto en marcha el **proyecto Super Skills: poderes emocionales para lograr niños felices**, que se enfoca en la detección y reducción de problemas emocionales en niños en edad escolar, y en las consecuencias que estos puedan tener. Para lograr este objetivo, el proyecto emplea personajes ficticios digitales que brindan información sobre cómo afrontar situaciones específicas y enseñan técnicas como la relajación. Además, se utilizan videos de niños reales como modelo práctico para el aprendizaje de estas habilidades [64].

4

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL • EN CASTILLA Y LEÓN



4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN

4.1. Iniciativas desarrolladas para el impulso de la humanización en salud mental en Castilla y León

En 2019 se celebró en Ponferrada la **XXXIII Reunión de la Asociación Castellana y Leonesa de Psiquiatría**, que tuvo el título de "En el lugar del otro. Psiquiatría y Humanización". En este evento, que contó con la participación de los servicios de Psiquiatría y Salud Mental de las 11 áreas de salud de Castilla y León, se abordó la relevancia del impulso de actuaciones para la mejora de la humanización en los servicios de psiquiatría y salud mental, así como la necesidad de un plan director en esta área para Castilla y León. Además, se compartieron algunas de las experiencias desarrolladas en esta área temática en los diferentes centros.

En dos de las áreas sanitarias de Castilla y León se ha implantado un marco concreto para el desarrollo de actuaciones de mejora de la humanización de sus servicios de psiquiatría y Salud Mental.

En **El Bierzo**, el programa "*Humanización Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital El Bierzo - Proyecto de mejora de la calidad asistencial y del ambiente terapéutico*" establece 8 líneas de acción a desarrollar:

1. Formación de profesionales en procesos y humanización: El plan formativo del servicio ha sido diseñado para fomentar la capacitación continua de los profesionales en relación con los procesos y la humanización de la atención.

2. Incremento tratamientos no farmacológicos: Con el objetivo de impulsar el empleo de estas opciones terapéuticas, se ha reorganizado la cartera de servicios y actividades a realizar.

3. Apertura de la Unidad: Se ha establecido un procedimiento específico que regula las salidas de las personas ingresadas en la unidad, garantizando una transición segura y eficaz de cada persona en el momento del alta.

4. Información sistematizada: Se ha mejorado y formalizado la información proporcionada en la acogida y durante el ingreso, con el fin de facilitar el acceso a información relevante, proteger la privacidad y los datos del paciente y fomentar la participación activa del paciente en su tratamiento.

5. Documentación de procesos y protocolos: Se han revisado los protocolos de la unidad, los consentimientos informados y el registro de la actividad.

6. Reducción de ingresos involuntarios y medidas coercitivas: Se ha incluido el uso de medidas dirigidas a la desescalada de la violencia y la coerción, y se lleva un registro actualizado del cumplimiento de estas medidas, con el fin de reducir el uso de medidas coercitivas y promover un enfoque terapéutico más respetuoso y efectivo.

7. Cultura de calidad: Con el fin de promover la mejora continua en la atención al paciente, se ha llevado a cabo una iniciativa de medición periódica de la satisfacción del usuario y las necesidades de mejora en la Unidad de Hospitalización. A finales de 2019 se realizó una encuesta centrada en el modelo SERHOS, y se analizaron los resultados con el objetivo de implementar mejoras.

8. Reducción del estigma: Se han realizado diversas actividades destinadas a difundir información veraz sobre los trastornos mentales y la salud mental, y se ha participado en actividades de



promoción y celebración de la salud mental en positivo, con el fin de reducir el estigma y mejorar la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales.

En **Salamanca**, se ha desarrollado un proyecto de humanización del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, estructurado en tres áreas de actuación (Ilustración 11).

Ilustración 11. Áreas de actuación del proyecto de humanización del Servicio de Psiquiatría.



Fuente: Elaboración propia.

En otras áreas de salud, si bien no consta el desarrollo de un marco específico para el desarrollo de acciones para la mejora de la salud mental, estas sí que se han venido desarrollando, tales como:

- Actividades de apoyo psicológico a profesionales, técnicas de mindfulness y formación relacionada con humanización, control de estrés y desarrollo de habilidades (resiliencia, empatía y compasión) de acuerdo con el proyecto 23 del Plan Persona, "cuidando a quien cuida".
- Protocolo de Hospitalización a domicilio dirigido a disminuir el impacto de los ingresos manteniendo al paciente en su ambiente.
- Atención comunitaria rehabilitadora mediante colaboraciones con entidades sociales, fundaciones y otros organismos relacionados con la inclusión social con el propósito de realizar actividades dirigidas a la integración, participación social activa y lucha contra el estigma.
- Actividades inclusivas, participación en el día de la salud mental y otras jornadas con contenidos deportivos, culturales y de comunicación en apoyo de la salud mental.
- Protocolo de ingreso/hospitalización con un plan organizado y de acogida e información al ingreso, que incluye la información al paciente y el consentimiento informado en intervenciones concretas como la Terapia Electroconvulsiva (TEC), contención mecánica, el plan terapéutico compartido
- Adecuación de las unidades de hospitalización y de sus actividades según la edad de los pacientes, así como la incorporación de múltiples actividades dirigidas a la normalización, inclusión y reducción del estigma.



4.2. Percepción de las personas con problemas de salud mental respecto a la humanización en su atención

La revisión de la satisfacción de los usuarios de los servicios de psiquiatría y salud mental es un aspecto relevante para la evaluación del nivel de humanización de la atención que se presta. En Castilla y León, aunque se ha avanzado en la revisión de la satisfacción de las personas que emplean servicios sanitarios de forma global, aún queda margen de mejora en la homogeneización de las prácticas de evaluación a nivel central en el ámbito de la salud mental, de manera específica, lo que dificulta la obtención de datos fiables.

La primera evaluación de los resultados de satisfacción de una encuesta tipo SERVHOS fue realizada por parte del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital del Bierzo a usuarios que estuvieron ingresados durante los meses de marzo y abril de 2019, de aplicación voluntaria y anónima.

En ella se valoraron diferentes aspectos asistenciales en un rango 1-10. Los resultados mostraron un Net Promoter Score (NPS) de 40 y una satisfacción global de 7,55/10. Cabe destacar que un 62,10% de los encuestados puntuaron 8,9 o 10 y un 72,40% puntuaron 7 o más.

Los aspectos mejor valorados fueron el trato del personal (38% de encuestados) y la profesionalidad (14%). En cambio, la valoración más baja la obtuvo la "actualización de tecnología" con un 6,67.

Además, se encontraron las siguientes **sugerencias de mejora**: habilitación de espacios al aire libre en la UHB (21% de encuestados), mejora o actualización de las instalaciones (14%), mejora de la comunicación (10%) e incremento de las actividades de ocio (7%).

4.3. Situación de los profesionales respecto a la humanización en salud mental

En el año 2021, SACYL llevó a cabo una encuesta entre los servicios de Psiquiatría y Salud Mental con el propósito de evaluar aspectos relacionados con el clima laboral de los profesionales (burnout, calidad de vida profesional) y algunos aspectos relacionados directamente con la humanización de los servicios (estigma hacia los trastornos de salud mental, formaciones realizadas y necesidades para mejorar aspectos de los profesionales y de la humanización en la asistencia).

La explotación estadística de las **197 respuestas** recopiladas nos permite obtener una visión sobre estas cuestiones, identificando tanto puntos fuertes como posibles áreas de mejora.

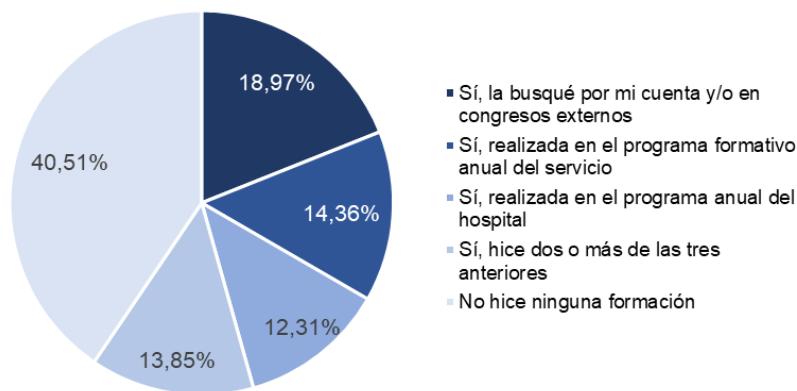


4.3.1. Formación en competencias para la mejora de la humanización en la atención

Un 73,98% de los encuestados reportó haber recibido formación en técnicas psicoterapéuticas y psicosociales en los últimos 5 años, con un 25,00% de los mismos indicando haber recibido 2 o más tipos.

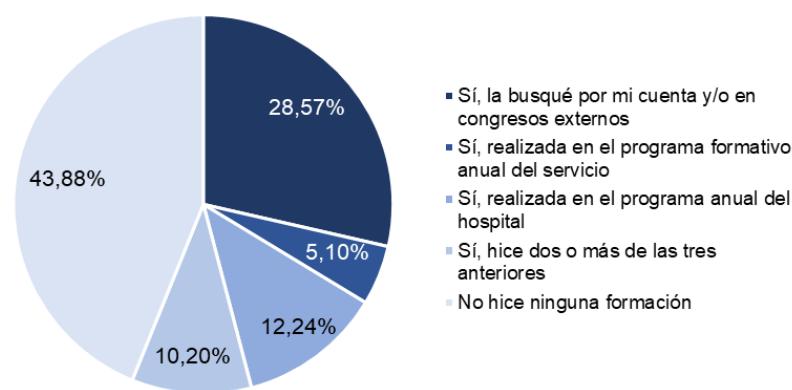
Al cuestionar acerca de la formación en manejo de situaciones difíciles, violencia, agitación, desescalada de medidas de contención, el porcentaje de personas que referían haber recibido formación se reducía al 59,49%, siendo un 13,85% de los profesionales los que indicaron haber recibido 2 o más tipos de formación (Gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentaje de respuestas de los profesionales acerca de haber recibido formación específica en los últimos 5 años en manejo de situaciones difíciles, violencia o técnicas de desescalada de medidas de contención.



Fuente: Encuesta de formación y clima laboral a profesionales de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Castilla y León 2021.

Gráfico 2. Porcentaje de respuestas de los profesionales acerca de haber recibido formación específica en los últimos 5 años en humanización, derechos de los usuarios y legislación sanitaria.



Fuente: Encuesta de formación y clima laboral a profesionales de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Castilla y León 2021.



En cuanto a formación en estigma en psiquiatría y salud mental, un 46,20% indicó haber recibido algún tipo de formación en los últimos 5 años, esta pregunta se hizo de forma dicotómica.

Igualmente, al preguntar sobre actividades o formación dirigida a abordar o prevenir el estrés o mejorar el clima laboral, solo un 23,90% referían haber realizado alguna de estas actividades en los últimos 5 años.

Por último, un 64,47% de los encuestados identificó necesidades prioritarias de formación. Las 4 áreas más prioritarias en la formación engloban aspectos de humanización en la asistencia, la gestión de relaciones humanas en el trabajo y mejora de clima laboral, técnicas para la gestión de riesgo de estrés del trabajador, y herramientas de comunicación y relación con el paciente.

4.3.2. Evaluación del “burnout” de los profesionales (71)

El Inventory de Burnout de Maslach (versión MBI – HS) es un cuestionario de 22 ítems ampliamente utilizado para medir el síndrome de burnout en personas que se desempeñan en actividades asistenciales. Consta de 22 preguntas tipo Likert (con 7 respuestas, desde 0 – Nunca/ninguna vez hasta 6 – Siempre/diariamente). El MBI-HSS define el síndrome de burnout como un constructo tridimensional que evalúa 3 aspectos específicos (Ilustración 12).

Ilustración 12. Dimensiones del MBI-HSS y número de ítems para su medición.

Cansancio emocional 	9 ítems para la valoración del sentimiento del profesional respecto a encontrarse saturado emocionalmente por su trabajo y sensación de no poder dar más de si en el ámbito emocional y afectivo
Despersonalización 	5 ítems que evalúan una posible actitud fría e impersonal hacia las personas que se atiende, así como el desarrollo de sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional
Reducción de la realización profesional 	8 ítems que describen los sentimientos de competencia y eficacia del sujeto en su trabajo, incluyendo la sensación de improductividad o falta de logros en su desempeño profesional

Fuente: Elaboración propia.

Se consideran individuos «en riesgo» aquellos que obtienen una puntuación igual o superior a los 19 puntos en la escala de cansancio emocional (MBI-CE), de 6 o más puntos en la escala despersonalización (MBI-DE), o de 39 o menos puntos en la escala realización personal (MBI-RP). Asimismo, la escala MBI permite obtener un puntaje total, siendo las puntuaciones bajas entre 1 y 33, medianas entre 34 y 66, y altas entre 67 y 99.



Analizando los resultados, la puntuación media de la dimensión Agotamiento Emocional fue de $19,22 \pm 8,80$, lo que se considera un nivel medio (de 19 a 22). Solo el 16,20% de los profesionales presentaron valores superiores a 26, lo que se considera un nivel alto y sugiere la presencia de burnout.

En cuanto a la dimensión de despersonalización, la puntuación promedio fue de $4,89 \pm 3,62$, lo que se considera un nivel bajo-medio (entre 0 y 5). Solo el 9,60% de los profesionales presentó una puntuación superior a 9, lo que se considera un nivel alto y genera sospecha de burnout.

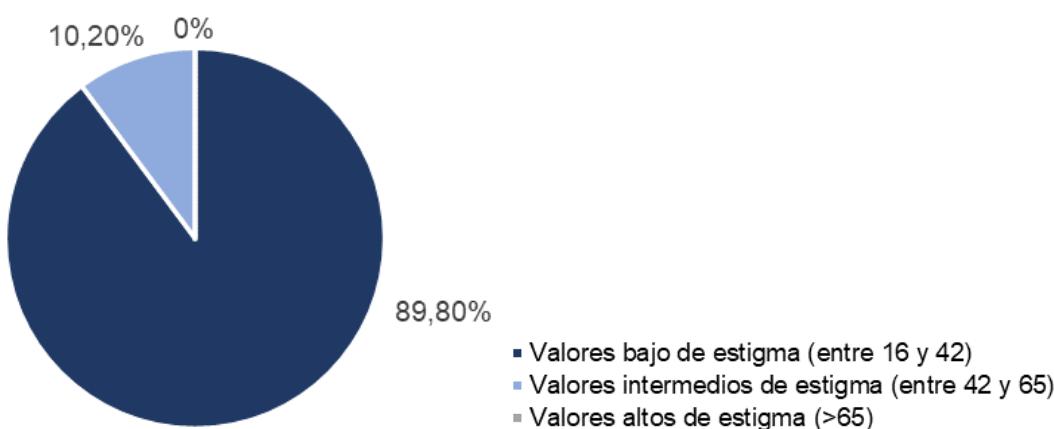
Por último, la puntuación promedio en la dimensión de realización personal fue de $34,11 \pm 6,31$, lo que se considera un nivel intermedio, pero en el extremo más bajo del intervalo, lo que sugiere la presencia de cierto grado de burnout. Un 41,10% de la muestra presentó una puntuación inferior a 34, lo que se considera un nivel bajo y sugiere la presencia de burnout.

4.3.3. Actitudes de los profesionales ante el estigma

La escala MICA-4 consta de 16 afirmaciones que se califican en una escala Likert de 1 a 6, con 1 indicando "totalmente de acuerdo" y 6 "totalmente en desacuerdo". La puntuación total va desde 16 hasta 96 y se obtiene sumando los puntos de cada ítem. Una puntuación baja indica una actitud positiva hacia la enfermedad mental y la psiquiatría, mientras que una puntuación alta indica un cierto nivel de estigma. La escala ha demostrado ser válida gracias a su correlación con instrumentos diseñados para evaluar la reacción emocional y la cercanía social hacia las personas con enfermedad mental.

Al realizar este test en la muestra de profesionales encuestados, la puntuación media fue de $31,71 \pm 7,25$. Este resultado se considera una puntuación baja (valores entre 16 y 42). Además, ninguno de los profesionales puntuó por encima de 65, de modo que todas las puntuaciones de esta muestra se sitúan entre valores bajos y medios. Tan solo un 10,20% de la muestra presentó puntuaciones por encima de 42, lo que corresponde a intermedias de actitudes de estigma (Gráfico 3).

Gráfico 3. Resultados de la evaluación de las actitudes de los profesionales encuestados ante el estigma.

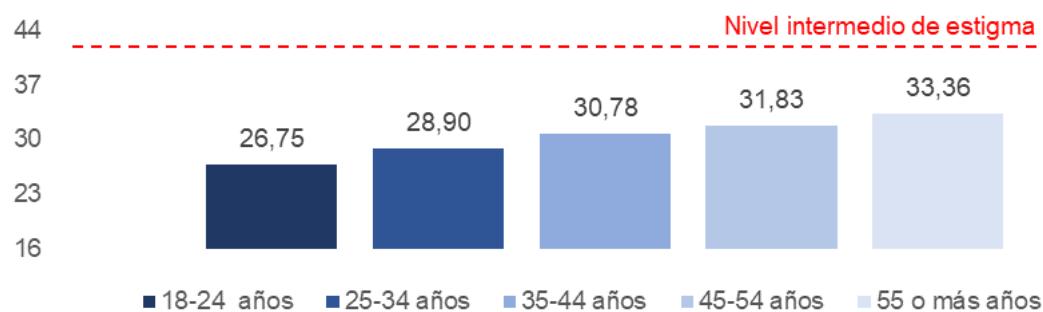


Fuente: Encuesta de formación y clima laboral a profesionales de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Castilla y León 2021.



Por grupos de edad, se observan menores actitudes de estigma entre los grupos de menor edad, si bien las diferencias no son significativas (Gráfico 4).

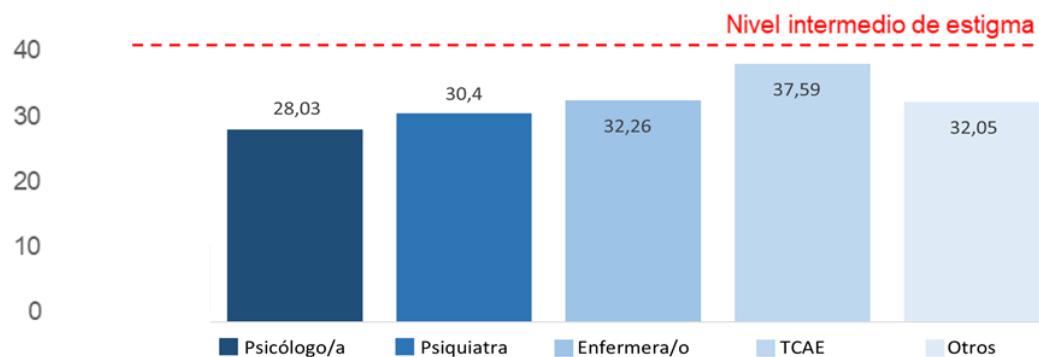
Gráfico 4. Media de actitudes de estigma por grupo de edad del profesional.



Fuente: Encuesta de formación y clima laboral a profesionales de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Castilla y León 2021.

Por último, se encontraron diferencias entre las diferentes categorías de profesionales. Los valores más bajos de estigma los presentaron los Psicólogos ($28,03 \pm 6,53$) y Psiquiatras ($30,40 \pm 6,09$) y los más elevados el grupo de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ($37,59 \pm 7,68$) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Media de actitudes por categoría profesional.



Fuente: Encuesta de formación y clima laboral a profesionales de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de Castilla y León 2021.

4.4. Oportunidades de mejora en la humanización de los servicios de salud mental

Las oportunidades de mejora identificadas a través de este proceso se agrupan en las 5 áreas de intervención que establece el **Plan Persona**, y constituyen la base para la definición de una estrategia concreta y efectiva para mejorar la humanización en los servicios de salud mental de la región.



Área de intervención 1: Escucha activa trato y proactividad en la comunicación

- Capacidad para una mayor difusión de información precisa para aumentar la comprensión sobre los trastornos mentales y reducir el estigma.
- Espacio de crecimiento en la información proporcionada a usuarios acerca de los recursos extrahospitalarios existentes para las personas con salud mental.
- Potencial para lograr un mayor desarrollo de la reciprocidad con los usuarios a través de distintos modelos de devolución como escalas de satisfacción.
- Margen de progreso en la definición y difusión de la cartera de servicios y los criterios de ingreso en unidades de hospitalización breve.
- Capacidad de desarrollo del proceso de información a las personas con trastorno mental, así como a sus familiares o acompañantes, acerca de los servicios asistenciales que reciben.
- Posibilidad de desarrollar protocolos específicos para prestar especial atención al manejo de los usuarios con barreras para la comprensión del lenguaje.

Área de intervención 2: Personalización de la atención con un foco integral

- Capacidad para promover de una manera más activa la adopción de hábitos y estilos de vida saludables desde las unidades de hospitalización breve.
- Potencial de lograr una mayor autonomía de la persona con trastorno mental con respecto al abordaje de su afección, haciéndole sentir partícipe.
- Margen de crecimiento en el conocimiento de muchas personas con trastornos mentales acerca de sus derechos y deberes en el marco de su atención sanitaria.
- Opciones de lograr una mayor reducción de la aplicación de medidas de aislamiento y contención.
- Campo para la mejora en la detección precoz de casos con riesgo de conducta suicida y en su abordaje.
- Posibilidad de un mayor desarrollo de actividades de ocio en las unidades de hospitalización breve que ayuden a hacer más llevadera su estancia a las personas ingresadas.
- Capacidad para una mejor detección de personas frágiles y/o con necesidades sociales específicas para valoración de apoyo familiar o social.
- Posibilidad de creación de un registro de voluntades previas a situaciones de crisis.

Área de intervención 3: Apoyo al profesional en la búsqueda de la excelencia

- Posibilidad de promover una mayor formación de los profesionales de la salud mental en aspectos directamente relacionados con la humanización de la asistencia, como la eliminación del estigma, la desescalada de medidas de contención y el manejo de situaciones difíciles, entre otras.
- Margen de mejora en el sentimiento de realización personal por parte de los profesionales de salud mental y en la reducción del riesgo de burnout.
- Ámbito de crecimiento en el reconocimiento a los profesionales de salud mental acerca de su labor.



Área de intervención 4: Participación social activa

- Espacio para el incremento de la implicación y participación de los Servicios de Psiquiatría y sus profesionales en la promoción de la salud mental.
- Posibilidad de una mayor participación de usuarios y del movimiento asociativo en el desarrollo de medidas encaminadas a lograr una mejor atención a la salud mental.
- Margen de mejora en el conocimiento de los profesionales acerca de asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos no sanitarios para que puedan recomendarlos a las personas con trastornos mentales y sus familias.
- Capacidad para la creación de grupos de apoyo mutuos y la figura del paciente experto en el ámbito de la Salud Mental.
- Campo para una mayor colaboración con las comunidades educativas para la normalización y un mejor abordaje de los trastornos mentales.

Área de intervención 5: Calidez en el entorno asistencial, confort y accesibilidad

- Potencial para una mayor adecuación del confort, la calidez y la iluminación de los espacios destinados a la atención de los pacientes con trastorno mental, especialmente en las unidades de hospitalización breve.
- Capacidad para individualizar los procesos y estructuras de seguridad en las unidades asistenciales, teniendo en cuenta el riesgo de cada persona y su situación.
- Existencia de margen para la mejora en la accesibilidad y seguridad en los servicios de urgencias a personas atendidas por síntomas mentales.
- Posibilidad de contar con habitaciones individuales y dobles para poder ubicar a los usuarios de la forma más adecuada según sus características y necesidades.

5

DEFINICIÓN ESTRATÉGICA



5. DEFINICIÓN ESTRATÉGICA

5.1 Misión, visión y valores

La definición de las **bases estratégicas** del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León (misión, visión y valores) se alinean con los objetivos, valores y principios inspiradores del Plan Persona, profundizando y adaptando su enfoque a las necesidades específicas que existen en el ámbito de la salud mental.

5.1.1. Misión

El concepto de misión hace referencia a la razón de ser del plan, a su propósito fundamental y a los objetivos que se persiguen a través de su desarrollo (Ilustración 13).

Ilustración 13. Misión del Plan de Humanización en Salud Mental

Misión del plan

Lograr que en Castilla y León se preste una asistencia más **holística, centrada en la persona y sustentada en valores humanizadores** en el ámbito de la **salud mental**, teniendo en cuenta las características y necesidades específicas de las personas que sufren trastornos mentales y de sus familiares.

Fuente: Elaboración propia.

5.1.2. Visión

La **visión** se refiere a la imagen futura que se desea alcanzar con el plan, es decir, el estado ideal que se pretende conseguir a largo plazo en cuanto a la humanización de los servicios de salud mental de Castilla y León (Ilustración 14).

Ilustración 14. Visión del Plan de Humanización en Salud Mental

Visión del plan

Ofrecer una **asistencia sanitaria de calidad, integral y humanizadora** a las personas que sufren de problemas y trastornos en salud mental velando por su mejora del estado de salud, así como la **calidad de vida y bienestar de las personas implicadas** en el proceso asistencial: usuarios, allegados y profesionales.

Fuente: Elaboración propia.

5.1.3. Valores

Los valores del Plan de Humanización en Salud Mental de Castilla y León constituyen un pilar básico para su diseño, despliegue e implementación, ya que reflejan los principios y creencias que guían la actuación de todas las organizaciones y profesionales implicados en la prestación de los servicios sanitarios en salud mental.

Estos valores tienen como objetivo garantizar una atención sanitaria en salud mental más humana, accesible, integrada y centrada en las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias (Ilustración 15).



Ilustración 15. Valores del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León.

	Atención centrada en las personas:	Abordar las necesidades, preferencias y expectativas individuales de manera integral y personalizada.
	Respeto:	Considerar la dignidad de las personas (pacientes, familiares y profesionales).
	Inclusión:	Respaldar los derechos de todas las personas, así como una atención inclusiva evitando cualquier tipo de discriminación.
	Accesibilidad:	Garantizar el acceso a la atención, servicios y recursos de todas las personas.
	Integración:	Incorporar una visión integral de las actividades y sectores vinculadas a la atención a la salud mental.
	Participación:	Asegurar la implicación de las personas en el proceso de atención a la salud mental.
	Honestidad:	Sinceridad y transparencia en la relación entre los servicios de atención a la salud mental y sus usuarios.
	Acompañamiento:	Apoyar el acompañamiento profesional y familiar de los usuarios.
	Profesionalidad:	Dotar a los profesionales de conocimientos y competencias en humanización, y reconocer su labor.
	Calidez:	Crear un ambiente acogedor y confortable que promueva el bienestar emocional de las personas.

Fuente: Elaboración propia.

5.2 Líneas estratégicas, objetivos y actividades

Para la definición estratégica del Plan, se constituyó un grupo de trabajo integrados por representantes de los diferentes agentes implicados en la atención a la salud mental. En la primera fase, el grupo definió las líneas estratégicas del plan a través del consenso de los integrantes.



En cada una de las líneas, trabajaron equipos de 4-6 agentes, además del equipo de coordinación/dirección del plan (coordinador científico técnico, jefa del servicio de atención sociosanitaria, salud mental y cuidados paliativos y dos técnicos de la Gerencia Regional de Salud). Cada uno de los miembros del grupo participó a su vez en 2 líneas, seleccionadas por preferencia y afinidad profesional.

Como resultado, se han establecido **7 líneas estratégicas** que estructuran el desarrollo del Plan (Ilustración 16).

Ilustración 16. Líneas estratégicas del Plan de Humanización en Salud Mental de Castilla y León.

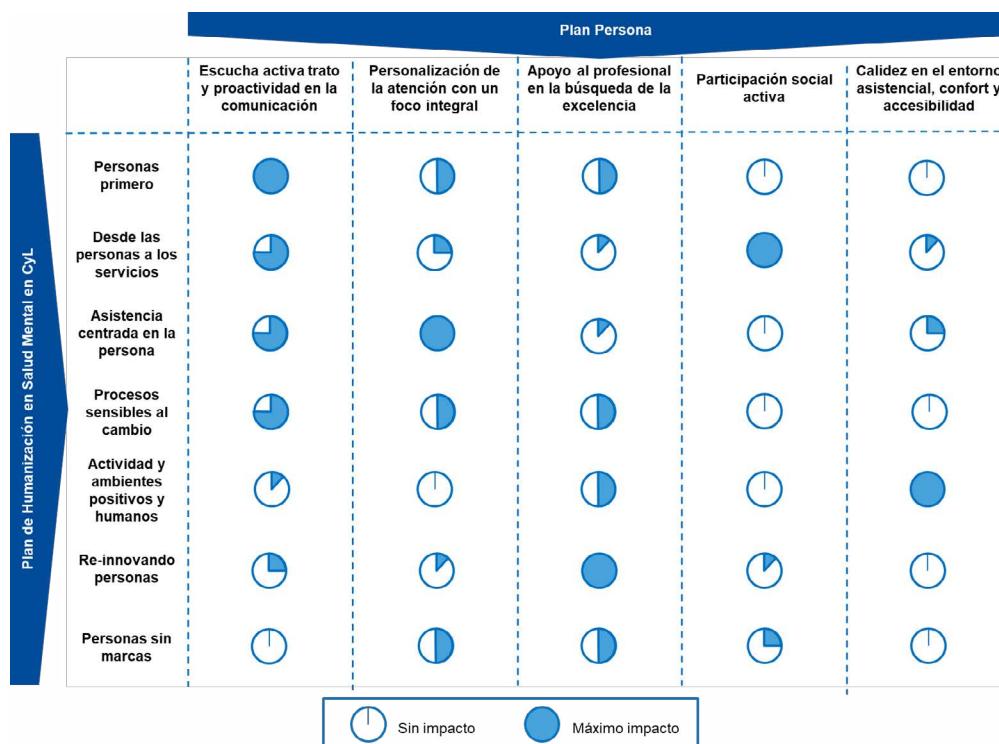


Fuente: Elaboración propia.

Estas **líneas estratégicas** se alinean con los objetivos y las 5 áreas de intervención que establece el Plan Persona, dándole continuidad y profundizando en su desarrollo, teniendo además en cuenta las características y necesidades específicas que existen en el ámbito de la salud mental (Ilustración 17).



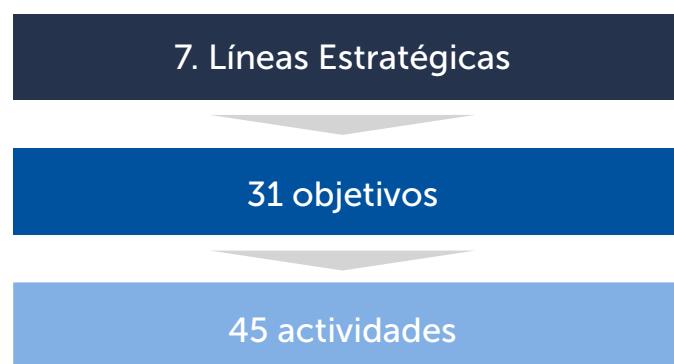
Ilustración 17. Matriz de impacto de líneas estratégicas del Plan y las áreas de intervención del Plan Persona.



Fuente: Elaboración propia.

El desarrollo de las **7 líneas estratégicas** se articula a través de **31 objetivos** y **45 actividades** (Ilustración 18).

Ilustración 18. Desarrollo estratégico del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León



Fuente: Elaboración propia.



Cada uno de los grupos de trabajo asignados a las líneas fueron los encargados de definir los objetivos, acciones e indicadores de cada una de ellas, así como de proponer información adicional para el desarrollo del plan mediante un proceso de revisión de la existente, estableciendo reuniones mensuales de trabajo y consensuando el trabajo final.

El equipo coordinador/director actuó como revisor de la redacción, unificando las 7 líneas, para su posterior aprobación definitiva por todo el grupo de trabajo.

A continuación, se especifican las diferentes líneas estratégicas y sus respectivos objetivos y actividades asociadas.

5.2.1. Personas primero

Esta línea estratégica tiene como objetivo elevar la dimensión de la atención que se presta a las necesidades de los usuarios de los servicios de psiquiatría y salud mental de Castilla y León, yendo más allá del ámbito estrictamente clínico, de modo que se tengan en cuenta otro tipo de necesidades como las relacionadas con su nivel de información y las afectivas, así como el aseguramiento de que conocen sus propios derechos y que estos se cumplen (Tabla 1).

Tabla 1. Desarrollo de la línea estratégica 1: Personas primero

Línea estratégica	1. Personas primero
Objetivo	1.1. Mejorar la difusión de los derechos y deberes de las personas con un diagnóstico de trastorno mental
Actividades	<p>1.1.1. Definir y adherirse a los derechos del paciente/usuario de los servicios de psiquiatría y salud mental para las Unidades de Hospitalización Breve y otros centros y dispositivos.</p> <ul style="list-style-type: none">Los derechos del paciente/usuario deben incluir los mínimos establecidos para toda Castilla y León y emanar de las convenciones sobre derechos humanos, salud mental y discapacidad (ver Anexo 1. Información complementaria: Derechos y deberes de las personas con un trastorno mental).En unidades designadas para la atención de población de edad infanto-juvenil, deberán, además, definirse específicamente los derechos y deberes del paciente/usuario infanto-juvenil de psiquiatría y salud mental de acuerdo con las mismas condiciones (ver Anexo 1. Información complementaria: Derechos del niño hospitalizado en unidades de hospitalización breve de psiquiatría infanto-juvenil). <p>1.1.2. Elaborar documentos y materiales que faciliten la información y difusión sobre derechos y deberes de personas con trastornos mentales en Unidades de Hospitalización Breve y otros centros y dispositivos análogos de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental a pacientes atendidos, familiares y allegados.</p> <ul style="list-style-type: none">Los materiales elaborados deben ser documentados e incluidos dentro de un proceso/protocolo o procedimiento de información que garantice un adecuado proceso de información.La información incluida debe resumir al menos los contenidos en la carta de derechos de psiquiatría y salud mental.Debe valorarse la disponibilidad de materiales adaptables a distintos grados de discapacidad para garantizar la accesibilidad y la inteligibilidad de la información.En el caso de unidades que atiendan población infanto-juvenil, deben adaptarse los materiales y la información utilizada a la edad de la población atendida.



Objetivo	1.2. Mejorar el proceso de información y acogida al ingreso de pacientes, familiares y allegados
Actividades	
	<p>1.2.1. Elaborar y aplicar protocolos de acogida e información personalizados para pacientes, familiares y allegados al ingreso en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica/Unidad de Hospitalización Breve y dispositivos análogos.</p> <ul style="list-style-type: none">• En Áreas y dispositivos que incluyan la posibilidad de Ingreso y atención a menores, deberán incluirse protocolos adaptados a niños y adolescentes que garanticen la información y acogida del niño o adolescente y/o la unidad familiar en cada caso. <p>Ver Anexo 1. <i>Información complementaria: Contenidos mínimos que debe incluir un protocolo/procedimiento de acogida al ingreso.</i></p> <p>1.1.2. Elaborar documentos y materiales que faciliten la información y difusión sobre derechos y deberes de personas con trastornos mentales en Unidades de Hospitalización Breve y otros centros y dispositivos análogos de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental a pacientes atendidos, familiares y allegados.</p> <p>1.2.3. Informar al ingreso al paciente, familiares y allegados sobre normas, horarios, funcionamiento de la unidad, aspectos relativos a derechos, deberes y seguridad, así como sobre información adicional que mejore la autonomía y decisiones compartidas: información sobre diagnóstico de trastornos tipo, evolución, estancia, tipos de tratamiento y objetivos del ingreso.</p> <ul style="list-style-type: none">• En el caso de unidades que incluyan la posibilidad de ingreso a menores, se deberá adaptar la información y formato de presentación a la edad infanto-juvenil.
Objetivo	1.3. Mejorar la información a pacientes y familiares a lo largo del proceso de atención en su ingreso
Actividades	
	<p>1.3.1. Definir un procedimiento para informar a familiares y otras personas cercanas de personas que ingresan en una Unidad de Hospitalización Breve / Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.</p> <ul style="list-style-type: none">• Deberá incluir la revisión de horarios de información a familias, el procedimiento para garantizar la confidencialidad y la intimidad y la definición de espacios habilitados para ello.• En el caso de servicios con unidades que incluyan la posibilidad e ingreso a población infanto-juvenil, deberá incluir una adaptación de este procedimiento a familiares de menores de edad. <p>1.3.2. Garantizar las decisiones compartidas entre pacientes, familias y la unidad de hospitalización garantizando su continuidad de cuidados a través de un protocolo de comunicación que facilite el intercambio de información con otros dispositivos que servirán de apoyo al paciente y sus familiares al alta para garantizar su recuperación total .</p> <p>Ver Anexo 1. <i>Información complementaria: Contenidos mínimos de un protocolo de continuidad de cuidados.</i></p> <p>1.3.3. Proporcionar información al paciente acerca de los diferentes antipsicóticos, eficacia y perfil de efectos secundarios para facilitar su participación en el proceso de toma de decisiones.</p>



Objetivo	1.4. Mejorar la información al alta
Actividades	
1.4.1. Garantizar un informe médico preciso y que facilite la comprensión de medidas de continuidad asistencial.	<ul style="list-style-type: none">• El informe médico de alta deberá estar accesible en JIMENA, incluirá un diagnóstico principal codificable CI, garantizará una evaluación funcional (escala PSP) en casos con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, incluirá recomendaciones y pautas no farmacológicas adecuadas para mejorar la evolución de la patología que ocasionó el ingreso, las indicaciones y pautas farmacológicas necesarias para continuar el tratamiento cuando sea necesario y las citas de continuidad asistencial en los centros de seguimiento extrahospitalario. <p>Ver Anexo 1. <i>Información complementaria: Contenidos mínimos a incluir en Informes de alta</i></p>
1.4.2. Garantizar un informe de enfermería al alta que facilite la comprensión de pautas al alta y la continuidad de cuidados.	<ul style="list-style-type: none">• El informe de enfermería deberá incluir el sistema estandarizado NIC/NOC/NANDA, recomendaciones y pautas de seguimiento al alta, y las citas sucesivas con enfermería cuando sean necesarias.
1.4.3. Garantizar la continuidad de cuidados entre el alta y el siguiente nivel asistencial.	<ul style="list-style-type: none">• La unidad de hospitalización deberá facilitar información para acceder al servicio en caso necesario, incluyendo teléfonos de contacto, correos electrónicos, otros medios de consulta rápida o indicaciones de situaciones para acudir a servicios de urgencias o atención rápida.

Fuente: **Elaboración propia.**

5.2.2. Desde las personas a los servicios

Mediante esta línea estratégica se propone impulsar la participación de los usuarios de los servicios de psiquiatría y salud mental, fomentando la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua de los servicios de salud mental. Además, la participación de los usuarios ayuda a reducir el estigma asociado con los trastornos mentales y mejora la comprensión de las necesidades y perspectivas de los usuarios de los servicios de salud mental (Tabla 2).

Tabla 2. Desarrollo de la línea estratégica 2. Desde las personas a los servicios

Línea estratégica	2. Desde las personas a los servicios
Objetivo	2.1. Analizar la voz del paciente y familiar/allegado atendido en servicios de psiquiatría y salud mental e integrarla en el ciclo de mejora
Actividades	
2.1.1. Definir y utilizar un modelo de cuestionario de satisfacción comprensible de lectura fácil y adaptable para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica / Unidades de Hospitalización Breve y dispositivos análogos, definir la población diana y establecer un circuito de entrega y recogida que garantice unos resultados independientes y representativos, para analizar los resultados, proponer mejoras e integrar los resultados de acuerdo con la percepción de los usuarios y su satisfacción.	



- Se podrán emplear diversos modelos de cuestionarios, si bien siempre deberán incluir, al menos, los ítems del cuestionario adaptado de la [Escala Verona](#).
 - En el caso de unidades que incluyan la hospitalización de niños y adolescentes, debe valorarse la adaptación de ítems en función de la edad para garantizar la comprensibilidad.
 - En el caso de pacientes con grados de discapacidad que dificulten la comprensión de los cuestionarios, es recomendable garantizar la accesibilidad a través de encuestas simplificadas (usando ítems globales, por ejemplo) o bien otras encuestas, ítems o sistemas de participación en la evaluación de la satisfacción adaptada de forma individual en cada caso.

Ver Anexo 1. *Información complementaria: Contenido mínimo para el diseño de procedimientos de análisis de voz del paciente.*

Objetivo

2.2. Participación de usuarios y movimiento asociativo en la organización

Actividades

2.2.1. Garantizar la presencia de representantes de personas con diagnóstico de trastorno mental en comités y órganos de los servicios de psiquiatría y salud mental que definen las estrategias y organización del servicio para poder participar en las decisiones sobre mejoras asistenciales, de calidad y relación con los pacientes en los dispositivos.

2.2.2. Promover la Psiquiatría y Salud Mental en el movimiento asociativo.

Objetivo

2.3. Promoción de ayuda mutua en personas con diagnóstico de trastorno mental

Actividades

2.3.1. Definir la creación de programas específicos de ayuda mutua utilizando la experiencia de usuarios "expertos" que permitan acompañar y asesorar a otras personas en el proceso de conocimiento de su diagnóstico y seguimiento para un mejor autocuidado y recuperación de forma autónoma e iniciar su implantación en las áreas de salud de Castilla y León.

Objetivo

2.4. Uso de la planificación anticipada de decisiones compartidas en psiquiatría y salud mental

Actividades

2.4.1. Favorecer el proceso de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).

- Definir y consensuar un protocolo de Planificación Anticipada de Decisiones en psiquiatría y salud mental (ver Anexo 1. Información complementaria: Propuesta de recogida de información sobre instrucciones previas y planificación anticipada de decisiones).
 - Facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su plan de tratamiento acordando las decisiones terapéuticas adecuadas al proceso clínico en previsión de una pérdida de capacidad de decisión, de acuerdo con sus valores y preferencias.





Objetivo	2.5. Fomento del uso de instrucciones previas en psiquiatría y salud mental
Actividades	<p>2.5.1. Fomentar el proceso de instrucciones previas en psiquiatría y salud mental por parte del paciente, después de haber recibido la adecuada información sobre su situación clínica.</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantizar el respeto de las instrucciones previas en la asistencia habitual.• Integrar la información clínica dada al paciente en la mejora del proceso de formulación de sus instrucciones previas.

Fuente: [Elaboración propia.](#)

5.2.3. Asistencia centrada en la persona

A través de esta línea estratégica se pretende orientar el funcionamiento de los servicios de salud mental hacia una atención más personalizada y centrada en la persona, reconociendo que cada individuo tiene necesidades únicas y que el tratamiento de su salud mental debe adaptarse a dichas necesidades (Tabla 3).

Tabla 3. Desarrollo de la línea estratégica 3. Asistencia centrada en la persona

Línea estratégica	3. Asistencia centrada en la persona
Objetivo	<p>3.1. Mejorar la definición y difusión sobre la cartera de servicios y criterios de ingreso en unidades de hospitalización breve</p>
Actividades	<p>3.1.1. Definir la cartera de servicios y unos criterios de ingreso para la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de acuerdo con un modelo clínico en el contexto de ingreso en hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hacer públicos y explícitos los servicios de la unidad y los criterios, que deberán ser acordes a un modelo de fidelización de Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.• Facilitar la comprensión de los objetivos de las unidades de hospitalización clínica a sus usuarios internos y externos, desmitificando usos no clínicos de la unidad. <p><i>Ver Anexo 1. Información complementaria: Recomendación mínimos a incluir en la cartera de servicios</i></p>
Objetivo	<p>3.2. Fomentar el desarrollo de planes compartidos en el ingreso</p>
Actividades	<p>3.2.1. Elaborar protocolos que fomenten la elaboración de planes compartidos con pacientes, familiares y profesionales.</p>



- El protocolo para la elaboración del plan terapéutico en la Unidad de Hospitalización Breve deberá incluir la toma de decisiones compartidas por parte de los profesionales y del paciente y/o familiar en cada caso.
- Las decisiones que se toman de acuerdo con estos planes y el grado de acuerdo se registran en la historia clínica en el apartado correspondiente a la pauta del plan terapéutico.

Objetivo

3.3. Fomentar la autonomía del paciente y el uso del consentimiento informado

Actividades

3.3.1. Fomentar el uso del consentimiento informado en la práctica diaria a través de la información y decisiones compartidas, y por escrito en las circunstancias necesarias.

- Definir los procedimientos habituales en la Unidad de Hospitalización Breve que requieren el uso de consentimiento informado por escrito, los documentos necesarios para su aplicación, y las circunstancias y excepciones de aplicación.

Ver Anexo 1. *Información complementaria: Modelo de contenidos de CI por escrito.*

Objetivo

3.4. Mejorar la calidad y humanización de los procesos de seguridad en las unidades asistenciales

Actividades

3.4.1. Individualizar las recomendaciones de seguridad y la aplicación de normas en función del riesgo de cada persona y situación.

- Habilitar la posibilidad de utilización de elementos que humanicen la estancia en condiciones de bajo riesgo.

Objetivo

3.5. Mejorar la calidad y humanización en áreas externas: urgencias y traslados

Actividades

3.5.1. Mejorar la accesibilidad y seguridad en los Servicios de Urgencias a personas atendidas por síntomas mentales.

- Designar, definir y evaluar los espacios de atención: sala de evaluación de psiquiatría.
- Consensuar un cuadro de evaluación y determinación del riesgo en personas con síntomas mentales que incluya el lugar de espera ante la llamada al psiquiatra, la supervisión necesaria y los tiempos máximos de espera.
- Realización de una evaluación médico-enfermera básica en todas las personas atendidas en el servicio de urgencias.
- Adherir el servicio de urgencias al objetivo 4.2.

3.5.2. Mejorar la accesibilidad y seguridad en los traslados a personas atendidas por síntomas mentales.

- Definir un sistema de coordinación con los centros de origen/destino y el sistema de transporte para los traslados programados que permita minimizar los tiempos de espera y maximizar el confort, seguridad y adecuación del tipo de transporte en cada caso.



5.2.4. Procesos sensibles al cambio

La finalidad de esta línea estratégica es adecuar algunos procesos de especial relevancia en las Unidades de Hospitalización Breve de los servicios de Psiquiatría, considerando el impacto que pueden llegar a suponer en el estado emocional de sus usuarios: ingreso involuntario, manejo de violencia y agitación y riesgo de conducta suicida (Tabla 4).

Tabla 4. Desarrollo de la línea estratégica 4. Procesos sensibles al cambio

Línea estratégica	4. Procesos sensibles al cambio
Objetivo	4.1. Promover los derechos de las personas con ingreso involuntario
Actividades	
<p>4.1.1. Informar a las personas que ingresan involuntariamente sobre sus derechos, la legislación de aplicación y las razones clínicas que justifican la necesidad del ingreso.</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaborar información en forma de materiales de fácil comprensión del tipo “qué es un ingreso involuntario” o “qué derechos tengo si estoy ingresado involuntariamente”.• Elaboración de un protocolo que incluya la definición de los ingresos involuntarios, así como la información a facilitar a estas personas y el correspondiente registro en la historia clínica (ver Anexo 1. Información complementaria: Recomendaciones mínimas a incluir en procedimiento de ingreso involuntario).• En el caso de unidades en las que se realicen ingresos de menores, deberá adaptarse el protocolo y la información a esta población. Todos los ingresos deben ser realizados con autorización judicial como involuntarios. <p>4.1.2. Disminuir el tiempo que las personas ingresadas en las Unidades de Hospitalización Breve pasan de forma involuntaria, promoviendo la autonomía y capacidad de decisión.</p> <ul style="list-style-type: none">• Promover el cambio de estatus de ingreso involuntaria a voluntario por mejoría clínica, y cambio de capacidad, autonomía y decisión del paciente que acepta ingreso.	
Objetivo	4.2. Camino a coerción 0
Actividades	
<p>4.2.1. Reducir la aplicación de medidas de aislamiento y contención mediante la implantación de estrategias alineadas con la herramienta “Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use”.</p> <ul style="list-style-type: none">• Implantar la detección de personas con factores de riesgo modificables de agitación y conducta violenta para la puesta en marcha de medidas que disminuyan este riesgo.• Definir un proceso/protocolo de actuación de desescalada de agitación y violencia ante situaciones clínicas de agitación que incluyan distintos niveles de intervención, alternativas a las medidas de tipo coercitivo y el análisis de situaciones de riesgo y violencia. ver Anexo 1. Información complementaria: Mínimos a incluir en el “Protocolo sin violencia”).	



- Establecer un registro eficaz de situaciones clínicas de agitación, así como de violencia sufrida en el entorno laboral de las unidades de psiquiatría y salud mental que permita el análisis epidemiológico veraz, el control de la eficacia de las medidas tomadas y la mejora continua en la calidad asistencial y prevención de riesgos.
- Diseñar un protocolo de actuación para casos en que sea estrictamente necesario el uso de medidas de contención o restricción física o farmacológica de acuerdo con la situación clínica y prescripción facultativa.

Ver Anexo 1. *Información complementaria: Modelo de contenidos de CI por escrito.*

Objetivo

4.3. Mejorar las medidas para la prevención y control de riesgo de suicidio en las Unidades de Hospitalización Breve

Actividades

4.3.1. Detectar precozmente las personas con mayor riesgo de conducta suicida, sus factores modificables y facilitar la reducción de este riesgo a través de medidas que faciliten su integración en la unidad, el acceso a un tratamiento integral y un respeto a sus preferencias y valores.

- Definir un proceso de detección de riesgo de conducta suicida que incluya:
 - a) La evaluación de factores de riesgo de conducta suicida.
 - b) La estadificación del riesgo.
 - c) La actuación en función del nivel o estadio.
 - d) La incorporación de las preferencias, valores y respeto de derechos y autonomía del paciente en una atención integral.
- Se recomienda incorporar evaluaciones con entrevistas centrípetas.
- Se recomienda uso de checklists o escalas, sin sustituir la entrevista clínica.

Ver Anexo 1. *Información complementaria: Recomendaciones de mínimos para la prevención y control de riesgo suicida.*

Fuente: Elaboración propia.

5.2.5. Actividad y ambientes positivos y humanos

Mediante esta línea estratégica, se pretende construir un ambiente más confortable y cercano dentro de las Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría, a través de intervenciones psicosociales, medidas ambientales, de seguridad y de ocio. De este modo, se contribuye a reducir el estrés y la ansiedad, se mejora la relación de colaboración y el compromiso entre usuarios y profesionales y se fomenta la recuperación de los usuarios ingresados (Tabla 5).

Tabla 5. Desarrollo de la línea estratégica 5. Actividad y ambientes positivos y humanos

Línea estratégica	5. Actividad y ambientes positivos y humanos
Objetivo	5.1. Fomentar hábitos y estilos de vida saludables durante la estancia en Unidades de Hospitalización Breve
Actividades	
5.1.1. Fomentar el conocimiento y autocuidado del estado de salud.	



- Definir, implantar, registrar y utilizar un sistema de detección de estado de salud (especialmente cardiovascular) para personas que ingresan en una Unidad de Hospitalización Breve.
 - Iniciar la cultura de autocuidado a través de intervenciones para la salud en la Unidad de Hospitalización Breve que puedan tener continuidad en unidades de seguimiento al alta.
 - Diseñar materiales de apoyo que faciliten la educación para la salud, las intervenciones y la comprensión de los pacientes (folletos, carteles, documentos digitales, etc.).
 - En el caso de unidades con ingresos de pacientes menores de edad, los materiales e intervenciones deberán adaptarse a esta población y sus familias.
 - En caso de personas con discapacidad intelectual, valorar la adaptación de materiales o intervenciones que faciliten el cumplimiento de los objetivos de comprensión y utilidad.

Ver Anexo 1. *Información complementaria: Recomendaciones de evaluación de salud y programas de educación para la salud.*

5.1.2. Fomentar la concienciación sobre el consumo de tabaco y facilitar el acceso a la deshabituación tabáquica en las personas con trastornos mentales.

- Declarar las Unidades de Hospitalización Breve "espacios libres de humos" y facilitar información sobre la normativa y los efectos nocivos del tabaco.
- Facilitar tratamientos que fomenten una deshabituación a la nicotina durante el ingreso y que permitan prolongarla más allá del ingreso.

Ver Anexo 1. *Información complementaria: Consideraciones sobre el consumo de tabaco.*

Objetivo	5.2. Favorecer y estructurar las intervenciones psicosociales en las Unidades de Hospitalización Breve
----------	--

Actividades

5.2.1. Definir una cartera de intervenciones psicosociales disponibles mínima, pública y accesible que se desarrolle en la Unidad de Hospitalización Breve.

- En aquellas unidades con mayor dotación o capacidad de recursos puede valorarse la inclusión de intervenciones complementarias u otras: grupo de "Buenos días", Programa de habilidades sociales, Programa de intervención psicoeducativa y de adherencia al tratamiento, Programa de rehabilitación cognitiva, técnicas de autocontrol y manejo de la ansiedad, Terapia grupal cognitivo conductual, Programa de intervención en familia, terapias creativas
 - En las unidades infanto-juveniles, el tipo de intervenciones serán específicas para el rango de edad, contando con una cartera diseñada específicamente a su rango de edad.

5.2.2. Desarrollar un protocolo para la identificación de personas frágiles y/o con necesidades sociales específicas para valoración de apoyo familiar o social.

- En aquellas unidades con mayor dotación o capacidad de recursos puede valorarse la inclusión de intervenciones complementarias u otras: grupo de "Buenos días", Programa de habilidades sociales, Programa de intervención psicoeducativa y de adherencia al tratamiento, Programa de rehabilitación cognitiva, técnicas de autocontrol y manejo de la ansiedad, Terapia grupal cognitivo conductual, Programa de intervención en familia, terapias creativas
 - En las unidades infanto-juveniles, el tipo de intervenciones serán específicas para el rango de edad, contando con una cartera diseñada específicamente a su rango de edad.

[Ver Listado de verificación para la revisión de las condiciones estructurales de seguridad en la RSMEX.](#)

Objetivo	5.3. Adecuar las medidas estructurales de seguridad a las necesidades de cada persona en la Unidad de Hospitalización Breve
----------	---





Actividades

5.3.1. Elaborar un mapa de riesgos de la Unidad de Hospitalización que evalúe el nivel de riesgos de cada espacio y adecúe las recomendaciones más adecuadas de actuación y provisión para minimizar el riesgo de acuerdo con la necesidad de asistencia, los derechos, preferencias y valores de los usuarios, y una actividad y entorno laboral seguro.

- El mapa de riesgos debe realizarse de acuerdo con la coordinación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la unidad de calidad / medicina preventiva (sistemas de riesgo 0 o minimización de riesgos para la asistencia de pacientes), pudiendo ser recomendable la inclusión de representación de pacientes en la elaboración.
- En el mapa de riesgos se deben establecer niveles de riesgo en función de áreas, dispositivos, intervenciones, procedimientos o tipologías. Los niveles de riesgos deben permitir establecer distintos tipos de normas y evitar restricciones universales, de forma que en situaciones de bajo riesgo se permita el uso de objetos y actividades en función de prioridades, preferencias y valores del usuario, a pesar de la complejidad que esto pueda suponer, en aras de una asistencia individual y humanizada.
- En unidades con ingresos de menores, además, deben incluirse requisitos de seguridad específicos en población infanto-juvenil.

Ver Listado de verificación para la revisión de las condiciones estructurales de seguridad en la RSME.

Objetivo

5.4. Facilitar las actividades de ocio saludable en las Unidades de Hospitalización Breve

Actividades

5.4.1. Favorecer el ocio a través de espacios específicos, el desarrollo de programas de ocio saludable, la adquisición de materiales de uso para ocio sin supervisión directa que se mantiene y renueva, y el fomento de actividades de ocio relacionadas con artes.

- Disponer de un espacio reconocible y destinado al ocio en la Unidad de Hospitalización Breve, con un programa de actividades supervisado recomendable.
- Disponer de un espacio y material de actividades de ocio relacionadas con artes (lectura, escucha de música o radio, dibujo, visionado de películas).
- Contar con materiales de ocio destinados a su empleo en programas de ocio con actividades supervisadas y no supervisadas, orientados a favorecer la socialización y disfrute (ver mínimos recomendables), mantenerlos en buen estado y renovarlos.
- En el caso de unidades de salud mental infanto-juveniles, disponer de programa y materiales específicos para menores de edad.

Objetivo

5.1. Humanizar los espacios destinados a la atención de personas con trastornos de salud mental en las UHB.

Actividades

5.5.1. Adecuar las condiciones de confort, calidez y la iluminación de los espacios que componen las UHB.

- Identificar las áreas prioritarias que requieran mejoras y cambios.
- Ajustar la iluminación, potenciando siempre que sea posible el uso de luz natural.
- Adecuar los colores empleados en paredes y otros elementos decorativos, fomentando el uso de colores cálidos.



- Emplear elementos decorativos.
- Tener en cuenta comodidades adicionales cuando sea posible, como ropa de cama cómoda, almohadas, televisores y juegos.

Fuente: Elaboración propia.

5.2.6. Re-innovando personas

Esta línea estratégica representa un compromiso importante de SACYL en el desarrollo y el crecimiento de sus profesionales en el ámbito de la humanización, a través de la formación continua, la mejora del clima laboral y el fomento de la investigación y la innovación. Al mejorar la calidad de la formación del personal, crear un ambiente laboral positivo y fomentar la investigación y la innovación, los profesionales de la salud mental pueden brindar una atención más personalizada y humana (Tabla 6).

Tabla 6. Desarrollo de la línea estratégica 6. Re-innovando personas

Línea estratégica	6. Re-innovando personas
Objetivo	6.1. Fomentar una formación de los profesionales de psiquiatría y salud mental que garantice un modelo de atención centrado en la persona
Actividades	<p>6.1.1. Garantizar una formación anual de todos los profesionales del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental que permita una atención humanizada y centrada en la persona.</p> <ul style="list-style-type: none">• Diseñar un plan formativo anual que incluya formación para todos los profesionales de forma transversal común y/o específica por profesionales (ver Anexo 1. Información complementaria: Listado de contenidos recomendables a incluir en los planes de formación).<ul style="list-style-type: none">• Evaluar las necesidades formativas de los profesionales e integrar los resultados en el plan de formación.• Considerar las percepciones de los profesionales (ver 4.4. Situación de los profesionales respecto a la humanización en salud mental).• Incluir a los usuarios y sus asociaciones en la gestión de formación, a través de sesiones conjuntas y de la participación de usuarios en primera persona en la formación de los profesionales.
Objetivo	6.2. Mejorar el clima laboral y el riesgo de síntomas emocionales en profesionales de los servicios de psiquiatría y salud mental
Actividades	<p>6.2.1. Mejorar la calidad de vida en el trabajador de psiquiatría y salud mental, reduciendo el riesgo de desgaste profesional, síntomas emocionales y mejorando el clima laboral y los factores de calidad de vida profesional y motivación laboral.</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar periódicamente la calidad de vida profesional de los profesionales del servicio, el riesgo de burnout y de síntomas.<ul style="list-style-type: none">• Disponer de programas de prevención de riesgo/intervención en burnout, síntomas emocionales, clima laboral y trabajo en equipo (ver Anexo 1. Información complementaria: Listado de Programas recomendables para la prevención de ansiedad y estrés en profesionales).



Objetivo	<p>6.3. Potenciar la investigación, el conocimiento y la innovación en el ámbito de la humanización y el estigma en psiquiatría y salud mental</p>
Actividades	<p>6.3.1. Considerar como áreas prioritarias del conocimiento la humanización en psiquiatría y salud mental, el estigma de los trastornos mental y las profesiones asociadas a la psiquiatría, así como la repercusión en la salud mental del entorno laboral, y desarrollar líneas de investigación y desarrollo científico y docente en estas áreas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Promover la inclusión de temáticas prioritarios desde la Gerencia Regional de Salud en convocatorias y ayudas a la investigación.• Incluir los temas en planes transversales de formación de profesionales y en la formación en investigación.• Desarrollo de líneas de investigación específica con resultados. <p>6.3.2. Proponer nuevas fórmulas en el campo de la psiquiatría y salud mental que permitan integrar los derechos, preferencias y valores de los usuarios o la lucha contra el estigma desde cambios o nuevos modelos o propuestas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fomentar la creatividad de los profesionales y los propios usuarios para generar nuevas ideas en el campo de la atención en psiquiatría y salud mental, a través de la renovación de modelos, estructuras o dispositivos existentes o la creación de otros completamente nuevos.• Integrar la cultura de apertura a la mejora, identificación y aprovechamiento de oportunidades e ideas, experimentación, puesta en marcha e introducción.

Fuente: Elaboración propia.

5.2.7. Personas sin marcas

Esta línea estratégica se enfoca en la lucha contra el estigma y la promoción de la salud mental (Tabla 7). El estigma asociado a los trastornos mentales puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que los experimentan, así como en sus familiares y seres queridos. La discriminación y el prejuicio pueden dificultar el acceso a los servicios de atención médica y las oportunidades de empleo, así como limitar la participación en la comunidad y en la vida social.

Por otra parte, la promoción de la salud mental es crucial para garantizar que las personas tengan un estado emocional y psicológico óptimo, lo que les permite llevar una vida satisfactoria y plena. La promoción de la salud mental se refiere a las acciones que se realizan para mejorar y mantener la salud mental, prevenir la aparición de trastornos mentales y mejorar la calidad de vida de las personas que ya están experimentando algún tipo de problema de salud mental.

Tabla 7. Desarrollo de la línea estratégica 7. Personas sin marcas

Línea estratégica	7. Personas sin marcas
Objetivo	7.1. Promoción de la salud mental



Actividades

7.1.1. Incrementar la participación activa de los servicios de psiquiatría y salud mental y la implicación de sus profesionales en la promoción de la salud mental junto con personas que utilizan los recursos de salud mental.

- Participar e incrementar la presencia de los servicios de psiquiatría y salud mental en los días oficiales de la salud mental, de distintos trastornos mentales y otros días oficiales dirigidos a la promoción de salud mental, la prevención de trastornos mentales, de factores de riesgos o de conductas relacionadas, en colaboración con los usuarios, sus representantes o el movimiento asociativo (ver Anexo 1. Información complementaria: Listado de días mundiales/internacionales y otros relacionados con la salud mental).
 - Promover actividades y materiales que faciliten información en materia de promoción de la salud mental dirigidas a la población clínica y general.
 - Incrementar la presencia de profesionales que fomenten la promoción de salud mental positiva en medios, recursos de información digital y otros.
 - De forma específica, debe considerarse la promoción de la salud mental de la infancia y adolescencia, teniendo en cuenta los días oficiales de salud mental relacionados con población infanto-juvenil e implicando unidades y servicios de atención a estas poblaciones, y a todos los responsables y trabajadores de la organización.

Objetivo

7.2. Puesta en valor de las profesiones sanitarias relacionadas con la psiquiatría y la salud mental

Actividades

7.2.1. Impulsar una imagen interna y externa adecuada y positiva de los profesionales de la salud mental.

- Difundir proactivamente resultados positivos y de éxito de los equipos de salud mental (en forma de comunicados, mesas redondas o jornadas de divulgación) en que se fomente una imagen adecuada de los profesionales, los equipos, las diversas modalidades de tratamiento y sus resultados e impacto en la salud.
 - Generar conocimiento público sobre aspectos de investigación e innovación de los profesionales de psiquiatría y salud mental, que fomenten una imagen de actualización, progreso y disciplina científica, al tiempo que se acerca a las personas, en un marco biopsicosocial que integre el conocimiento.
 - Establecer alianzas y difundir actividad de los equipos de psiquiatría y salud mental con otros servicios y áreas médicas, de forma integrada.
 - Implicarse en la captación de nuevos candidatos a la Formación Sanitaria Especializada (FSE) a través de distintas actividades de difusión sobre las especialidades y sus contenidos.

Ver Anexo 1. Información complementaria: Listado de recomendaciones para combatir el estigma en psiquiatras de la asociación mundial de psiquiatría).

Objetivo

7.3. Promoción de la salud mental en la mujer y prevención de la violencia de género

Actividades

7.3.1. Promover la producción de conocimientos científicos sobre inequidades de género en materia de salud mental y difundir estos conocimientos al público general y a las organizaciones representativas de pacientes y familiares.

- Promover normas, protocolos y procedimientos dirigidos a fomentar la integración, evitar estigma, discriminación y estereotipos por razón de género, y garantizar una accesibilidad equitativa.
- Garantizar el conocimiento y uso de los protocolos de violencia de género entre los equipos de salud mental, promoviendo su uso en grupos especialmente vulnerables (mujeres con trastornos mentales graves, discapacidad, etc.).



- Garantizar la accesibilidad y eliminar posibles barreras en la atención a mujeres víctimas de violencia de género (y menores) en los casos en que sea necesario.

Objetivo

7.4. Promoción de un uso lenguaje inclusivo y no estigmatizante

Actividades

7.4.1. Promover la utilización de lenguaje e imágenes adecuados en medios internos (el ámbito sanitario) y externos (medios de comunicación y otros profesionales relacionados con la salud mental) que fomenten la inclusión y eviten el estigma, la discriminación y los prejuicios

- Promover el uso correcto de un lenguaje inclusivo y no estigmatizante en relación con la psiquiatría y salud mental en el ámbito sanitario, para reducir la difusión de conceptos estigmatizantes en informes, historia clínica y otras formas de comunicación profesional.
- Fomentar un estilo de uso de lenguaje e imágenes en medios de comunicación que evite el estigma en salud mental.

Ver Anexo 1. *Información complementaria: Principios básicos en comunicación en salud mental (FEAFES); Recomendaciones a incluir en una guía para uso de lenguaje inclusivo y no estigmatizante.*

Objetivo

7.5. Lucha contra las actitudes de estigma en las profesiones sanitarias

Actividades

7.5.1. Difusión y promoción de la salud mental en otros servicios y unidades.

- Mejorar las actitudes de estigma en las profesiones sanitarias.
- Realizar actividades de promoción e información relativa a las personas con trastornos mentales en servicios como atención primaria y urgencias.
- Facilitar la accesibilidad e integración de personas con un diagnóstico de trastorno mental en la atención sanitaria.

7.5.2. Mejorar las actitudes de estigma, discriminación y prejuicios en el ámbito de la salud mental.

- Mejorar la accesibilidad de los servicios.
- Detectar situaciones de riesgo de actitudes de estigma y proponer mejoras en los procedimientos para su eliminación.
- Evaluar la percepción de los usuarios sobre aspectos del trato recibido y el respeto general a los derechos, e integrarlo en el sistema de mejora continua.

Objetivo

7.6. Promoción de la capacidad y el derecho a la inclusión laboral en psiquiatría y salud mental

Actividades

7.6.1. Impulsar la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales.

- Realizar campañas de promoción de la salud mental en círculos, asociaciones empresariales locales de interés y centros de empleo, dirigidos a generar una imagen positiva, evitar prejuicios, discriminación y estigma, y fomentar el empleo de personas con trastornos mentales.
- Realizar sesiones o jornadas de difusión de información y colaboración en la promoción de empresas y contratadores.
- Fomentar acciones en primera persona que realcen los aspectos positivos de la capacidad y el derecho a inclusión laboral de personas con trastornos mentales.

6

IMPLANTACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO



6. IMPLANTACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Con el fin de favorecer la implantación, evaluación y seguimiento del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León se ha definido una **estructura organizativa** que configura la puesta en marcha de las diferentes líneas estratégicas establecidas en el Plan.

Además, se ha definido un conjunto de **indicadores** para monitorizar y evaluar el nivel de implementación del Plan.

6.1 Gobierno del Plan

El Gobierno del Plan (Ilustración 19) se basa en la definición de un comité de dirección en el que se incluyan representantes de los principales órganos implicados en su ejecución y la designación de una persona responsable de la ejecución del plan, los cuales tienen por objetivo su seguimiento para asegurar que el plan se despliegue de acuerdo con los criterios establecidos, así como la toma de decisiones de alto nivel.

A nivel operativo, se definen también diferentes responsables de implementación y puesta en marcha de los proyectos a nivel de cada área de salud.

Ilustración 19. Gobierno del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León



Fuente: Elaboración propia.

6.1.1. Estructura Directiva

El control y seguimiento del desarrollo del Plan lo llevará a cabo el Comité de Dirección, que será el máximo organismo responsable de velar por el cumplimiento de los objetivos del Plan en todos los centros asistenciales de la red SACYL. A dicho Comité le competen las siguientes funciones:



- Supervisión del despliegue de las actividades de acuerdo con los objetivos establecidos
- Valoración de los resultados de los indicadores de evaluación y promover la ejecución de acciones correctivas en caso de detectarse desviaciones en los mismos
- Toma de decisiones de alto nivel para la resolución de incidencias que excedan el ámbito local.

El Comité de Dirección ejercerá sus funciones de manera alineada con los órganos responsables del desarrollo del Plan Persona (Comisión Central de Humanización y Responsable de la coordinación global del Plan Persona), manteniendo en todo momento entre ambas partes un elevado nivel de comunicación y coordinación para abordaje de sinergias durante el desarrollo de ambas iniciativas.

El Comité de Dirección estará integrado por el/la titular de la Gerencia Regional de Salud o persona en quien delegue, y por representantes de la Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, la Dirección General de Salud Digital, la Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias y la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional.

Dentro del Comité de Dirección, se designará un responsable de la ejecución del Plan, que será la máxima figura responsable de su puesta en marcha y cuyas funciones serán:

- Supervisar el adecuado despliegue de las actividades.
- Actuar como interlocutor entre el Comité de Dirección y los responsables de implementación de las áreas de salud, siendo un agente facilitador, dinamizador y de apoyo.
- Llevar a cabo el seguimiento periódico del grado de avance de la implementación de las medidas, empleando los indicadores diseñados.

6.1.2. Estructura Operativa

En cada área de salud, se designará un responsable local de implementación que, junto con el responsable global de la ejecución del Plan, asumirán la planificación y realización de las actividades en su área de salud.

A los responsables locales de implementación les corresponden las siguientes funciones:

- Asegurar y supervisar la adecuada realización de las actividades establecidas por el Plan, coordinando a los diferentes agentes que deben implicarse en su área de salud.
- Comunicar al Comité de Dirección los resultados logrados y, eventualmente, la implantación de acciones correctivas.
- Liderar la aplicación de medidas correctivas, si procediera, con la supervisión y el apoyo del responsable local de implementación.

6.2 Cronograma de implantación

La implantación de las 7 líneas estratégicas del Plan de Humanización de Salud Mental en Castilla y León se desarrollará durante los cuatro primeros años desde su publicación, manteniéndose sus actuaciones durante la vigencia de la Estrategia de Asistencia en Salud Mental 2024-2030. En el primer año, tendrá lugar el despliegue de 8 actividades, a medio plazo, durante el segundo y tercer año, 34 actividades, y a largo plazo, en el cuarto año, 3 actividades.



El cronograma refleja en amarillo oscuro el año en que se inicia el despliegue de la actividad y en amarillo más claro el periodo en el que se seguirá llevando a cabo la actividad hasta el año de finalización de vigencia del Plan.

El cronograma presenta las actividades ordenadas de acuerdo con el objetivo y la línea estratégica correspondiente.

Tabla 8. Cronograma de implantación del Plan de Humanización de Salud Mental en Castilla y León

Líneas estratégicas, objetivos y actividades del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León	Años			
	1	2	3	4
Línea estratégica 1: Personas Primero				
1.1. Mejorar la difusión de los derechos y deberes de las personas con un diagnóstico de trastorno mental				
1.1.1. Definir y adherirse a los derechos del paciente/usuario de los servicios de psiquiatría y salud mental para las Unidades de Hospitalización Breve y otros centros y dispositivos.				
1.1.2. Elaborar documentos y materiales que faciliten la información y difusión sobre derechos y deberes de personas con trastornos mentales en Unidades de Hospitalización Breve y otros centros y dispositivos análogos de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental a pacientes atendidos, familiares y allegados.				
1.2. Mejorar el proceso de información y acogida al ingreso de pacientes, familiares y allegados				
1.2.1. Elaborar y aplicar protocolos de acogida e información personalizados para pacientes, familiares y allegados al ingreso en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica/ Unidad de Hospitalización Breve y dispositivos análogos.				
1.2.2. Designar y usar un espacio específico para la información de pacientes, familiares y allegados que garanticen la intimidad y confidencialidad de las personas que reciben información en la acogida al ingreso en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica/ Unidades de Hospitalización Breve.				
1.2.3. Informar al ingreso al paciente, familiares y allegados sobre normas, horarios, funcionamiento de la unidad, aspectos relativos a derechos, deberes y seguridad, así como sobre información adicional que mejore la autonomía y decisiones compartidas: información sobre diagnóstico de trastornos tipo, evolución, estancia, tipos de tratamiento y objetivos del ingreso.				
1.3. Mejorar la información a pacientes y familiares a lo largo del proceso de atención				
1.3.1. Definir un procedimiento para informar a familiares y otras personas cercanas de personas que ingresan en una Unidad de Hospitalización Breve / Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.				
1.3.2. Garantizar las decisiones compartidas entre pacientes, familias y la unidad de hospitalización garantizando su continuidad de cuidados a través de un protocolo de comunicación que facilite la comunicación con otros dispositivos que servirán de apoyo al paciente y sus familiares al alta para garantizar su recuperación total.				
1.3.3. Proporcionar información al paciente acerca de los diferentes antipsicóticos, eficacia y perfil de efectos secundarios para facilitar su participación en el proceso de toma de decisiones.				



1.4. Mejorar la información al alta

1.4.1. Garantizar un informe médico preciso y que facilite la comprensión de medidas de continuidad asistencial.				
1.4.2. Garantizar un informe de enfermería al alta que facilite la comprensión de pautas al alta y la continuidad de cuidados.				
1.4.3. Garantizar la continuidad de cuidados entre el alta y el siguiente nivel asistencial.				

Líneas estratégicas, objetivos y actividades del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León

Años	1	2	3	4
------	---	---	---	---

Línea estratégica 2: Desde las personas a los servicios

2.1. Analizar la voz del paciente y familiar/allegado atendido en servicios de psiquiatría y salud mental e integrarla en el ciclo de mejora

2.1.1. Definir y utilizar un modelo de cuestionario de satisfacción comprensible de lectura fácil y adaptable para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica/ Unidades de Hospitalización Breve y dispositivos análogos, definir la población diana y establecer un circuito de entrega y recogida que garantice unos resultados independientes y representativos, y finalmente analizar los resultados para proponer mejoras e integrar los resultados en la mejora continua de las unidades de acuerdo con la percepción de los usuarios y su satisfacción.				
--	--	--	--	--

2.2. Participación de usuarios y movimiento asociativo en la organización

2.2.1. Garantizar la presencia de representantes de personas con diagnóstico de trastorno mental en comités y órganos de los servicios de psiquiatría y salud mental que definen las estrategias y organización del servicio para poder participar en las decisiones sobre mejoras asistenciales, de calidad y relación con los pacientes en los dispositivos.				
2.2.2. Promover la Psiquiatría y Salud Mental en el movimiento asociativo.				

2.3. Promoción de ayuda mutua en personas con diagnóstico de trastorno mental

2.3.1. Definir la creación de programas específicos de ayuda mutua utilizando la experiencia de usuarios "expertos" que permitan acompañar y asesorar a otras personas en el proceso de conocimiento de su diagnóstico y seguimiento para una mejora autocuidado y recuperación de forma autónoma e iniciar su implantación las áreas de salud de Castilla y León.				
--	--	--	--	--





2.4. Uso de la planificación anticipada de decisiones compartidas en psiquiatría y salud mental

2.4.1. Favorecer el proceso de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).

2.5. Fomento del uso de instrucciones previas en psiquiatría y salud mental

2.5.1. Fomentar el proceso de instrucciones previas en psiquiatría y salud mental por parte del paciente, después de haber recibido la adecuada información sobre su situación clínica.

Líneas estratégicas, objetivos y actividades del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León

Años
1 2 3 4

Línea estratégica 3: Asistencia centrada en la persona

3.1. Mejorar la definición y difusión sobre la cartera de servicios y criterios de ingreso en unidades de hospitalización breve

3.1.1. Definir la cartera de servicios y unos criterios de ingreso para la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de acuerdo con un modelo clínico en el contexto de ingreso en hospital general.

3.2. Fomentar el desarrollo de planes compartidos en el ingreso

3.2.1. Elaborar protocolos que fomenten la elaboración de planes compartidos con pacientes, familiares y profesionales.

3.3. Fomentar la autonomía del paciente y el uso del consentimiento informado

3.3.1. Fomentar el uso del consentimiento informado en la práctica diaria a través de la información y decisiones compartidas, y por escrito en las circunstancias necesarias.

3.4. Mejorar la calidad y humanización de los procesos de seguridad en las unidades asistenciales

3.4.1. Individualizar las recomendaciones de seguridad y la aplicación de normas en función del riesgo de cada persona y situación.

3.5. Mejorar la calidad y humanización en áreas externas: urgencias y traslados

3.5.1. Mejorar la accesibilidad y seguridad en los Servicios de Urgencias a personas atendidas por síntomas mentales.

3.5.2. Mejorar la accesibilidad y seguridad en los traslados a personas atendidas por síntomas mentales.



Líneas estratégicas, objetivos y actividades del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León	1	2	3	Años 4
Línea estratégica 4: Procesos sensibles al cambio				
4.1. Promover los derechos de las personas con ingreso involuntario				
4.1.1. Informar a las personas que ingresan involuntariamente sobre sus derechos, la legislación de aplicación y las razones clínicas que justifican la necesidad del ingreso.				
4.1.2. Disminuir el tiempo que las personas ingresadas en las Unidades de Hospitalización Breve pasan de forma involuntaria, promoviendo la autonomía y capacidad de decisión.				
4.2. Camino a coerción 0				
4.2.1. Reducir la aplicación de medidas de aislamiento y contención mediante la implantación de estrategias alineadas con la herramienta "Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use".				
4.3. Mejorar las medidas para la prevención y control de riesgo de suicidio en las Unidades de Hospitalización Breve				
4.3.1. Detectar precozmente las personas con mayor riesgo de conducta suicida, sus factores modificables y facilitar la reducción de este riesgo a través de medidas que faciliten su integración en la unidad, el acceso a un tratamiento integral y un respeto a sus preferencias y valores.				
Línea estratégica 5: Actividad y ambientes positivos y humanos				
5.1. Fomentar hábitos y estilos de vida saludables durante la estancia en Unidades de Hospitalización Breve				
5.1.1. Fomentar el conocimiento y autocuidado del estado de salud.				
5.1.2. Fomentar la concienciación sobre el consumo de tabaco y facilitar el acceso a la deshabituación tabáquica en las personas con trastornos mentales.				
5.2. Favorecer y estructurar las intervenciones psicosociales en las Unidades de Hospitalización Breve				
5.2.1. Definir una cartera de intervenciones psicosociales disponibles mínima, pública y accesible que se desarrolle en la Unidad de Hospitalización Breve.				
5.2.2. Desarrollar un protocolo para la identificación de personas frágiles y/o con necesidades sociales específicas para valoración de apoyo familiar o social.				
5.3. Adecuar las medidas estructurales de seguridad a las necesidades de cada persona en la Unidad de Hospitalización Breve				
5.3.1. Elaborar un mapa de riesgos de la Unidad de Hospitalización que evalúe el nivel de riesgos de cada espacio y adecue las recomendaciones más adecuadas de actuación y provisión para minimizar el riesgo de acuerdo con la necesidad de asistencia, los derechos, preferencias y valores de los usuarios, y una actividad y entorno laboral seguro.				
5.4. Facilitar las actividades de ocio saludable en las Unidades de Hospitalización Breve				
5.4.1. Favorecer el ocio a través de espacios específicos, el desarrollo de programas de ocio saludable, la adquisición de materiales de uso para ocio sin supervisión directa que se mantiene y renueva, y el fomento de actividades de ocio relacionadas con artes.				



5.5. Humanizar los espacios destinados a la atención de personas con trastornos de salud mental en las UHB.

5.5.1. Adecuar las condiciones de confort, calidez y la iluminación de los espacios que componen las UHB.

Líneas estratégicas, objetivos y actividades del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León

Años	1	2	3	4
------	---	---	---	---

Línea estratégica 6: Re-innovando personas

6.1. Fomentar una formación de los profesionales de psiquiatría y salud mental que garantice un modelo de atención centrado en la persona

6.1.1. Garantizar una formación anual de todos los profesionales del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental que permita una atención humanizada y centrada en la persona.

6.2. Mejorar el clima laboral y el riesgo de síntomas emocionales en profesionales de los servicios de psiquiatría y salud mental

6.2.1. Mejorar la calidad de vida en el trabajador de psiquiatría y salud mental, reduciendo el riesgo de desgaste profesional, síntomas emocionales y mejorando el clima laboral y los factores de calidad de vida profesional y motivación laboral.

6.3. Potenciar la investigación, el conocimiento y la innovación en el ámbito de la humanización y el estigma en psiquiatría y salud mental

6.3.1. Considerar como áreas prioritarias del conocimiento la humanización en psiquiatría y salud mental, el estigma de los trastornos mental y las profesiones asociadas a la psiquiatría, así como la repercusión en la salud mental del entorno laboral, y desarrollar líneas de investigación y desarrollo científico y docente en estas áreas.

6.3.2. Proponer nuevas fórmulas en el campo de la psiquiatría y salud mental que permitan integrar los derechos, preferencias y valores de los usuarios o la lucha contra el estigma desde cambios o nuevos modelos o propuestas.

Líneas estratégicas, objetivos y actividades del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León

Años	1	2	3	4
------	---	---	---	---

Línea estratégica 7: Personas sin marcas

7.1. Promoción de la salud mental

7.1.1. Incrementar la participación activa de los servicios de psiquiatría y salud mental y la implicación de sus profesionales en la promoción de la salud mental junto con personas que utilizan los recursos de salud mental.

7.2. Puesta en valor de las profesiones sanitarias relacionadas con la psiquiatría y la salud mental

7.2.1. Impulsar una imagen interna y externa adecuada y positiva de los profesionales de la salud mental.

7.3. Promoción de la salud mental en la mujer y prevención de la violencia de género

7.3.1. Promover la producción de conocimientos científicos sobre inequidades de género en materia de salud mental y difundir estos conocimientos al público general y a las organizaciones representativas de pacientes y familiares.



7.4. Promoción de un uso lenguaje inclusivo y no estigmatizante

7.4.1. Promover la utilización de lenguaje e imágenes adecuados en medios internos (el ámbito sanitario) y externos (medios de comunicación y otros profesionales relacionados con la salud mental) que fomenten la inclusión y eviten el estigma, la discriminación y los prejuicios.

7.5. Lucha contra las actitudes de estigma en las profesiones sanitarias

7.5.1. Difusión y promoción de la salud mental en otros servicios y unidades.

7.5.2. Mejorar las actitudes de estigma, discriminación y prejuicios en el ámbito de la salud mental.

7.6. Promoción de la capacidad y el derecho a la inclusión laboral en psiquiatría y salud mental

7.6.1. Impulsar la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales.

Fuente: Elaboración propia.

6.3 Indicadores de monitorización

La ejecución de las actividades definidas podrá ser monitoreada por los siguientes que se proponen, si bien estos deben adaptarse a la coyuntura, disponibilidad técnica y práctica, factibilidad, oportunidad y máxima eficiencia en cada periodo. Para cada uno se presenta su cálculo/definición, fuente y estándar:

Tabla 9. Indicadores de la línea estratégica 1: Personas primero

Línea estratégica	1. Personas Primero: información, acogida y derechos
Objetivo	1.1. Mejorar la difusión de los derechos y deberes de las personas con un diagnóstico de trastorno mental
Actividad 1.1.1. Definir y adherirse a los derechos del paciente/usuario de los servicios de psiquiatría y salud mental para las Unidades de Hospitalización Breve y otros centros y dispositivos.	
Actividad 1.1.2. Elaborar documentos y materiales que faciliten la información y difusión sobre derechos y deberes de personas con trastornos mentales en UHB y otros centros y dispositivos análogo de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental a pacientes atendidos y sus familiares y allegados.	
Indicador	
1.1.2.1. Carta de derechos de Psiquiatría y Salud Mental y documentos de información.	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental dispone de una Carta de Derechos de Pacientes/Usuarios adaptada a sus dispositivos que es explícita y conocida e incluye la forma de hacerla conocida por sus usuarios, así como de materiales de apoyo para facilitar la información y difusión de los derechos de pacientes y usuarios. En el caso de áreas que incluyan dispositivos con atención a población infanto-juvenil, se dispone de una carta de derechos adaptada a población infantil y juvenil. • Fuente: Memoria del Servicio; CCGC, Documento de Carta de Derechos, Encuesta de Satisfacción anual. • Estándar: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nivel 1 (20%): Existe una carta de derechos que se puede consultar y es accesible y al menos 1 tipo de material documentado que incluye al menos la carta de derechos (Carteles, folletos, carta personal con explicación, otros). ◦ Nivel 2 (50%): Se dispone de al menos 2 materiales y además hay un procedimiento, protocolo o proceso de uso aprobado por la CCGC o hay más de un 50% de pacientes que reconocen ser informados de sus derechos en la encuesta de satisfacción. ◦ Nivel 3 (100%): Se cumplen 1 y 2 y además el 70% de los pacientes reconocen en las encuestas ser informados de sus derechos en la encuesta de satisfacción de la unidad.



Objetivo	1.2. Mejorar el proceso de información y acogida al ingreso de pacientes, familiares y allegados
	Actividad 1.2.1. Elaborar y aplicar protocolos de acogida e información personalizados para pacientes, familiares y allegados al ingreso en UHP/UHB y dispositivos análogos.
	Actividad 1.2.2. Designar y usar un espacio específico para la información de pacientes y familiares y allegados que garanticen la intimidad y confidencialidad de las personas que reciben información en la acogida al ingreso en UHP/UHB.
	Actividad 1.2.3. Informar al ingreso al paciente y familiares/allegados sobre normas, horarios, funcionamiento de la unidad, así como aspectos relativos a derechos, deberes y de seguridad, así como sobre información adicional que mejore la autonomía y decisiones compartidas.
Indicador	
	1.2.1.1. Protocolo de acogida al ingreso
	<ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición: El servicio de psiquiatría y salud mental dispone de un protocolo/proceso de acogida a pacientes y familiares documentado que incluye los procedimientos necesarios durante la acogida, las recomendaciones de información, los espacios a utilizar y las responsabilidades de cada profesional en el equipo.• Fuente: Memoria del Servicio, protocolo acogida e información, Encuesta de Satisfacción.• Estándar:<ul style="list-style-type: none">◦ Nivel 1 (20%): Existe el protocolo de acogida y al menos 1 material de información y acogida al ingreso.◦ Nivel 2 (50%): Nivel 1 y existencia de un espacio específico para la información de pacientes y familiares y allegados y > 50% usuarios reconocen recibir información con intimidad en encuesta de satisfacción.◦ Nivel 3 (100%): Nivel 2 y > 70% usuarios reconocen recibir información con intimidad en encuesta de satisfacción.
Objetivo	1.3. Mejorar la información a pacientes y familiares a lo largo del proceso de atención
	Actividad 1.3.1. Definir un procedimiento para informar a familiares y otras personas cercanas de personas que ingresan en una UHB/UHP.
Indicador	
	1.3.1.1. Información a familias.
	<ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición: Existe un protocolo de información a familias que facilita unos horarios mínimamente accesibles y está disponible, garantiza la confidencialidad del paciente y la intimidad del familiar.• Fuente: Memoria del servicio. Protocolo/CCGC. Encuesta de Satisfacción.• Estándar:<ul style="list-style-type: none">◦ Nivel 1 (30%): El protocolo incluye los contenidos mínimos de la actividad.◦ Nivel 2 (50%): Nivel 1 y > 70 % de los familiares reconocen ser informados en espacios con intimidad.◦ Nivel 3 (100%): Incluye nivel 1 y 2 y > 70% están satisfechos con la información recibida.
	Actividad 1.3.2. Garantizar las decisiones compartidas entre pacientes, familias y la unidad de hospitalización garantizando su continuidad de cuidados a través de un protocolo de comunicación que facilite la información comunicación con otros dispositivos que servirán de apoyo al paciente y sus familiares al alta para garantizar su recuperación al alta.
Indicador	
	1.3.2.1. Continuidad de cuidados
	<ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición: La Unidad de Hospitalización dispone de un protocolo de continuidad de cuidados que garantiza la comunicación con recursos comunitarios extrahospitalarios que permita coordinar el seguimiento del paciente al alta y compartir la información durante el ingreso y coordinar el plan terapéutico del paciente dirigido a su recuperación de acuerdo con las decisiones compartidas.• Fuente: Memoria del Servicio. CCGC. JIMENA.• Estándar: Se dispone del protocolo y está implantado al menos con ESM y otros dispositivos propios del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.



Actividad 1.3.3. Proporcionar información al paciente acerca de los diferentes antipsicóticos, eficacia y perfil de efectos secundarios para facilitar su participación en el proceso de toma de decisiones.

Indicador

1.3.1.1. Información sobre medicamentos

- **Cálculo/Definición:** Los pacientes y familiares están satisfechos con la información recibida sobre las distintas opciones terapéuticas posibles para el problema por el que son atendidos.
- **Fuente:** Memoria del servicio. Protocolo/CCGC. Encuesta de Satisfacción.
- **Estándar:** Se dispone del protocolo y está implantado al menos con ESM y otros dispositivos propios del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.
 - **Nivel 1 (50%):** > 50% usuarios reconocen recibir información adecuada sobre las distintas opciones terapéuticas posibles.
 - **Nivel 2 (100%):** > 70% usuarios reconocen recibir información adecuada sobre las distintas opciones terapéuticas posibles.

Objetivo

1.4. Mejorar la información al alta

Actividad 1.4.1. Garantizar un informe médico preciso y que facilite la comprensión de medidas de continuidad asistencial.

Indicador

1.4.1.1. Satisfacción con la información alta.

- **Cálculo/Definición:** número de pacientes y familiares satisfechos con información en el informe de alta *100/ número total encuestados.
- **Fuente:** Encuesta de satisfacción.
- **Estándar:**
 - **Nivel 1 (25%):** > 50% puntúan ≥ 7 (modelo SERVHOS) o ≥ 4(modelo VERONA).
 - **Nivel 2 (75%):** (75%): >70% puntúan ≥ 7 (modelo SERVHOS) o ≥ 4(modelo VERONA).
 - **Nivel 3 (100%):** (100%): >90% puntúan ≥ 7 (modelo SERVHOS) o ≥ 4(modelo VERONA).

Actividad 1.4.3. Garantizar la continuidad de cuidados entre el alta y el siguiente nivel asistencial.

Indicador

1.4.3.1. Continuidad al alta.

- **Cálculo/Definición:** Se incluyen medios de continuidad entre el alta y el seguimiento en medios hospitalario, incluidos en el informe de alta o bien en documentos, folletos u otros medios creados explícitamente como fuentes documentales de apoyo al alta.
- **Fuente:** JIMENA, Memoria del servicio, CCGC. • **Estándar:**
 - **Nivel 1 (40%):** > 50% puntúan ≥ 7 (modelo SERVHOS) o ≥ 4(modelo VERONA).
 - **Nivel 2 (100%):** >80% pacientes reciben indicaciones.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Indicadores de la línea estratégica 2. Desde las personas a los servicios

Línea estratégica	2. Desde las personas a los servicios
Objetivo	2.1. Analizar la voz del paciente y familiar/allegado en psiquiatría y salud mental e integrarla en el ciclo de mejora

Actividad 2.1.1. Definir y utilizar un modelo de cuestionario de satisfacción comprensible de lectura fácil y adaptable para UHB/UHP y dispositivos análogos.





Indicador

2.1.1.1. Encuesta de Satisfacción.

• **Cálculo/Definición:**

- o Se dispone de una encuesta y tiene al menos los ítems mínimos descritos.
- o Se dispone de un procedimiento de aplicación que garantiza independencia y se calcula tamaño de muestra necesario.
- o Se obtiene un número de encuestas anuales/tamaño de muestral >1.
- o Se analizan las mejoras propuestas y se implantan >3 mejoras/año a través de las encuestas en la unidad.

• **Fuente:**

Memoria del servicio. CCGC.

• **Estándar:**

- o **Nivel 1** (25%): Se dispone de encuesta.
- o **Nivel 2** (40%): Encuesta con procedimiento, independiente y tamaño muestral calculado.
- o **Nivel 3** (75%): Nivel 2 y se obtienen suficientes encuestas al año.
- o **Nivel 4** (100%): Nivel 3 y se analizan mejoras propuestas, implantando al menos 3.

Objetivo

2.2. Participación de usuarios y movimiento asociativo en la organización

Actividad 2.2.1. Garantizar la presencia de representantes de personas con diagnóstico de trastorno mental en comités y órganos de los servicios de psiquiatría y salud mental que definen las estrategias y organización del servicio.

Indicador

2.2.1.1. Representación de usuarios.

• **Cálculo/Definición:**

Número de reuniones de organización y planificación del servicio de Psiquiatría y Salud Mental que incluyen la participación de Representantes de los Comités de usuarios en primera persona, Comités de los Familiares de personas con problemas de salud mental y/o Trabajadores de las asociaciones.

• **Fuente:**

Memoria del servicio. Actas de reunión.

• **Estándar:**

Mínimos: 1/año. Estándar: 4/año.

Actividad 2.2.2. Promover la Psiquiatría y Salud Mental en el movimiento asociativo.

Indicador

2.2.2.1. Atención a demanda de paciente.

• **Cálculo/Definición:**

Existe un procedimiento para evaluar el adelanto de cita en caso de empeoramiento o urgencia y un referente conocido a lo largo del proceso asistencial y se aplica.

• **Fuente:**

Memoria del servicio.

• **Estándar:**

- o **Nivel 1** (50%): El protocolo define las situaciones subsidiarias de adelanto de cita y existe una forma de contacto que hace accesible al usuario el contacto.
- o **Nivel 2** (75%): Existe un material que facilita la comprensión y accesibilidad.
- o **Nivel 3** (100%): se registra el número de personas que acceden y hay una atención en < 15 días.





Objetivo	2.3. Promoción de ayuda mutua en personas con diagnóstico de trastorno mental
Actividad 2.3.1. Definir la creación de programas específicos de Ayuda mutua utilizando la experiencia de usuarios "expertos" que permitan acompañar y asesorar a otras personas en el proceso de conocer el proceso de su diagnóstico y seguimiento para una mejora autocuidado y recuperación de forma autónoma e iniciar su implantación las áreas de salud de Castilla y León.	
Indicador	
	2.3.1.1. Grupos de ayuda mutua a través de la identificación de pacientes expertos.
<ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición:<ul style="list-style-type: none">◦ Se define al menos 1 grupo de ayuda mutua para uno de los TMG.◦ Se identifican 1-3 pacientes expertos.◦ Se inicia un grupo de ayuda mutua con 5-10 pacientes.• Fuente: Memoria del servicio. CCGC.• Estándar:<ul style="list-style-type: none">◦ Nivel 1 (50%): Hay un protocolo o proceso definido de ayuda mutua de acuerdo con movimiento asociativo.◦ Nivel 2 (75%): Nivel 1 y se identifica al menos 1 paciente experto.◦ Nivel 3 (100%): Se pone en marcha 1 grupo de auto ayuda con al menos 5 pacientes.	
Objetivo	2.4. Uso de la planificación anticipada de decisiones compartidas en psiquiatría y salud mental
Actividad 2.4.1. Favorecer el Proceso de Planificación anticipada de decisiones.	
Indicador	
	2.4.1.1. Planificación anticipada de decisiones en psiquiatría y salud mental.
<ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición:<ul style="list-style-type: none">◦ Se dispone de un proceso/protocolo de aplicación de PAD, consensuado con el protocolo desarrollado con el Servicio de Planificación Asistencial Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental.◦ Se registra en Historia Clínica -Jimena IV y se consulta.◦ Las personas con una potencial pérdida de capacidad futura registran PAD.• Fuente: Memoria del Servicio, CCGC, PACSM, GRS, JIMENA IV Desarrollo• Estándar:<ul style="list-style-type: none">◦ Nivel 1 (30%): Existe un proceso/protocolo que cumple requisitos definidos.◦ Nivel 2 (60%): Desarrollo JIMENA Habilita consulta en JIMENA y se consulta >20% de ingresos (60%).◦ Nivel 3 (100%): Niveles 1 y 2 y además >20% de ingresados en UHB tienen registro PAD.	
Objetivo	2.5. Fomento del uso de instrucciones previas en psiquiatría y salud mental
Actividad 2.5.1. Fomentar el proceso de instrucciones previas en psiquiatría y salud mental por parte del paciente, después de haber recibido la adecuada información sobre su situación clínica.	
Indicador	
	2.5.1.1. Instrucciones previas en Psiquiatría y Salud Mental.
<ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición:<ul style="list-style-type: none">◦ Accesos al REIP en la UHB*100/Ingresos involuntarios.◦ % de Historias clínicas en las que existe constancia razonada de los motivos por los que no se han aplicado las instrucciones previas recogidas en el DIP◦ Información clínica dada al paciente para mejorar sus instrucciones previas.• Fuente: RIP, JIMENA/GACELA, Memoria del Servicio.	



- **Estandar:**
 - Nivel 1 (50%): Accesos al REIP >75%.
 - Nivel 2 (75%): Hay registro en la Historia Clínica de justificación razonada de no aplicación de instrucciones previas relacionadas con su proceso de salud mental (debe registrarse en el 100% de las historias clínicas) e incluyendo una justificación correcta en al menos el 70% de los casos.
 - Nivel 3 (100%): Niveles 1 y 2 y en cada caso de no aplicación se da información clínica al paciente para actualizar sus instrucciones previas.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Indicadores de la línea estratégica 3. Asistencia centrada en la persona

Línea estratégica	3. Asistencia centrada en la persona
Objetivo	3.1. Mejorar la definición y difusión sobre la cartera de servicios y criterios de ingreso en unidades de hospitalización breve
Actividad 3.1.1. Definir la cartera de servicios y unos criterios de ingreso para la Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría de acuerdo con un modelo clínico en el contexto de ingreso en hospital general	
Indicador	<p>3.1.1.1. Fidelización UHB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: Cartera de servicios de la unidad definida que incluye actividades y objetivos clínicos generales, así como los criterios de ingreso. • Fuente: Memoria del Servicio; GRS; JIMENA. • Estándar: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nivel 1 (50%): Cartera de Servicios disponible y es publica en página institucional del centro. ◦ Nivel 2 (75%): La cartera y los criterios se fidelizan en >75% a acuerdo SACYL para UHB. ◦ Nivel 3 (100%): Se registran motivos de ingreso y >75% cumplen criterios de ingreso.
Objetivo	3.2. Fomentar el desarrollo de planes compartidos en el ingreso
Actividad 3.2.1. Elaborar protocolos que fomenten la elaboración de planes compartidos con pacientes, familiares y los profesionales.	
Indicador	<p>3.2.1.1. Planes terapéuticos compartidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: Existencia de plan terapéutico y se aplica. • Fuente: Memoria del servicio. CCGC. Encuesta de Satisfacción. • Estándar: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nivel 1 (50%): Existe un protocolo de elaboración de plan terapéutico. ◦ Nivel 2 (75%): Se registra en apartado de plan terapéutico JIMENA/GACELA ◦ Nivel 3 (100%): >75% pacientes reconocen en encuesta de satisfacción participar en el plan terapéutico.



Objetivo	3.3. Fomentar la autonomía del paciente y el uso de consentimiento informado
Actividad 3.3.1. Fomentar el uso del consentimiento en la práctica diaria a través de la información y decisiones compartidas y el uso del consentimiento por escrito en las circunstancias necesarias.	
Indicador	<p>3.3.1.1. Consentimiento informado.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición:<ul style="list-style-type: none">○ Procedimiento y listado de consentimientos informados por escrito.○ % Pacientes que refieren aplicarse procedimientos sin consentimiento.• Fuente:<ul style="list-style-type: none">Memoria del Servicio. CCGC. JIMENA-IV. Encuesta de satisfacción.• Estándar:<ul style="list-style-type: none">○ Nivel 1 (30%): Existe un procedimiento del servicio que define el procedimiento de consentimiento informado, así como los consentimientos que se consideran necesarios por escrito en la UHB.○ Nivel 2 (60%): Nivel 1 y además se dispone de consentimientos para cada procedimiento, de acuerdo con requerimientos de ley autonomía del paciente, aprobados por CCGC, disponibles en JIMENA-IV y se aplican.○ Nivel 3 (100%): Nivel 2 y menos 20% pacientes refieren aplicación de procedimientos o pruebas sin consentimiento.
Objetivo	3.4. Mejorar la calidad y humanización de los procesos de seguridad en las unidades asistenciales
Actividad 3.4.1. Individualizar las recomendaciones de seguridad y la aplicación de normas en función del riesgo de cada persona y situación.	
Indicador	<p>3.4.1.1. Humanización y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición:<ul style="list-style-type: none">○ Procedimiento normas de seguridad (Sí/No).○ Definición horario y excepciones para dispositivos de ocio, salidas y ropa.• Fuente:<ul style="list-style-type: none">Memoria del Servicio.• Estándar:<ul style="list-style-type: none">○ Nivel 1 (30%): Existe una normativa que incluye la normativa de seguridad, objetos, vestimenta, accesos y horarios y se aplica.○ Nivel 2 (70%): La norma incluye además niveles de riesgo en función de las cuales se flexibiliza el uso de determinados dispositivos, ropa.○ Nivel 3 (100%): Además, se incluye un régimen de salidas a lo largo del ingreso para las personas con ingreso voluntario.
Objetivo	3.5. Mejorar la calidad y humanización en áreas externas: urgencias y traslados
Actividad 3.5.1. Mejorar la accesibilidad y seguridad en los Servicios de Urgencias a personas atendidas por síntomas mentales.	
Indicador	<p>3.5.1.1. Espacios Humanos en Urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cálculo/Definición:<ul style="list-style-type: none">○ Disponibilidad de sala de atención psiquiátrica en urgencias (Sí/No).○ Adherencia a necesidades mínimas (Sí/No).○ Evaluación/checklist de seguridad periódico (registro trimestral).• Fuente:<ul style="list-style-type: none">Memoria Servicio Urgencias.



• **Estándar:**

- **Nivel 1** (30%): Existe una Sala de evaluación específica para Psiquiatría en el Servicio de Urgencias.
- **Nivel 2** (70%): Se designan los requisitos mínimos de seguridad, confort y accesibilidad y se cumplen más de un 75%.
- **Nivel 3** (100%): Se realiza una evaluación periódica de la sala, incluyendo un checklist de comprobación de forma trimestral. Se dispone del registro y de mejoras propuestas.

3.5.1.2. Accesibilidad y equidad ante la salud mental en urgencias

• **Cálculo/Definición:**

- Se consensua una evaluación mínima para personas atendidas en urgencias con síntomas mentales, incluyendo el cribado de riesgo y las evaluaciones mínimas necesarias en cuanto a historia clínica, exploración y pruebas complementarias y la necesidad de supervisión (Sí/No).
- % de personas atendidas en las que se cumplen los tiempos máximos para la atención.
- N.º de reclamaciones por tiempos de espera o malestar con el tipo de atención en urgencias en personas con síntomas mentales.

• **Fuente:**

Memoria Servicios (URGENCIAS/PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL) y Registro de reclamaciones y quejas.

• **Estándar:**

- **Nivel 1** (30%): Existe sistema de evaluación mínimo para la atención de personas con síntomas mentales en urgencias, que incluye el cribado de riesgo y las evaluaciones mínimas necesarias.
- **Nivel 2** (70%): % de personas que se atienden antes de tiempo máximo de espera >75%.
- **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y n.º de reclamaciones en relación con atenciones de salud mental inferior al del año previo.

Actividad 3.5.2. Mejorar la accesibilidad y seguridad en los trasladados a personas atendidas por síntomas mentales.

Indicador

3.5.2.1. Trasladando personas.

• **Cálculo/Definición:**

- Disponibilidad de un procedimiento de coordinación definido (Sí/No).
- Se informa a pacientes y familiares sobre el horario, condiciones del transporte (Sí/No).

• **Fuente**

○ Memoria Servicio Urgencias.

• **Estándar:**

- **Nivel 1** (30%): Existe un procedimiento explícito para la coordinación del transporte sanitario, que incluye la designación del tipo de transporte y acompañantes.
- **Nivel 2** (70%): Nivel 1 + inclusión de situaciones en las que es posible el acompañamiento familiar.
- **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y se registra la información a familias y familiares.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Indicadores de la línea estratégica 4. Procesos sensibles al cambio

Línea estratégica	4. Procesos sensibles al cambio
Objetivo	4.1. Promover los derechos de las personas con ingreso involuntario
Actividad 4.1.1. Informar a las personas que ingresan involuntariamente sobre sus derechos, la legislación de aplicación y las razones clínicas que justifican la necesidad del ingreso.	
Indicador	
4.1.1.1. Procedimiento de información de ingreso involuntario.	

**• Cálculo/Definición:**

- Existe un Proceso/Protocolo de ingreso involuntario que reúne los contenidos mínimos definidos (Sí/No).
- % Ingresos involuntarios que refieren ser informados en encuesta.
- % Ingresos involuntarios que refieren haber recibido el auto del juez.

• Fuente:

Memoria del Servicio. CCGC. Encuesta de Satisfacción.

• Estándar:

- **Nivel 1** (50%): Hay un protocolo/procedimiento de ingreso involuntario que incluye los mínimos definidos, se aplica y se registra en JIMENA y GACELA. 50%.
- **Nivel 2** (75%): Además > 75% de los pacientes encuestados que refieren ingreso involuntario aseguran haber recibido información sobre características del ingreso (en qué consiste y cuestiones legales).
- **Nivel 3** (100%): Niveles 1 y 2 y >75% de pacientes encuestados que refieren ingreso involuntario aseguran haber tenido acceso al auto del juez.

Actividad 4.1.2. Disminuir el tiempo que las personas ingresadas en las UHB pasan de forma involuntaria. Promover la autonomía y capacidad de decisión.

Indicador**4.1.2.1. Reduciendo los ingresos involuntarios.****• Cálculo/Definición:**

Estancias involuntarias año en curso * 100 / estancias involuntarias año previo.
Nota: No aplica a infanto-juvenil.

• Fuente

JIMENA. HIS MEMORIA SERVICIO. GACELA (requiere modalidad de registro que permita contabilidad de ingreso y estancias).

• Estándar:

- **Nivel 1** (40%): <90%.
- **Nivel 2** (60%): <80%.
- **Nivel 3** (100%): <70%.

Objetivo**4.2. Camino a coerción 0**

Actividad 4.2.1. Reducir la aplicación de medidas de aislamiento y contención mediante la implantación de estrategias alineadas con la herramienta “Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use”.

Indicador**4.2.1.1. Protocolo Sin Violencia.****• Cálculo/Definición:**

○ La unidad ha definido un protocolo que define FR modificables de conducta violenta en la UHB, situaciones de agitación en que se activa el protocolo y medidas por niveles de distinto tipo (verbal, ambiental) y por profesional (Sí/No). Se incluyen las indicaciones de la instrucción 1/2022 de 19 de enero de la Fiscalía general del estado y las recomendaciones del defensor del pueblo referentes a las contenciones mecánicas.

Ver Anexo 1. Información complementaria: Recomendaciones del defensor del pueblo referentes a las contenciones mecánicas

○ Se registran las actuaciones de acuerdo con el protocolo en JIMENA/GACELA.

• Fuente:

Memoria Servicio. CCGC. GACELA/JIMENA (se requiere el desarrollo de registro por parte de Servicios Centrales GRS).

• Estándar:

- **Nivel 1** (40%): Existe un protocolo de desescalada de violencia con mínimos definidos.
- **Nivel 2** (75%): Nivel 1 y existencia de un registro con los datos necesarios. Se registran los casos en memoria anual.
- **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y el número de contenciones es inferior al 50% de los casos de riesgo de agitación o violencia registrados.



Objetivo	4.3. Mejorar las medidas para la prevención y control de riesgo de suicidio en las UHB
Actividad 4.3.1. Detectar precozmente las personas con mayor riesgo de conducta suicida, sus factores modificables y facilitar la reducción de este riesgo a través de medidas que faciliten su integración en la unidad, el acceso a un tratamiento integral y un respeto a sus preferencias y valores.	
Indicador	<p>4.3.1.1. Conducta Suicida 0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hay un protocolo de detección y registro de riesgo y conducta suicida (Sí/No). ○ N.º ingresos con riesgo de conducta suicida. ○ N.º conductas suicidas en la UHB y no conductas*100 / N.º ingresos con riesgo. • Fuente: Memoria servicio. CCGC. JIMENA/GACELA. • Estándar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nivel 1 (40%): Protocolo con requisitos mínimos. ○ Nivel 2 (60%): Se registran personas con riesgo y checklist y >75% se registran preferencias terapéuticas. ○ Nivel 3 (100%): Se registran conductas autolíticas en las UHB y son <10% de las personas con riesgo ingresadas.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Indicadores de la línea estratégica 5. Actividad y ambientes positivos y humanos

Línea estratégica	5. Actividad y ambientes positivos y humanos
Objetivo	5.1. Fomentar hábitos y estilos de vida saludables durante la estancia en UHB
Actividad 5.1.1. Fomentar el conocimiento y autocuidado del estado de salud.	
Indicador	<p>5.1.1.1. La salud es para todos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: <ul style="list-style-type: none"> ○ La UHB dispone de un protocolo de detección de estado de salud con los mínimos definidos y lo aplica. ○ La UHB dispone de programa da Educación para la salud y hábitos saludables. ○ % pacientes que participan en actividades de educación para la salud en hábitos de vida saludable. • Fuente: Memoria del Servicio. CCGC. JIMENA. GACELA. • Estándar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nivel 1 (40%): Existe protocolo de detección de estado de salud (incluye Antecedentes médicos personales y familiares, consumo de tóxicos, analítica con glucemia, HDL, LDL, pruebas hepáticas, peso, talla, IMC, perímetro abdominal, alimentación y ejercicio habitual). ○ Nivel 2 (65%): Nivel 1 y hay programa de educación para la salud y hábitos de vida. ○ Nivel 3 (100%): Nivel 2 y >60% pacientes realizan alguna actividad de educación para la salud.
Actividad 5.1.2. Fomentar la concienciación sobre el consumo de tabaco y facilitar el acceso a la deshabituación tabáquica en las personas con trastornos mentales.	
Indicador	<p>5.1.2.1. Psiquiatría sin humos.</p>





- **Cálculo/Definición:**
 - La UHB se adhiere al compromiso "espacio sin humos" y publicita con materiales el espacio sin humos y los beneficios de la abstinencia al tabaco.
 - Se facilita medicación anticraving durante el ingreso.
 - Se dispone de programa de educación para la salud específico en tabaco.

- **Fuente:**
Memoria del Servicio.

- **Estándar:**

- **Nivel 1** (40%): Espacio libre de humos y presencia de carteles.
- **Nivel 2** (75%): Tratamiento con parches de nicotina u otros tratamientos anticraving durante el ingreso.
- **Nivel 3** (100%): Durante el ingreso se inician tratamientos de educación para la salud para promover deshabituación al alta.

Objetivo**5.2. Favorecer y estructurar las intervenciones psicosociales en las UHB**

Actividad 5.2.1. Definir una cartera de intervenciones psicosociales disponibles mínima, pública y accesible que se desarrolle en la UHB.

Indicador**5.2.1.1. Intervenciones psicosociales.**

- **Cálculo/Definición:**

- % intervenciones psicosociales en cartera (del mínimo definido).
- N.º pacientes incluidos en Intervenciones psicosociales*100/ N.º pacientes ingresados.

- **Fuente:**

Memoria del Servicio. JIMENA/GACELA.

- **Estándar:**

- **Nivel 1** (40%): ≥50% de pacientes incluidos en intervenciones psicosociales.
- **Nivel 2** (100%): ≥75% de pacientes incluidos en intervenciones psicosociales.

Objetivo**5.3. Adecuar las medidas estructurales de seguridad a las necesidades de cada persona en la UHB**

Actividad 5.3.1. Elaborar un mapa de riesgos de la Unidad de Hospitalización que evalúe el nivel de riesgos de cada espacio y adecue las recomendaciones más adecuadas de actuación y provisión para minimizar el riesgo de acuerdo con la necesidad de asistencia y los derechos, preferencias y valores de los usuarios y una actividad y entorno laboral seguro.

Indicador**5.3.1.1. Mapa de riesgos.**

- **Cálculo/Definición:**

La unidad elabora un mapa de riesgos con contenidos mínimos e intervienen grupos de interés definidos.

- **Fuente:**

Informe/mapa de riesgos de la Unidad.

- **Estándar:**

- **Nivel 1** (25%): Hay un mapa de riesgos con los contenidos mínimos evaluados y al menos 2 colaboradores más en la elaboración (PRL, U Calidad/preventiva, Asociación o representante pacientes).
- **Nivel 2** (50%): Nivel 1 y se designan niveles de riesgos de alto y bajo riesgo que permiten uso de objetos y normas por preferencia frente a restricción uniforme.
- **Nivel 3** (75%): Nivel 2 y se designan niveles de protección para profesionales por PRL.
- **Nivel 4** (100%): Nivel 3 y se cuenta con participación de representación de usuarios en la elaboración del mapa, niveles de riesgos y normas.





Objetivo	5.4. Facilitar las actividades de ocio saludable en las UHB
Actividad 5.4.1. Favorecer el ocio a través de espacios específicos y el desarrollo de programas de ocio saludable, y la adquisición de materiales de uso para ocio sin supervisión directa que se mantiene y renueva y el fomento de actividades de ocio relacionadas con artes.	
Indicador	
5.4.1.1. Ocio saludable y no supervisado. <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se dispone de espacio/s asignado al ocio. ○ Hay programa actividades de ocio saludable y materiales y de ocio relacionados con arte. ○ N.º materiales de ocio disponibles*100/N.º Materiales mínimos • Fuente: <ul style="list-style-type: none"> Memoria servicio/gerencia hospital. GACELA. Inventario/dirección de gestión hospital. • Estándar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nivel 1 (50%): Hay espacio designado, hay programa de ocio, materiales que cubren 75% de mínimos. ○ Nivel 2 (75%): Hay espacio designado, el programa abarca el 100% de actividades mínimas, materiales que cubren 100% de mínimos. ○ Nivel 3 (100%): El espacio designado es de uso exclusivo, el programa es usado por >50% usuarios (GACELA), >50% materiales renovados en últimos 2 años. 	
Objetivo	5.5. Humanizar los espacios destinados a la atención de personas con trastornos de salud mental en las UHB
Actividad 5.5.1. Adecuar las condiciones de confort, calidez y la iluminación de los espacios que componen las UHB.	
Indicador	
5.5.1.1. Espacios humanizados. <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: <ul style="list-style-type: none"> ○ N.º espacios de uso de pacientes y familiares con luz natural y colores cálidos *100 / N.º espacios de uso de pacientes y familiares • Fuente: <ul style="list-style-type: none"> Memoria servicio/gerencia hospital. Inventario/dirección de gestión hospital. • Estándar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nivel 1 (50%): El 50% de los espacios disponen de luz natural y colores cálidos. ○ Nivel 2 (75%): El 75% de los espacios disponen de luz natural y colores cálidos. ○ Nivel 3 (100%): El 90% de los espacios disponen de luz natural y colores cálidos. 	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Indicadores de la línea estratégica

Línea estratégica	6. Re-innovando personas
Objetivo	6.1. Fomentar una formación de los profesionales de psiquiatría y salud mental que garantice un modelo de atención centrado en la persona
Actividad 5.1.1. Fomentar el conocimiento y autocuidado del estado de salud.	
Indicador	
6.1.1.1. Formar Humanos. <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo/Definición: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hay un plan formativo anual basado en la evaluación de necesidades. ○ N.º áreas cubiertas*100 / N.º áreas recomendadas. ○ Número de sesiones clínicas del servicio a las que asisten trabajadores, usuarios y/o miembros de las juntas directivas de Asociaciones de pacientes y familiares. 	



- **Fuente:**
Plan formativo servicio. Docencia. FOSA.
- **Estándar:**
 - **Nivel 1** (40%): Hay un plan formativo anual. Incluye profesionales de distintos ámbitos del servicio. Se incluyen al menos 2 temas/áreas de los recomendados. En al menos 1 sesión acuden usuarios, familiares o profesionales de las asociaciones.
 - **Nivel 2** (75%): Hay plan formativo anual, basado en encuesta o valoración de necesidades y acreditado en FOSA. Incluye todas las profesiones del servicio. Se incluyen >50% de temas/áreas de los recomendados en 2 años. En > 2 sesiones acuden usuarios, familiares o profesionales de las asociaciones.
 - **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y Específicamente se incluye formación en primera persona. En > 4 sesiones acuden usuarios, familiares o profesionales de las asociaciones.

Objetivo**6.2. Mejorar el clima laboral y el riesgo de síntomas emocionales en profesionales de los servicios de psiquiatría y salud mental**

Actividad 6.2.1. Mejorar la calidad de vida en el trabajador de psiquiatría y SM, reduciendo el riesgo de desgaste profesional, síntomas emocionales y mejorando el clima laboral y los factores de calidad de vida profesional y motivación laboral.

Indicador**6.1.1.2. Cuidando la psiquiatría y salud mental.**

- **Cálculo/Definición:**
 - Hay un sistema de evaluación periódico (</2 años) de clima laboral y síntomas emocionales del servicio de psiquiatría y salud mental que incluye herramientas recomendadas.
 - Se dispone de programas de intervención generales y en base a resultados específicos.
- **Fuente:**
Memoria del Servicio.
- **Cálculo/Definición:**
 - **Nivel 1** (50%): Hay un sistema de evaluación Bianual que incluye las herramientas mínimas. Se incluyen al menos 2 tipos de intervenciones programadas o a demanda durante el año con actividad registrada.
 - **Nivel 2** (75%): Hay un sistema de evaluación Bianual o inferior, los resultados se analizan y modifican la programación de intervenciones en siguiente ejercicio. Se incluyen Todas las intervenciones.
 - **Nivel 3** (100%): Hay un sistema anual con sistema de mejora continua. Hay programación continua de actividades para la mejora de clima laboral y prevención /intervención en síntomas/burnout.

6.1.1.3. Cuidando la psiquiatría y salud mental.

- **Cálculo/Definición:**
 - Hay un sistema de evaluación periódico (</2 años) de clima laboral y síntomas emocionales del servicio de psiquiatría y salud mental que incluye herramientas recomendadas.
 - Se dispone de programas de intervención generales y en base a resultados específicos.
- **Fuente:**
Memoria del Servicio.
- **Cálculo/Definición:**
 - **Nivel 1** (50%): Hay un sistema de evaluación Bianual que incluye las herramientas mínimas. Se incluyen al menos 2 tipos de intervenciones programadas o a demanda durante el año con actividad registrada.
 - **Nivel 2** (75%): Hay un sistema de evaluación Bianual o inferior, los resultados se analizan y modifican la programación de intervenciones en siguiente ejercicio. Se incluyen Todas las intervenciones.
 - **Nivel 3** (100%): Hay un sistema anual con sistema de mejora continua. Hay programación continua de actividades para la mejora de clima laboral y prevención /intervención en síntomas/burnout.

Objetivo**6.3. Potenciar la investigación, el conocimiento y la innovación en el ámbito de la humanización y el estigma en psiquiatría y salud mental**

Actividad 6.3.1. Considerar como áreas prioritarias del conocimiento la humanización en psiquiatría y salud mental, el estigma de los trastornos mental y las profesiones asociadas a la psiquiatría, así como la repercusión en la salud mental del entorno laboral, y desarrollar líneas de investigación y desarrollo científico y docente en estas áreas.

Indicador**6.1.1.4. Investigar en personas.**

**• Cálculo/Definición:**

- o La GRS incluye humanización en psiquiatría y salud mental/estigma y repercusión profesional en salud mental/burnout como líneas prioritarias de ayudas a investigación.
- o El servicio realiza al menos un proyecto de investigación con/sin financiación externa (aprobado por CEIC/CEIm).
- o Se realiza difusión de resultados.

• Fuente:

Memoria científica del área.

• Estándar:

- o **Nivel 1** (50%): Se realiza al menos 1 proyecto con contenidos sin financiación, aprobado por CEIC/CEIm del área con datos recogidos (aporta datos en memoria al CEIC).
- o **Nivel 2** (75%): Se realiza al menos 1 proyecto financiado y/o hay comunicación en ámbito nacional (comunicación a congreso de ámbito nacional o publicación en revista de cualquier tipo).
- o **Nivel 3** (100%): Se realiza al menos 1 proyecto financiado y hay comunicación en revista de cualquier tipo o independientemente de la financiación, los resultados se publican en revista indexada.

Actividad 6.3.2. Proponer nuevas fórmulas en el campo de la psiquiatría y salud mental que permitan integrar los derechos, preferencias y valores de los usuarios o la lucha contra el estigma desde cambios o nuevos modelos o propuestas.

Indicador**6.3.2.1. Humanizar es innovar.****• Cálculo/Definición:**

- o El servicio tiene definido un sistema para la gestión de innovación y nuevas ideas.
- o N.º innovaciones generadas en el ámbito de humanización y estigma.

• Fuente:

GRS. Servicio innovación.

• Estándar:

>1 innovación/año.

Fuente: **Elaboración propia.**

Tabla 15. Indicadores de la línea estratégica 7. Personas sin marcas

Línea estratégica	7. Personas sin marcas
Objetivo	7.1. Promoción de la salud mental

Actividad 7.1.1. Incrementar la participación activa de los servicios de psiquiatría y salud mental y la implicación de sus profesionales en la promoción de la salud mental junto con personas que utilizan los recursos de salud mental.

Indicador**7.1.1.1. Todos los días son salud mental.****• Cálculo/Definición:**

- o N.º días de salud mental en que se participa*100 / N.º días de salud mental propuestos.
- o Documentos y materiales de información generados.
- o Áreas de página web con información disponible.

• Fuente:

Memoria servicio. Web Hospital SACYL.



**• Estándar:**

- o **Nivel 1** (40%): El servicio participa en el día de la salud mental de 10 de octubre, genera al menos 1 nota de prensa sobre el lema del año y dispone de información sobre promoción y prevención de trastornos mentales en página Web SACYL.
- o **Nivel 2** (75%): Se participa en > 2 días oficiales. Se dispone de > 2 materiales de información sobre salud mental, promoción y prevención de trastornos mentales y hay al menos 2 áreas sobre información de trastornos mentales en área de psiquiatría y salud mental de la página del hospital/área.
- o **Nivel 3** (100%): Se participa en > 50% días oficiales. Se dispone de > 3 materiales y se dispone de una subsección temática de estigma, prevención de trastornos mentales y promoción de la salud mental en la página web.

7.1.1.2. Tendencia en Salud Mental.

• Cálculo/Definición:

- o N.^º de actividades de promoción sobre la salud mental y los servicios de psiquiatría y Salud Mental realizados a lo largo del año.
- o N.^º actividades de promoción realizadas conjuntamente con Asociaciones de Pacientes y familiares*100/Total actividades anuales.
- o N.^º notas de prensa divulgadas e intervenciones en medios a lo largo del año en promoción de la salud mental y/o los recursos de psiquiatría y salud mental.

• Fuente:

Memoria del Servicio/Unidad de Formación - Calidad del centro/Responsable de comunicación del centro.

• Estándar:

- o Nivel 1 (40%): Se realizan al menos 2 actividades de promoción, el 50% son realizadas en conjunto con representación de pacientes/familiares y se difunden al menos 2 notas de prensa anuales.
- o Nivel 2: (75%) Se realizan 2-4 actividades de promoción, el 50% son realizadas en conjunto con representación de pacientes/familiares y se difunden al menos 3 notas de prensa anuales.
- o Nivel 3: (100%) Se realizan >4 actividades, >50% en conjunto con asociaciones de pacientes y familias, se difunden >4 notas de prensa.

7.1.1.3. Escuela de personas.

• Cálculo/Definición:

- o N.^º de actividades formativas para usuarios y familiares en centros asociativos.
- o % usuarios satisfechos con la actividad (puntuación 7 o superior ítem satisfacción evaluación formación tipo FOSA).

• Fuente:

Memoria servicio/asociaciones. Formación.

• Estándar:

- o **Nivel 1** (40%): participación en > 1 programa formativo al año.
- o **Nivel 2** (100%): Nivel 1 y satisfacción media ≥ 7

7.1.1.4. Salud mental desde la infancia.

• Cálculo/Definición:

Se dispone de un programa específico de promoción de la salud mental dirigido a niños y adolescentes. Número de actividades específicas de promoción de SM a lo largo del año (foros para adolescentes, uso de personas públicas de referencia, visionado de películas y gametización de la promoción de salud mental). Actividades de promoción realizadas en colaboración con centros educativos

• Fuente:

Memoria del Servicio/Unidad de Formación - Calidad del centro / responsable de comunicación del centro.

• Estándar:

- o **Nivel 1** (40%): Existe alguna programación de actividades de promoción específicas en población IJ. > 1 actividad realizada al año. Difusión al menos en página institucional.
- o **Nivel 2** (75%): Programación anual de actividades de promoción de la SM en población IJ con >2 actividades anuales. Programa de actividades de promoción en al menos 1 centro educativo del área. Difusión en página institucional y al menos 1 nota de prensa.





- **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y, además, > 3 actividades anuales, > 2 centros educativos coordinados. Evaluación conocimientos sobre salud mental y satisfacción con actividades en población infantojuvenil.

Objetivo**7.2. Puesta en valor de las profesiones sanitarias relacionadas con la psiquiatría y la salud mental**

Actividad 7.2.1. Impulsar una imagen interna y externa adecuada y positiva de los profesionales de la salud mental.

Indicador**7.2.1.1. Profesionales sin estigma.****• Cálculo/Definición:**

- Número de actividades públicas (mesas redondas, jornadas...) de difusión de actividad científica y de resultados.
- Número de apariciones en prensa por aspectos científicos o relacionados con resultados positivos de los servicios.
- Número de actividades anuales para la promoción de FSE (psiquiatría, psicología clínica, enfermería especialista en salud mental) o de promoción de las profesiones en estudiantes.

• Fuente:

Memoria del Servicio. Formación.

• Estándar:

- **Nivel 1** (40%): al menos 1 actividad de difusión de actividad al público y 1 nota de prensa, en relación con actividades científicas o resultados en salud que destaque el papel de los profesionales de Psiquiatría y salud mental.
- **Nivel 2** (75%): 2 o más actividades de difusión al público. 2 o más actividades formativas en el área sanitaria con profesionales sobre actividades/resultados en salud del servicio o programas coordinados. Más de 2 notas de prensa anuales.
- **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y se cuenta con un programa de promoción de las especialidades de Psiquiatría y Salud Mental y en estudiantes de grado que incluye al menos 1 material informativo y 1 actividad anual.

Objetivo**7.3. Promoción de la salud mental en la mujer y prevención de la violencia de género**

Actividad 7.3.1. Promover la producción de conocimientos científicos sobre inequidades de género en materia de salud mental y difundir estos conocimientos al público general y a las organizaciones representativas de pacientes y familiares.

Indicador**7.3.1.1. Mujeres sin barreras.****• Cálculo/Definición:**

- Se evalúan posibles inequidades en la atención a la salud mental y se difunden los resultados.
- Se elabora un protocolo de atención que incluye el análisis de inequidades en atención SM y barreras existentes para garantizar una atención equitativa y sin estigma o discriminación por género.

• Fuente:

Memoria del Servicio.

• Estándar:

- **Nivel 1** (30%): Existe una memoria con resultados de análisis.
- **Nivel 2** (70%): Nivel 1 y se difunden los resultados en al menos 1 actividad.
- **Nivel 3** (100%): Niveles 1 y 2 y existe un protocolo de atención.

7.3.1.2. Violencia de Género en salud mental 0.**• Cálculo/Definición:**

- Se dispone de protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia de género (e hijos).
- Se registra actividad anual.
- Uso de protocolo de violencia de género en mujeres con TMG.



- **Fuente:**
Memoria anual
- **Estándar:**
 - **Nivel 1** (30%): Hay protocolo.
 - **Nivel 2** (100%): Nivel 1 y hay actividad registrada (registro anual).

Objetivo**7.4. Promoción de un uso lenguaje inclusivo y no estigmatizante**

Actividad 7.4.1. Promover la utilización de lenguaje e imágenes adecuados en medios internos y externos que fomenten la inclusión y eviten el estigma, la discriminación y los prejuicios.

Indicador**7.4.1.1. Guía de estilo en comunicación en salud mental.**

- **Cálculo/Definición:**
 - Desarrollo/adhesión a una guía de estilo que defina el correcto uso de lenguaje e imágenes tanto en medios internos como externos.
 - Guía presente en medios de comunicación (página Web institucional).
 - N.º Actividades de difusión de la guía.
- **Fuente:**
Memoria del servicio. Web institucional.
- **Estándar:**
 - **Nivel 1** (40%):
 - 1) Hay una Guía de estilo que define un uso correcto de lenguaje.
 - 2) Está presente en la página institucional.
 - **Nivel 2** (75%): Nivel 1 y:
 - 1) La guía define comunicación interna y externa.
 - 2) Se realiza al menos 1 acto de difusión.
 - **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y:
 - 1) La guía define específicamente recomendaciones para medios de comunicación y se acuerda con los medios locales.
 - 2) Se realizan >1 actos de difusión.

7.4.1.2. Corrección del lenguaje.

- **Cálculo/Definición:**
 - Se dispone de un procedimiento de actuación para la corrección del lenguaje en documentos internos y en medios de comunicación.
 - Número de actuaciones anuales del procedimiento.
- **Fuente:**
Memoria del servicio.
- **Estándar:**
 - **Nivel 1** (40%): Hay un procedimiento que define las actuaciones a seguir cuando se detecta un uso no apropiado de lenguaje de acuerdo con la guía.
 - **Nivel 2** (75%): Nivel 1 y >1 actuación al año con rectificación.
 - **Nivel 3** (100%): Nivel 2, > 2 actuaciones con rectificación, al menos 1 es de medios de comunicación.

Objetivo**7.5. Lucha contra las actitudes de estigma en las profesiones sanitarias**

Actividad 7.5.1. Difusión y promoción de la salud mental en otros servicios y unidades.

Indicador**7.5.1.1. Servicios acogedores de salud mental.**

- **Cálculo/Definición:**
 - Se define y consensua un protocolo que facilite la accesibilidad y la atención de personas con trastor-



- nos mentales y sus allegados en servicios de urgencias, atención primaria y otros.
- o Se registran reclamaciones relacionadas con trato desigual o percepción de pérdida de derechos en personas con trastornos mentales en la atención sanitaria y se proponen mejoras (N.º reclamaciones y N.º mejoras).
 - o N.º de actividades de promoción y difusión de información relativa a salud mental en otros servicios y unidades (particularmente Urgencias y AP y relacionados con el protocolo de atención).

• **Fuente:**

Memoria del servicio. Formación. Servicio de Atención al paciente.

• **Estándar:**

o **Nivel 1** (40%):

- 1) Hay un protocolo con AP o con Urgencias.
- 2) Se registran reclamaciones.
- 3) 1 actividad formativa anual.

o **Nivel 2** (75%):

- 1) Hay un protocolo con AP y con Urgencias.
- 2) Se realizan propuestas de mejora basadas en las reclamaciones recibidas.
- 3) 2 actividades formativas.

o **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y el protocolo incluye al menos otro servicio/dispositivo y se registran resultados de implantación.

Actividad 7.5.2. Mejorar las actitudes de estigma, discriminación y prejuicios en el ámbito de la salud mental.

Indicador

7.5.2.1. Psiquiatría y Salud Mental sin estigma.

• **Cálculo/Definición:**

- o Se define un procedimiento de evaluación de la atención, accesibilidad de personas con trastornos mentales y sus allegados y de situaciones de riesgo de estigma en servicios distintos a psiquiatría y salud mental, contemplando la participación de asociaciones y otras fuentes como el buzón de sugerencias las reclamaciones y quejas.
- o Número de situaciones de riesgo detectadas.
- o Número de propuestas de mejora*100 / N.º de situaciones de riesgo.
- o N actuaciones evaluadas*100 / N.º propuestas.

• **Fuente:**

Memoria del servicio. CCGC.

• **Estándar:**

- o **Nivel 1** (40%): Existe el protocolo/procedimiento.
- o **Nivel 2** (75%): Nivel 1 y se recogen >3 situaciones de riesgo anuales.
- o **Nivel 3** (100%): Nivel 2 y además, >50% tienen propuestas de mejoras y >50% son evaluadas.

Objetivo

7.6. Promoción de la capacidad y el derecho a la inclusión laboral en psiquiatría y salud mental

Actividad 7.6.1. Impulsar la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales.

Indicador

7.6.1.1. Trabajo integrado.

• **Cálculo/Definición:**

- o N de actividades de promoción realizadas en círculos empresariales.
- o Número de actividades de promoción dirigidas a centros de empleo.
- o Número de actividades de promoción conjuntas con asociaciones y/o acciones en primera persona.

• **Fuente:**

Memoria del Servicio.

• **Estándar:**

- o **Nivel 1** (40%): Al menos uno de los siguientes tipos de actividades al año: visita a círculos empresariales, centros de empleo o una actividad de promoción conjunta con asociaciones y/o acciones en primera persona.



o **Nivel 2** (75%): Al menos dos de los siguientes tipos de actividades al año: visita a círculos empresariales, centros de empleo o una actividad de promoción conjunta con asociaciones y/o acciones en primera persona.

o **Nivel 3** (100%): Al menos tres de los siguientes tipos de actividades al año: visita a círculos empresariales, centros de empleo o una actividad de promoción conjunta con asociaciones y/o acciones en primera persona.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXOS



A N E X O S

Anexo 1. Información complementaria

Línea estratégica 1. Personas primero

Recopilación de "Derechos y deberes de las personas con un trastorno mental"

Las personas con un trastorno mental tienen los siguientes derechos fundamentales:

- 1.** Derecho a ser tratados con respeto a su dignidad humana sin discriminación de ningún tipo (religiosa, sexo, raza...).
- 2.** Derecho a promover su autonomía, al asegurar que los servicios de salud mental sean accesibles a toda persona que quiera usarlos.
- 3.** Derecho a establecer criterios claros a la hora de la realización de los ingresos involuntarios según consta en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil.
- 4.** Derecho a la apelación de las decisiones de su internamiento.
- 5.** Derecho a la confidencialidad: Todos los profesionales involucrados en la atención al paciente tienen el deber de prevenir toda ruptura con la confidencialidad de cualquier aspecto relacionado con su proceso médico.
- 6.** Derecho a la comunicación con el "mundo exterior", procurando canales de comunicación accesible y factible para cada momento del proceso terapéutico.
- 7.** Derecho al acceso a la información: El paciente/tutor tiene derecho a la información relativa a él descrita en su historial médico. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a su salud.
- 8.** Derecho al consentimiento informado en pacientes ingresados de forma voluntario y/o involuntaria cuando esté en condiciones de recibirla, dando explicación veraz y las aclaraciones necesarias que solicite el internado.
- 9.** Derecho de autonomía del paciente: A conocer el tratamiento ofertado, exponiendo beneficios frente a potenciales efectos secundarios y a participar en la medida de lo posible, en la toma de decisiones a lo largo de su internamiento siempre y cuando tenga potestad para hacerlo y para calibrar las consecuencias de tales decisiones.
- 10.** Derecho a conocer nombre y cualificación del personal que le va a atender en su proceso.
- 11.** Derecho a negativa al tratamiento: Excepto en los casos determinados por la Ley (internamiento involuntario, art. 763). La negativa deberá constar por escrito al igual que el derecho a la alta voluntaria.
- 12.** Derecho a informe de alta, donde figure proceso clínico, profesional al cargo, tratamiento y cuidados post alta.
- 13.** Derecho a adjudicar profesional al alta encargado de su seguimiento y evolución de su patología.

Las personas con un trastorno mental tienen los siguientes deberes en los servicios de psiquiatría y salud mental:



1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Facilitar los datos sobre su estado físico/mental de manera leal y verdadera, así como a colaborar con su obtención.
3. Respetar la dignidad e integridad del personal que preste allí sus servicios.
4. Respetar los medios materiales e infraestructuras cuidando de las instalaciones.
5. Cumplir las normas de régimen interno que así se estipulen.
6. Respetar al resto de pacientes allí ingresados no obstaculizando el proceso terapéutico de los mismos.

Derechos del niño hospitalizado en unidades de hospitalización breve de psiquiatría infanto-juvenil

Desde 1946 el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Ayuda a la Infancia (Unicef), trabaja como un organismo especializado en la protección de la infancia.

La Declaración de los Derechos Humanos de 1948 incluía implícitamente los derechos de todos los niños. Sin embargo, dada su condición de dependencia de los adultos y su mayor grado de vulnerabilidad en crisis humanitarias, con el tiempo fue necesario crear nuevas herramientas jurídicas y en 1959, los 78 países que conformaban la ONU aprobaron de forma unánime la Declaración de los Derechos del Niño, un documento que recoge 10 principios inherentes a la infancia y que son de obligado cumplimiento.

Esta declaración sirvió de referencia para otros documentos que se publicaron años más tarde, entre ellos la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado, que fue redactada por el Parlamento Europeo en 1986. La Carta recoge los principios relacionados con la enfermedad y la hospitalización de todos los menores, sin distinción de sexo, raza, religión o nacionalidad. Se trata de 23 artículos resumidos de la siguiente manera:

- Derecho a que el niño no sea hospitalizado, salvo cuando no pueda recibir los cuidados en casa o en el centro de salud.
- Derecho a una hospitalización diurna, siempre y cuando esto no suponga una carga económica adicional para los padres.
- Derecho a estar acompañado por sus padres o por las personas que los sustituyan durante su hospitalización.
- Derecho del niño a recibir información adaptada a su edad.
- Derecho a una recepción y seguimiento.
- Derecho a negarse a cualquier propósito que no sea terapéutico.
- Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a recibir toda la información relacionada con la enfermedad.
- Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a expresar su conformidad con los tratamientos.
- Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a recibir un tratamiento psicosocial especializado.



- Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas.
- Derecho del niño a estar protegido por la Declaración de Helsinki cuando sea sometido a experimentación terapéutica.
- Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles.
- Derecho de contactar con sus padres en los momentos de tensión.
- Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión.
- Derecho a ser tratado por personal cualificado.
- Derecho a ser hospitalizado a ser posible junto a otros niños.
- Derecho a continuar su formación escolar durante su hospitalización.
- Derecho a disponer de locales equipados según sus necesidades.
- Derecho a disponer de juguetes, libros y medios audiovisuales.
- Derecho a recibir estudios en caso de hospitalización parcial.
- Derecho a la seguridad y la justicia.
- Derecho a recibir ayuda económica, moral y psicosocial.
- Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a solicitar la aplicación de esta Carta en los países que no pertenezcan a la Unión Europea.

Contenidos mínimos del Protocolo de acogida al ingreso

Al ingreso de un paciente en una Unidad de Hospitalización se debe ofrecer la hoja informativa a pacientes y familiares con las normas y funcionamiento de la unidad (horarios y accesibilidad a diario, festivos y fines de semana, objetos permitidos y prohibidos, medidas de seguridad e información sobre riesgos ante agitaciones, conductas autolíticas, etc.). Se atenderá a recomendaciones específicas para la población infantojuvenil.

Debe quedar reflejado en el protocolo quién es el responsable de realizar la acogida y la responsabilidad de cada profesional que integra la unidad, así como de lo que se va a informar, dónde se realiza, garantizando la intimidad del paciente en el momento del ingreso.

Contenidos mínimos de un protocolo de continuidad de cuidados

Se recomienda que el protocolo de continuidad de cuidados contenga los siguientes contenidos mínimos:

- Definir profesionales responsables.
- Indicar con qué recursos se hace (siempre con ESM y otros...).
- Temporalización (por ejemplo: 24-72h post ingreso y alta o como se decida).
- Su registro en JIMENA/GACELA.

Contenidos mínimos a incluir en Informes de alta

Además de los contenidos mínimos de un informe se establecen en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS [69], se proponen otros específicos:

- Diagnóstico CIE.
- Evaluación funcionalidad en TMG: PSP y/o medidas de calidad de vida o funcionamiento.



- Conciliación de tratamiento de fácil comprensión.
- Intervenciones y recomendaciones no farmacológicas realizadas y necesidad de continuación al alta (conciliación tratamiento no farmacológico).

Línea estratégica 2. Desde las personas a los servicios

Contenido mínimo para el diseño de procedimientos de análisis de voz del paciente

Se recomienda que el procedimiento de análisis de voz incluya el siguiente contenido mínimo:

- Recomendación de periodicidad mínima de aplicación (anual, abarcando al menos un 10% de los ingresos anuales)
- Recomendación de periodicidad mínima de Evaluación (informe anual)
- Resultados más relevantes a incluir con valoración de los mismos (estado actual, variación respecto a previos, comparación con estándares): al menos la satisfacción global y los ítems que sirven de indicador en otros objetivos.
- En el informe se debe describir inicialmente el procedimiento y la población a la que se ha dirigido (incluyendo el marco temporal) Inclusión de apartado de propuesta de mejoras, que incluya potencial corrección de ítems mal valorados (por debajo de 5/10) o intermedios (5-6/10), medidas dirigidas a mantener ítems bien valorados (por encima de 7/10) y valoración de preguntas abiertas y sugerencias.

Propuesta de recogida de información sobre instrucciones previas y planificación anticipada de decisiones

La participación de los pacientes en la toma de decisiones en su proceso terapéutico es un factor clave para garantizar el respeto a su dignidad, su autonomía y favorece una atención de calidad. Las Instrucciones Previas son un instrumento regulado legalmente, de expresión individual y que describe un escenario hipotético sobre el que la persona expresa sus preferencias y valores en relación con la atención a recibir. La Planificación anticipada de decisiones es una herramienta que forma parte del proceso asistencial, donde se establece un proceso deliberativo entre los profesionales y la persona (y su familia o cuidadores) en el que se planifica conjuntamente la atención que recibirá la persona en base a sus preferencias, si en un momento de la enfermedad pierde la capacidad de decidir.

Se propone el siguiente esquema para recoger las decisiones compartidas entre los profesionales de salud mental y el paciente, para que estas sean las más prudentes y adecuadas, pero respetando sus valores y preferencias, para cuando se produzca una pérdida transitoria de la capacidad debido a una recaída o crisis grave de la enfermedad.

- **Preferencias para el caso de presentar un episodio de agitación que pueda suponer un riesgo inminente para mi integridad física o la de las personas que me atiendan**

o En el caso de que no hubiera otra alternativa terapéutica para garantizar mi seguridad o la de otros y fuera imprescindible aplicar medidas de contención, solo aceptaría las siguientes medidas por este orden de preferencia (Indicar las medidas de contención que aceptaría por



orden de tolerancia según sus valores).

o No me gustaría recibir medicación que me ocasione los siguientes efectos negativos (Indicar los efectos secundarios de la medicación que el otorgante considera intolerables o un agravio para su dignidad). Solo admitiría dicha medicación en el único caso en el que no fuera posible utilizar otro tipo de tratamiento como los siguientes con los que he mejorado en otras ocasiones (Indicar los fármacos que el otorgante prefiere en su lugar y el formato. (Comprimido/ Cápsulas/ Inyectables intramusculares, Intravenosa...) por los siguientes motivos..... (Experiencias favorables en ocasiones anteriores/ Sensaciones físicas/ Efectos sobre el estado de ánimo....)

• En el caso de no suponer un riesgo inminente para mi integridad física o la de las personas que me atiendan

o Si fuera posible, no deseo recibir medicación por vía (si procede especificar vía o formato de administración: Ej.:Oral / intramuscular / Intravenosa / comprimido / Inyectables,) que me ocasionen los siguientes efectos negativos (Indicar los efectos secundarios de la medicación que el otorgante considera intolerables o un agravio para su dignidad). Prefiero en su lugar recibir la siguiente medicación (Indicar nombre del medicamento si está debidamente asesorado), en formato de.....(Comprimido/Inyectables intramusculares, Intravenosa....) por los siguientes motivos..... (Experiencias favorables en ocasiones anteriores/ Sensaciones físicas/ Efectos sobre el estado de ánimo).

o No deseo que se me apliquen las siguientes medidas terapéuticas..... (Indicar las medidas terapéuticas que el otorgante considera intolerables o un agravio para su dignidad y el motivo). Prefiero que se apliquen las siguientes actuaciones terapéuticas en el siguiente orden de preferencia, (Especificar medidas que aceptaría) por los siguientes motivos.....(Experiencias favorables en ocasiones anteriores/ Sensaciones/ Efectos sobre el estado de ánimo....)

o Pido que se me permita mantener los siguientes hábitos personales que me hacen sentir bien..... (Seguimiento de dieta alimenticia/ práctica religiosa espiritual/ actividad física/ técnicas de relajación/ Hábitos de aseo/ horarios de sueño- vigilia/ actividad de entretenimiento y ocio/ prácticas culturales/ Uso de nuevas tecnologías durante el ingreso hospitalario/ Acompañamiento por persona de confianza)

o Que se avise a las personas que designo como mis representantes y se consulte y tengan en cuenta su información sobre mis preferencias, costumbres, deseos, etc.

• En cuanto a la forma de relacionarse conmigo, especialmente en momento de crisis, deseo que (Indicar aquellos aspectos en la relación cercana y el trato con el personal sanitario y cuidadores que el otorgante considere que influyen positivamente en su ánimo favoreciendo su estabilización y recuperación clínica)



Línea estratégica 3. Asistencia centrada en la persona

Recomendación mínimos a incluir en la cartera de servicios

Se recomienda que la cartera de servicios de las unidades de hospitalización breve incluya:

- Objetivo General: Diagnóstico y tratamiento de personas con un diagnóstico de trastorno mental en situaciones de descompensación aguda o riesgo biopsicosocial que requiere observación estrecha/intensiva o medios de ámbito hospitalario para su diagnóstico y/o tratamiento.
- Orientación Diagnóstico de Trastorno Mental (Capítulo F CIE10 o 06 de CIE-11).
- Descompensación aguda sintomática o reagudización de proceso crónico.
- Imposibilidad de manejo ambulatorio o en ámbito sociofamiliar (por excesivo riesgo vital, de agitación, incluidas las situaciones en que se hace preciso un internamiento involuntario).
- Necesidad de pruebas o tratamientos de ámbito hospitalario y situaciones de riesgo conductual no controlables en el ámbito.

Modelo de contenidos de CI por escrito

La redacción de Hojas de información y consentimiento informado por escrito se realizará de acuerdo con el modelo e instrucciones de cada centro/área sanitaria, en todo caso siguiendo la guía de consentimiento informado de la GRS de Castilla y León:

- Instrucciones generales ([Enlace aquí](#))
- Normativa fundamental: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ([Enlace aquí](#))
- Guía de Consentimiento informado SACYL ([Enlace aquí](#))

Como procedimientos específicos que necesitan consentimiento por escrito se deben incluir TEC y su anestesia, y Valproato en mujeres en edad fértil.

Línea estratégica 4. Procesos sensibles al cambio

Recomendaciones mínimas a incluir en procedimiento de ingreso involuntario

A continuación, se presentan las diferentes recomendaciones mínimas a incluir en procedimiento ingreso involuntario y que deben registrarse en la historia clínica:

- Información sobre Ingreso Involuntario: en qué consiste, condiciones, referencia a artículo 763 LEC.
- Información en 24h al juzgado.
- Informar que el Juez ratificar o no en 72h (se personará o no), con dictamen añadido de médico forense del juzgado.
- Derecho a abogado y procurador, propio o de oficio.
- Derecho a práctica de pruebas: conocer motivos de ingreso en términos comprensibles.
- El auto debe ser motivado y notificado al interesado (incluir que se ha notificado en historia clínica).
- El auto es recurrible en apelación a la audiencia provincial en el plazo de 20 días. Incumplir los puntos previos podría suponer la anulación del auto si se recurriese.



Mínimos a incluir en el “Protocolo sin violencia”

A continuación, se especifican los contenidos mínimos a incluir en el “Protocolo sin violencia”:

- Identificación de factores y situaciones de riesgo, evaluación del riesgo.
- Pautas generales ante personas ingresadas con riesgo de agitación o con conductas violentas.
- Medidas de intervención no farmacológicas ni coercitivas: ambiente, distractores, contención verbal.
- Medidas de intervención farmacológicas.
- Medidas de restricción y contención (que incluya los requisitos de la Orden Ministerial: Uso previo de medidas de contención verbal, indicado por facultativo médico, registrado y reevaluado en tiempos adecuados, procedimiento contención (personal, medios necesarios, puntos de contención, vigilancia de seguridad...) También la codificación en JIMENA Y/O GACELA. Recomendable incluir la codificación diagnóstica como Z78.1 Estado de restricción física.
- Actuación ante agresión al personal.

Recomendaciones de mínimos para la prevención y control de riesgo suicida

En la prevención y control de riesgo suicida se recomienda que:

- Todo paciente ingresado tenga evaluado el riesgo suicida.
- Se establezcan niveles de riesgo con recomendaciones: se pueden usar los niveles incluidos en la guía de seguridad de Castilla y León.
- Se indique en Historia Clínica (+Prescriptools) las medidas acordes con el nivel de seguridad y en GACELA El diagnóstico y los cuidados asociados.

Recomendaciones del defensor del pueblo referentes a las contenciones mecánicas

1. Se registran en todos los casos el nombre del paciente, fecha y duración de la medida, puntos de anclaje y la causa de indicación, así como el médico que lo indica.
2. Medicación utilizada en cada caso y técnica de la contención.
3. Lesiones sufridas y efectos secundarios si los ha habido.
4. Los pacientes pueden solicitar copia del registro de la contención (como de cualquier otro procedimiento y en los mismos términos).
5. Las habitaciones reservadas para la realización de contenciones pueden revisarse a las características específicas a la guía de buena práctica del defensor del pueblo de 2017.
6. Uso de consentimiento.
7. Uso de materiales de contención homologados.

Línea estratégica 5. Actividad y ambientes positivos y humanos

Recomendaciones de evaluación de salud y programas de educación para la salud

- Antecedentes médicos personales y familiares.
- Consumo de tóxicos.
- Analítica con glucemia, HDL, LDL, pruebas hepáticas.
- Peso, talla, IMC, perímetro abdominal.



- Alimentación y ejercicio habitual.
- Se recomienda un programa psicoeducativo de hábitos de vida saludables.

Consideraciones sobre el consumo de tabaco

La concienciación sobre el consumo de tabaco es un aspecto relevante en personas con trastornos mentales. Para ello hay que tener en cuenta:

- Normativa fundamental:
 - Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco ([enlace aquí](#))
 - Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco ([enlace aquí](#))
- Recomendaciones generales:
 - Se prohíbe el uso de tabaco en unidades de Hospitalización Psiquiátricas que no sean designados "de media y larga estancia".
 - Carteles de espacio sin humos del Ministerio de Sanidad ([enlace aquí](#)).
 - Carteles de espacio sin humos de la Junta de Castilla y León ([enlace aquí](#)).

Línea estratégica 6. Re-innovando personas

Listado de contenidos recomendables a incluir en los planes de formación

- **Humanización:** Concepto de humanización, difusión del plan de humanización, sus líneas y objetivos.
- **Legislación y derechos del usuario:** Derecho internacional, convenciones, ley protección de datos, autonomía del paciente, ingreso involuntario.
- **Comunicación:** Comunicación y relación con el paciente y familiar en la atención en psiquiatría y salud mental (grupos Balint, competencias en comunicación y modelos de relación...).
- **Procesos en Psiquiatría y Salud Mental:** Sobre el proceso o la aplicación y de aspectos determinados: diagnóstico, intervenciones y el papel de cada profesional.
- **Atención a situaciones conflictivas y desescalada de medidas coercitivas:** Manejo de conflictos y desescalado de medidas de contención.
- **Psicoterapia e intervenciones psicosociales:** Contenidos sobre teoría y práctica y procedimiento de técnicas psicosociales.
- **Instrucciones Previas y Planificación de Decisiones anticipadas compartidas:** Contenidos sobre el uso de las instrucciones previas en el contexto de psiquiatría y salud mental y difusión del procedimiento de planificación de decisiones anticipadas compartidas.
- **Actitudes de Estigma:** Formación centrada en la mejora de las actitudes de estigma en los distintos grupos de profesionales (desmitificación de estereotipos, formación en positivo sobre los trastornos, evitar la discriminación...).
- **Formación en Primera Persona:** Contenidos impartidos por pacientes y familiares que incluyan aspectos sobre sus necesidades, expectativas y humanización desde un punto de vista en primera persona.



Listado de Programas recomendables para la prevención de ansiedad y estrés en profesionales

- Actividades de mejora de la resiliencia de profesionales y reducción de riesgo de ansiedad y percepción de estrés. Grupos de aprendizajes de técnicas para el control de síntomas y resolución de situaciones con ansiedad. Mínimo funcionamiento: 1-2 grupos anuales cerrados de duración determinada programados en una o varias ediciones a lo largo del año.
 - Grupos de entrenamiento de relajación
 - Grupos de atención plena y mindfulness
- Actividades de Mejora del Clima Laboral y trabajo en equipo. Programación de actividades en grupos focales o grupos de trabajo para realización de dinámicas para la mejora de comunicación o la resolución de conflictos determinados. Pueden ser programados con duración determinada o incluir grupos abiertos de programación continuada.
 - Grupos de dinámicas de relación
 - Reuniones de evaluación y resolución de conflictos
- Actividades de atención dirigidas a la atención de la salud mental de profesionales.
 - Desarrollo de protocolos específicos para profesionales que desarrollan síntomas emocionales (debe incluir en el protocolo la implicación de PRL y AP y el registro de la actividad asistencial, preferiblemente en proceso específico)
 - Específicamente, desarrollo de atención a la conducta suicida como subproceso de especial relevancia (profesionales sanitarios como grupo de especial riesgo)

Línea estratégica 7. Personas sin marcas

Listado de días mundiales/internacionales y otros relacionados con la salud mental

Días oficiales

Fecha	Título	Organiza
2 de abril	Día Mundial de concienciación sobre el autismo	Asamblea General de las Naciones Unidas (A/RES/62/139)
7 de abril	Día Mundial de la Salud	OMS (A/RES/58/234)
18 de abril	Día Europeo de los Derechos de los Pacientes	Active Citizenship Network ó Red de Ciudadanía Activa (ACN)
13 de mayo	Día Nacional del Niño Hospitalizado	Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)
31 de mayo	Día Mundial sin tabaco	OMS (WHA Resolution 42.19)
26 de junio	Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas	Asamblea General de las Naciones Unidas (A/RES/42/112)
10 de septiembre	Día internacional de la prevención del suicidio	Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP)
10 de octubre	Día Mundial de la Salud Mental	Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)



Fecha	Título	Organiza
3 de diciembre	Día Internacional de las personas con discapacidad	Asamblea General de las Naciones Unidas (A/RES/47/3)
10 de diciembre	Día mundial de los derechos humanos	Asamblea General de las Naciones Unidas (A/RES/423 (V))

Días no oficiales pero representativos

Fecha	Título	Organiza
13 de enero	Día mundial contra la depresión	-
18 de febrero	Día Mundial del Asperger	-
5 de marzo	Día Mundial de la personalidad múltiple	-
30 de marzo	Día Mundial del trastorno Bipolar	International Bipolar Foundation (IBPF), en colaboración con la Red Asiática de Trastorno Bipolar (ANBD) y la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (ISBD)
24 de mayo	Día Mundial de la Esquizofrenia	-
13 de julio	Día Internacional TDAH	Federación Española de Asociaciones de ayuda al TDAH
30 de noviembre	Día internacional de los trastornos de conducta alimentaria	-

Listado de recomendaciones para combatir el estigma en psiquiatras de la asociación mundial de psiquiatría

Sociedades Científicas (aplicable a los servicios de salud)

- Definir buenas prácticas en psiquiatría y perseguir activamente su aplicación en el sistema de salud.
- Colaborar con instituciones académicas para revisar los currícula del entrenamiento pregrado de los estudiantes (valido para medicina, psicología, enfermería, pero también en otras profesiones).
- Establecer alianzas entre sociedades de psiquiatría y otras sociedades profesionales relacionadas con la salud mental, para proveer de una imagen unida.
- Mantener relaciones constantes de trabajo con los medios.

Líderes de servicios y profesionales individuales

Fomentar un comportamiento ejemplar que proyecte una imagen adecuada y que no permita la posibilidad de estigma:

- Desarrollo de relación de respeto con pacientes y familiares.



- Mantenerse al día en los avances de la psiquiatría práctica y de investigación y de su aplicación en la práctica clínica.
- Observancia estricta de los principios éticos en la provisión de cuidados y organización de servicios.
- Colaboración con otros médicos especialistas y profesionales de la salud que pueden estar implicados en el cuidado de personas con trastornos mentales.

Por otro lado, la European Psychiatric Association (EPA) también plantea un conjunto de recomendaciones que tienen como fin la mejora de la imagen del psiquiatra ([enlace aquí](#)). Además, también son aplicables al resto de categorías profesionales en salud mental.

Construir autoimagen, auto confianza y detener autoestigma

- Adherirse a una imagen positiva de la especialidad.
- Transmitir imagen de resultados, progreso y éxito: eficacia de tratamientos, novedades terapéuticas, etc.

Uso del modelo Biopsicosocial como marco integrador

- Modelo de psiquiatría basado en la persona.
- Aproximación multidisciplinar.
- Uso de disciplinas médicas, sociales, humanísticas de forma integrada para comprender a la persona.

Auto Marketing

- Contacto con medios locales.
- Trabajo constante para eliminación de mitos y estereotipos.
- Trabajo de consenso y evitar imagen de disgregación y confusión.

Integración salud mental y física

- Fomentar el conocimiento sobre salud física en psiquiatría y sobre salud mental en AP y otras especialidades.
- Potenciar interconsulta y enlace.

Mejorar el reclutamiento de estudiantes

- Mejorar formación previa: contacto directo con los servicios y pacientes.
- Integrar la formación en otras áreas médicas/sanitarias.
- Difundir aspectos positivos e imagen no distorsionada.

Recomendaciones a incluir en una guía para uso de lenguaje inclusivo y no estigmatizante

Existen una serie de recomendaciones dirigidas al uso del lenguaje inclusivo y no estigmatizante. A continuación, se presentan recomendaciones elaboradas por la American Psychological Association ([enlace aquí](#)). Además, también se muestran otras recomendaciones generales extraídas de varios sistemas de salud a lo largo del mundo.



Recomendaciones para uso de lenguaje person-first vs identity-first.

- Preferencia del Lenguaje Person-first.
- Eliminación terminos de identidad estigmatizantes y discriminatorios (ageísmo, "ableísmo" y términos relacionados con discapacidad).
- Corrección en los términos relacionados con raza, etnicidad y cultura.
- Lenguaje apropiado en orientación sexual y de diversidad de género.
- Descripción de estatus socioeconómico.
- Eliminación de lenguaje peyorativo y uso de lenguaje culturalmente apropiado.
- Evitar lenguaje con connotación violenta.
- Evitar eufemismos poco correctos.

Más recomendaciones generales:

- Ser claro y fácil de entender, de acuerdo al interlocutor. Uso de datos basados en la evidencia. Evitar jerga y al mismo tiempo no usar términos estigmatizantes u ofensivos.
- En el lenguaje con personas con trastornos mentales y allegado: Dar apoyo y centrarse en soluciones y opciones, evitar culpabilización y castigo, burla y sarcasmo.
- En lenguaje con otros profesionales y medios, aspectos objetivos, basados en la evidencia y en general en positivo (fomentar el conocer las posibles soluciones y posibilidad de potenciar capacidades).
- Evitar posiciones de superioridad.



Anexo 2. Enfoque metodológico de definición del Plan

Para desarrollar el Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León, se estableció un enfoque metodológico que incluía cuatro fases. La primera fase consistió en un lanzamiento inicial para planificar y coordinar el proyecto, mientras que las tres siguientes fueron dedicadas a la ejecución de éste (Ilustración 20).

A lo largo del proceso de ejecución del proyecto, se adoptó un enfoque altamente participativo que garantizó la definición del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León mediante un acuerdo consensuado con los actores clave involucrados en el cuidado de pacientes y sus familiares. Para fomentar la participación, se formaron grupos multidisciplinarios en cada etapa y se llevaron a cabo sesiones de trabajo.

Ilustración 20. Fases del enfoque metodológico del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León de Castilla y León.



Fuente: Elaboración propia.

Fase 0. Lanzamiento y puesta en marcha del proyecto

La fase previa a la ejecución del proyecto tuvo como propósito principal planificar las tareas y acciones a desarrollar en cada etapa, determinar las fuentes de información y perfiles profesionales a involucrar, y definir las estructuras de dirección y monitoreo del proyecto para asegurar la eficacia de los trabajos.

Fase I. Diagnóstico, contexto estratégico y situación de partida

En la primera fase del proyecto, se realizó una evaluación exhaustiva de la situación actual de la humanización en servicios de salud mental en Castilla y León. Para ello, se tuvieron en cuenta factores clave como:

- El contexto normativo y estratégico que rige el desarrollo de actuaciones de humanización en el ámbito de la salud mental, a nivel internacional, nacional y autonómico.
- La identificación de buenas prácticas en humanización en salud mental, tanto a nivel internacional como dentro de España y Castilla y León, en diferentes sistemas de salud.
- Un análisis detallado del modelo actualmente aplicado en la atención a personas con problemas de salud mental en Castilla y León, así como de los recursos disponibles.
- La percepción de las personas con problemas de salud mental sobre la humanización en su atención.
- La idoneidad de la situación de los profesionales de atención a la salud mental para llevar a cabo una atención humanizada.



A partir de este análisis, se identificaron las principales oportunidades de mejora en la humanización en los servicios de salud mental en Castilla y León, teniendo en cuenta los ámbitos de actuación que establece el Plan Persona y estructurándolas en torno a los mismos.

Como resultado, el comité directivo y el comité operativo elaboraron la versión preliminar del contenido reflejado en el apartado 3. *Contexto normativo y estratégico* y en el apartado 4. *Análisis de la situación actual de humanización en salud mental en Castilla y León*.

El resultado de este trabajo se expuso al grupo de trabajo a través de una celebración de un taller y posteriormente fue enviado por correo electrónico, estableciendo un plazo para la realización de correcciones y/o aportaciones adicionales. Una vez concluido dicho plazo, todas las correcciones y aportaciones recibidas fueron debatidas y valoradas por el comité de dirección y el comité operativo durante una reunión conjunta, completando el contenido y configurando la versión final de estos apartados.

Fase II. Reflexión y planificación estratégica

Una vez concluido el análisis de situación de partida de la humanización en los servicios de salud mental en Castilla y León, se inició la segunda fase, relativa a diseñar una planificación estratégica orientada a su mejora.

Para ello, se constituyeron 7 grupos de trabajo, uno por cada línea estratégica, integrados por diferentes perfiles profesionales, pertenecientes tanto a SACyL como a diferentes entidades sociales y asociaciones de pacientes.

En primer lugar, se diseñó una propuesta preliminar acerca de las bases que definen el desarrollo de la estrategia, es decir, su misión, visión y valores. Posteriormente, esta propuesta fue debatida, ajustada y validada por el conjunto de los componentes de los grupos de trabajo.

En segundo lugar, se definieron las líneas estratégicas a desarrollar, teniendo en cuenta los resultados de la fase anterior, y se llevaron a cabo una serie de sesiones de trabajo para el desarrollo de estas, en un conjunto de objetivos a lograr y actividades a llevar a cabo.

Los resultados de las sesiones de trabajo fueron recogidas en un conjunto de documentos de trabajo que fueron posteriormente validados con los miembros de los grupos de trabajo y se reflejaron finalmente en el documento final del Plan, validado con el comité de dirección del proyecto.

El resultado de esta fase es la elaboración del apartado 5. Definición estratégica.

Fase III. Elaboración de Planes de Acción y Hoja de Ruta para el desarrollo del Plan

Una vez definida la estrategia del Plan, el comité de dirección y el comité operativo mantuvieron reuniones periódicas para planificar la elaboración de planes de acción y el diseño de la hoja de



ruta de implantación global de la estrategia, llevando a cabo las siguientes actividades:

- Reflexión y análisis conjunto sobre la estructura organizativa adecuada para asegurar el despliegue del plan.
- Requisitos para lograr el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de las actuaciones definidas.
- Planteamiento de los plazos adecuados para el desarrollo de cada actividad.
- Diseño del cuadro de indicadores adecuado para monitorizar la consecución de los objetivos definidos.

El resultado de esta fase es la elaboración del apartado 6. *Implantación, evaluación y seguimiento*.



Anexo 3. Relación de participantes

Coordinadores del plan:

- **Jose M^a Pelayo Terán.**

Psiquiatra - Coordinador técnico. Bierzo.

- **M^a Ángeles de Álvaro Prieto.**

Jefe de Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Gerencia Regional de Salud.

- **Rosario Villa Carcedo.**

Técnico del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Gerencia Regional de Salud.

- **M^a Victoria Martín Arranz.**

Técnico del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Gerencia Regional de Salud.

- **Antonio María Sáez Aguado.**

Técnico. Gerencia Regional de Salud.

Grupos de trabajo:

- **Purificación del Álamo Muñoz.**

Enfermera. Salamanca.

- **Carlos Javier Álvarez Fernández.**

Magistrado. Burgos.

- **Pilar Andrés Olivera. Psiquiatra.**

Salamanca.

- **Sheyla Blázquez González.**

Terapeuta ocupacional. Segovia.

- **Elena Briongos Rica.**

Presidenta de la Federación de Salud Mental.

- **Laura Callejo González.**

Jefe de Servicio de Cuidados, atención a la cronicidad y humanización.

Gerencia Regional de Salud.

- **María Pilar Carvajal Gutiérrez.**

Enfermera. Palencia.

- **Ana Isabel Castaño Villarroel.**

Enfermera. Zamora.

- **Avelino de Dios Francos.**

Psiquiatra. Burgos.

- **Arancha Duque Domínguez.**

Psiquiatra. Ávila.

- **Nieves Fernández Gijón.**

Jefa de unidad de enfermería. Valladolid Este.

- **Tania de Frutos García.**

Enfermera. Palencia.



• **Noemí García Moreno.**

Usuaria/Familiar. Federación de Salud Mental.

• **Carlos Hernán Moreno.**

Enfermero. Zamora.

• **Pilar Herrero Gil. Técnico.**

Gerencia Regional de Salud.

• **Susana Martín Giménez.**

Psiquiatra. Valladolid Oeste.

• **Angélica Merino Olmos.**

Gerente de CERMI Castilla y León.

• **Nuria Morala López.**

Jefa de la unidad de enfermería. Bierzo.

• **Enrique Ortega García.**

Psiquiatra de la infancia y de la adolescencia. León.

• **Francisco Luis Rodríguez Fernández.**

Psiquiatra. León.

• **Francisco Carlos Ruiz Sanz.**

Jefe de servicio de psiquiatría / Psiquiatra. Palencia.

• **Mercedes Sánchez Losada.**

Psicóloga. Ávila.

• **Purificación Toribio Hernández.**

Técnico. Gerencia Regional de Salud.

• **Laura de la Torre Fernández.**

Presidenta de ALFAEM Salud Mental León.

• **Fernando de Uribe Ladrón de Cegama.**

Psiquiatra – Coordinador de la Estrategia de asistencia en salud mental. Valladolid Este.

• **Flora María Vega Fernández.**

Psiquiatra de la infancia y de la adolescencia. Bierzo.

Oficina técnica de apoyo

Consultoría de Estrategia e Innovación. Healthcare & Life Sciences



Anexo 4. Índice de acrónimos y abreviaturas

Acrónimo	Descripción
CCAA	Comunidades Autónomas
CCGC	Comisión Central de Garantía de Calidad
CEIC	Comités Éticos de Investigación Clínica
CEIm	Comités Éticos de Investigación con Medicamentos
CRPS	Centros de Rehabilitación Psicosocial
CI	Consentimiento Informado
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CRPSL	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
ESM	Equipo de Salud Mental
GRS	Gerencia Regional de Salud
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil
MBI-CE	Inventario de Burnout de Maslach – cansancio emocional
MBI-DE	Inventario de Burnout de Maslach - despersonalización
MBI-HSS	Inventario de Burnout de Maslach - Human Services Survey
MBI-RP	Inventario de Burnout de Maslach – realización personal
MICA	Mental Illness: Clinicians Attitudes
OMS	Organización Mundial de la Salud
P2P	Peer2Peer
PDA	Professional Development Award
PSP	Escala de Funcionamiento Personal y Social
REIP	Registro de Instrucciones Previas
SNS	Sistema Nacional de Salud
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TMG	Trastorno Mental Grave
UHB	Unidades de Hospitalización Breve
UHP	Unidades de Hospitalización en Psiquiatría



Anexo 5. Índice de figuras, gráficos y tablas

Índice de gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de respuestas de los profesionales acerca de haber recibido formación específica en los últimos 5 años en manejo de situaciones difíciles, violencia o técnicas de desescalada de medidas de contención.	32
Gráfico 2. Porcentaje de respuestas de los profesionales acerca de haber recibido formación específica en los últimos 5 años en humanización, derechos de los usuarios y legislación sanitaria.	33
Gráfico 3. Resultados de la evaluación de las actitudes de los profesionales encuestados ante el estigma.	34
Gráfico 4. Media de actitudes de estigma por grupo de edad del profesional.	35
Gráfico 5. Media de actitudes por categoría profesional.	35

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Áreas de intervención, ámbitos de actuación y proyectos de Plan Persona.	9
Ilustración 2. Objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030.10	16
Ilustración 3. Líneas estratégicas de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022 – 2026)	18
Ilustración 4. Marco de actuación del Plan Persona	20
Ilustración 5. Distribución nacional de planes vinculados a la humanización.	20
Ilustración 6. Líneas estratégicas del Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud de las Islas Baleares 2022-2027 y su vinculación con la salud mental.	21
Ilustración 7. Líneas estratégicas del I Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019.	21
Ilustración 8. Tipos de actuaciones en humanización en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026.	22
Ilustración 9. Actuaciones desarrolladas en el Lovisenberg Diaconal Hospital para la reducción de la restricción mecánica	24
Ilustración 10. Ejes de actuación del modelo "Six Core Strategies"	25
Ilustración 11. Áreas de actuación del proyecto de humanización del Servicio de Psiquiatría.	30
Ilustración 12. Dimensiones del MBI-HSS y número de ítems para su medición.	33
Ilustración 13. Misión del Plan de Humanización en Salud Mental	39
Ilustración 14. Visión del Plan de Humanización en Salud Mental	39
Ilustración 15. Valores del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León.	40
Ilustración 16. Líneas estratégicas del Plan de Humanización en Salud Mental de Castilla y León.	41
Ilustración 17. Matriz de impacto de líneas estratégicas del Plan y las áreas de intervención del Plan Persona.	42
Ilustración 18. Desarrollo estratégico del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León	42
Ilustración 19. Gobierno del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León	58
Ilustración 20. Fases del enfoque metodológico del Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León de Castilla y León.	97



Índice de tablas

Tabla 1. Desarrollo de la línea estratégica 1: Personas primero	43
Tabla 2. Desarrollo de la línea estratégica 2. Desde las personas a los servicios	45
Tabla 3. Desarrollo de la línea estratégica 3. Asistencia centrada en la persona	47
Tabla 4. Desarrollo de la línea estratégica 4. Procesos sensibles al cambio	49
Tabla 5. Desarrollo de la línea estratégica 5. Actividad y ambientes positivos y humanos	50
Tabla 6. Desarrollo de la línea estratégica 6. Re-innovando personas	53
Tabla 7. Desarrollo de la línea estratégica 7. Personas sin marcas	54
Tabla 8. Cronograma de implantación del Plan de Humanización de Salud Mental en Castilla y León	60
Tabla 9. Indicadores de la línea estratégica 1: Personas primero	65
Tabla 10. Indicadores de la línea estratégica 2. Desde las personas a los servicios	67
Tabla 11. Indicadores de la línea estratégica 3. Asistencia centrada en la persona	70
Tabla 12. Indicadores de la línea estratégica 4. Procesos sensibles al cambio	72
Tabla 13. Indicadores de la línea estratégica 5. Actividad y ambientes positivos y humanos	74
Tabla 14. Indicadores de la línea estratégica 6. Re-innovando personas	76
Tabla 15. Indicadores de la línea estratégica 7. Personas sin marcas	78



Anexo 6. Bibliografía

- [1] Ministerio de Sanidad, «Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)».
- [2] Sociedad de Psiquiatría de Madrid, «Humanización de la Asistencia de las Unidades de Hospitalización Breve,» Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Madrid, 2019.
- [3] Cortes Generales, «Constitución Española,» «BOE» núm. 311, de 29/12/1978, 1978.
- [4] Ministerio de Sanidad y Consumo, «Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta,» «BOE» núm. 221, de 14 de septiembre de 1984, páginas 26685 a 26686, 1984.
- [5] Jefatura del Estado, «Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad,» «BOE» núm. 102, de 29/04/1986, 1986.
- [6] Jefatura del estado, «Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,» «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132, 2002.
- [7] Jefatura del Estado, «Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud,» «BOE» núm. 128, de 29/05/2003, 2003.
- [8] Jefatura del Estado, «Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias,» «BOE» núm. 280, de 22/11/2003, 2003.
- [9] Ministerio de Sanidad y Consumo, «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,» «BOE» núm. 222, de 16/09/2006., 2006.
- [10] Jefatura del Estado, «Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,» «BOE» núm. 240, de 5 de octubre de 2011, páginas 104593 a 104626, 5 Octubre 2011.
- [11] Jefatura del Estado, «Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.,» BOE» núm. 132, de 3 de junio de 2021, 2021.
- [12] Organización de las Naciones Unidas, «Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad,» Nueva York, 2006.
- [13] Comunidad de Castilla y León, «Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas,» «BOCL» núm. 71, de 14 de abril de 2003, 2003.
- [14] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «Decreto 119/2004, de 25 de noviembre, por el que se regulan los criterios de utilización de habitación de uso individual en los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León o concertados con éste,» BOCyL núm. 231, de 30-11-2004, página 17265, 2004.
- [15] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario,» BOCyL nº 67 de 8-4-2003, página 5203, 2003.



- [16] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «Orden SAN/279/2005, de 5 de abril, por la que se desarrolla el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario y se regulan la gestión y el análisis de la información derivada de las mismas,» BOCyL nº 71 de 14-4-2005, página 6365, 2005.
- [17] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica,» BOCyL nº 249 de 28-12-2005, página 22270, 2005.
- [18] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León,» BOCyL nº 62 de 28-3-2007, página 7040, 2007.
- [19] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León,» BOCyL nº 175 de 10-9-2008, página 17901, 2008.
- [20] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «LEY 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León,» BOCyL nº 173 de 7-9-2010, página 68602, 2010.
- [21] Comunidad Autónoma de Castilla y León, «Orden SAN/51/2025, de 24 de enero, por la que se aprueba la Estrategia de Asistencia en Salud Mental 2024-2030» BOCyL nº 20 de 30-1-2025, página 109, 2025.
- [22] Organización Mundial de la Salud, «Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030,» 2013.
- [23] OMS, «World mental health report: Transforming mental health for all,» 2022.
- [24] World Health Organization, «WHO European framework for action on mental health 2021–2025,» World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022.
- [25] OECD/EU, «Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle,» OECD Publishing, Paris, 2018.
- [26] OECD/European Union, «Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle,» OECD Publishing, Paris, 2020.
- [27] Naciones Unidas, «Objetivos de Desarrollo Sostenible,» [En línea]. Available: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. [Último acceso: 7 Febrero 2023].
- [28] Organización Mundial de la Salud, «Enfermedades no transmisibles,» [En línea]. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Último acceso: 7 Febrero 2023].
- [29] Comisión Europea, «Salud Mental,» [En línea]. Available: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_es#implementation-of-best-practices. [Último acceso: 7 Febrero 2023].
- [30] Ministerio de Sanidad, «ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PERÍODO 2022-2026,» 2022.



- [31] Ministerio de Sanidad, «PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2022-2024,» 2022.
- [32] «IV Plan de Salud de Castilla y León,» Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2016.
- [33] «Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025,» Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2022.
- [34] Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León., «Proceso de atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental».
- [35] Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, «Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti,» 2021.
- [36] Conselleria Salut i Consum. Servei Salut Illes Balears, «Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud de las Islas Baleares 2022-2027,» 2022.
- [37] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, «Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019,» 2016.
- [38] Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud, «II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2022-2025,» 2022.
- [39] SESCAM, «Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. Horizonte 25,» 2023.
- [40] Gobierno de Cantabria. Servicio Cantabro de Salud, «Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026,» Consejería de Sanidad - Servicio Cantabro de Salud, 2022.
- [41] Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón, «Plan de Salud Mental de Aragón 2022-2025,» 2022.
- [42] Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias, «Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023,» 2019.
- [43] Consejería de Sanidad de Castilla La-Mancha, «Plan de Salud Mental de Castilla La-Mancha 2018-2025,» 2018.
- [44] P. Halvorsen, «Suksess med å løsne beltene. Norsk Psykologforening.,» 2016. [En línea]. Available: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/hedersgjest/suksess-med-aa-loesne-beltene>.
- [45] Te Pou, «The Six Core Strategies service review tool,» [En línea]. Available: <https://www.tepou.co.nz/initiatives/reducing-seclusion-and-restraint/the-six-core-strategies-service-review-tool>. [Último acceso: 5 Febrero 2023].
- [46] Melbourne Social Equity Institute, «Seclusion and restraint project report,» 2014.
- [47] National Association of State Mental Health Program Directors, «Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use,» 2008.
- [48] Helen Herrman, John Allan, Silvana Galderisi, Afzal Javed, Maria Rodrigues and the WPA Task Force on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care, «Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action,» World Psychiatry, vol. 21, nº 1, pp. 159-160, 2022 Feb.



- [49] Gobierno de Navarra, «El Hospital Universitario de Navarra habilita dos espacios multisensoriales para pacientes de Psiquiatría,» 8 Febrero 2022. [En línea]. Available: <https://www.navarra.es/es/-/el-hospital-universitario-de-navarra-habilita-dos-espacios-multisensoriales-para-pacientes-de-psiquiatria>. [Último acceso: 2 Febrero 2023].
- [50] Gobierno de la Reg, «Visita a la 'sala confort' del Hospital Santa Lucía de Cartagena,» [En línea]. Available: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=83845&IDTIPO=160&__PLANT_MAESTRA=/JSP/CARM/nuevoPortal/plantillaSoloCabecera.jsp&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/nuevoPortal/imagenes/plantillaimagenAmpliada.jsp&RASTRO=c\\$m122,70](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=83845&IDTIPO=160&__PLANT_MAESTRA=/JSP/CARM/nuevoPortal/plantillaSoloCabecera.jsp&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/nuevoPortal/imagenes/plantillaimagenAmpliada.jsp&RASTRO=c$m122,70). [Último acceso: 2 Febrero 2023].
- [51] EFE, «La reforma de psiquiatría del Royo Villanova permite modelo más abierto,» 15 Diciembre 2022. [En línea]. Available: <https://efe.com/aragon/la-reforma-de-psiquiatria-del-royo-villanova-permite-modelo-mas-abierto/>. [Último acceso: 3 Febrero 2023].
- [52] Á. Bono del Trigo, B. Navarro Martillas y Á. Mena Jiménez, «Evaluación del proyecto ayuda mutua entrenamiento y prácticas en los servicios de Salud Mental,» Granada, 2011.
- [53] L. A. Casas Toral, L. López Antón,, O. Carrasco , M. Nieto-Moreno y S. García-Heras, «Profesional Experto por Experiencia en Salud Mental. XXVII Jornadas Estatales Salud Mental,» Madrid.
- [54] Servicio Madrileño de Salud - Hospital Dr. R. Lafora, «Humanización,» [En línea]. Available: <https://www.comunidad.madrid/hospital/rlafora/profesionales/humanizacion>. [Último acceso: 6 Febrero 2023].
- [55] G. d. Navarro, «Personas usuarias de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental exponen sus obras en el Civivox Jus La Rocha hasta el 31 de octubre,» 10 Octubre 2022. [En línea]. Available: <https://www.navarra.es/es/-/nota-prensa/personas-usuarias-de-la-unidad-de-rehabilitacion-de-salud-mental-exponen-sus-obras-en-el-civivox-jus-la-rocha-hasta-el-31-de-octubre>. [Último acceso: 3 Febrero 2023].
- [56] Christian G Huber, Andres R Schneeberger, Eva Kowalinski, Daniela Fröhlich, Stefanie von Felten, Marc Walter, Martin Zinkler, Karl Beine, Andreas Heinz, Stefan Borgwardt, Undine E Lang, «Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study,» Lancet Psychiatry, vol. 3, nº 9, pp. 842-849, 2016.
- [57] Christian G Huber, Andres R Schneeberger, Eva Kowalinski, Daniela Fröhlich, Stefanie von Felten, Marc Walter, Martin Zinkler, Karl Beine, Andreas Heinz, Stefan Borgwardt, Undine E Lang, «Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors - Authors' reply,» Lancet Psychiatry, vol. 3, nº 12, pp. 1103-1104, 2016.
- [58] Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., Beine, K. H., Heinz, A., Borgwardt, S., Lang, U. E., Bux, D. A., Huber, C. G, «Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study,» Journal of Psychiatric Research, vol. 95, pp. 189-195, 2017.
- [59] Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A; SUGAR; Stewart D, Hodsoll J., «Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial,» Int J Nurs Stud, vol. 52, nº 9, pp. 1412-22, 2015 Sep.
- [60] Fundación Manantial, «Casa Verde,» [En línea]. Available: <https://www.fundacionmanantial.org/casa-verde/>. [Último acceso: 20 Febrero 2023].



- [61] AVIFES, «Colección de apuntes AVIFES,» [En línea]. Available: <https://avifes.org/publicaciones/apuntes/>. [Último acceso: 20 Febrero 2023].
- [62] Confederación Salud Mental España, «Servicio de Mediación para personas con problemas de salud mental,» [En línea]. Available: <https://buenaspracticasconsaludmental.org/servicio-de-mediacion-para-personas-con-problemas-de-salud-mental/>. [Último acceso: 3 Febrero 2023].
- [63] Confederación Salud Mental España, «Acompañando en la recuperación junto a la familia y el entorno,» [En línea]. Available: <https://buenaspracticasconsaludmental.org/acompanando-en-la-recuperacion-junto-a-la-familia-y-el-entorno/>. [Último acceso: 2 Febrero 2023].
- [64] Universidad Miguel Hernández de Elche , «Programa Super Skills,» [En línea]. Available: <https://superskills.umh.es/>. [Último acceso: 20 Febrero 2023].
- [65] Junta de Castilla y León, «Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León,» 2003.
- [66] Ministerio de Sanidad, «Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma,» 2021. [En línea]. Available: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>. [Último acceso: 1 Febrero 2023].
- [67] SACYL, «Hospitales de Castilla y León,» [En línea]. Available: <https://www.saludcastillayleon.es/es/hospitales>. [Último acceso: 6 Febrero 2023].
- [68] Jefatura del Estado, «Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS», BOE núm. 225, 16-9-2010, página 78742, 2010 .
- [69] SACYL. Hospitales de Castilla y León. [Online] Acceso 6 de Febrero de 2023. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/hospitales>.
- [70] Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS.

El Plan de Humanización en Salud Mental en Castilla y León se ha redactado desde una perspectiva de igualdad de género, no obstante, en aquellos casos en los que para referirse a términos genéricos se emplee un género gramatical específico, debe entenderse que se utiliza exclusivamente con el objeto de facilitar tanto la redacción como la lectura del documento, y que alude tanto al género femenino como al masculino en las mismas condiciones de igualdad.



Sacyl



Con la colaboración de:

Johnson&Johnson