



MEMORIA ANUAL 2019



CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

 GOBIERNO DE ESPAÑA	VICEPRESIDENCIA SEGUNDA DEL GOBIERNO	SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES
	MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030	 IMSERSO

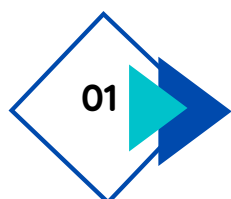


+34 963 403 520

<https://creap.imserso.es>

Calle Terrateig, 5, 46015 Valencia

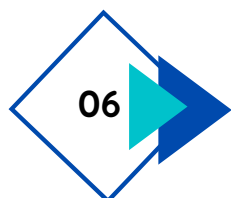
ÍNDICE



CREAP



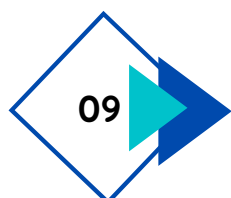
SERVICIO DE
REFERENCIA



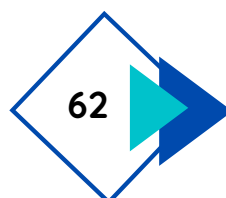
GESTIÓN DE
CONOCIMIENTO



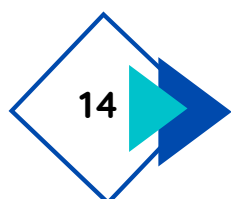
ATENCIÓN
ESPECIALIZADA



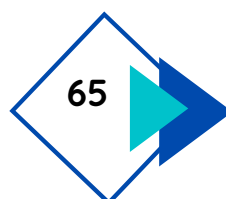
FORMACIÓN



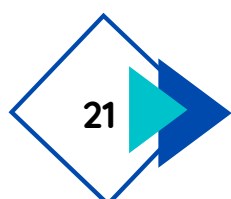
SERVICIO DE
INFORMACIÓN Y
ASESORAMIENTO



COMUNICACIÓN



CALIDAD



I+D+i



ANÁLISIS DE
RESULTADOS
ASISTENCIALES

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL

Los Centros de Referencia Estatal (CRE) se configuran como instrumentos de la Administración General del Estado con el objetivo de promocionar y mejorar servicios de un sector determinado de personas en situación de dependencia, convirtiéndose en cauce para la colaboración entre los recursos tanto públicos como privados.

Para ello, y en dependencia del Imserso, los CRE tienen como misión promover la investigación, la innovación y la mejora de un sector de personas dependientes o con discapacidad.

Paralelamente, prestan servicios de atención directa de alta especialización con la finalidad de desarrollar buenas prácticas que sirvan de referencia, además de facilitar información y asistencia técnica a entidades, profesionales, familias y demás personas interesadas.

En ese contexto, surge el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia, un recurso público titularidad del Imserso, cuya gestión técnica lleva a cabo la Fundación Ramón Rey Ardid.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

VICEPRESIDENCIA
SEGUNDA DEL GOBIERNO

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



Presentación



En nombre de todo el equipo del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (CREAP), queremos agradecer a todas las instituciones públicas, entidades del sector, universidades, profesionales de distintos ámbitos, personas usuarias y familiares; en definitiva, a todas las personas que de alguna manera contribuyen a una mejora de la salud mental de la sociedad su trabajo, compromiso y apoyo.

Durante estos años, hemos conseguido afianzarnos y potenciar líneas estratégicas en el sector de la salud mental, habiendo conectado con **más de 400 entidades** de diferentes ámbitos y prestando atención **a más de 4000** personas en los diferentes servicios. Con el objetivo de servir de referencia, y a través del área de gestión de conocimiento estamos desarrollando proyectos de I+D+i en diversas áreas, destacando: empleo, sensibilización, musicoterapia, deporte, nuevas tecnologías y familias.

El contexto internacional plantea una necesaria apuesta por la salud mental y requiere del apoyo mutuo y del trabajo en red para caminar juntos hacia objetivos comunes, lejos de modelos que nos separan y ajenos a luchas ideológicas para centrarnos en la mejora de la calidad de vida de las personas que atendemos y/o requieren nuestra ayuda.

Por último, añadir nuestro firme compromiso en el desarrollo y avance de proyectos de I+D+i y guías de buenas prácticas. Todo ello para mejorar la vida de las personas con problemas de salud mental, sin perder del centro, el subjetivismo crítico, la perspectiva de los derechos humanos, el entorno comunitario, los nuevos modelos y la aplicación de tecnología y técnica a la intervención.





ÁREAS DE TRABAJO

Servicio de Referencia

Generar y difundir conocimiento así como resolver demandas del sector.

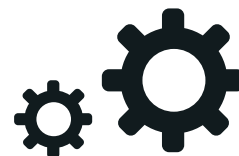


Servicio de Atención Directa

Promover el máximo desarrollo de la autonomía personal y la mejo rehabilitación e inserción socio laboral.

Para el desarrollo de sus fines, el Creap, desde el área Gestión del Conocimiento, dispone de un Servicio de atención especializada directa y de un Servicio de referencia, información y documentación, que funcionan como una totalidad entrelazada en continua simbiosis. A su vez, estas dos áreas trabajan con una red de aliados y colaboradores estratégicos pertenecientes a los diferentes enclaves relevantes en el sector de la salud mental.

TRABAJO EN RED





Vocación de SERVICIO

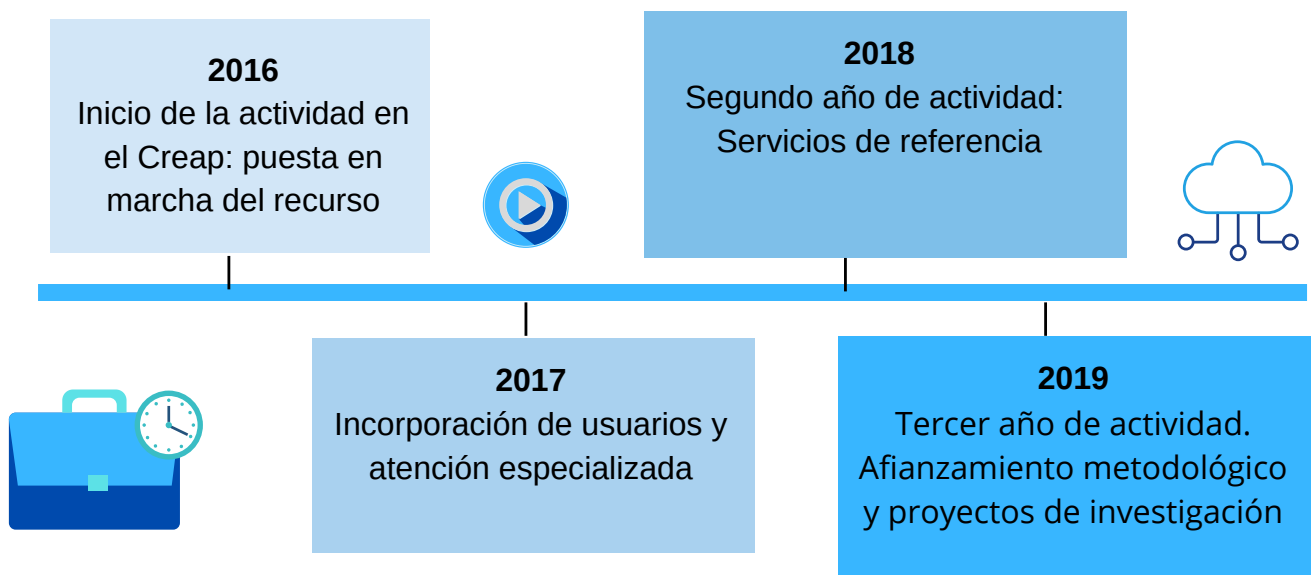
"En los CRE del Imsero apostamos por la innovación y la gestión del conocimiento para un mejor desarrollo de los servicios sociales".

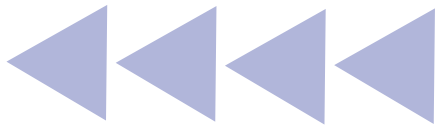
El Creap nace con una clara vocación de servicio, sustentando todas sus actuaciones en dos pilares fundamentales: **el trabajo en red y la calidad e innovación en la atención psicosocial**. Para ello, ponemos a disposición de la comunidad servicios y programas que facilitan el intercambio de experiencias, la formación, la sensibilización social, el acceso y difusión del conocimiento o el desarrollo de proyectos de innovación, entre otros. En este contexto, estos años hemos realizado numerosas acciones de diversa índole (jornadas, desayunos de trabajo sectorizados, acciones de sensibilización con jóvenes, etc.), colaborado con entidades en distintos proyectos e impulsando los servicios de referencia y consulta.

Desde su apertura en 2016, el Creap ha atendido a **más de 4.000 personas** a través de los distintos servicios que ofrece el centro. Estos están basados en la máxima individualización y adaptación a las necesidades de cada persona, que se complementan con un trabajo en su entorno habitual. De este modo, se pretende alcanzar objetivos medibles y sostenibles que permitan a las personas desarrollar su proyecto de vida y disfrutar del máximo nivel de calidad de vida posible.



CRONOGRAMA





CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL

El centro está ubicado en la ciudad de Valencia y cuenta con 12.000 m² de superficie total e instalaciones técnicas para el desarrollo de actividades especializadas en TMG.

Desde el área de atención especializada, la actividad asistencial del Creap se desarrolla a través de tres regímenes. Cuenta con un total de 99 plazas, de las cuales 25 son de Centro de Día, 50 de Atención Ambulatoria y 24 en régimen de Residencia.

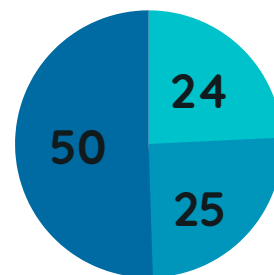
El Creap fue creado y regulado por la Orden SSI/2416/2014, de 17 de Diciembre.

Plazas Asistenciales

"Innovar es generar ideas originales que generan riqueza de forma sostenible"



Plazas de Atención Ambulatoria



Plazas de Atención Residencial

Plazas de Centro de Día

MISIÓN

Mejora Continua

Promover en todos los territorios en que se articula el Estado español la innovación y mejora de la calidad de los recursos dirigidos a la atención psicosocial de personas con trastorno mental grave.

VISIÓN

Referencia

La visión del Creap como centro consiste en servir de referencia y excelencia en el diseño y presentación de programas y servicios innovadores para favorecer la calidad de vida de las personas que sufren un trastorno mental grave

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO



APORTAR INNOVACIÓN

El área de Gestión del Conocimiento constituye el núcleo del Creap y entre sus objetivos, destacan: generar y/o recopilar datos, información y conocimiento sobre Trastorno Mental Grave (TMG), validar o acreditar experiencias innovadoras y buenas prácticas y difundir este conocimiento de forma selectiva entre los profesionales y las organizaciones del sector, así como dotar de rigor metodológico los programas de intervención. Para ello, sus dos principales vías de actuación son:

La generación de conocimiento, que comprende, entre otras acciones: promoción y desarrollo de estudios e investigaciones, participación en redes nacionales e internacionales de investigación, elaboración de protocolos y normas técnicas e implantación de sistemas de calidad y de acreditación.

La transferencia de conocimiento, que engloba, entre otros, la creación y mantenimiento de un centro de documentación y de una página web especializados, la formación de profesionales, la configuración de redes de intercambio de conocimiento y experiencias, el apoyo a iniciativas autonómicas y corporaciones locales y el asesoramiento técnico al movimiento asociativo.



Transferencia de conocimiento

Generación de conocimiento

Documentación

Recopilamos documentación y ponemos a tu disposición una biblioteca especializada



Investigación

Desarrollamos líneas de investigación en colaboración con universidades

Comunicación

Somos altavoz de las entidades del sector y difundimos toda nuestra actividad



Publicaciones

Publicamos nuestra actividad así como artículos de investigación y guías de buenas prácticas

Formación

Organizar e impartir formaciones es crucial para mejorar la atención



Innovación

Mejoramos diariamente nuestra metodología de intervención

Gestión del Conocimiento

Formación



Comunicación



I+D+i



Servicio de Referencia



FORMACIÓN

Uno de los pilares en los que se basa la estrategia de trabajo en red es la formación. Así, a lo largo de 2019, el Creap ha desarrollado y participado en distintas acciones formativas en distintos formatos, como sesiones especializadas, jornadas para profesionales y estudiantes, así como otros eventos de carácter cultural.

La capacidad de generar espacios de formación continua y de carácter público han permitido situar al Creap en el sector y dar a conocer su labor y recursos, así como crear valiosos espacios de intercambio de conocimiento con asociaciones, universidades y centros asistenciales.

A lo largo de la actividad del Creap se han llevado a cabo **más de 200** sesiones formativas de diversa índole. A continuación se detallan los datos de algunas de las formaciones desarrolladas a lo largo del año 2019.





Jornada:
La mirada social en salud mental



SEMINARIO CESAM:
Buen Trato a Mayores



Seminario Cesam:
Taller experiencial artístico.Collage



Seminario Especializado:
Jornadas de Arteterapia



Jornada:
Presente y Futuro en la Atención al Trastorno Límite de la Personalidad



Seminario Cesam:
Agua y Creaciones



Jornada:
IX Jornada Autonómica de Discapacidad Intelectual y Salud Mental



Formación Continuada:
Experto en Intervenciones Grupales y Multifamiliares



Jornada:
Gala del Deporte Valenciano Pro Salud Mental



Seminarios Especializados:
Terapia Interfamiliar, una genuina Intervención Comunitaria.
Apego: de la teoría a la aplicación práctica.



Formación Continuada:
Curso de Postgrado Iniciación al Arteterapia.



Seminario Cesam:
Secuencias. Grupo Flash



Sesión Especializada:
Curso de Asistencia Personal



Formación Continuada:
Experto en Intervenciones Grupales y Multifamiliares



Jornada Europea:
European Meeting of Good Practices and Human Rights in Mental Health, a Young Look



Sesiones Especializadas:
Terapia Familiar en la Práctica_ Cuatro Sesiones, Seis Voces



Jornadas Especializadas:
Hablemos de Trastorno Mental Grave

COMUNICACIÓN



La comunicación se erige como un eficaz motor y altavoz implicado en la divulgación, formación y sensibilización en materia de salud mental. Por todo ello, las acciones llevadas a cabo en ese sentido desde el Creap, único en España por su carácter y especialización, suponen un importante eje estratégico a nivel corporativo y conllevan a su vez una gran misión y responsabilidad social.

La generación de conocimiento implica un exhaustivo trabajo de búsqueda de recursos y fuentes validadas, información y creación de contenido en diversos soportes. En ese sentido, se lleva a cabo una importante labor de redacción de artículos e informaciones de diversa índole, así como la creación de contenidos audiovisuales. Como principal difusor para compartir conocimiento y la actividad del centro, el Creap dispone de distintas plataformas digitales, como la web y el blog corporativos y perfiles en distintas redes sociales.

Además, en 2019 se ha consolidado la estrategia de comunicación externa a través del contacto y colaboración con medios de comunicación con el fin de ampliar el poder de difusión y cobertura desde el ámbito público a nivel autonómico y nacional.

A continuación, se expone un resumen con las acciones de comunicación más destacadas.

COMUNICACIÓN CORPORATIVA

Enmarcado en la red de centros CRE y en coherencia tanto con el estilo corporativo del Inmerso como de la Fundación Ramón Rey Ardid, el Creap dispone de una imagen de marca y de distintos manuales y dossiers que definen la línea y estrategia corporativa en ese sentido. Además, de forma mensual se desarrolla y publica una **newsletter** con un resumen de la actividad del centro, así como próximas formaciones y eventos.



GENERACIÓN DE CONTENIDO

La búsqueda y actualización de información, evidencia sobre TMG y actualidad sobre el sector de la salud mental es una constante en el área Gestión del Conocimiento. Fruto de ello, periódicamente se llevan a cabo distintas publicaciones especializadas.

- Artículos divulgativos a partir de publicaciones, guías de referencia, artículos científicos, novedades en el sector, recursos prácticos, etc.
- Artículos técnicos en coordinación con el equipo técnico multidisciplinar del centro.
- Informe de Evidencias: publicación de resúmenes de evidencia a partir de bases de datos científicas.
- Resumen de prensa: actualidad y salud mental, una recopilación de noticias vinculadas a la salud mental publicadas en los principales medios.

Técnicos del centro.



Uso de Redes Sociales (RRSS).



Utilización de buscadores en Internet.



Generación y difusión de material.





BÚSQUEDA DE EVIDENCIAS

En el Creap como centro especializado en el Trastorno Mental Grave hemos de ser capaces de adaptarnos al entorno cambiante y en constante evolución, para ofrecer información lo más actual e innovadora. Por ello la importancia de la Vigilancia Tecnológica (VT) encargada del proceso organizado, selectivo y permanente de captar información del exterior y de la propia organización sobre ciencia y tecnología, seleccionarla, analizarla, difundirla y comunicarla, para convertirla en conocimiento para la tomar decisiones con menor riesgo y poder anticiparse a los cambio.

La importancia de la VT reside en el desarrollo de las capacidades de:

- Acelerar y acortar el tiempo de reacción ante cambios del entorno.
- Prever las tendencias con suficiente antelación.



La actividad de VT tiene un enfoque complementario a la actividad de Gestión del Conocimiento. Su principal relación es que ambas actividades van a estar soportadas por:

- Los documentos de “Vigilancia Tecnológica” que se corresponden con ciertas señales externas sin analizar o en fase de análisis (conocimientos pendientes de adquirir).
- Los documentos de “Gestión de Conocimiento” que se corresponden con documentos propios que incluyen procedimientos y detalles internos, que son el resultado de haber analizado los anteriores documentos y haber tomado las decisiones correspondientes.



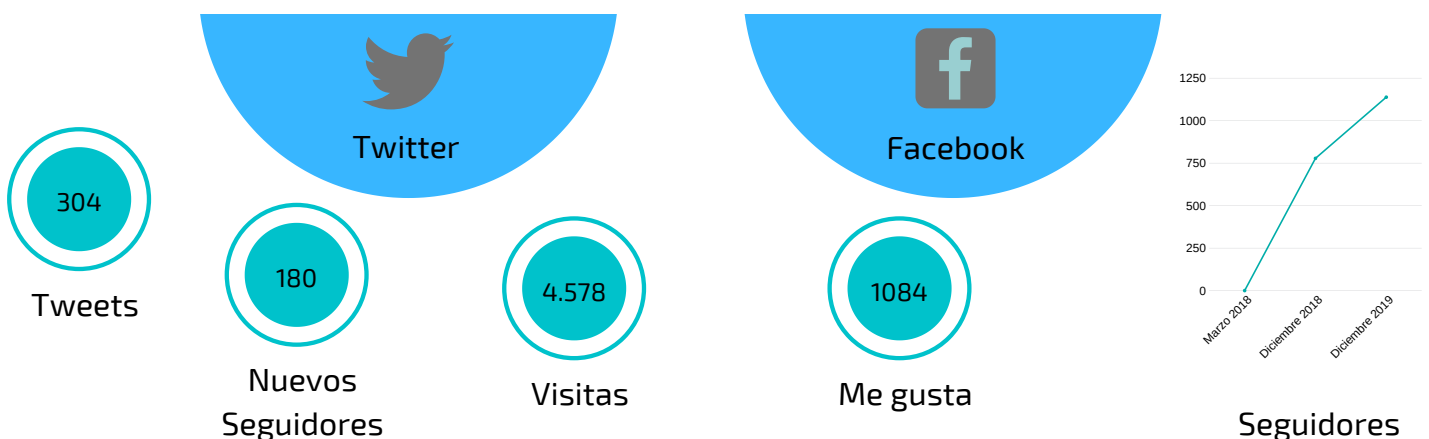
DIFUSIÓN

El Creap apuesta por el uso de las TIC, Tecnologías de la Información y Comunicación, para el desarrollo de la estrategia de trabajo en red y la difusión de conocimiento.

Así, el blog es una de las principales plataformas de comunicación propias del centro, ya que aúna espacio para la información, la difusión de la actividad interna y la colaboración con los agentes del sector. En ese sentido, se potencia el calendario con el fin de compartir y divulgar futuras formaciones y eventos tanto propios como externos, a nivel local, nacional e internacional. De este modo, quedan reflejadas las acciones más destacadas del ámbito de la salud mental con el objetivo de convertirse en una agenda de referencia en el sector.

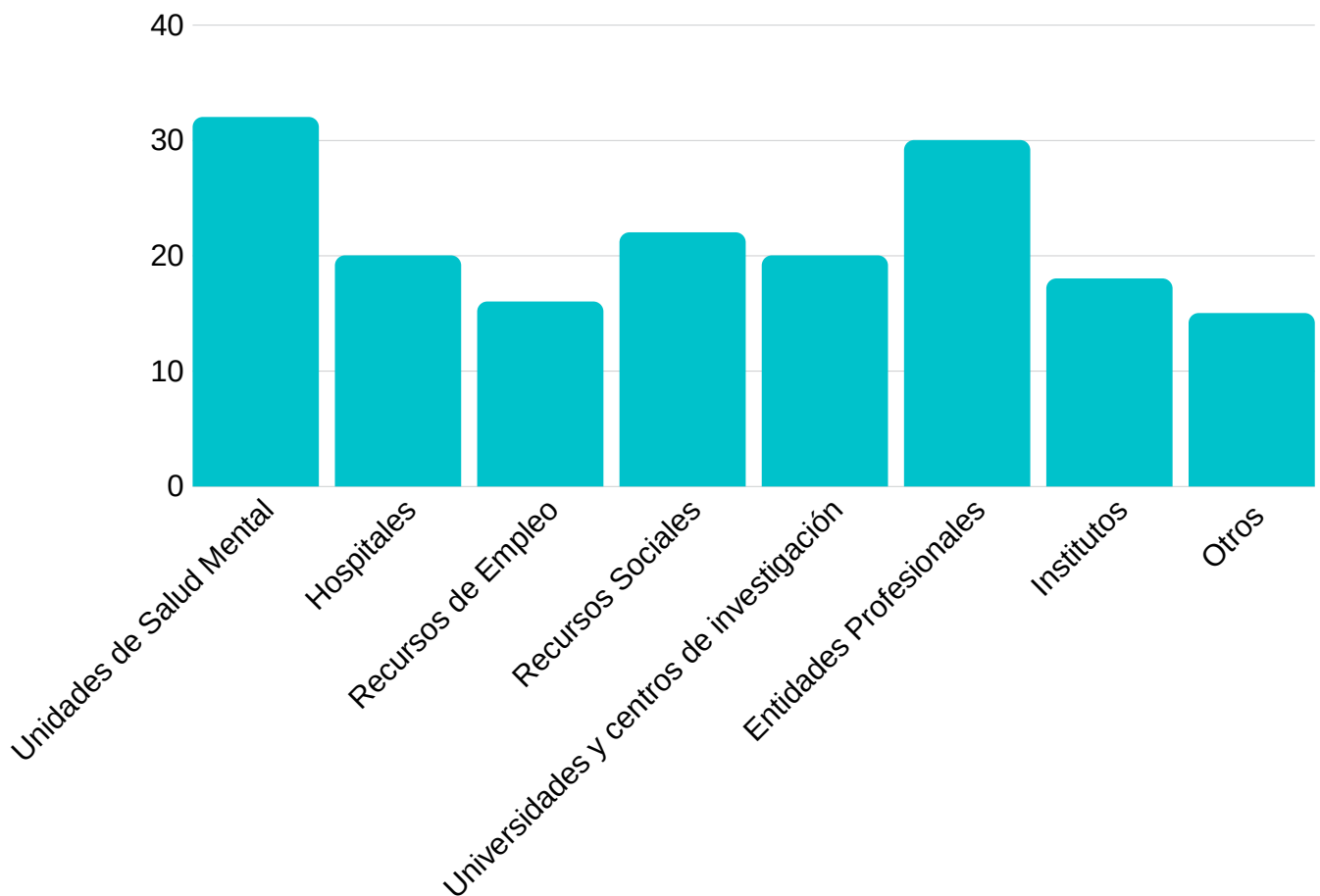


Siguiendo esta línea estratégica de comunicación, a lo largo de 2019 se han creado y potenciado los perfiles del centro en redes sociales como un eficaz altavoz para la difusión de contenido propio en base a la actividad del centro y también de contenido externo procedente de fuentes validadas que ofrezcan una información veraz de interés sobre temas relacionados con la salud mental. Así, la gestión de las redes sociales durante 2019 ha derivado en resultados representativos:



COMUNICACIÓN EXTERNA

La comunicación externa nos permite crear nuevas sinergias y afianzar las relaciones ya consolidadas. En ese sentido, las relaciones institucionales son un pilar fundamental para el intercambio de experiencias, el apoyo mutuo y la capacidad de ser altavoz de las demandas del sector en materia de TMG. A continuación, se detallan las diferentes visitas realizadas a lo largo del 2019.



Trabajo en Red: Relaciones Institucionales

Por otro lado, durante 2019 se ha potenciado y ampliado la red de difusión a través del contacto y gestión de entrevistas en medios de comunicación, principalmente en fechas relevantes a nivel informativo e institucional, como el 10/10, **Día Mundial de la Salud Mental**.

DÍA MUNDIAL SALUD MENTAL 2019

Evento

Mesa Redonda: "Sensibilización ; Suicidio y Salud Mental"

El día 10 de Octubre se realizó en el Centre del Carmen Cultura Contemporànea (CCCC), una jornada destinada a profesionales de los medios de comunicación.

En la mesa redonda participaron:

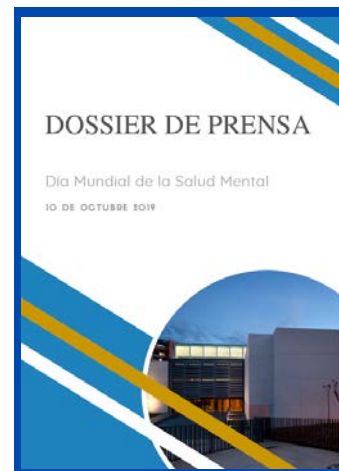
- D.Alberto Ibañez, Secretario Autonómico de Inclusión y de la Agenda Valenciana de Igualdad: Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.
- D.Yago Cebolla. Director del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (Creap).
- D. Enrique Pérez (Jefe de Psiquiatría del Hospital General de Alicante, Coordinador de la Red de Salud Pública de Alicante, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dña. Raquel Martínez. Psicóloga. Sociedad Española de Suicidiología.

Moderado por: Carles Claver. Periodista de Àpunt.

La Mesa Redonda fue un acto encuadrado dentro de la agenda de eventos relacionados con el Día Mundial de la Salud Mental.

Con ella se pretendió hacer visible la problemática que acompaña a los problemas de Salud Mental y dotar de información y voz a los profesionales de este sector.

Entre los diferentes temas tratados se habló del estigma social, la líneas de actuación presentes y futuras en el sector, y del suicidio, un problema cada vez más presente en la sociedad. Además se publicó un dossier de prensa con datos actualizados sobre epidemiología, suicidio y costes asociados.





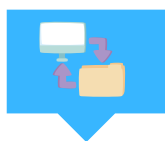
I+D+i

INVESTIGACIÓN DESARROLLO INNOVACIÓN

El Centro tiene entre sus funciones impulsar líneas de investigación específicas sobre intervenciones psicosociales en personas con TMG y promover estudios a desarrollar en colaboración con universidades y centros de investigación. Para ello, el Centro desarrolla proyectos de investigación de interés en dos ámbitos:



INVESTIGACIÓN



En el propio centro por los profesionales



En colaboración con otras entidades

- En el propio centro por los profesionales, con carácter específico y con la idea de probar la validez de programas o documentar una actividad asistencial para luego publicarla.
- En colaboración con otras entidades o grupos de trabajo especializados en la intervención con personas con TMG, que buscan en el Creap y su equipo un apoyo para el desarrollo o la coordinación de un proyecto de investigación.

El equipo de investigación del centro está formado por el equipo científico técnico del Creap formado por al menos una persona de cada uno de las áreas disciplinares del centro.

Además, el resto de profesionales de los servicios de atención especializada participan en tareas específicas de investigación (uso de nuevas herramientas de evaluación, registro de datos de intervenciones realizadas, etc.). Para garantizar este cuidado por el progreso científico, en el Centro se ha llevado a cabo una formación interna periódica de los profesionales relativos a bases de datos científicas, articulación de programas, metodología de intervención, asistencia sanitaria basada en la evidencia, etc.

Para el desarrollo de este bloque de trabajo, que impregna a todo el Creap, se colabora intensamente con todas las Universidades tanto de la Comunidad Valenciana como del territorio nacional.

Por ello, el centro es permeable a la participación de investigadores externos que conjuntamente al equipo de investigación propio asesoran y apoyan su actividad. Facilitando además desde el centro que otros investigadores realicen sus estudios dentro del mismo, ofreciendo la posibilidad de realizar trabajos de fin de grado, fin de máster y tesis doctorales.

Hasta la fecha en el centro se ha colaborado con:

- 9 proyectos de investigación con investigadores de reconocido prestigio
- 4 tesis doctorales
- 14 trabajos de fin de máster
- 16 trabajos de fin de grado.

Además de haber asesorado a más de 200 alumnos en el desarrollo de su trabajos a través del servicio de consulta.



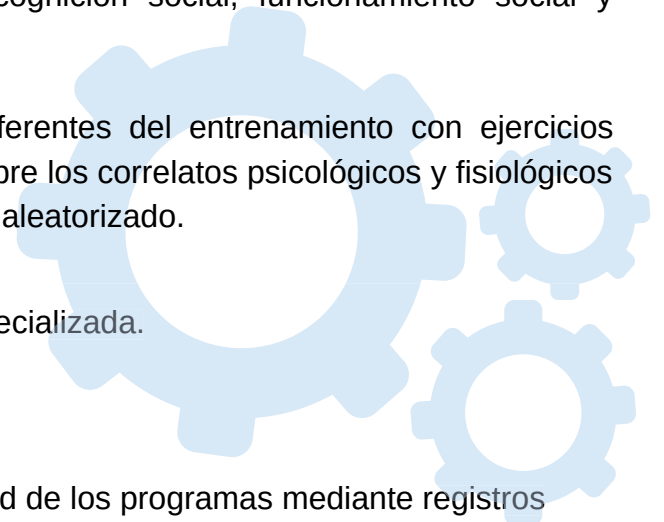
EJES DE INVESTIGACIÓN QUE SE HAN DESARROLLADO O SE ENCUENTRAN EN VÍAS DE DESARROLLO EN EL CENTRO

Elaboración y validación de instrumentos de evaluación.

- Escala WAIS-IV de inteligencia para adultos, validación en colectivo. Forma abreviada del WAISIV.
- Actualización de la escala BECAD en Terapia Ocupacional para personas con esquizofrenia.
- Análisis y comparación de instrumentos de evaluación de las actividades de la vida diaria para personas con esquizofrenia.
- Validación de la versión actualizada de la Escala de Funcionamiento Social (EFS) en colaboración con el departamento de metodología de la Universidad de Valencia.
- Validación de la escala MOHOST en personas con TMG, instrumento de evaluación del Modelo de Ocupación Humana.

Análisis de eficiencia, efectividad de la intervención y desarrollo y validación de estrategias de intervención.

- Ensayos clínicos:
 - Evaluación de un programa de musicoterapia en pacientes con Trastorno Mental Grave: Efectos en sintomatología, cognición social, funcionamiento social y calidad de vida (MTTMG).
 - Los efectos de tres modalidades diferentes del entrenamiento con ejercicios (aeróbico, fuerza, fuerza aeróbica) sobre los correlatos psicológicos y fisiológicos en la esquizofrenia: un ensayo clínico aleatorizado.
- Medida de efectividad del área de atención especializada.
- Monitorización de nuevos programas.
- Evaluación continua de la eficiencia y efectividad de los programas mediante registros cuantitativos y cualitativos.



Uso de nuevas tecnologías en rehabilitación psicosocial.

- Realidad virtual.
- Neuronapp, como software avanzado de trabajo en rehabilitación cognitiva que permite realizar entrenamientos individualizados, monitorizar todo el proceso terapéutico y extraer conclusiones estadísticas.
- Desarrollo de software adaptado a programas de rehabilitación en Salud Mental.
- Colaboración en proyecto de investigación con el CEAPAT sobre la usabilidad y la satisfacción de aplicaciones.
- Integración de datos, big data y machine learning.



Intervención con familias.

- Grupo Terapéutico Multifamiliar abierto a la comunidad.
- Diferenciación del sí mismo y sobrecarga familiar en las familias con una persona diagnosticadas de TMG.
- Escuela de familias.

Estigma: interiorizado, público y estructural.

- Proyecto de sensibilización en institutos 2017
- Proyecto de sensibilización en institutos 2019-2021.
- Jornadas de sensibilización 2017-2018-2019
- Grupo de expertos en primera persona para el desarrollo de actividades de sensibilización.
- Estudio descriptivo por sectores poblacionales en estigma a través del cuestionario AQ 27.

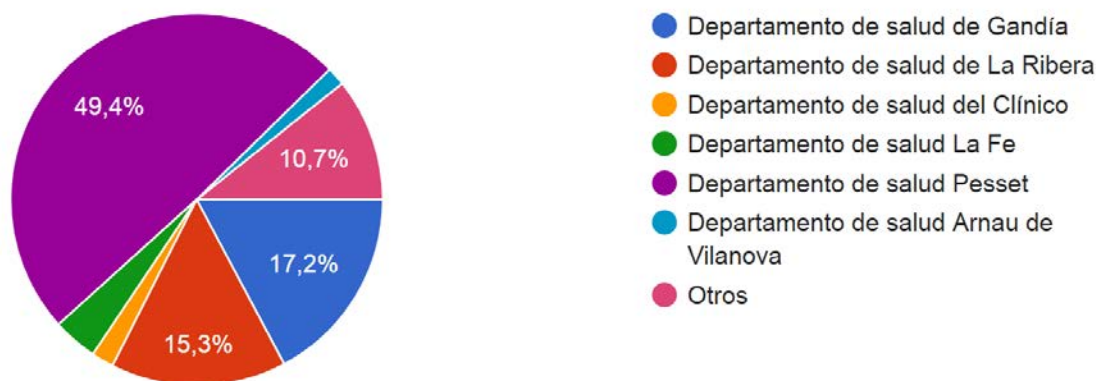




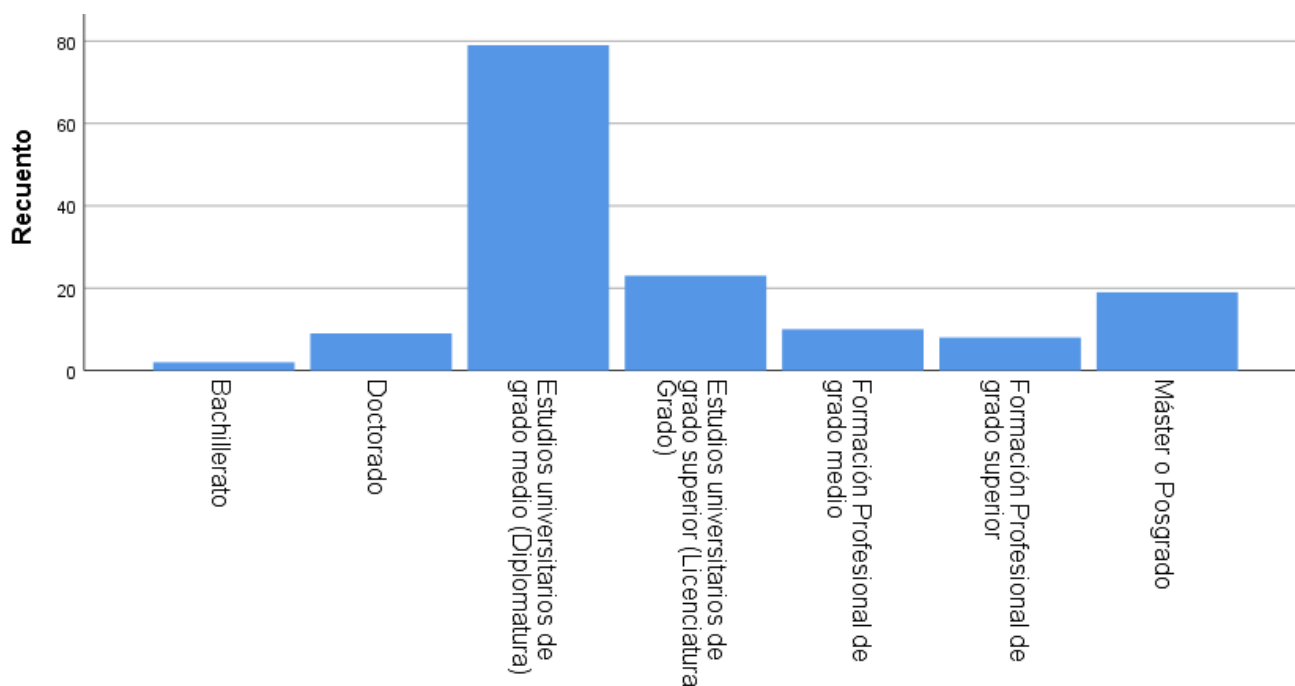
Resumen estudio cuestionario de Atribución AQ-27 realizado en el ámbito sanitario:

El AQ-27 es un cuestionario, diseñado por Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, y Kubiak (2003) y validado para la población española por Muñoz, Guillén, Pérez, Santos y Corrigan (2015), para evaluar creencias, actitudes y conductas estigmatizantes hacia las personas con patología mental.

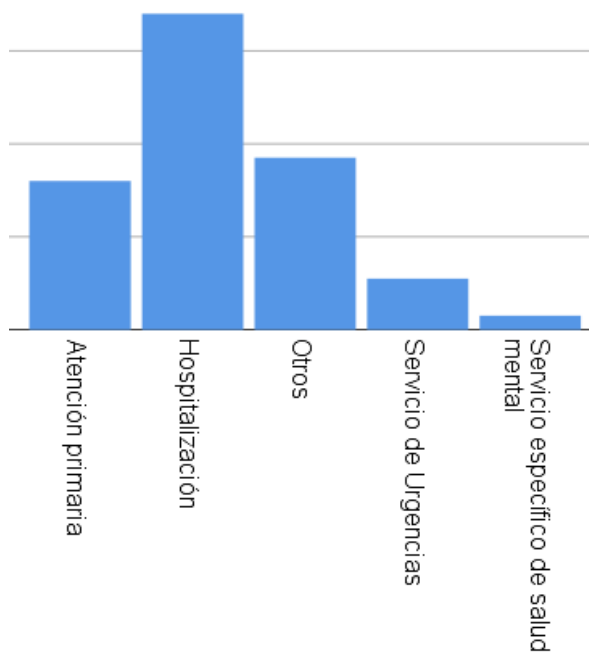
Contamos con un total de 622 personas que han contestado al cuestionario de los siguientes departamentos de salud:



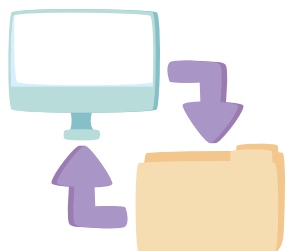
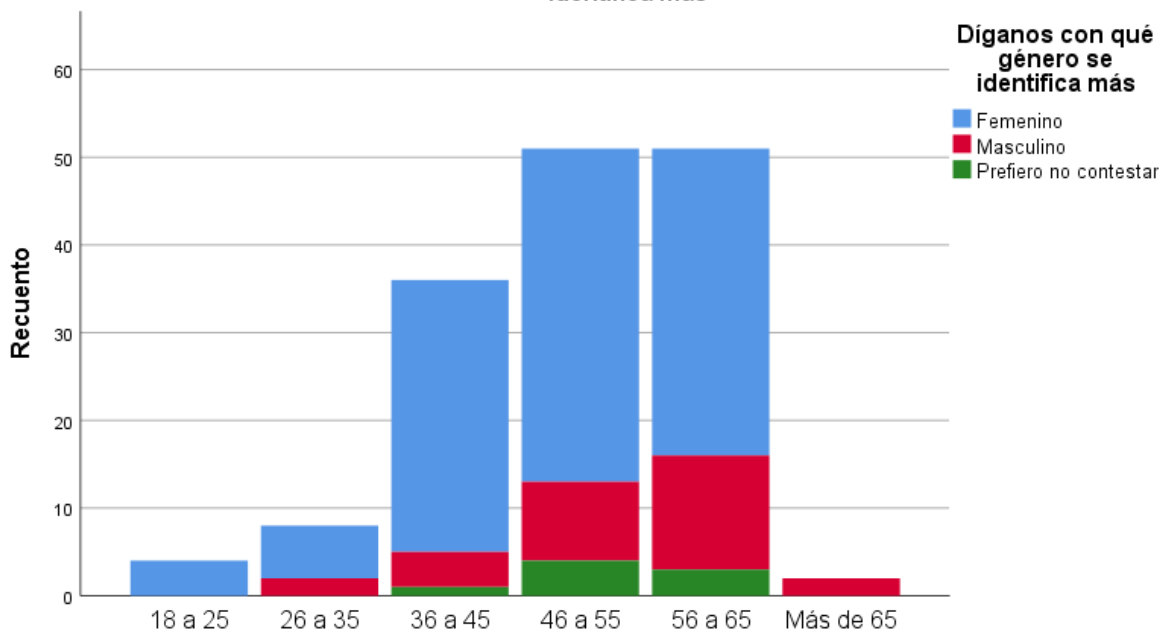
De los cuales están distribuidos de la siguiente forma:



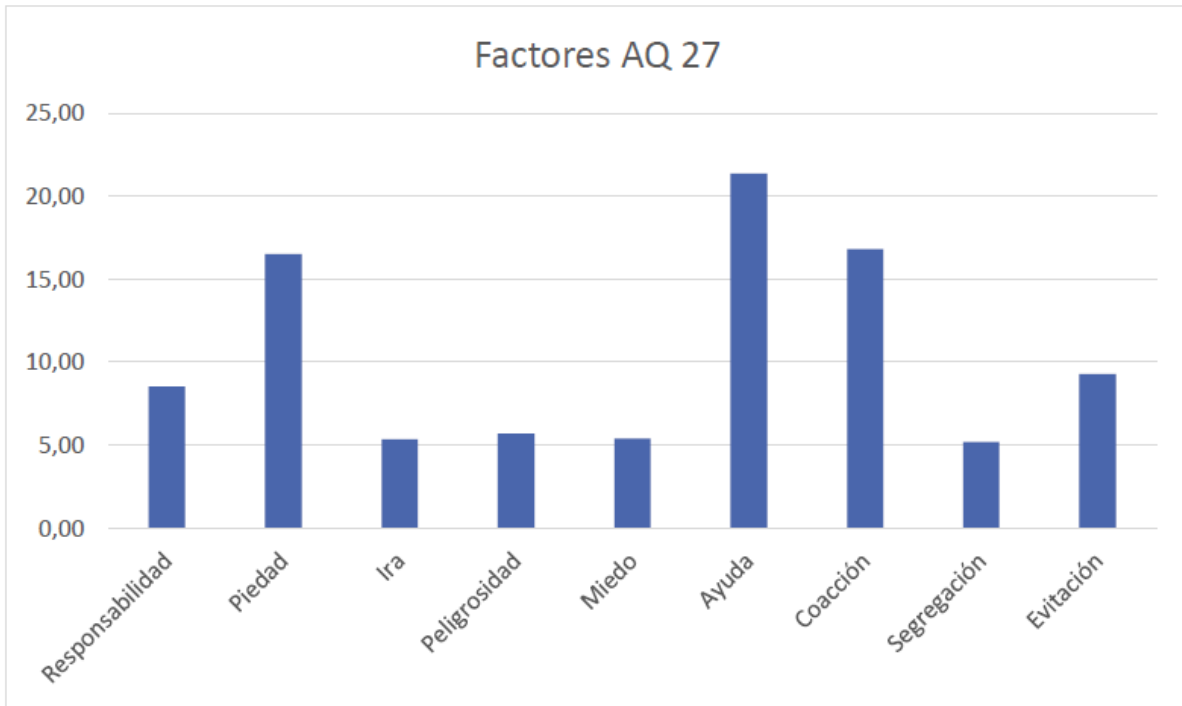
Con la siguiente distribución de servicio:



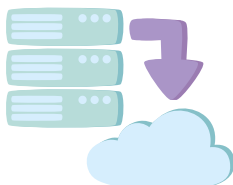
Barras apiladas Recuento de Marque el rango de edad en el que se encuentra por Díganos con qué género se identifica más



El 40.6 % de los encuestados tenía al menos un conocido con enfermedad mental. Con respecto a la distribución de medias de los factores que mide el test:



Responsabilidad	Piedad	Ira	Peligrosidad	Miedo
8,56	16,51	5,35	5,68	5,39
Ayuda	Coacción	Segregación	Evitación	
21,38	16,80	5,21	9,37	



El AQ-27 es un cuestionario auto-administrado que consta de 27 ítems que se agrupan en 9 factores:

1. Responsabilidad: las personas son responsables y pueden controlar su enfermedad mental.
2. Piedad: sentir lástima por las personas con enfermedad mental.
3. Ira: sentir ira, irritación hacia las personas con enfermedad mental.
4. Peligrosidad: las personas con enfermedades mentales representan una amenaza para los demás.
5. Miedo: sentir miedo de las personas con enfermedad mental.
6. Ayuda: disposición a ayudar a las personas con enfermedad mental.
7. Coacción: las personas con enfermedad mental deben ser obligadas a participar en el tratamiento.
8. Segregación: las personas con enfermedad mental deber ser separadas de la sociedad.
9. Evitación: evitar vivir o trabajar cerca de una persona con enfermedad mental.

Las puntuaciones más altas (superiores a 15) se obtienen en aquellos factores que indican intención de ayudar y/o coaccionar y colaborar para que las personas con enfermedad mental realicen bien su tratamiento (factor 6 ayuda y factor 7 coacción). Los factores relacionados con los sentimientos de piedad obtiene puntuaciones altas, mientras que las puntuaciones más bajas se otorgan en aquellas cuestiones relacionadas con la responsabilidad que las personas con patología mental tiene sobre su proceso o con las actitudes relacionadas con la ira, el miedo y la segregación (factor 1 responsabilidad; factor 3 ira, factor 5 miedo y factor 8 segregación).

Estos datos son similares a los obtenidos por Muñoz et al. (2009) en el estudio realizado en población general utilizado para validar el Cuestionario de Atribución AQ-27. Aunque no podemos considerar que la muestra de este estudio sea representativa de la población general. La semejanza en los resultados, indica actitudes similares en los centros sanitarios. Destacando las puntuaciones muy elevadas en la lástima que produce este colectivo, la disposición de ayudar y la necesidad de que estas personas sean obligadas a tomar el tratamiento.

CLAVES A LA HORA DE DESARROLLAR PROGRAMAS DE SENSIBILIZACIÓN

Las actitudes sociales hacia las personas con TMG y los efectos sobre éstas han estado presentes en los programas de atención comunitaria en salud mental, especialmente desde mediados del SXX, con la emergencia de intervenciones alternativas a la institucionalización y a la consideración de esas actitudes como barreras que conllevan la disminución de oportunidades de acceso a una vida ciudadana activa y normalizada para las personas con TMG.

El cambio de estas barreras sociales es un proceso complejo dada su resistencia habitual y son necesarios mecanismos de información, interacción social y modificación estructural para que el cambio sea real y sostenido. Desde un punto de vista sociológico, las tres estrategias habituales de lucha contra el estigma son: la protesta, la educación y el contacto social, siendo las dos últimas las más efectivas, ya que la primera tiene una efectividad inicial con una duración limitada y que puede dar lugar a fenómenos “rebote”.

Basándonos en esta efectividad demostrada, a la hora de diseñar e implementar programas de intervención de lucha contra el estigma, se han de tener en cuenta las siguientes consideraciones metodológicas:

1. Se obtiene mayor éxito cuando se desarrolla un trabajo activo con objetivos claros y operativos y ajustado al grupo específico o sector concreto (López et al., 2008). Una herramienta útil a utilizar es el documento: A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness, de Patrick Corrigan (2008).
2. Incluir evaluación de estereotipos, prejuicios y discriminación, así como del nivel de familiaridad.
3. Incluir grupo control, instrumentos validados y seguimientos.
4. Seguir la estrategia educación más contacto personal.

Las intervenciones más eficaces son aquellas que combinan educación y contacto social directo (Corrigan et al., 2012), dando mejores resultados las estrategias de contacto en sus dos modalidades (directo o filmado) y teniendo efectos más perdurables que con respecto a la estrategia educativa, ya que permite disminuir la peligrosidad percibida y el deseo de distancia social.



En las acciones educativas se ha de proporcionar información que rompa mitos y falsas creencias (vía libros, vídeos, guías de estilo, materiales divulgativos, talleres, medios de comunicación), siendo importante controlar el tipo de información que se presenta: hablar de sintomatología aumenta el nivel de estigma y las actitudes negativas, sin embargo, hablar de intervención y tratamiento las reduce. Hay que tener en cuenta que el nivel de la eficacia se encuentra en la adolescencia.

En la estrategia de contacto en primera persona es más beneficioso si se produce con personas capaces de desempeñar adecuadamente un trabajo o se muestran integradas en su comunidad, especialmente si los contactos se producen cara a cara con personas que se aparten moderadamente del estereotipo.

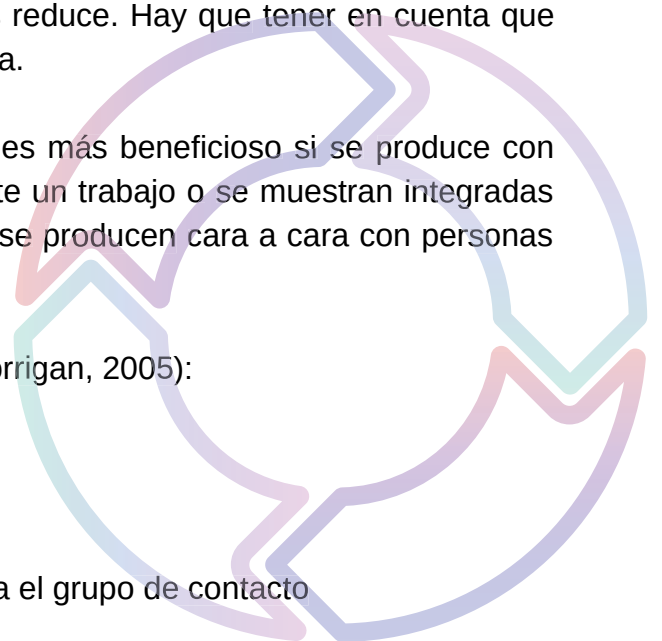
Pilares para asegurar el éxito del contacto son (Corrigan, 2005):

Que el contacto esté focalizado en grupos diana.

Que se realice a nivel local.

Que sea continuado en el tiempo.

Que la persona de contacto tenga credibilidad para el grupo de contacto





EJES DE INVESTIGACIÓN QUE SE HAN DESARROLLADO O SE ENCUENTRAN EN VÍAS DE DESARROLLO EN EL CENTRO

Intervención comunitaria, desarrollo de contextos incluyentes.

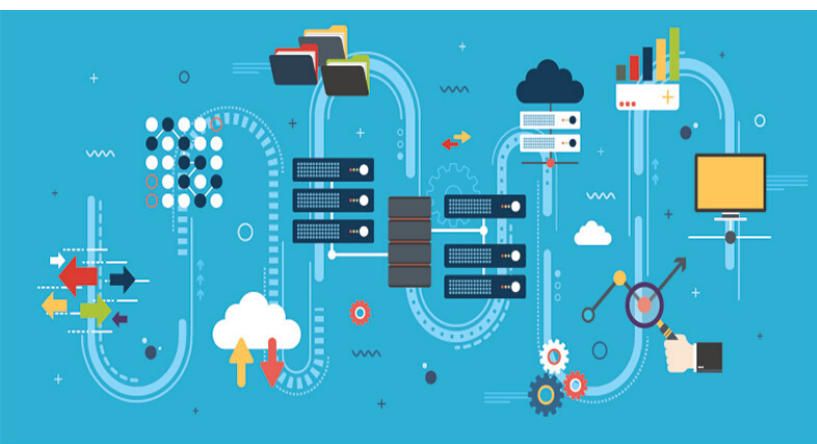
- El Creap en la comunidad.
- Protocolo de acogida y acompañamiento terapéutico.
- Protocolo de derivación comunitaria y grupo de apoyo comunitario (GAC)
- Coordinación entre los distintos niveles asistenciales de la RED.

Detección y descripción de la realidad profesional de personas diagnosticadas de enfermedad mental grave en todo el territorio nacional.

- Grupo reflexivo de intervención profesional.
- Análisis de casos.
- Desayunos de trabajo con profesionales del sector.
- Tertulias dialógicas: diálogo abierto.

Análisis epidemiológicos en salud mental.

- Publicación anual de informe epidemiológico y presentación de resultados el día mundial de la salud mental.
- Publicación de Atlas de Salud Mental.
- Publicación de traducciones de textos internacionales de instituciones como la OCDE y la OMS.





PROYECTOS EN PROCESO DE FINALIZACIÓN

Comité para la mejora de la empleabilidad en el colectivo de personas con trastorno mental.

Se creó un comité técnico para trabajar la empleabilidad en las personas con diagnóstico de trastorno mental con el objetivo de dar continuidad a las propuestas y contactos realizados fruto de todas las campañas de sensibilización en el sector. En este contexto se generó un comité organizador, compuesto por las entidades Federació Salut Mental CV, Creap, LABORA y la Oficina Autónoma Salud Mental de la Generalitat Valenciana.

El objetivo principal de este comité ha sido el de generar mesas monográficas, a las que han sido invitados los organismos públicos competentes, así como las entidades y/o técnicos expertos, según el contenido a abordar. El desarrollo de las mesas ha tenido la siguiente estructura:

1. Sensibilización del tejido empresarial.
2. Itinerario de inserción.
3. Empleo con Apoyo.
4. Formación de técnicos.
5. Inclusión de las USM en el proceso de itinerario inserción.
6. Proceso de valoración de capacidades / Revisión incapacidades laborales.
7. Centros especiales de empleo.

Con el objetivo de dotar a los grupos de una metodología de trabajo para optimizar y homogeneizar los criterios de toma de decisiones se ha elaborado una guía metodológica que supone una unificación del método Delphi del campo de la sociología con la metodología de consenso RAND/UCLA (o método del uso adecuado) más propio de la gestión clínica.

Para ello, hemos articulado 3 fases de trabajo: una primera en la que el personal del equipo técnico preparamos la documentación y los marcos estructurados de decisión de las reuniones. Una segunda, en la que cada uno de los expertos participa dentro de la temática asignada. Y una tercera, en la que todos los expertos ponen en común las diferentes líneas estratégicas abordadas y las cuantificamos para llegar a un consenso de adecuación.

La finalidad de añadir este peso metodológico al grupo de experto es:

- Facilitar la adaptación de recomendaciones y decisiones a contextos específicos.
- Informar sobre los pros y contras de las opciones o intervenciones consideradas.
- Garantizar que se consideren los criterios más relevantes para la toma de decisiones.
- Elaborar una síntesis de la evidencia disponible para informar sobre los juicios en cada criterio o factor considerado.
- Ayudar a estructurar la discusión e identificar potenciales áreas de desacuerdo, de forma que el proceso y la base de las decisiones pueda ser lo más estructurado y transparente posible.
- Crear un sistema replicable y generalizable en otros lugares.
- Generar una guía de buena práctica.

En cada una de las mesas, ha habido uno o dos moderadores del equipo técnico, que guiaron las intervenciones, exportaron los datos relevantes y se encargaron de la recogida de información.

Está prevista la publicación de una guía de buenas prácticas para finales de 2020.



Evaluación de un programa de musicoterapia en pacientes con Trastorno Mental Grave: Efectos en sintomatología, cognición social, funcionamiento social y calidad de vida (MTTMG).

La musicoterapia es una de las intervenciones que se están utilizando en los últimos años en el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Esta aproximación terapéutica utiliza la interacción musical como medio de comunicación y expresión. Y en el ámbito de los trastornos mentales graves, su objetivo es ayudar a las personas a mejorar sus competencias en gestión de emociones e interrelaciones, y a afrontar problemas.

La utilización de experiencias musicales y las interacciones que pueden promover entre terapeuta-paciente y entre pacientes, se utilizan en musicoterapia para mejorar en términos globales la salud del paciente. Estas experiencias musicales básicamente se refieren a escuchar música, a improvisar música de una manera más o menos estructurada, a interpretar música y a reflexionar acerca de esas experiencias musicales.

La terapia musical ayuda en la recuperación de la creatividad, la expresión emocional, las relaciones sociales y la motivación y su eficacia se sustenta en una serie de mecanismos neuronales que han sido descritos en la última década.

La evidencia empírica acumulada hasta el momento sobre la eficacia de la musicoterapia como complemento al tratamiento estándar en la esquizofrenia ha mostrado que este tipo de intervención mejora el estado general del paciente y la sintomatología positiva, reduce la sintomatología negativa y mejora también tanto su funcionamiento social como su calidad de vida. Sin embargo estas revisiones también han puesto de manifiesto que los estudios que han evaluado la eficacia de la musicoterapia como tratamiento en esquizofrenia tienen limitaciones y problemas de tipo metodológico como: la falta de procedimientos de asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento y control; la falta de utilización de evaluadores ciegos respecto al grupo al que pertenecen los pacientes; la aplicación del programa de musicoterapia por personas no especializadas con formación acreditada, o la descripción muy limitada del programa de intervención.

Además, de manera habitual, los estudios se han centrado en pacientes hospitalizados. También destaca que, hasta donde sabemos, no hay ningún estudio en el que se haya analizado el efecto del tratamiento con musicoterapia sobre la cognición social. Ni en el que se haya explorado la relevancia o el peso que pueden tener las características clínicas del paciente sobre el efecto del tratamiento.

El objetivo del proyecto de investigación fue el de evaluar la eficacia de un programa de musicoterapia utilizando un ensayo controlado aleatorizado que no tenga las limitaciones y problemas metodológicos que acaban de describirse. Además, el estudio se ha realizado con pacientes en situación ambulatoria, no con pacientes hospitalizados que ha sido el ámbito en el que se han desarrollado la mayoría de los estudios. Además, ha incorporado como medida del efecto del tratamiento la cognición social.

Las fases de intervención y análisis estadístico ya se han desarrollado y para el año 2020 haremos varias publicaciones de los resultados, así como presentaciones a congresos.



Ensayo clínico en intervención deportiva: Los efectos de tres modalidades diferentes de entrenamiento deportivo (aeróbico, fuerza, fuerza aeróbica) sobre correlatos psicológicos y fisiológicos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia presentan un alto índice de problemas metabólicos tanto por el consumo de psicofármacos como por la sintomatología negativa y el estilo de vida, teniendo una esperanza de vida de 15 a 20 años por debajo de la media en población sin dicha patología.

Uno de los principales motivos que se utilizan para explicar la disminución de la esperanza de vida es el llamado síndrome metabólico. Este síndrome se compone de la asociación de un conjunto de factores de riesgo (obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, presión arterial elevada y glucosa sérica en ayunas elevada) que pueden conducir a cardiopatía isquémica, diabetes y enfermedades por sobrepeso.

Los pacientes con esquizofrenia son más obesos que la población general y numerosos estudios avalan la práctica deportiva como tratamiento eficaz para prevenir el síndrome metabólico. Utilizando el deporte como intervención, se han encontrado resultados significativos tanto en calidad de vida como en sintomatología positiva y negativa. Siendo una buena práctica validada la prescripción del ejercicio físico por los médicos de atención primaria para la prevención de dicho síndrome. Ahora bien, ¿qué tipo de intervención es la más eficaz?

Numerosos estudios demuestran la eficacia de la intervención en deporte, en particular la intervención en ejercicio aeróbico sobre todo en lo relativo a la reducción de la sintomatología, calidad del sueño y función cardiopulmonar; se hace patente la necesidad de realizar más estudios que evalúen la eficacia otros tipos de intervención con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tal y como destacan revisiones sistemáticas o metaanálisis.

Cabe añadir que la intervención en fuerza ha encontrado muy buenos resultados en otras patologías como la depresión y la ansiedad y en otros aspectos funcionales en personas con esquizofrenia; destacando que en ambos estudios las muestras eran bajas ($n < 30$). Tras la revisión de la literatura, no se ha encontrado ningún estudio que evalúe simultáneamente los tres principales tipos de intervención: entrenamiento aeróbico, entrenamiento en fuerza y entrenamiento mixto (fuerza-aeróbico). Por ello, el objetivo del presente estudio fue el de realizar dicha evaluación siguiendo los resultados de la revisión bibliográfica.

Objetivos:

- Analizar los efectos de 3 programas de ejercicio físico (fuerza, aeróbico y mixto) sobre la sintomatología (positiva y negativa), la calidad de vida relacionada con la salud y variables antropométricas, en pacientes con esquizofrenia incluidos en un programa de rehabilitación.
- Comparar los efectos de diferentes tipos de entrenamiento en personas diagnosticadas de esquizofrenia para evaluar cuál es más eficaz.
- Realizar publicaciones científicas y presentaciones a congresos.
- Desarrollar una guía de práctica breve para el desarrollo de la intervención deportiva.





PRÓXIMOS PROYECTOS

Adaptación del sistema de Machine Learning desarrollado por la universidad politécnica que incluye: realidad virtual, medidas fisiológicas, datos clínicos, Rdoc (research domain criteria) y neuropsicoterapia aplicada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

La terapia de exposición mediante realidad virtual (VRET) es, junto con el denominado TCC Computarizado, uno de los tratamientos en determinados ámbitos de la salud mental, como depresión o fobias, más avalado por publicaciones con buenos resultados.

En este sentido, el proyecto ATHENEA de la Universidad Politécnica de Valencia (UPV) propone el desarrollo de un sistema Terapia Cognitivo Conductual (TCCC) y tratamiento con Realidad Virtual (VRET) basado en el modelo de Grawe que permite ofrecer terapia para la mayoría de los trastornos mentales. El objetivo es establecer las bases para definir protocolos de psicoterapia que se puedan adaptar a cualquier tipo de trastorno mental. Por ello, en el Creap nos parece interesante estudiar la aplicación adaptada de esa herramienta para personas con TMG. Así pues, se pretende desarrollar un grupo de trabajo con el objetivo principal de diseñar un protocolo clínico y un sistema diagnóstico específico para personas con TMG.

Para la realización del mismo, la UPV y Universidad de Valencia (UV) junto a técnicos de diferentes disciplinas tendrán por objeto el diseño del protocolo para que el sistema desarrollado por el equipo multidisciplinar del laboratorio I3B pueda ser aplicado a este colectivo. Tras este diseño, se procederá a su aplicación para valorar los resultados y lanzar un nuevo estudio con un carácter más amplio y generalizable.



Evaluación e implementación de un programa de sensibilización en 2 institutos de la Comunidad Valenciana en colaboración con la Universidad de Valencia y la Consellería de Educación.

A lo largo del 2017 se inició un proyecto de sensibilización en institutos de formación profesional realizando campañas puntuales de sensibilización con el alumnado. Además, se administró antes y después un cuestionario que evaluaba los niveles de estigma (los resultados fueron publicados en la memoria anual del 2017).

El siguiente proyecto en materia de sensibilización, ha sido más ambicioso y exhaustivo, tras la revisión sistemática de la literatura nos dimos cuenta de que los mejores resultados los obtenían aquellas campañas que conseguían colaborar con las entidades públicas pertinentes para que dicho programa fuera incluido en el currículo educativo.

En este sentido, el ayuntamiento de Sueca se mostró predispuesto a desarrollar un proyecto investigación para comparar diferentes institutos evaluando las diferencias entre incluir un programa de sensibilización a docentes en su proyecto educativo y no hacerlo. Para ello, se ha constituido un equipo de trabajo compuesto por: la Universidad de Valencia, profesionales del Creap expertos en sensibilización, asociaciones de salud mental, la federación de familiares de la comunidad valenciana y otras entidades del tercer sector (Fundación SASM, AFEMRB).

Los pasos para el desarrollo de este proyecto son:

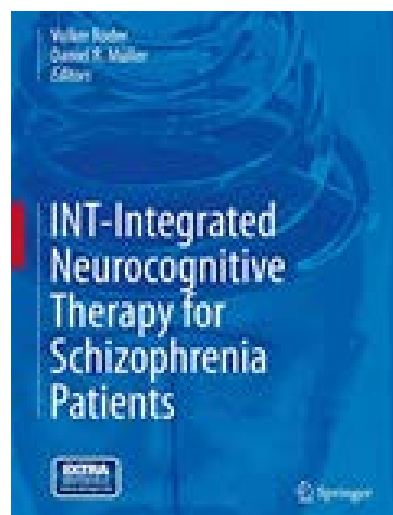
1. Articular diseño de investigación y programa a desarrollar, con el apoyo metodológico de la universidad de Valencia (2019).
2. Aplicación de la intervención durante el curso escolar 2020-2021.
3. Recogida de resultados y publicación de artículo de investigación.



Proyecto de traducción e implementación de la INT.

La terapia neurocognitiva integrada (INT) está en línea con los hallazgos empíricos internacionales más actuales sobre la esquizofrenia y contiene el enfoque terapéutico más actualizado disponible en la actualidad. Las técnicas y ejercicios (en parte basados en computadora) se describen en detalle. Los ejemplos de casos señalan situaciones terapéuticas específicas y enseñan al terapeuta cómo hacer frente a las demandas individuales y grupales complicadas. Se analiza la evaluación de la selección de pacientes, la perspectiva diferencial y el control de la terapia dentro de un sistema de tratamiento y rehabilitación multidimensional.

INT se evaluó con éxito en un estudio multicéntrico internacional aleatorizado. Mientras tanto, se implementa en muchos entornos clínicos. La terapia neurocognitiva integrada (INT) es un enfoque de terapia de rehabilitación cognitiva. INT es el primer manual de tratamiento que comprende todas las áreas de MATRICS (Investigación de medición y tratamiento para mejorar la cognición en la esquizofrenia). El NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental, EE. UU.) la ha apoyado desde el inicio, MATRICS define 11 áreas de funcionamiento neurocognitivas y sociales que son relevantes para los pacientes con esquizofrenia.



INT se basa en IPT (terapia psicológica integrada, Roder et al 2010). Es un recurso y una intervención orientada a la recuperación para mejorar también la motivación de la terapia y la autoestima y para reducir los síntomas negativos. La terapia se enfoca especialmente en los procesos grupales, y los ejercicios aumentan la transferencia y la generalización a la vida diaria. Como meta, INT pretende modificar la calidad de vida y la reintegración de los pacientes en la comunidad.

Por ello, consideramos esencial acercar a nuestro país metodologías de vanguardia que recopilen la evidencia mundial. En este sentido hemos comenzado un proyecto de traducción de la mano de Volker Roder y Daniel R. Müller (University of Bern).

Grupo de sensibilización de expertos en primera persona.

Se trata de un grupo que apoyará y realizará las campañas de sensibilización en los diferentes colectivos efectuando encuentros formativos, elaborando ellos mismos el material y el contenido que quieren explicar con el apoyo del equipo profesional del Creap.

Según la OMS, el estigma por razón de salud mental es un problema global y la lucha para erradicarlo tiene que ser una prioridad en cualquier sociedad democrática y libre. Desde un punto de vista sociológico, las tres estrategias habituales de lucha contra el estigma son: la protesta, la educación y el contacto social, siendo las dos últimas las más efectivas. Estas iniciativas educativas han de incluir intervenciones claramente definidas, ir dirigidas a grupos específicos, transmitiendo mensajes diferenciados para diferentes problemas de salud mental y tipos de creencias a modificar.

Desde el CREAP se plantea la realización de un programa de Sensibilización, generando un grupo de expertos en primera persona, integrando así las acciones formativas y contacto en primera persona, estrategias con más efectividad evidenciada. Bajo el principio de liderazgo y empoderamiento en primera persona, se pretende dar el espacio y apoyo necesario para que las personas con un diagnóstico en salud mental sean las verdaderas impulsoras y portavoces de este cambio social, por lo que las acciones generadas precisan de su implicación directa y activa, participando en todas las fases de las acciones desarrolladas (diseño, planificación, implementación, seguimiento y evaluación). Las formaciones estarán orientadas a diferentes colectivos (recursos comunitarios, de empleo, sociales, sanitarios, cuerpos de seguridad y centros educativos), con el objetivo general de realizar acciones que aumenten el conocimiento en torno a la salud mental y ayuden a reducir el estigma asociado a las personas con TMG.



Estudio transversal por sectores poblacionales de la distribución del nivel de estigma.

A lo largo de 2018 y fruto del intercambio profesional derivado de la jornada celebrada el Día Mundial de la Salud Mental La salud mental se crea, centrada en la lucha contra el estigma, se inició un estudio descriptivo en diferentes sectores: Sanitario, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Comunicación, Educativo y empresarial. El objetivo es contar con unos datos globales a partir de los cuales continuar desarrollando las acciones de sensibilización.

Si quieres contribuir puedes hacerlo en el siguiente enlace:

<https://cutt.ly/7i95cAE>

Los resultados de este estudio serán publicados en el día mundial de la esquizofrenia.



Acuerdo de colaboración con Universidades para la explotación y publicación de datos asistenciales.

Para garantizar el desarrollo de publicaciones científicas y dotar al Creap de un punto de vista académico en todas sus actuaciones se suscribirá un acuerdo con las universidades cumpliendo con la normativa RGPD para la explotación de datos asistenciales.

Este acuerdo tendrá por objeto suscribir investigaciones puntuales con carácter retrospectivo con el gran número de datos que se manejan desde el Creap.

Lista de Variables

El ciclo de atención por procesos del Creap tiene una duración de 18 meses, en los cuales hay una evaluación global en varios momentos de la intervención desarrollada por todos los perfiles profesionales.

La evaluación más exhaustiva se realiza durante el primer mes de estancia, a partir de la cual se establecen los objetivos del PIR y otra vez a los 15 meses de intervención.

Psicología

- PANSS.
- WAIS.
- SUMD.
- Rosemberg.
- FACES III.
- APGAR.

Educación Social

- Escala de Satisfacción social.
- Estigma Internalizado (ISMI).
- HONOS.
- Calidad de vida WHO QL.



Trabajo Social

- Variables demográficas: edad, sexo, régimen, diagnóstico, población, ingresos, ingresos unidad familiar, nivel de estudios, incapacidad laboral. Unidad de salud mental, etc.
- Escala ZARIT de sobrecarga familiar.

Enfermería

- Variables antropométricas: peso, talla, perímetro abdominal, perímetro braquial, tensión sistólica, diastólica, IMC.
- MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT.
- CPM.

Terapia Ocupacional

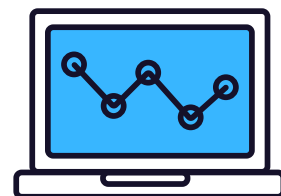
- MOHOST.
- BELS.
- Cuestionario Ocupacional.

Integración Social

- Intereses deportivos.
- Intereses Ocio.
- Desempeño motor.

Arteterapia

- Cuestionario de Estilo y de Pensamiento y Perceptivo (TPSQ).



Otros

- Número de sesiones a talleres (diferenciado por tipo de taller).
- Número de Intervenciones individuales por perfil profesional.
- Número de atenciones de seguimiento por perfil profesional.
- Plan individualizado de Rehabilitación: objetivos de Intervención, participación de la persona en la elaboración, participación de la familia, grado de cumplimiento, acciones desarrolladas.

La forma de registro está codificada de forma que pueda ser exportado a SPSS para el análisis estadístico.

Actualmente contamos con una muestra de 249 participantes.

Además de esto, con la participación de los usuarios en programas de investigación o intervención específicos se crean bases de datos ajenas asociadas a dichos programas.

Balonmano somos tod@s

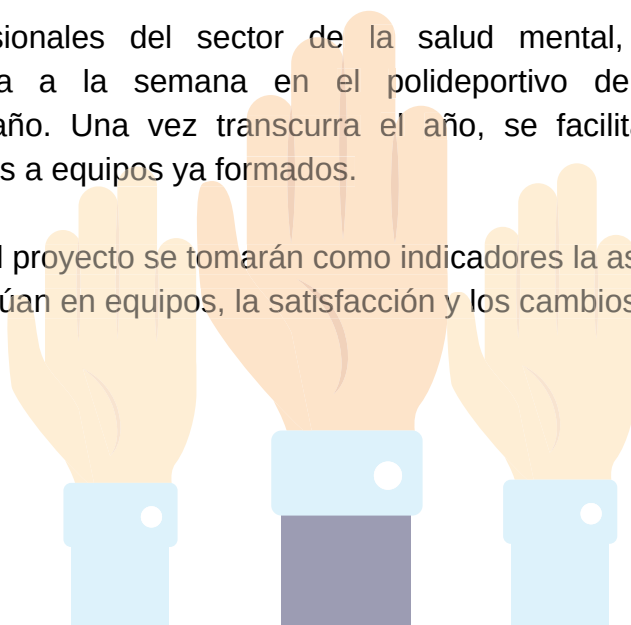
Ante las dificultades para la plena participación de las personas con trastorno mental grave en actividades deportivas normalizadas, la Federación de Balonmano de la Comunidad Valenciana desde su programa de Responsabilidad Social Corporativa, el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (CREAP), Sportsa, el Ayuntamiento de Mislata, el club Handbol Mislata y el Club Balonmano Mislata elaboraron un programa piloto para generar un modelo replicable de balonmano inclusivo.



Con el objetivo de ofrecer un servicio de calidad que responda a las necesidades de ésta población y genere cambios actitudinales, se formará a los entrenadores de balonmano en salud mental.

Con apoyo de profesionales del sector de la salud mental, se llevarán a cabo entrenamientos un día a la semana en el polideportivo de Mislata durante un aproximadamente un año. Una vez transcurra el año, se facilitará el acceso de los participantes interesados a equipos ya formados.

Para evaluar el éxito del proyecto se tomarán como indicadores la asistencia, el número de participantes que continúan en equipos, la satisfacción y los cambios actitudinales.



Objetivos

Generales

Garantizar la práctica de balonmano de las personas con TMG en recursos normalizados.

Objetivos

Específicos

- Difundir la práctica del balonmano.
- Ofertar un cupo de plazas en balonmano para personas con TMG.
- Formar a los responsables deportivos.
- Reducir el estigma social hacia el colectivo.
- Acompañar desde los recursos de salud mental a los participantes en el proceso de vinculación.

Operativos

- Que al menos el 70% de las personas que acceden a través del proyecto participen mientras dure el proyecto.
- Que al menos un 90 % de los responsables deportivos participantes en el proyecto reciba formación especializada.
- Que tras la temporada se reduzca las actitudes NEGATIVAS hacia las personas con TMG.
- Que todas las personas que decidan iniciar actividad deportiva sean acompañadas en el proceso de vinculación por profesionales de la salud mental.
- Que las personas implicadas en el proyecto valoren positivamente la experiencia.



INNOVACIÓN



Integración de datos

Estructura, feedback y explotación de resultados

Rigor metodológico

Perspectiva científica en la intervención

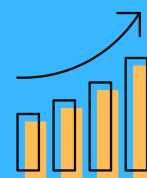
Derechos humanos en salud mental

Cambio de paradigma necesario en la intervención

Hemos planteado tres líneas estratégicas en el ámbito de la rehabilitación psicosocial: la integración de datos para articular un sistema medible y explotable de todo el proceso de intervención. El rigor metodológico, desde la perspectiva del método científico. Y por último, el cambio de paradigma en materia de derechos humanos en salud mental que apuesta por considerar a los individuos como sujetos de pleno derecho al hilo de la Convención de Derechos Humanos para personas con sufrimiento psíquico.



INTEGRACIÓN PROTOCOLO DATOS

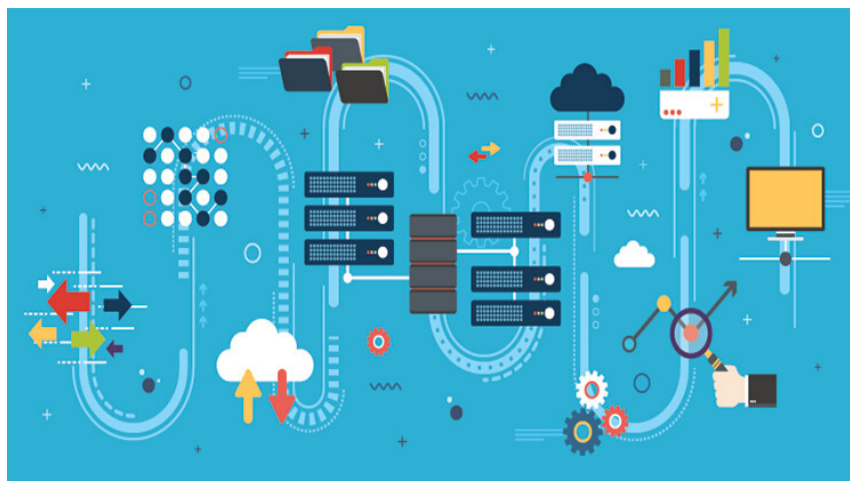


La integración de datos es el proceso que permite combinar datos heterogéneos de muchas fuentes diferentes en la forma y estructura de una única aplicación. Esto facilita que diferentes tipos de información, tales como matrices de datos, documentos y tablas, sean fusionados para mejorar la intervención, afianzar el proceso asistencial, comprobar la efectividad de los programas y publicar los resultados.

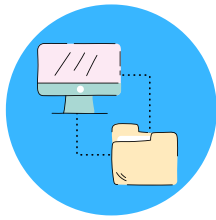
La integración soporta el **procesamiento analítico de grandes conjuntos de datos alineando**, combinando y presentando cada conjunto de informaciones de departamentos organizacionales y fuentes de datos remotas y externas, para cumplir con los objetivos del Creap.

Los datos se extraen, se mezclan y se presentan de forma unificada. Por ejemplo, el conjunto completo de datos de un usuario puede incluir información extraída de su PIR, información estadística sobre las variables clave de su tratamiento, medidas antropométricas, puntuaciones de las evaluaciones validadas de profesionales, datos asistenciales, etc. que se combinan para formar un informe completo.

Una correcta gestión de la información supone una atención basada en resultados y un mejor feedback al usuario, su familia y resto de profesionales de la red sociosanitaria. Toda la recogida de información se estructura dentro del proceso asistencial para poder explotarlo después con softwares avanzados de análisis estadístico.



Cada fase del proceso asistencial implica una acción de servicio a usuarios y otra de recogida de información para su posterior registro y análisis. A continuación se presentan las tres fuentes principales de recogida de datos:



Datos de la Actividad Asistencial

Registros cualitativos y cuantitativos de la actividad diaria



Escalas validadas por profesionales

Mediciones y evaluaciones en cada fase del proceso terapéutico



Proyectos de investigación

Datos derivados de investigaciones desarrolladas

La tradición histórica de las disciplinas que se han ocupado de la rehabilitación psicosocial, hace que la medición y el rigor metodológico se constituyan como un reto de futuro para mejorar la calidad de vida de las personas a las que atendemos.

Una correcta gestión de la información supone una atención basada en resultados y un mejor feedback al usuario, su familia y resto de profesionales de la red sociosanitaria. Entre las diferentes herramientas de las que dispone el Creap, destacan:

1. **Cuadro de mando interactivo**, utilizando la última tecnología al servicio de los resultados derivados de la intervención incorporando información diaria recogida por todos los perfiles profesionales.
2. **Programa de gestión de la actividad asistencial**, un generador de programas individualizados de intervención (objetivos, talleres, temporalidad, grado de relevancia, etc) así como de informes tanto globales como específicos.
3. **Base de datos global** por usuario con datos cuantitativos de evaluación por área que utilizamos para, aplicando la ciencia estadística, obtener conclusiones y generalizarlas al resto del sector.





ESTRUCTURA Y RIGOR

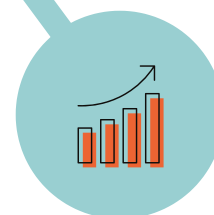


Software de actividad asistencial

Registro diario de asistencias, objetivos, planes de atención y seguimiento

Herramientas ofimáticas

Base de datos global de evaluaciones por área



Formulario Web

Datos demográficos y de proyectos de investigación

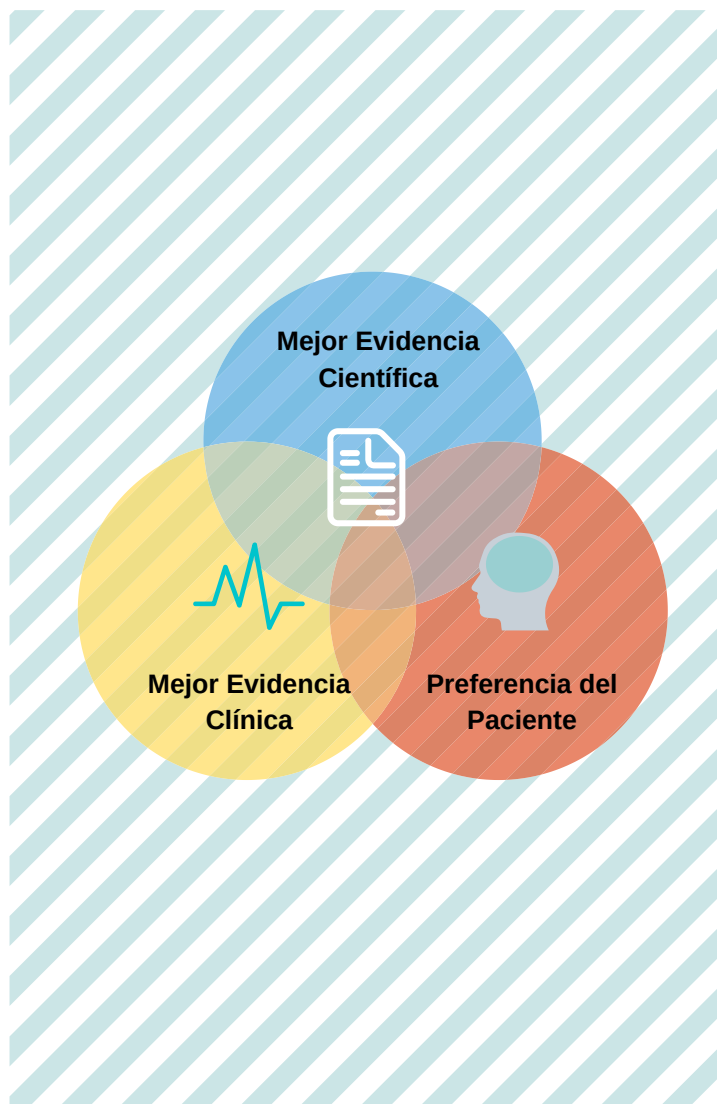
Feedback

Análisis estadísticos y cuadro de mando, Empleo de algoritmos



RIGOR METODOLÓGICO

En el Creap se aplica a los programas la lógica científica, definiendo el conjunto de estrategias y metodologías de trabajo que pretenden dotar a la gestión de una base racional para incrementar su eficiencia. Se trata de una sistema que ayuda a encontrar e incorporar información científica de utilidad para la práctica clínica y, además, permite plantearse preguntas sobre problemas clínicos concretos, buscar información y aplicar los resultados relevantes, una vez analizados y sintetizados, en nuestro día a día. Es una forma de garantizar el rigor metodológico y la mejora continua dado que los programas se someten continuamente a evaluación.

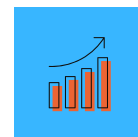


RIGOR METODOLÓGICO

Datos demográficos
 Datos de informes de derivación
 Evaluaciones
 Protocolo de adherencia



Evaluaciones comunitarias
 Protocolo de derivación
 Autonomía

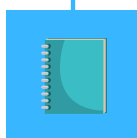


Acogida

Intervención

Preparación al alta

Altas y seguimiento



Atención especializada
 Instrumentos validados
 Atención individual
 Talleres
 Programas basados en la evidencia
 Trabajo en Red



Derivación a recurso
 Seguimiento de indicadores
 Reportes de evolución

DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

Los derechos humanos deben ser una dimensión clave en el diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas y políticas de salud mental. Estos incluyen, entre otros, los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la dignidad, al respeto a la privacidad y a la autonomía individual, a la información y a la participación. La legislación sobre salud mental es un instrumento para codificar y consolidar estos valores y principios fundamentales de la política sobre salud mental. Apostar por innovar en esta línea sólo significa ser capaces de respetar lo que marca la legislación internacional en materia de respeto a los derechos humanos de este colectivo.

Como no podía ser de otra manera, desde el Creap se apuesta por la adhesión a la iniciativa del cambio de paradigma en materia de derechos humanos en salud mental. Para ello:

Se incorpora a los usuarios en las decisiones del proceso asistencial.

Se establece un órgano de decisión formado por los usuarios a través del cual se deciden las cuestiones básicas y auxiliares de lo que sucede en el centro.

Se implementa el modelo de toma de decisiones anticipadas.

Se respeta el principio de consentimiento libre e informado.

El derecho a la confidencialidad es un eje transversal que va mucho más allá de la documentación y el expediente.





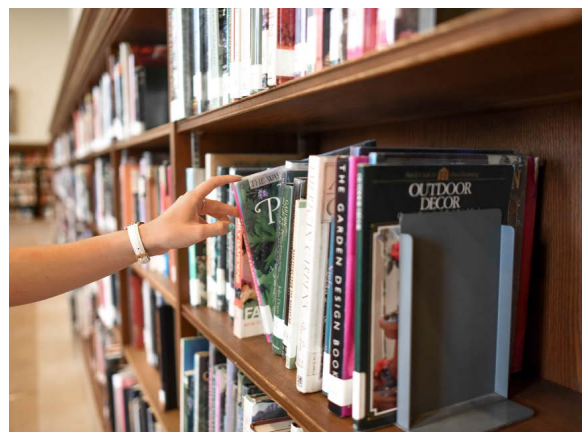
SERVICIO DE REFERENCIA



El Servicio de Referencia del Creap tiene como objetivo difundir información y conocimiento sobre las personas con TMG y desarrollar programas innovadores sobre métodos y técnicas de intervención para la atención sociosanitaria a estas personas. Además, promueve y desarrolla buenas prácticas en materia de prevención, promoción de la autonomía personal y atención a las personas con TMG y colabora con familias, grupos y ONG's del sector a través de acciones de información, asesoramiento, formación y apoyo.

Espacio web de información y consulta:

A través del servicio de consulta bibliográfica, disponible en el página web del Creap, se puede solicitar y encontrar información sobre salud mental y sus cuidados sociosanitarios. Además, el espacio de información y consulta permite obtener asesoramiento técnico para la puesta en marcha de proyectos o dispositivos que aporten beneficio a la calidad de vida de las personas con TMG y/o a sus familias.



Biblioteca:

El Creap dispone de una biblioteca en la que se puede encontrar información escrita, contrastada y validada, en los ámbitos de evaluación, investigación o de experiencia asistencial a las personas con TMG, tanto en el nivel nacional como internacional. Cuenta, además, con publicaciones digitalizadas especializadas en trastorno mental grave y su atención psicosocial.

Servicio de Referencia , información y documentación

Área dedicada a la generación y/o recopilación de datos, información y conocimiento relacionado con el trastorno mental grave.

Mediante acciones como:

- validar y acreditar experiencias innovadoras.
- buenas prácticas.
- asesorar al área asistencial en metodología de intervención acercando evidencia a los profesionales.
- difundir el conocimiento de forma selectiva entre los profesionales y las organizaciones del sector.



La actividad se apoya en:



La generación de conocimiento

Comprende, entre otras acciones, promoción y desarrollo de estudios e investigaciones, participación en redes nacionales o internacionales de investigación, elaboración de protocolos y normas técnicas e implantación de sistemas de calidad y de acreditación, la comunicación directa y constante con el área de atención especializada.

Transferencia de conocimiento

Comprende, entre otras acciones, promoción y desarrollo de estudios e investigaciones, participación en redes nacionales o internacionales de investigación, elaboración de protocolos y normas técnicas e implantación de sistemas de calidad y de acreditación, la comunicación directa y constante con el área de atención especializada.

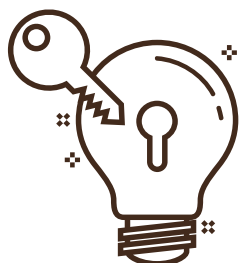
¿Cómo?

- Revisiones sistemáticas de la literatura.
- Área de Atención especializada.
- Análisis bibliométricos con bases de datos científicas.
- Metodología de trabajo en grupo de expertos.
- Participación en redes de trabajo y desarrollo.
- Procesos de investigación compartida.
- Investigación planificada.

¿Cómo?

- Comunicación planificada.
- Productos de conocimiento adaptados a múltiples audiencias.
- Newsletter.
- Memoria Anual.
- Guías de buenas prácticas.
- Artículos de investigación en revistas de impacto.
- Formación y Teleformación.
- Contacto y asesoramiento a colectivos de usuario.
- Redes de intercambio de conocimiento.

SERVICIO DE REFERENCIA



Respondamos a tus demandas

Ponemos a tu disposición un servicio de consulta técnica y bibliográfica

Accede a nuestra biblioteca

Ponemos a tu disposición artículos y monografías especializadas

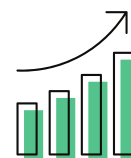
Informe de evidencias científicas

Mensualmente publicamos la última evidencia científica en materia de salud mental






Compartimos todo contigo

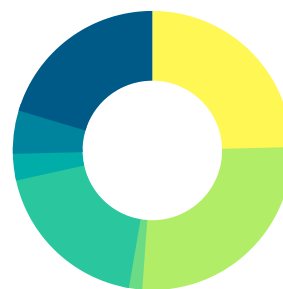
Consulta nuestras redes, blog y softwares bibliográficos

NUESTRAS CONSULTAS EN DATOS

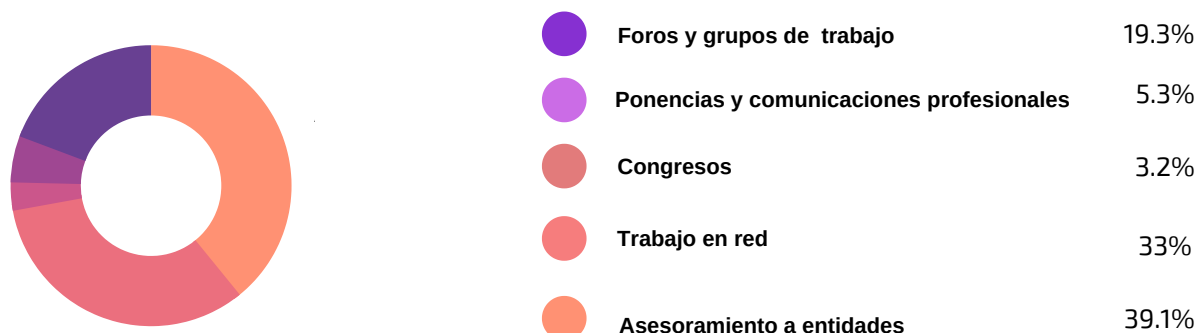


Actividades de referencia en formación, documentación e investigación

	Formación	20.4%
	Investigación/ buena prácticas	5%
	Asesoramiento a instituciones o particulares	18.8%
	Consultas a fondo documental y préstamo del propio fondo	26.5%
	Consultas bibliográficas	24.6%

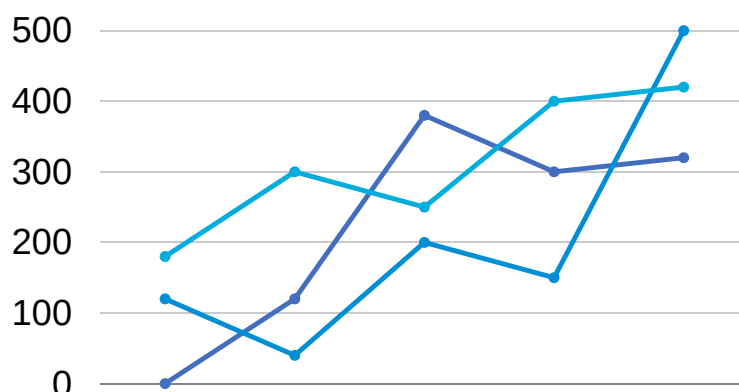
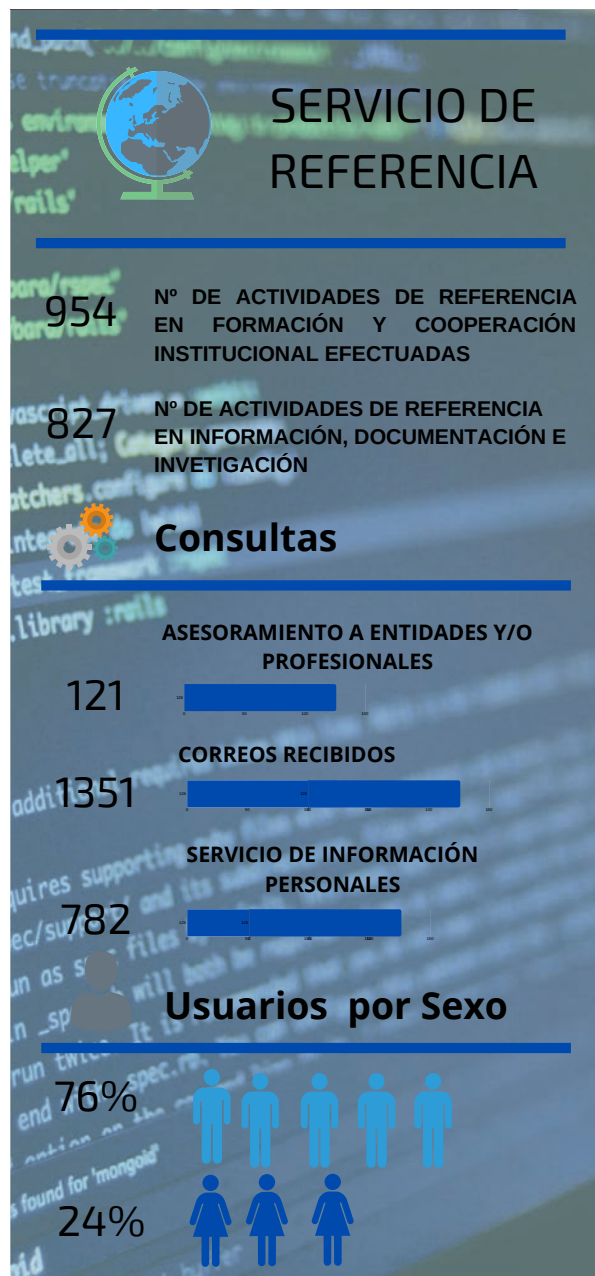
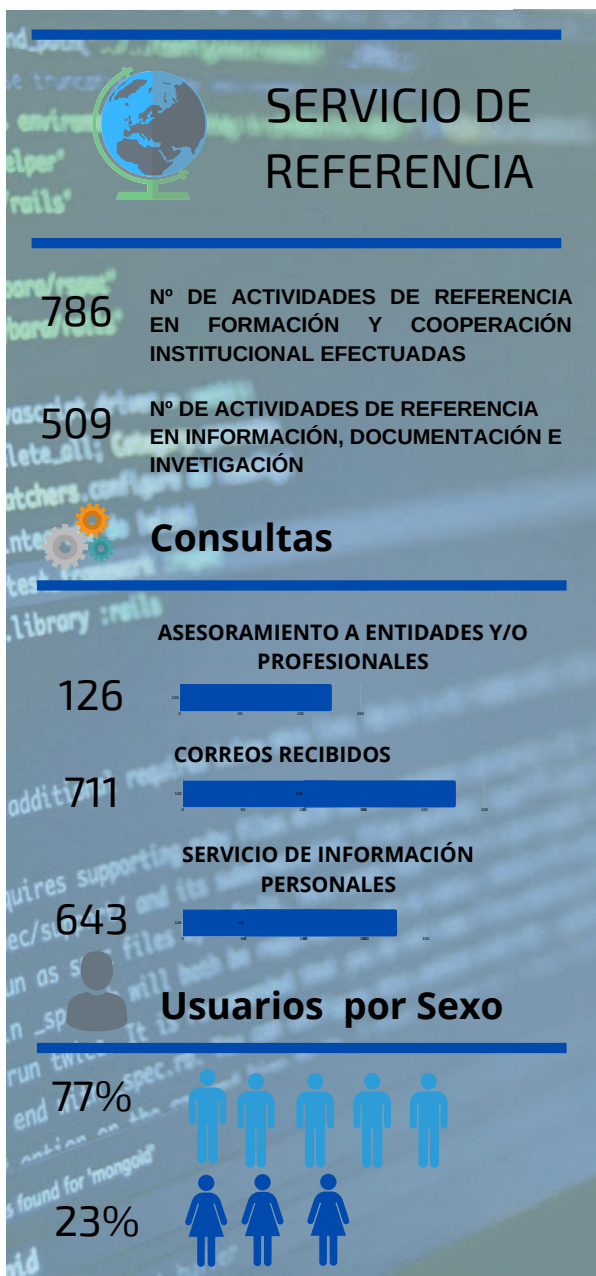


Actividades de referencia en cooperación institucional efectuadas



2018

2019





SUSCRIPCIONES A REVISTAS



The American Journal of Psychology



Revista de Psiquiatría y Salud Mental



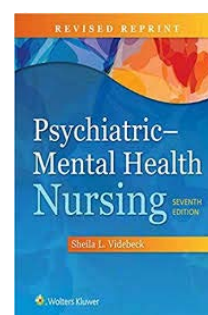
Annual Review of Clinical Psychology



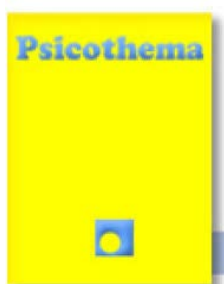
International Journal of Mental Health Systems



International Journal of Mental Health and Addiction



Psychiatric-Mental Health Nursing



Psicothema

¡Consulta nuestras novedades, referencias y artículos en Mendeley!



¡CONOCE NUESTRA BIBLIOTECA!



ATENCIÓN ESPECIALIZADA

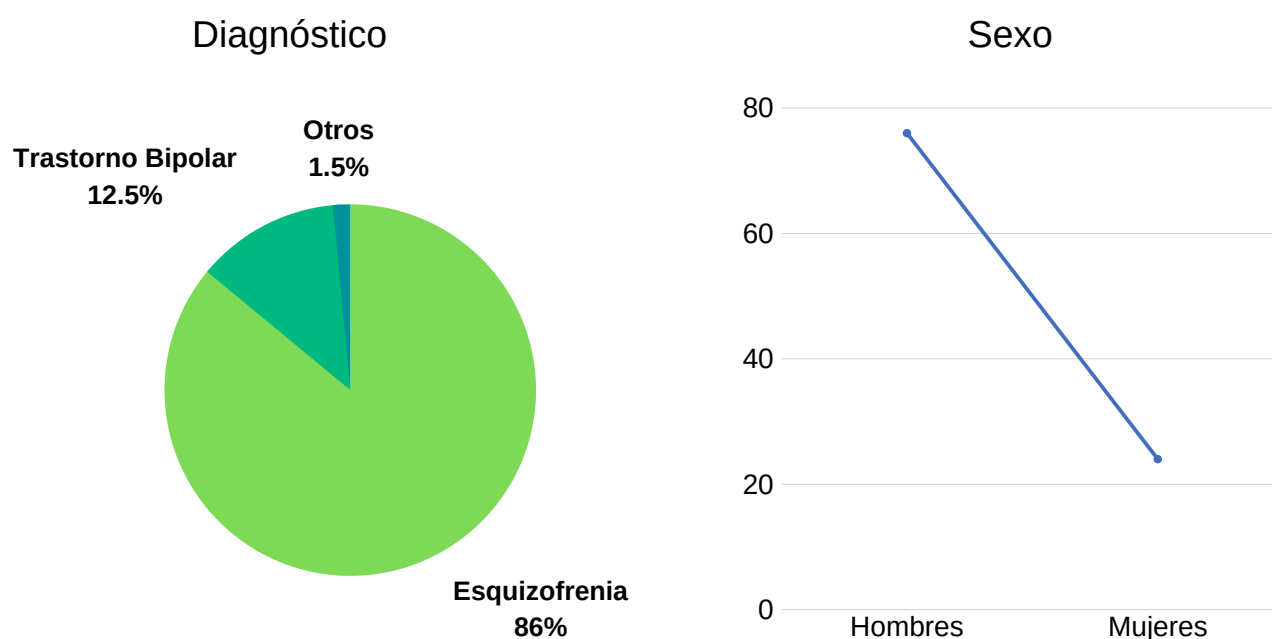


Proceso asistencial

Se trata de un proceso asistencial desarrollado a través de programas terapéuticos de diferentes áreas (Psicología, Terapia Ocupacional, Enfermería y Cuidados Auxiliares de Enfermería, Integración Social, Educación Social y Trabajo Social) desde los que se trabajan aspectos individuales y grupales. Es un proceso en constante cambio, nutrido tanto de la evidencia científica como de los resultados de la propia intervención con el objetivo de adecuar al máximo la respuesta a las dificultades, fortalezas y necesidades de cada persona atendida.

Estos programas se desarrollan tanto dentro de las instalaciones del centro como fuera del mismo, en la comunidad y en el entorno habitual de la persona. Por su parte, la familia participa activamente durante todo el proceso de intervención, disponiendo además de programas de atención específicos.

Por otro lado, la atención directa llevada a cabo en el Creap se basa en la coordinación con los principales agentes de la red sociosanitaria. Debido al emplazamiento geográfico del centro, dicha coordinación se realiza de forma destacada con la Generalitat Valenciana.



Es importante destacar que la atención especializada del Creap está basada en el ciclo de atención por procesos, conformado por una serie de etapas, objetivos, herramientas asistenciales y evaluación específicos en función de la persona y fase del proceso en la que se encuentre. A continuación, se muestra un esquema en el que se reflejan las principales características de cada uno de los niveles:

Ciclo de atención por procesos

Evaluación

Deficiencias y habilidades de la persona en relación con las demandas ambientales de su entorno

Planificación

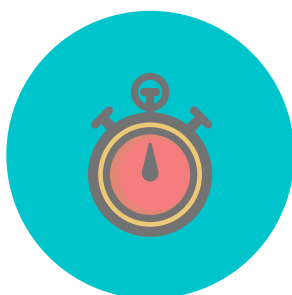
Sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación

Entrenamiento

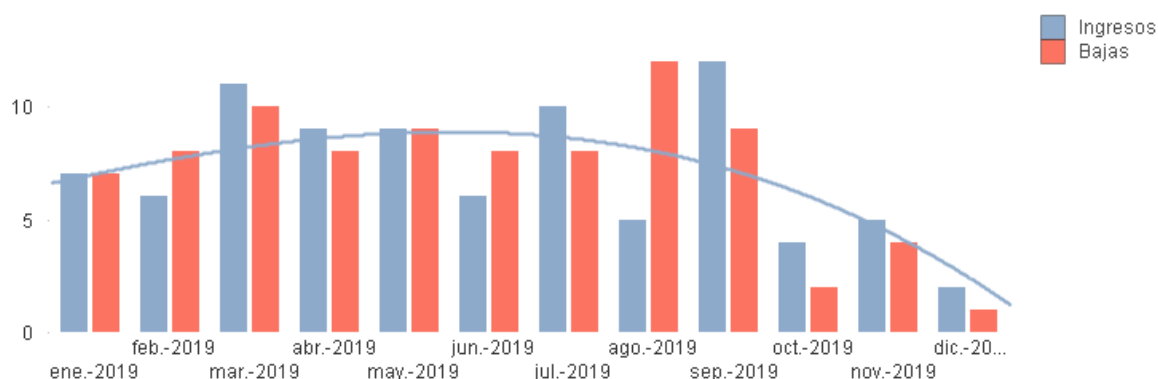
Específico, flexible y contextualizado de las habilidades que la persona necesita para manejarse en los diferentes ambientes

Monitorización

Seguimiento, monitorización y apoyo de la persona en los diferentes contextos de su vida real



Niveles de Ocupación



Cuando se produce la concesión de plaza se inicia la elaboración de los planes de acción. En primer lugar, se lleva a cabo una acogida, que incluye un protocolo para garantizar la naturalidad y comodidad en el inicio del proceso. Durante el primer mes se desarrolla una serie de evaluaciones iniciales. A partir de éstas, se elabora el Plan de Intervención Inicial, que aporta los primeros objetivos de trabajo a tener en cuenta, abordando aquellas dificultades más prioritarias para el usuario y la familia.



Posteriormente, se elabora el Plan Individualizado de Atención, en el que se consolidan los objetivos de trabajo para el resto de la permanencia en el centro.

Dichos objetivos son revisados periódicamente con el usuario, la familia (si el usuario así lo desea) y los profesionales con el objetivo de realizar un adecuado seguimiento individualizado. La evaluación, planificación e intervención es un proceso continuo que tiene lugar durante toda la estancia prevista. Desde el inicio, y con el usuario, la familia y el equipo profesional, se tiene en cuenta cuál será su preparación al alta, explorando todos aquellos recursos comunitarios de los que pueda hacer uso a su salida en función de sus objetivos (viviendas tuteladas, entorno residencial, retorno a domicilio, salida a empleo, formación, etc.).



TRANSDISCIPLINAR

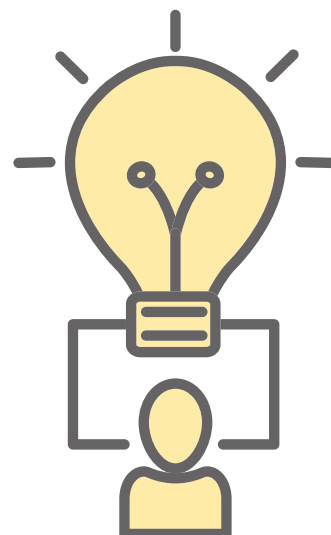
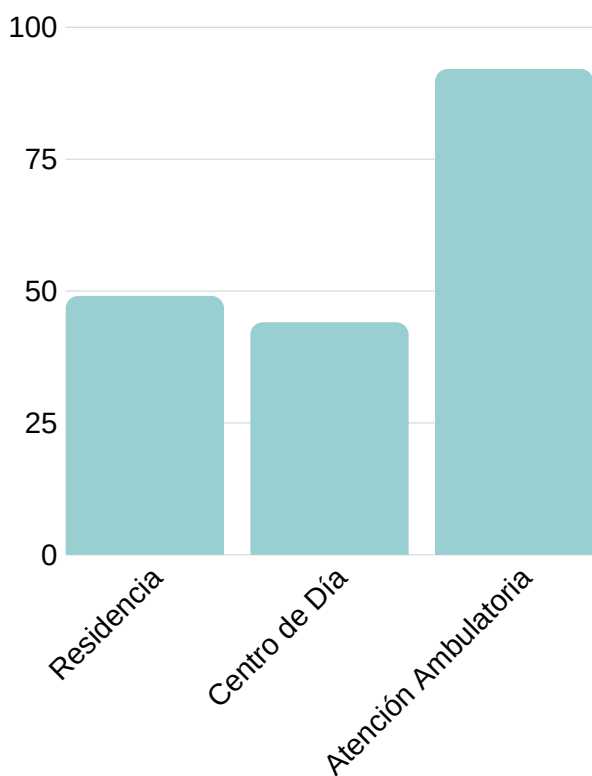
“Trabajamos transversalmente a través de diferentes áreas que dan respuesta a aquellas necesidades sociales que debemos cubrir.”



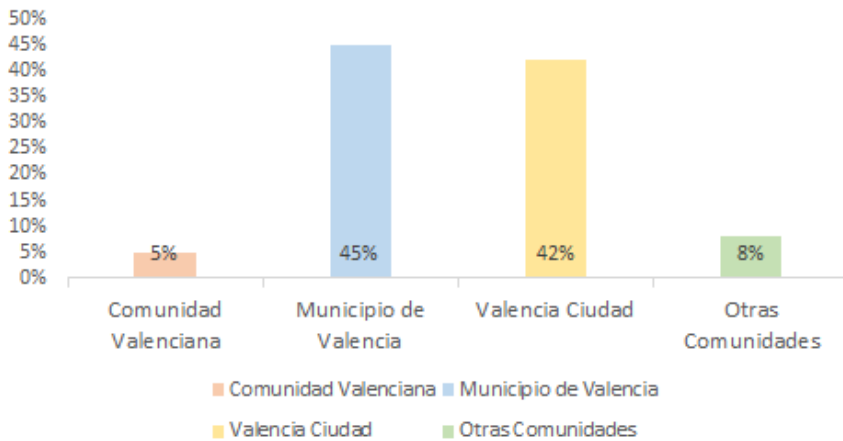
SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO



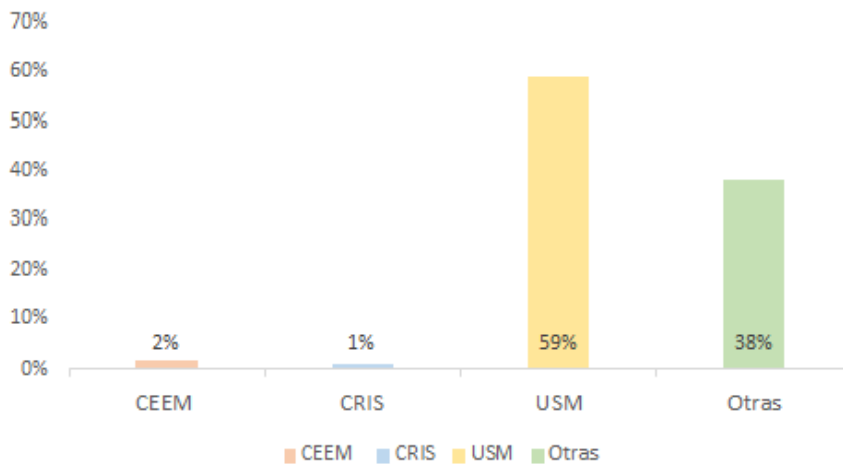
El Creap es un recurso público con vocación de servicio a la ciudadanía. En este sentido, cuenta con un Servicio de Información y Asesoramiento a través del cual se realiza atención y asesoramiento personalizado a las personas que así lo soliciten. A continuación, se presentan los resultados relativos a los servicios de información y asesoramiento en 2019.



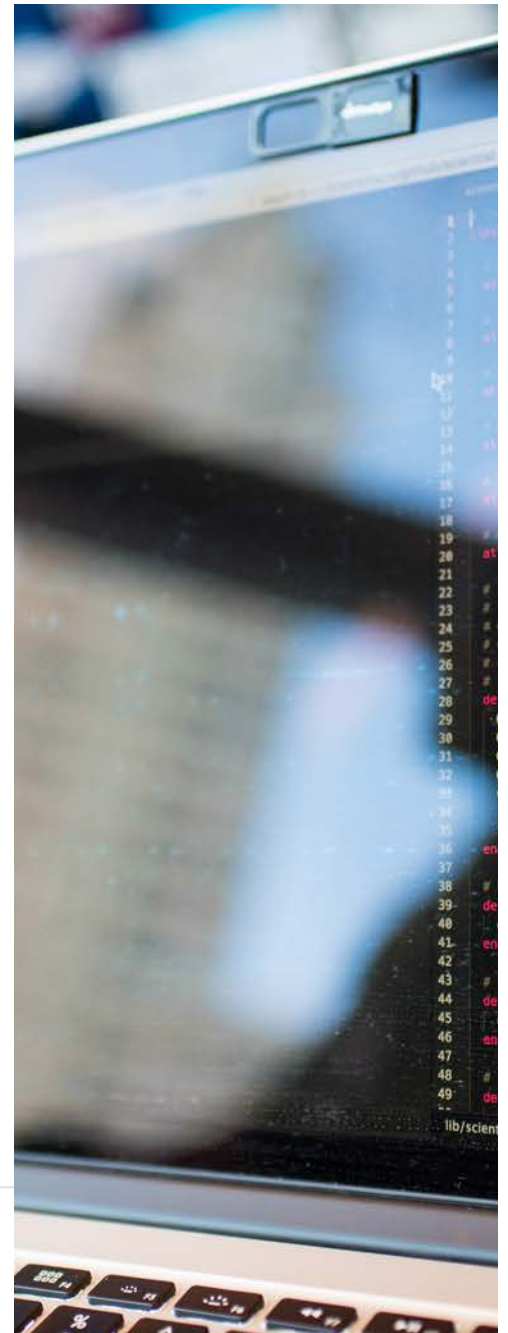
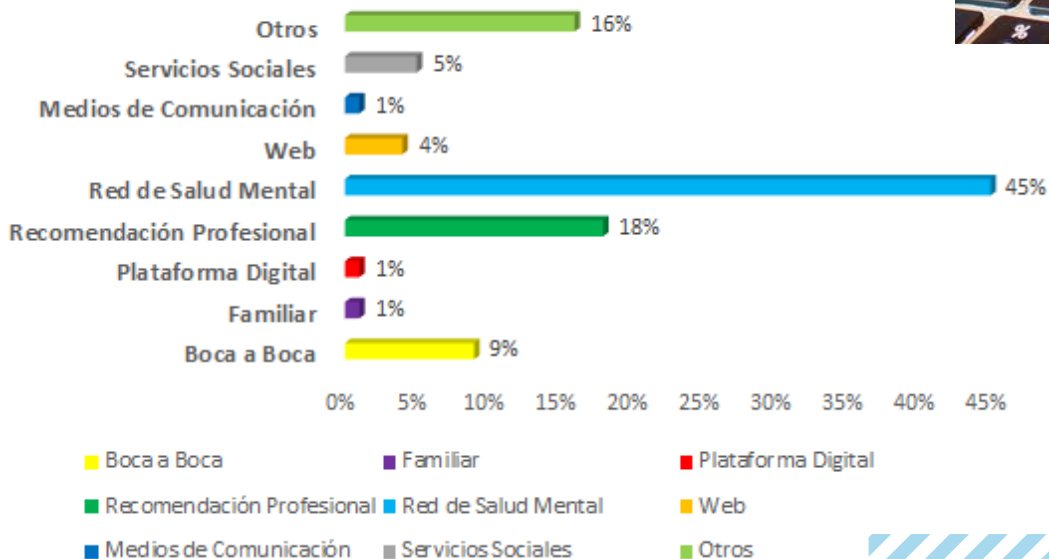
Solicitudes por procedencia



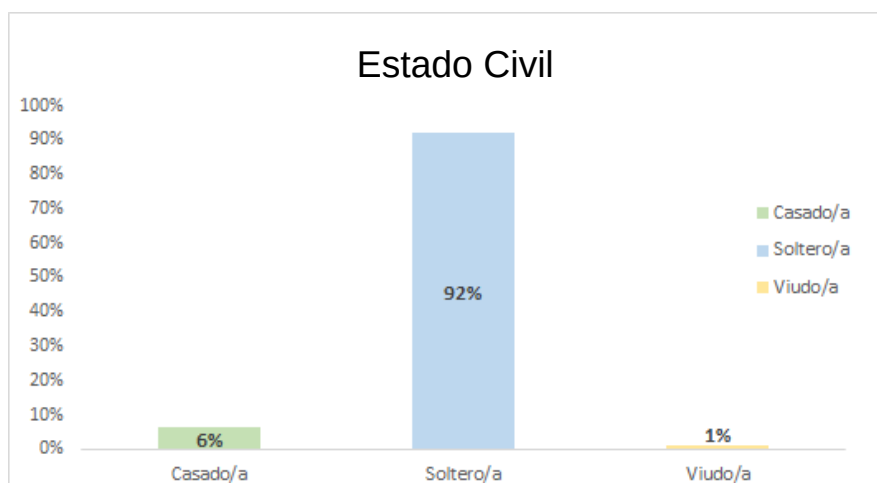
Solicitudes por vía de acceso



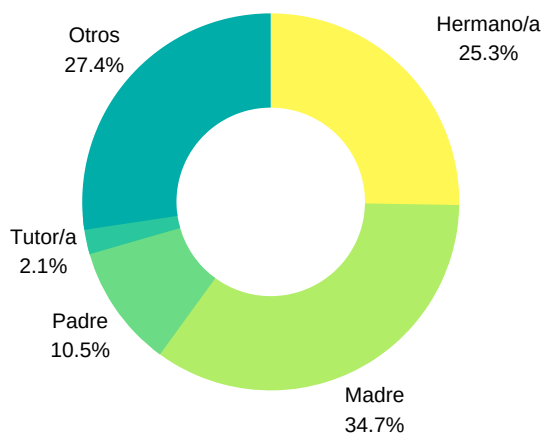
¿Cómo nos has conocido?

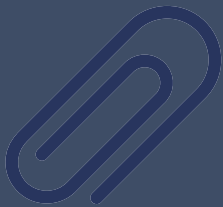
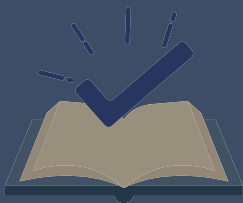


SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO



Familiar de referencia

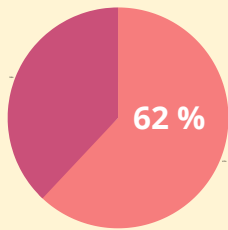




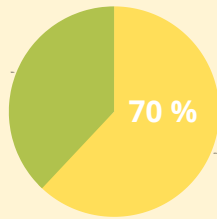
CALIDAD

INDICADORES DE CALIDAD

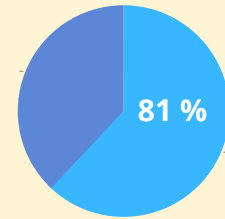
Salud



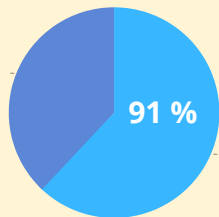
68 % personas con mejoría en rendimiento cognitivo



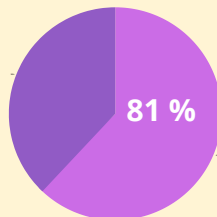
70 % personas que presentan mejoría en su autoestima



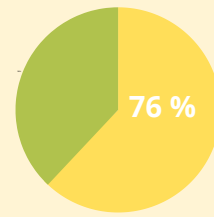
81 % personas que presentan mejoría en su sintomatología negativa



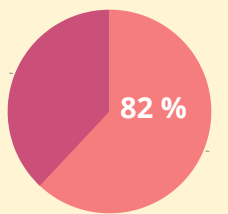
91 % usuarios que han adquirido mayor autonomía en la toma de medicación



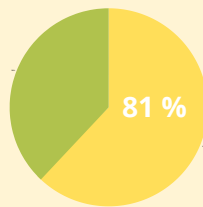
81 % personas que hacen uso autónomo y adecuado de los recursos sanitarios



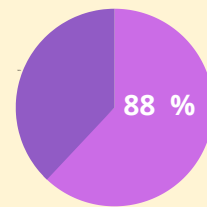
76 % de usuarios que han adquirido algún hábito de mejora de su salud



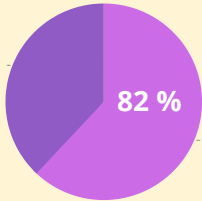
82 % personas que presentan mejoría en sus AVD'S Básicas



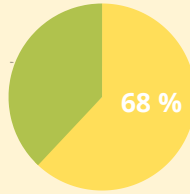
81 % personas que presentan mejoría en sus AVD'S Instrumentales



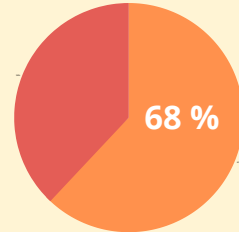
88 % personas con mejoría en sus habilidades comunicativas de su desempeño ocupacional



82 % personas con
mejoría en sus
habilidades de
procesamiento de su
desempeño ocupacional

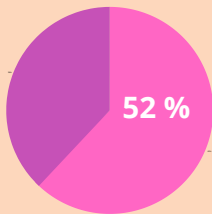


68 % de personas que
se incorporan a una
actividad deportiva

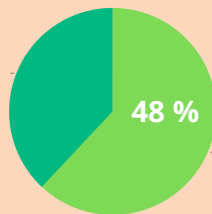


68 % de personas que se
incorporan a una actividad
deportiva

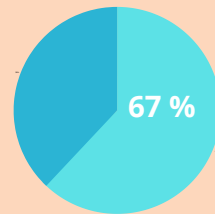
Familias



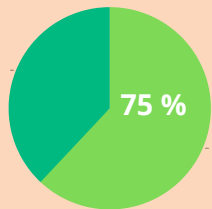
52 % personas
cuya familia
participa en el PIR



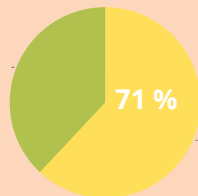
48 % personas cuya
familia participa en la
escuela de familias



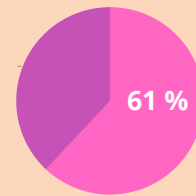
67 % personas cuya
familia participa en
las valoraciones
iniciales



75 % familias con
intervención
monofamiliar

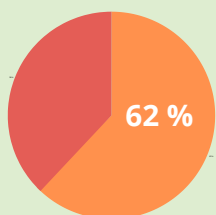


71 % familias que
reducen la sobrecarga
familiar

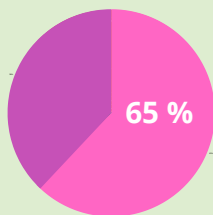


61 % de familias que
se asocian

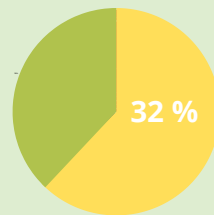
Jurídico Legales



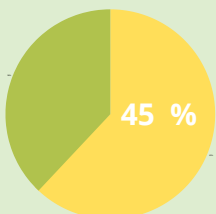
62 % personas con las que se inicia trámite administrativo para cobertura económica



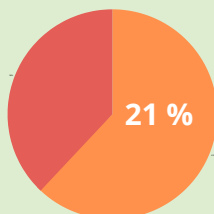
65 % personas que se inician trámites de dependencia



32 % personas con las que se inicia trámite de certificado de discapacidad

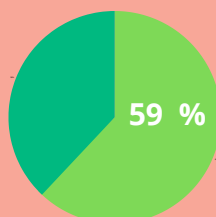


45 % personas con las que se inicia trámite judicial modificación capacidad de obrar

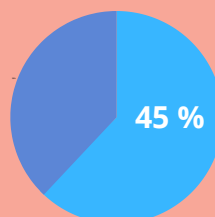


21 % personas que se inician trámites de capacitación a nivel legal

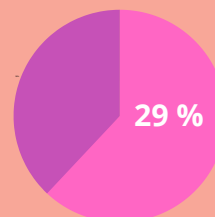
Laboral



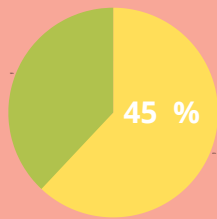
59 % de personas que se han incorporado a una actividad formativa



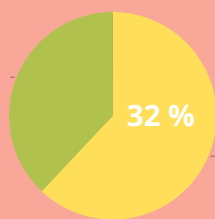
45 % de personas que se han incorporado a una actividad laboral



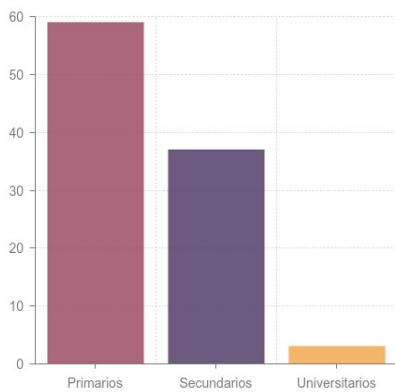
29 % de personas que han hecho una entrevista profesional



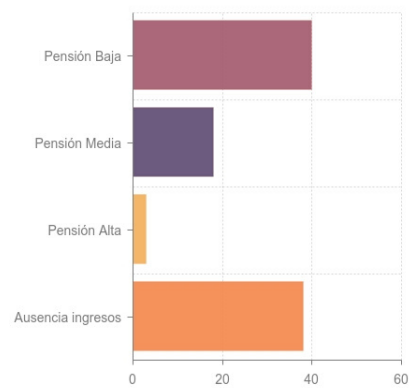
45 % personas con las que se inicia proceso formativo



32 % personas con las que se inicia trámite de certificado profesional

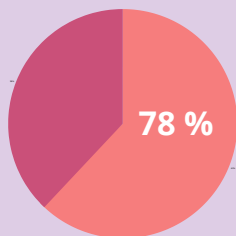


Nivel de estudios

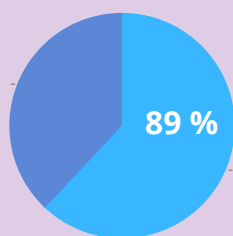


Ingresos

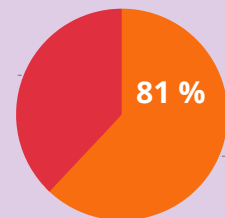
Social



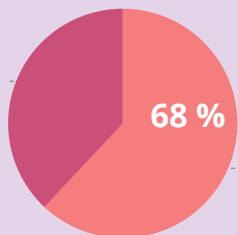
78 % de personas que realizan salidas de ocio



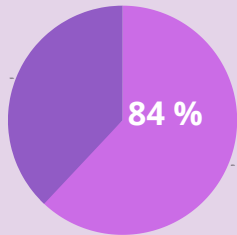
89 % de personas que presentan mejoría en el desempeño de algún rol social



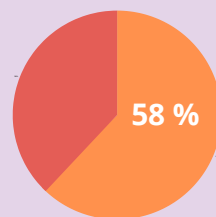
81 % de asistencia a los grupos de autoayuda



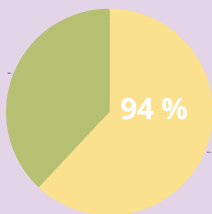
68 % de usuarios que realizan actividades en la comunidad



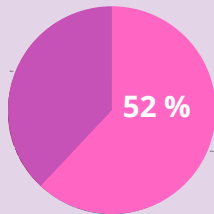
84 % de personas que mejoran sus relaciones sociales



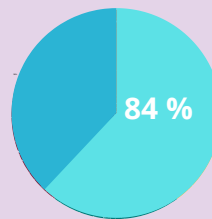
58 % personas que participan en exposiciones/concursos



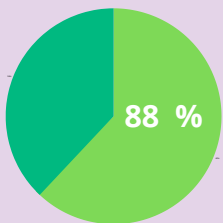
94 % personas que se han incorporado a una actividad ocupacional



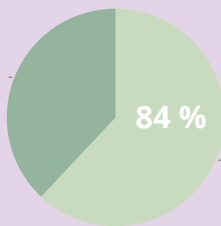
62 % personas que acuden de forma autónoma a algún recurso comunitario



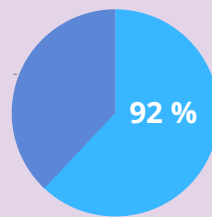
84 % de personas que realizan actividades comunitarias con apoyo



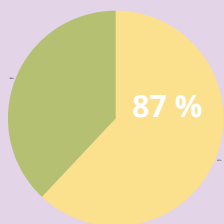
88 % personas con mejoría en sus habilidades comunicativas de su desempeño ocupacional



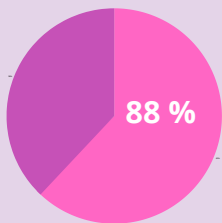
84 % personas con mejoría en sus habilidades motoras de su desempeño ocupacional



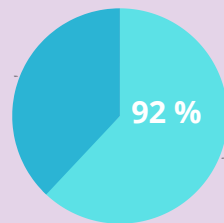
92 % personas que se incorporan a una actividad de procesos creativos



87 % de personas que se han incorporado a una actividad normalizada de ocio

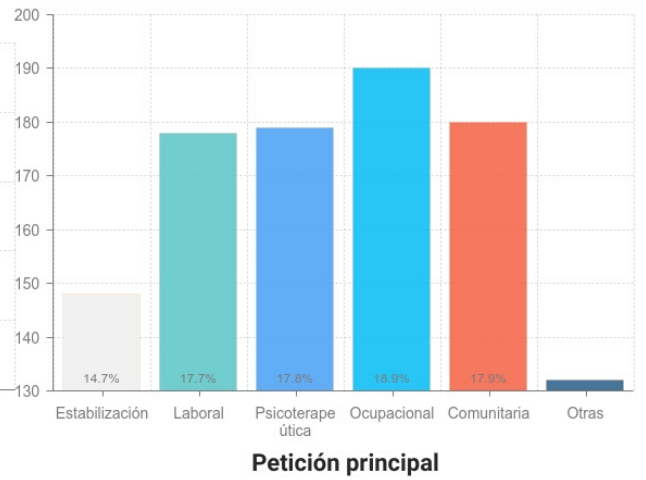
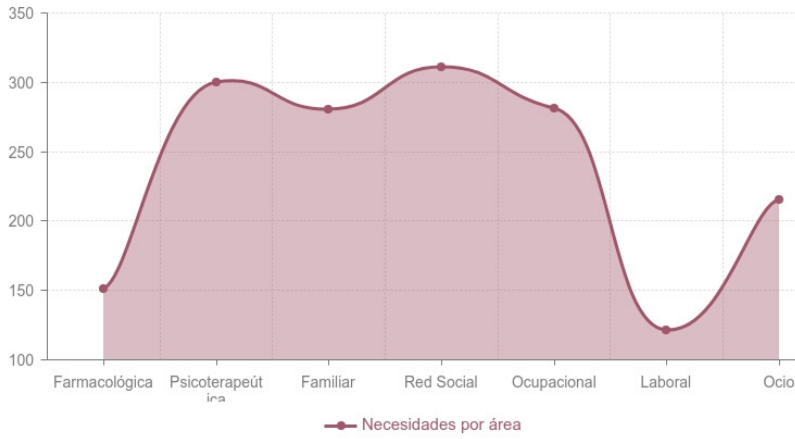


88 % de personas que han recuperado una afición

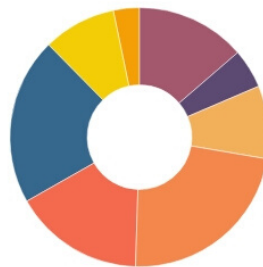


92 % de personas que realizan actividades de ocio

Datos derivados de PIRES



Principales demandas de nuestros usuarios

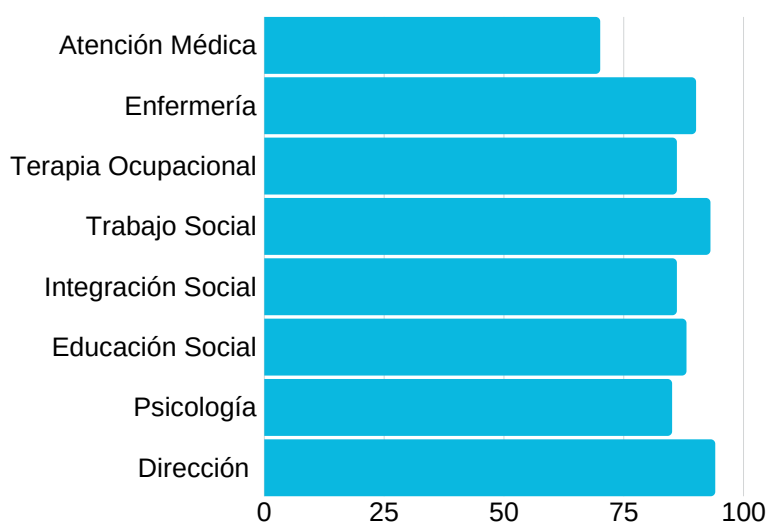


Sociales	13.7%	Autocontrol	4.9%
Laborales	9.1%	Bienestar	22.8%
Ocupacionales	16.3%	Románticas	20.8%
Residenciales	9.1%	Otras	3.3%

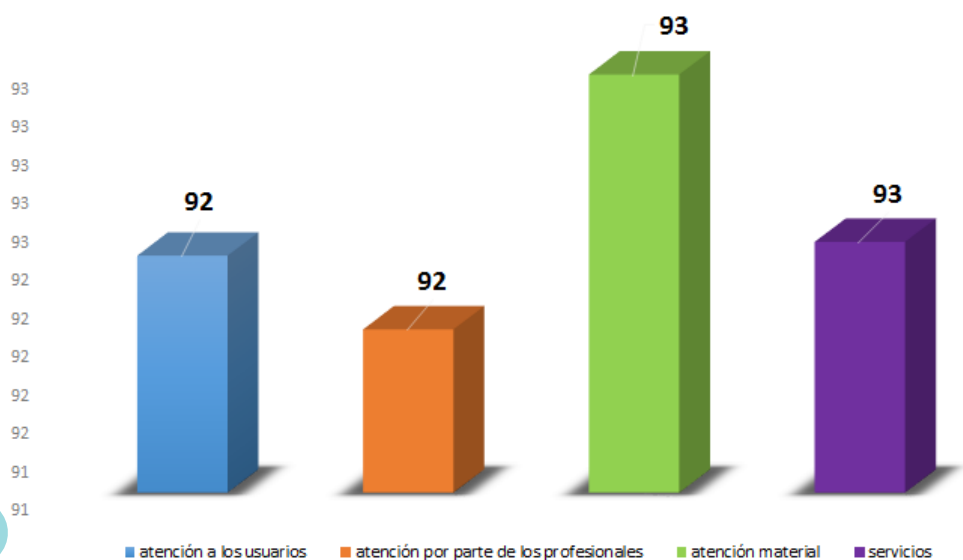


RESULTADOS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

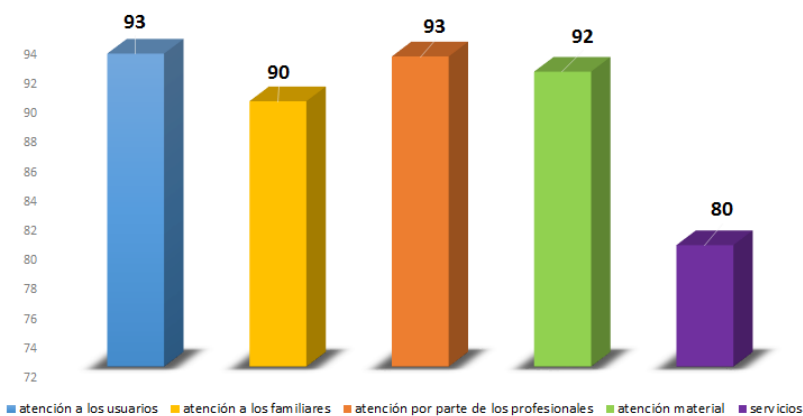
Nivel de Satisfacción por área



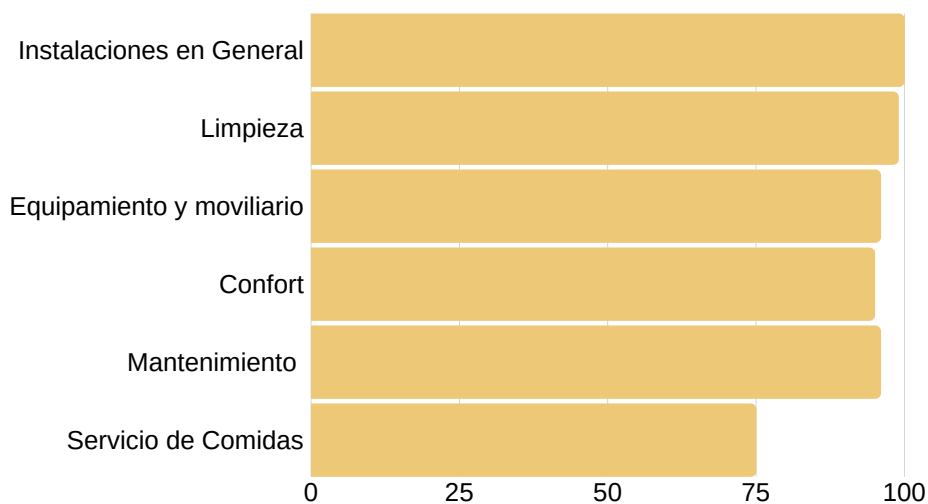
Niveles de Satisfacción Usuarios



Niveles de Satisfacción Familiares



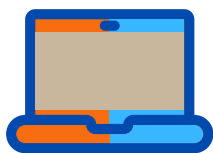
Satisfacción edificio e instalaciones



“Desarrollar y mantener un alto nivel de satisfacción de nuestros usuarios es una parte importante de nuestra estrategia. Por ello, todos los usuarios y sus familias responden a encuestas de satisfacción con periodicidad. Es importante desarrollar las habilidades y procesos para observar a las personas para las que trabajamos y tratar de comprender mejor sus verdaderos retos y necesidades.”

ANÁLISIS DE RESULTADOS ASISTENCIALES

Mediante recogida de datos



Feedback funcionamiento de procesos



Desde el principio hemos apostado por una gestión de la calidad asistencial basada en nuestra propia experiencia como pilar de la mejora continua.

Una correcta gestión de la información supone una atención basada en resultados, un mejor feedback al usuario, su familia y resto de profesionales de la red socioasistencial.

Feedback para economización de escalas

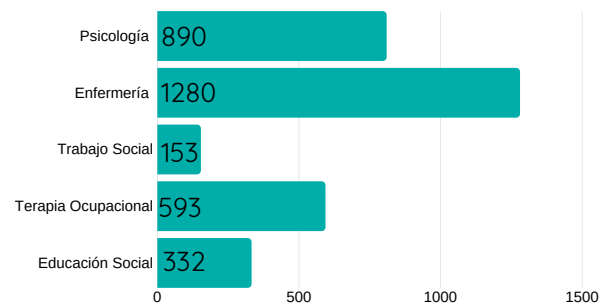
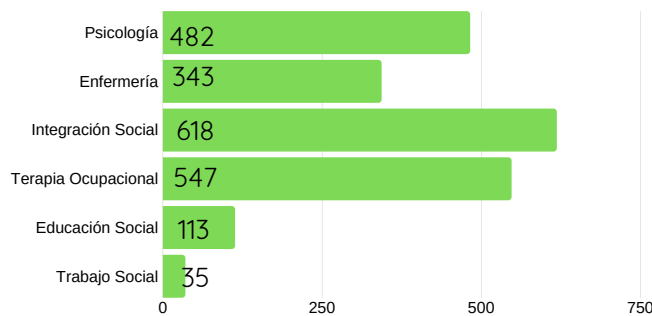
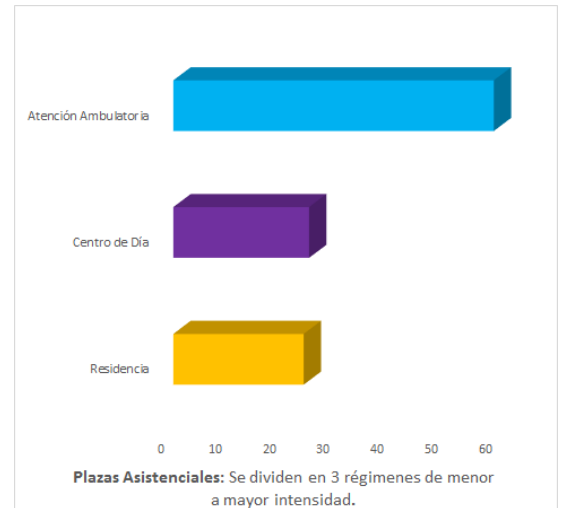
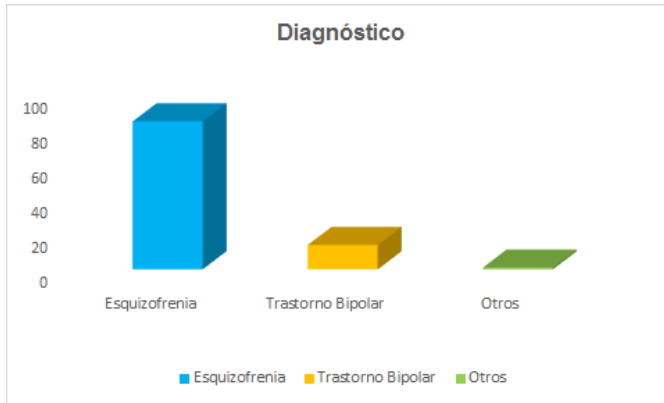


Feedback necesidades en la recogida de datos



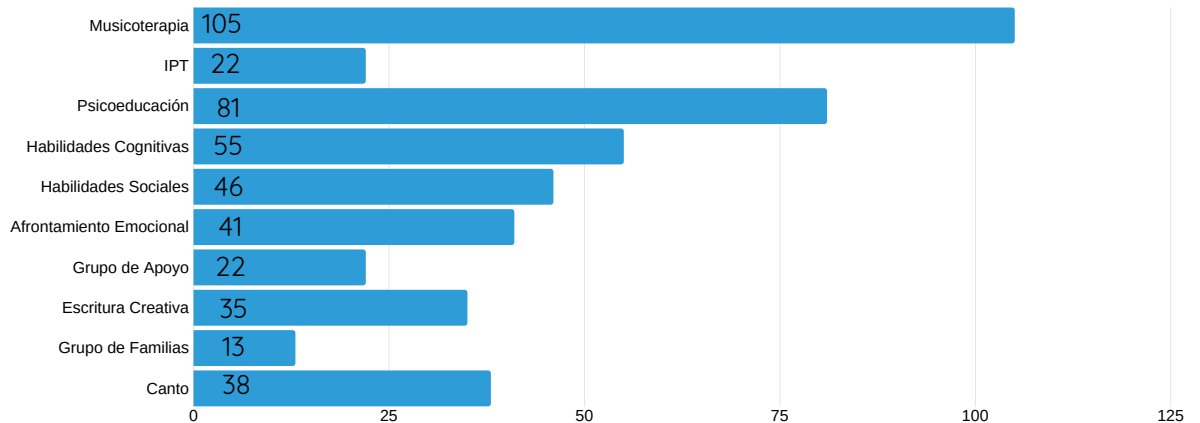
A continuación se muestran algunos de los resultados derivados de la actividad asistencial.

DATOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

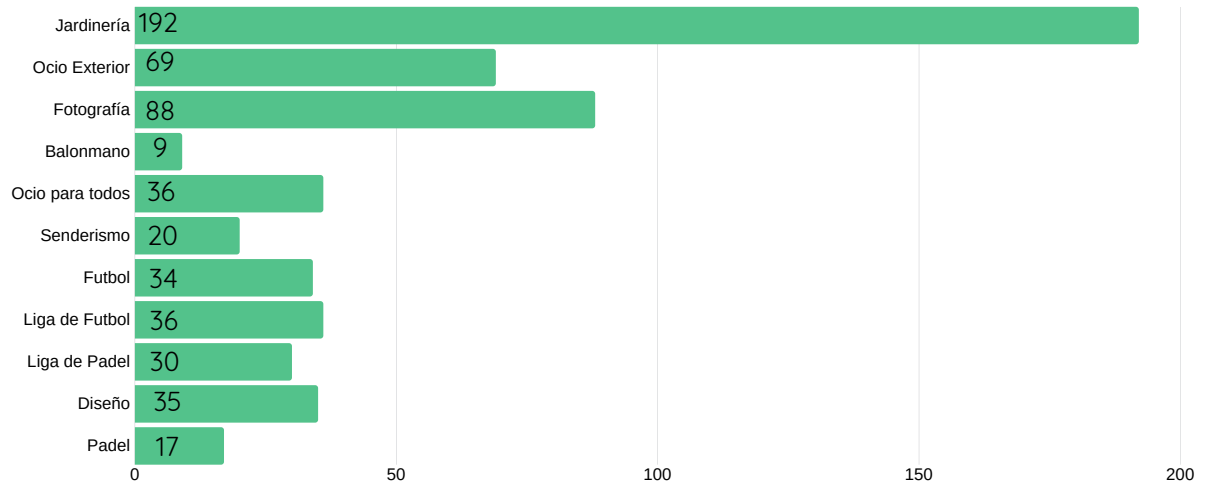


Sesiones Grupales de Rehabilitación Psicosocial

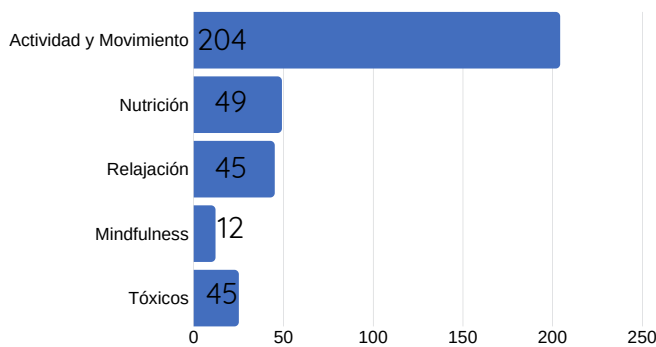
Sesiones Individuales de Rehabilitación Psicosocial



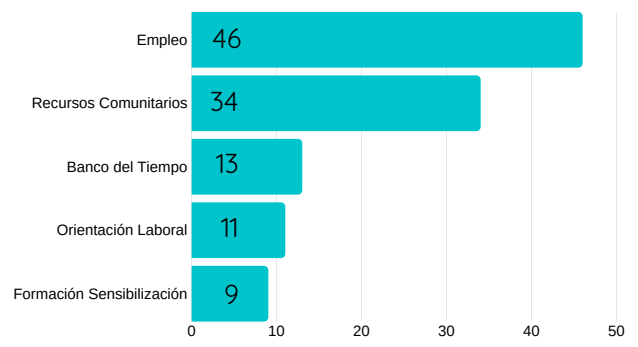
Sesiones Grupales de Rehabilitación Psicosocial: Psicología



Sesiones Grupales de Rehabilitación Psicosocial: Integración Social



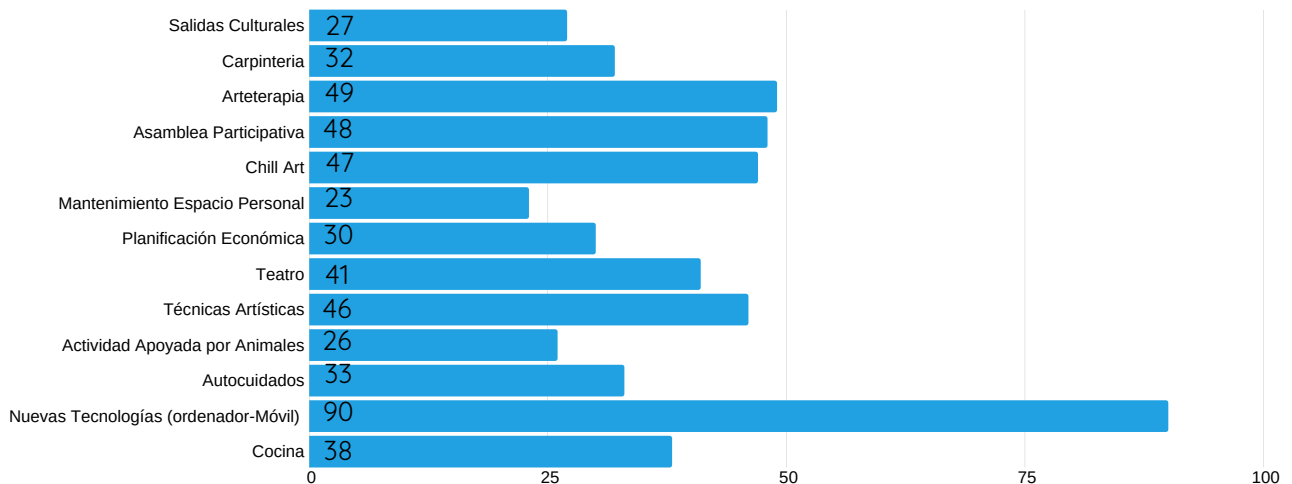
Sesiones Grupales de Rehabilitación Psicosocial: Enfermería



Sesiones Grupales de Rehabilitación Psicosocial: Educación Social



Sesiones Grupales de Rehabilitación Psicosocial: Trabajo Social



Sesiones Grupales de Rehabilitación Psicosocial: Ocupacional

EVALUACIÓN CONTINUA DE LA EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS

COMPARACIÓN DE MEDIAS

Para efectuar la comparación de medias se ha utilizado La prueba t para muestras relacionadas. Una prueba de significación que se aplica para decidir si podemos rechazar la hipótesis nula que afirma que la media de dos variables de escala, medidas antes y después, o medidas en sujetos relacionados, son iguales.

En este sentido disponemos de dos medidas para una muestra de sujetos: una medida antes y una medida después. Y queremos decidir, asumiendo que nuestra muestra si las medias poblacionales antes y después son iguales.

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y RELACIONALES

Un análisis descriptivos busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis explicando la distribución de una o más variables.

Un análisis correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

MODELOS PREDICTIVOS

El modelado predictivo es un sistema que emplea datos y estadísticas para predecir resultados a partir de unos modelos de datos. Los modelos predictivos se dividen en dos campos: paramétricos y no paramétricos

$$\frac{\bar{d} - \mu_d}{\frac{S_d}{\sqrt{n}}}$$

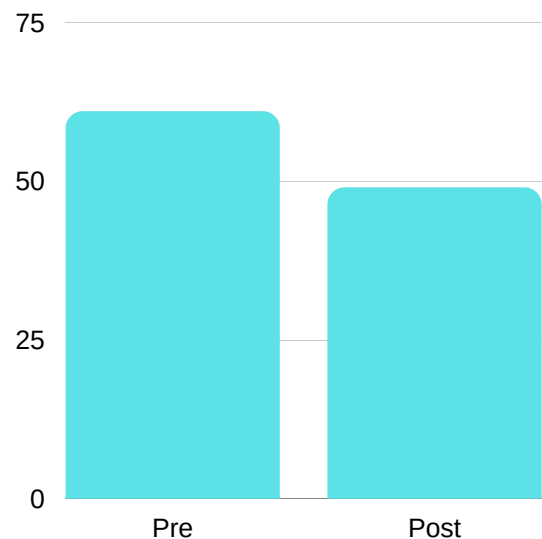
ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO O AUTOESTIGMA (ISMI)

La escala de autoestigma evalúa experiencia subjetiva de estigma y tiene correlaciones negativas con medidas de autoestima, empoderamiento y orientación a la recuperación. Se puede usar como una medida de resultado (reducción del estigma) de las intervenciones junto a las medidas de reducción de síntomas.

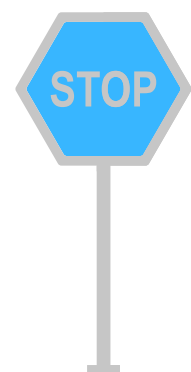
Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la evaluación pre-intervención y la post-intervención destacando, no obstante, un bajo tamaño de efecto. Por lo que la intervención no es del todo suficiente y tendremos que incrementar los esfuerzos terapéuticos por reducir los niveles de autoestigma de los usuarios atendidos.

Los factores que han puntuado más altos son: Discriminación Percibida y Aislamiento Social. Y el que ha puntuado más bajo es Resistencia al Estigma.

Recomendamos hacer más énfasis de intervención en lo relativo al estigma internalizando, mostrándose está variable crucial para predecir el éxito terapéutico. Destacar que se relaciona negativamente con la conciencia de enfermedad, es decir, a mayor conciencia de enfermedad mayor nivel de autoestigma.



Escala de Estigma Internalizado (ISMI)



ESCALA DE SATISFACCIÓN SOCIAL

La S.F.S se construyó específicamente para cubrir aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de personas con problemas de salud mental.

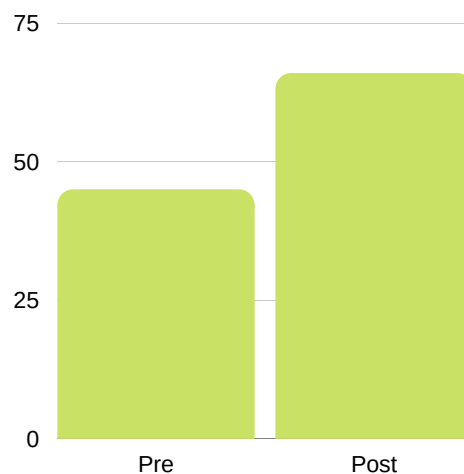
Las siete áreas que explora son:

1. Aislamiento/implicación social: tiempo pasado en soledad, iniciación de conversaciones, evitación social
2. Conducta interpersonal: número de amigos/as, contactos sexuales, calidad de la comunicación.
3. Actividades prosociales: participación en una serie de actividades sociales comunes; por ejemplo, deporte.
4. Ocio: participación en pasatiempos comunes, intereses, hobbies, etc.
5. Independencia/competencia: destreza para ejecutar las habilidades necesarias de una vida independiente.
6. Independencia/ desempeño: puesta en práctica de las habilidades necesarias para una vida independiente.
7. Empleo/ocupación: implicación en un empleo productivo o en un programa estructurado de actividad diaria.

Los programas de rehabilitación psicosocial se han mostrado eficaces para encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) en todas las áreas de la escala a excepción de las puntuaciones en el área de empleo. Posiblemente debido al elevado número de incapacidades laborales con los que nos encontramos a la hora de desarrollar la intervención en el área laboral, añadiendo a esto, los problemas derivados de la propia empleabilidad que tienen las personas que padecen un diagnóstico de patología mental. Las puntuaciones más altas han sido en Ocio y Conducta interpersonal y las más bajas en empleo y aislamiento social.

Como los niveles de consistencia de la escala no se han mostrado del todo fiables (con una puntuación alfa por debajo de 0.7) hemos iniciado un proceso de validación del instrumento, en colaboración con la Universidad de Valencia, que aborde la evaluación social acorde a los nuevos modelos de rehabilitación.

Recomendamos centrar los esfuerzos clínicos en el área social, dado que es la evaluación que mayor porcentaje de la varianza del éxito terapéutico explica.



Escala Satisfacción Social

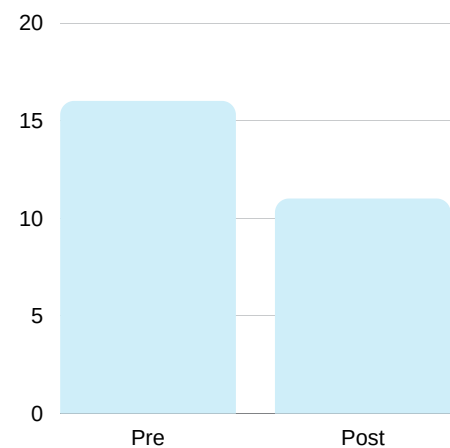
HONOS (Health of the Nation Outcome Scale)

La escala de evolución HONOS (Health of the Nation Outcome Scale) diseñada para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental y se muestra como un instrumento útil para medir progreso, cambio o evolución, sensible a la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio a lo largo del tiempo.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre la evaluación pre y la post ($p < 0.01$) destacando que el factor que puntúa más bajo es el de evolución clínica y el más alto el de autonomía en el medio residencial y ocupacional.

Destacar, que aunque la severidad global es menor en las puntuaciones de los meses previos al alta en comparación con el primer mes, ésta sigue siendo elevada siendo el área más afectada la de deterioro que evalúa tanto problemas cognitivos como vinculados a la propia “discapacidad”.

Recomendamos el trabajo en cognición social, metacognición y terapias que han demostrado buenos resultados empíricos como la Terapia Neurocognitiva Integrada para el abordaje de esta problemática.

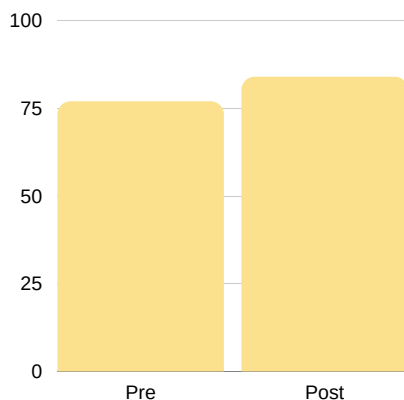


Escala HONOS

Escala de calidad de vida WHO QOL

La escala de calidad de vida (WHO QOL- Bref) Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora: Salud física, Salud psicológica.

En Relaciones sociales y Ambiente existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) habiendo mejorado en 7 puntos de media la puntuación de los usuarios en calidad de vida. Cabe apuntar que hay mucha variabilidad en la distribución de estas puntuaciones.



Escala Calidad de Vida

Las puntuaciones más bajas han sido en salud física y ambiente y las más altas en salud psicológica y relaciones sociales en las mediciones post- intervención y viceversa en las pre.

Destacar que las puntuaciones del post todavía se encuentran en niveles bajos lo que sugiere la necesidad de re-estructuración de algunas de las parcelas de nuestro modelo atencional.

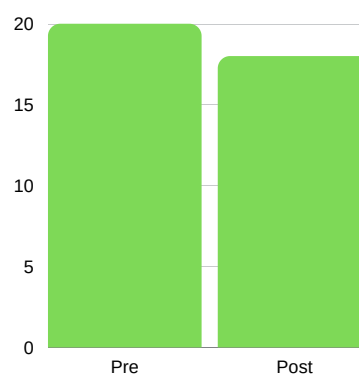
Recomendamos utilizar este tipo de escalas para evaluar la eficacia de las intervenciones siendo la calidad de vida autopercebida una variable clave para comparar medias y tamaños de efecto.

PANSS

La escala para el síndrome positivo y negativo de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, nos proporciona cuatro puntuaciones dimensionales:

- Síndrome positivo.
- Síndrome negativo.
- Escala compuesta.
- Psicopatología general.

Destacar que esta escala no ha demostrado, en nuestros resultados, tener una buena consistencia interna por lo que vamos a reconsiderar su uso en futuras evaluaciones.



Escala PANSS (síntomatología Positiva)

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) en las sintomatología positiva y en la psicopatología general, no siendo así para el resto de áreas de la evaluación. Las personas usuarias que han demostrado una reducción mayor en sintomatología negativa han sido los participantes en el proyecto de investigación deportiva que hemos desarrollado. Teniendo en cuenta sobre todo que a la práctica de ejercicio estructurado acompañó una reducción de la medicación psicofarmacológica.

FACES III

La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner, y Lavee, es una de las escalas desarrolladas para evaluar dos de las dimensiones del Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales: la cohesión y la flexibilidad familiar. Las puntuaciones nos muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) para la Cohesión familiar no siendo así ($p > 0.1$) para la adaptabilidad familiar.

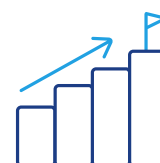


Escala FACES III (Cohesión y Adaptabilidad Familiar)

Recomendamos, la creación y el trabajo con familias desde el modelo multifamiliar dado que los participantes de este tipo de modelo han tenido diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas de evaluación familiar así como en la sobrecarga familiar. Teniendo indicadores para pensar que esta forma de intervenir se demuestra eficaz en las diferentes áreas que componen la intervención familiar.

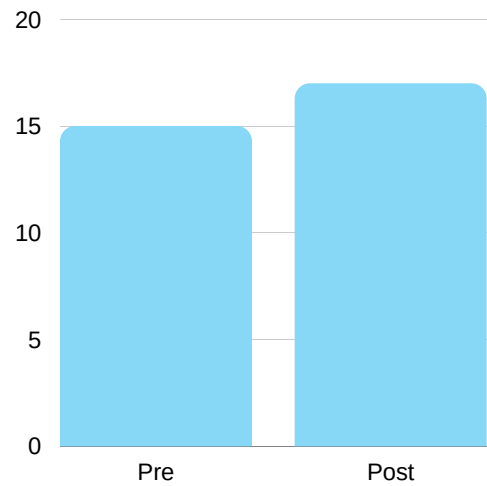
MOHOST

El MOHOST se basa en los conceptos del modelo de ocupación humana que aborda la motivación, el desempeño, y la organización de la participación ocupacional en la vida diaria. El MOHOST mide la participación ocupacional. La participación ocupacional se ha definido como la participación en actividades de la vida diaria (AVD), en actividades productivas, y en actividades de tiempo libre/juego. Las áreas que mide son: Motivación por la ocupación, Patrón ocupacional, Habilidades de Comunicación e Interacción, Habilidades de Procesamiento, Habilidades Motoras Ambiente.

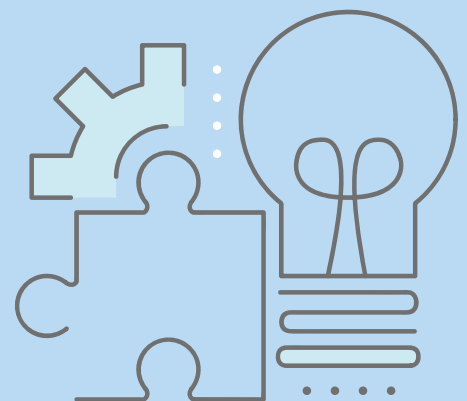


Destacar que todas las áreas han demostrado tener diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) a excepción de las habilidades motoras (o desempeño motor). La variable que mejor predecía un correcto desempeño ocupacional era la Motivación por la Ocupación.

Recomendamos centrar los esfuerzos de la intervención ocupacional en abordar el componente volitivo del desempeño, en particular lo referido a Causalidad personal, Valores e intereses. Habiendo demostrado el componente grupal buenos resultados para el trabajo en este sentido.



Escala MOHOST





NUEVOS RETOS Mirando al Futuro

Nuestro objetivo para los años venideros es continuar avanzando en el afianzamiento de las líneas antes mencionadas, siempre desde la perspectiva de la vocación de servicio y la gestión del conocimiento. Entre los nuevos retos me gustaría destacar:

- Aprender de todos los resultados obtenidos para afinar, afianzar y especializar más nuestra metodología de intervención.
- Continuar luchando por acabar con el estigma: tanto estructural como interiorizado.
- Aprovecharnos de las nuevas tecnologías para mejorar los sistemas de atención en salud mental, entre ellas: Big data, Datawarehouse y la psiquiatría computacional.
- Publicar nuestro trabajo: los próximos años van estar caracterizados por la publicación de textos técnicos que puedan servir al sector de referencia para apoyar su intervención.
- El afianzamiento de los sistemas de vigilancia tecnológica vinculados a gestión de conocimiento
- Acercar al sector formaciones de éxito internacional tanto virtual como presencialmente.
- Destacar y afianzar en el sector, por su papel crucial, nuestro servicio de documentación y referencia.

Me gustaría finalizar la presente memoria, recordando a todo el mundo que el Creap es un espacio abierto y dinámico, que cualquier entidad del sector puede contar con nosotros para desarrollar proyectos, pensar juntos o recibir asesoramiento mutuo. Hago extensiva una invitación al sector de la salud mental para venir a conocer nuestro recurso y servicio de primera mano.

Fdo. D. Yago Cebolla Meliá
Director del Creap



MUCHAS GRACIAS

"Las personas son el centro de nuestras actuaciones"



Estamos a tu disposición para lo que haga falta

