



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES



Centro de  
Referencia  
Estatad de  
Atención  
Psicosocial

# GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PLANES DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADOS (PAI) EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

---

IMSERSO. NOVIEMBRE 2025



## CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CREAP)

EDITA:

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Imserso (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)

[https://creap.imserso.es/documents/20123/924348/20251114\\_gbp\\_elaboracion\\_pai.pdf](https://creap.imserso.es/documents/20123/924348/20251114_gbp_elaboracion_pai.pdf)

<https://cpage.mpr.gob.es/>

NIPO: 235250253

Fecha edición: 2025

AUTORES

### **Jorge Marredo Rosa**

*Psicólogo investigador. Coordinador del área de Gestión del Conocimiento del Centro Estatal de Atención Psicosocial, que presta sus servicios en el Creap a través de Grupo 5 Acción y Gestión Social S.A.U.*

COORDINACIÓN Y REVISIÓN

Jorge Marredo Rosa

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Jorge Marredo Rosa y Paloma Goizueta Pourthé

Para la edición del manuscrito final de este manual, mejorar la coherencia general, legibilidad de este y la traducción de algunos términos se usó el modelo LLM Claude 4.0 Sonnet de Anthropic.

Las figuras utilizadas en este documento en las cuales aparecen personas fueron generadas con inteligencia artificial mediante la aplicación <https://app.napkin.ai/>, por lo que carecen de derechos de copyright ya que la plataforma permite el uso de las imágenes generadas sin restricciones de derechos de autor.

La información está actualizada a fecha de redacción de la guía, en agosto de 2025.

Esta guía se ha redactado con los principios del lenguaje inclusivo, también del lenguaje no estigmatizante, así como de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

El autor quiere agradecer las revisiones realizadas por Juan Lázaro Mateo y Paloma Goizueta Pourthe que sin duda han ayudado a enriquecer la versión final

# Índice

ÍNDICE.....	1
RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	1
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS .....	1
PRÓLOGO METODOLÓGICO: ESTE MANUAL TRATA SOBRE PLANES DE VIDA, NO SOBRE PLANES DE SERVICIOS.....	1
PARTE I: FUNDAMENTOS DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO .....	3
CAPÍTULO 1. Estado de la cuestión y evidencia científica sobre el PAI.....	3
Introducción.....	3
1.1. La Evidencia de la Efectividad: Impacto Multidimensional del PAI de Alta Fidelidad .....	5
1.2. Retos y Brechas en la Práctica: Del Ideal Teórico a la Realidad Clínica.....	7
1.3. La Cuestión Terminológica: PAI, PIA, PIR y el Estándar Propuesto... 8	
Caja de Herramientas del Capítulo 1 .....	10
Ejemplo práctico: De la Fragmentación a la Continuidad: La Implementación del PAI en la Red de Salud Mental .....	12
CAPÍTULO 2: Marco Teórico y Principios Fundamentales del PAI .....	15
Introducción: La filosofía de una nueva práctica .....	15
2.1. El Modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona (AICP): El Marco Unificador .....	16
2.2. Principios Fundamentales: Los Pilares del PAI .....	16
2.3. Diferenciación del PAI: Un Cambio de Paradigma en la Práctica ... 18	
2.4. Fundamentos de la Acción: Coconstrucción y Autodeterminación19	
2.5. Características Esenciales: El Ecosistema Operativo del PAI .....	21
Caja de Herramientas del Capítulo 2 .....	21
Experiencia: Del Cumplimiento a la Co-creación en el condado de Delaware en Pennsylvania (EE.UU.) .....	23
PARTE II: EL PROCESO DE COCONSTRUCCIÓN: DE LA EVALUACIÓN A LA REDACCIÓN... 25	
CAPÍTULO 3: Componentes Esenciales y Estructura del PAI.....	26
Introducción.....	26
3.1. Definición Operacional: Instrumento Central con Evaluaciones, Objetivos e Intervenciones .....	26
3.2. Dominios Clave Obligatorios: Manejo de Síntomas, Habilidades para la Vida Diaria, Relaciones Interpersonales.....	28
3.3. Dominios Adicionales: Educación/Empleo, Ocio, Salud Física, Bienestar General .....	30
3.4. Características de Calidad: Continuidad, Coordinación, Individualización, Mensurabilidad .....	32
3.5. Consideraciones Legales y Éticas Básicas.....	34
Caja de Herramientas del Capítulo 3 .....	37
CAPÍTULO 4: Metodología de Evaluación Integral para el PAI .....	50

Introducción.....	50
4.1. Fases de Evaluación: La Solución a la Brecha de Foco .....	51
4.2. Instrumentos Validados: Rigor para el Diálogo.....	52
4.3. La Evaluación como Diálogo: La Solución a la Brecha de Voz .....	54
4.4. Síntesis Interdisciplinar: La Solución a la Brecha de Integración ...	56
Caja de Herramientas del Capítulo 4 .....	57
CAPÍTULO 5: Coconstrucción de Objetivos SMART .....	60
5.1. Metodología de Objetivos SMART: La Solución a la Brecha de Proceso .....	61
5.2. Formulación Conjunta y Priorización Holística: La Solución a la Brecha de Relevancia .....	62
5.3. Validación de Objetivos con la Persona: La Solución a la Brecha de Poder.....	64
Caja de Herramientas del Capítulo 5 .....	65
CAPÍTULO 6: Diseño de Estrategias e Intervenciones.....	69
6.1. Principios Fundamentales y Enfoques Transversales.....	69
6.2. Modelos Integrales de Intervención en la Comunidad.....	71
6.3. Programas Estructurados de Entrenamiento en Habilidades .....	74
6.4. Intervenciones para la Promoción del Bienestar y la Inclusión .....	75
6.5. Estrategias Terapéuticas Específicas y Adaptaciones del Entorno .	76
CAPÍTULO 7: Redacción y Estructura del Documento PAI .....	78
Introducción.....	78
7.1. Arquitectura del Documento: La Lógica Narrativa de la Recuperación .....	79
7.2. Lenguaje Centrado en la Persona: La Solución a la Brecha de Accesibilidad .....	80
7.3. Incorporación de la Voz y Preferencias: La Solución a la Brecha de Propiedad.....	81
7.4. Organización Visual y Accesibilidad: La Solución a la Brecha de Usabilidad .....	82
7.5. Versiones Adaptadas y el Dilema de la Simplificación .....	82
7.6. Barreras para una Buena Redacción y Estrategias de Superación .	83
Caja de Herramientas del Capítulo 7 .....	84
PARTE III: IMPLEMENTACIÓN, CALIDAD Y MEJORA CONTINUA .....	88
CAPÍTULO 8: Validación y Control de Calidad del PAI .....	89
Introducción.....	89
8.1. Criterios de Calidad: Efectivo, Eficiente, Realista, Actual, Medible	89
8.2. Validación Pre-implementación con Equipo Interdisciplinar .....	91
8.3. Verificación de Comprensión y Satisfacción con la Persona .....	92
8.4. Revisión por Pares y Supervisión Clínica.....	92
8.5. Indicadores de Calidad del Proceso .....	93
Caja de Herramientas del Capítulo 8 .....	95
Foco de Práctica 1: Implementando un Sistema de Calidad del PAI en el CRPS "El Despertar" .....	103
CAPÍTULO 9: Implementación y Coordinación Interdisciplinar .....	106

Introducción.....	106
9.1. Ejecución de Actividades con Guías Personalizadas .....	107
9.2. Coordinación del Equipo Interdisciplinar.....	107
9.3. Establecimiento Conjunto de Prioridades para las Intervenciones .....	109
9.4. Comunicación Efectiva entre Profesionales y Servicios .....	109
9.5. Gestión de Transiciones y Continuidad de Cuidados .....	110
Caja de Herramientas del Capítulo 9 .....	111
CAPÍTULO 10: Seguimiento, Evaluación y Mejora Continua .....	115
10.1. Monitorización Continua con Ajustes Necesarios .....	116
10.2. Evaluación Periódica de Resultados.....	116
10.3. Actualizaciones: Verificación de Cambios Desde la Implementación.....	117
10.4. Participación Activa de la Persona en las Revisiones .....	118
10.5. Criterios para Modificación vs. Reformulación Completa .....	119
Caja de Herramientas del Capítulo 10 .....	120
CAPÍTULO 11: Adaptaciones Específicas y Casos Complejos .....	124
Introducción.....	124
11.1. Adaptaciones para Perfiles de Usuario Específicos .....	125
11.2. PAI en Contextos con Recursos Limitados .....	126
11.3. Gestión de Situaciones Problemáticas Comunes.....	127
11.4. Resolución de Conflictos en el Proceso .....	128
11.5. Innovación y Adaptación Creativa .....	128
Caja de Herramientas del Capítulo 11 .....	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
ANEXOS.....	157
Anexo 1. Herramienta 7.1: Plantilla Maestra del Plan de Atención Individualizado (PAI) .....	157
Anexo 2. Herramienta 7.2: Guía de Estilo para la Redacción Centrada en la Persona .....	161
Anexo 3. Herramienta 7.3: Lista de Verificación de Calidad del Documento PAI .....	162

## Resumen

**Introducción:** El Plan de Atención Individualizado (PAI) es un instrumento fundamental en la rehabilitación psicosocial orientada hacia la recuperación. No obstante, su implementación efectiva se ve comprometida por una brecha significativa entre la filosofía de atención centrada en la persona y la práctica clínica real, que a menudo se convierte en un proceso administrativo centrado en el déficit, similar a un Plan de Servicios Individualizados (PSI). La literatura revela una falta de marcos metodológicos sistemáticos que operativicen los principios de la recuperación en un proceso clínico riguroso, evaluable y replicable.

**Objetivo:** El objetivo principal de este estudio es presentar un marco integral, basado en la evidencia y metodológicamente estructurado, para el diseño, implementación, coordinación y aseguramiento de la calidad de Planes de Atención Individualizados de alta fidelidad para personas con trastorno mental grave.

**Metodología:** El marco propuesto se articula como un proceso cíclico y sistemático que comprende cinco fases interdependientes. 1) Evaluación: Una metodología de evaluación holística que integra instrumentos psicométricos validados (p. ej., PSP, WHODAS 2.0, WHOQOL-BREF) con una exploración cualitativa de las fortalezas, valores y proyecto de vida de la persona. 2) Planificación: Un proceso de co-construcción de objetivos que utiliza la metodología SMART para traducir las aspiraciones personales en metas operativas, integrando los dominios clínicos, preventivos y de rehabilitación. 3) Diseño de Intervenciones: La selección y personalización de estrategias basadas en la evidencia (p. ej., Tratamiento Asertivo Comunitario, Empleo con Apoyo Individualizado, Entrenamiento en Habilidades Sociales) alineadas con los objetivos co-construidos. 4) Implementación y Coordinación: Protocolos para la ejecución de actividades, la coordinación del equipo interdisciplinar, la comunicación interservicios y la gestión de las transiciones asistenciales. 5) Calidad y Mejora Continua: Un sistema de validación, seguimiento y evaluación que utiliza indicadores de proceso y de resultado para facilitar la mejora continua y la adaptación del plan a casos complejos y contextos con recursos limitados.

**Contribuciones:** Las contribuciones fundamentales de este marco son: (1) una metodología sistemática que cierra la brecha entre la teoría de la recuperación y la práctica clínica; (2) una distinción conceptual y operativa clara entre un PAI (centrado en el proyecto de vida) y un PSI



(centrado en la logística de servicios), con salvaguardas para evitar la deriva administrativa; (3) un conjunto de herramientas prácticas (plantillas, protocolos, matrices y listas de verificación) para cada fase del proceso; y (4) un sistema integrado de control de calidad y mejora continua.

**Conclusión:** El marco metodológico presentado proporciona la estructura necesaria para asegurar una implementación del PAI con alta fidelidad. Se postula que su adopción sistemática puede conducir a una mejora en los resultados clínicos y personales —incluyendo un mayor compromiso de la persona, una mejor recuperación funcional y un aumento de la calidad de vida— al transformar el PAI de un requisito administrativo a una intervención terapéutica central en la rehabilitación psicosocial. Asimismo, ofrece una metodología estandarizada que puede facilitar una investigación más rigurosa sobre la efectividad de la planificación centrada en la persona.



## Abstract

**Introduction:** A core feature of psychosocial rehabilitation in a recovery-oriented mode is the Person-Centred Recovery Plan (PCRP). But the gap between a "philosophy" of person-centred aid and real clinical application has meant that it is only half implemented. The result is often a process focused on deficits and resembling an Individualized Service Plan (ISP). Yet while previous efforts at synthesis in this field have concentrated on reconstruction from philosophical concepts of recovery itself as well as other approaches to psychiatric research, and there are a number of guiding models about how people with severe mental illness (SMI) should be cared for, the literature does not furnish us with operational or empirical systematic frameworks for turning these principles into a conducted clinical process.

**Objective:** The main goal of presenting this work is to set forth a unified, evidence-based and methodologically structured blueprint for creating, implementing, coordinating and assuring the quality of high fidelity Person-Centred Recovery Plans (PCRP) for people with severe mental illness (SMI).

**Methodology:** The framework we propose here takes the form of a dynamic and systematic process consisting of five correlated phases. 1) Assessment: A comprehensive assessment system that integrates validated clinical instruments (e.g., PSP, WHODAS 2.0, WHOQOL-BREF) with qualitative analysis of the individual's strengths, values, and life project. 2) Planning: With the SMART methodology that translates individual goals into operational objectives, a co-constructed process for goal setting integrated with clinical, preventive, and rehabilitative needs. 3) Intervention Design: Choosing and personalising evidence-based practices (e.g., Assertive Community Treatment (ACT), Individual Placement and Support (IPS), Social Skills Training (SST)) in line with co-constructed objectives. 4) Implementation and Coordination: Protocols for carrying out processes, interdisciplinary team coordination, intra-service communication and care transition management. 5) Quality and Continuous Improvement: A system that validates, monitors and evaluates process and outcome indicators so as to achieve continuous improvement of plans in line with complex cases and limited-resources situations.

**Contributions:** The Framework contributes in the following ways: (1) a systematic methodology for bridging the gap between theory of recovery and clinical practice; (2) a clear operational and conceptual distinction between PCRP, centred on the life project, and ISP, centred on

logistics of services, with safeguards against administrative drift;(3) practical tools--such as models, protocols, matrices and checklists--for use at each stage of the process; and (4) a comprehensive quality-assurance and continuous improvement system.

**Conclusion:** The Methodological Framework presented here provides a structure that is necessary to secure high-fidelity implementation of the PCR. It is suggested that adopting and following this systematic model will result in better clinical and personal outcomes, including more engagement with service users, enhanced functional recovery and higher levels of health--by turning PCR from an administrative requirement into a core therapeutic intervention in psychosocial rehabilitation. Moreover, it offers a standardised set of methods which can lead to greater depth and more strict comparisons on research into the effectiveness of person-centered planning.

# Índice de Acrónimos

**AICP:** Modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona

**APA:** American Psychological Association

**AVD:** Actividades de la Vida Diaria

**CoCM:** Collaborative Care Model / Modelo de Atención Colaborativa

**EHS:** Entrenamiento en Habilidades Sociales

**ESAC:** Equipo de Seguimiento Asertivo Comunitario

**GAS:** Goal Attainment Scaling / Escala de Consecución de Objetivos

**IPS:** Individual Placement and Support / Colocación y Apoyo Individualizado

**KPI:** Key Performance Indicator / Indicador Clave de Desempeño

**MAP:** Médico/a de Atención Primaria

**mhGAP-IG:** Mental Health Gap Action Programme - Intervention Guide

**MOSST:** Entrenamiento en Habilidades Sociales Orientado a la Metacognición

**PAI:** Plan de Atención Individualizado

**PDCA:** Plan-Do-Check-Act / Planificar-Hacer-Verificar-Actuar

**PIA:** Proyecto/Programa Individualizado de Atención

**PIR:** Plan Individual de Rehabilitación

**PSI:** Plan de Servicios Individualizados

**PSP:** Personal and Social Performance Scale / Escala de Funcionamiento Personal y Social

**RACI:** Responsible, Accountable, Consulted, Informed / Responsable, Aprobador, Consultado, Informado

**SMART:** Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound / Específico, Medible, Alcanzable, Relevante, con Plazo Definido

**SOFAS:** Social and Occupational Functioning Assessment Scale / Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional

**SUS:** System Usability Scale / Escala de Usabilidad del Sistema

**TAC:** Tratamiento Asertivo Comunitario

**TDC:** Toma de Decisiones Compartida

**TEA:** Trastorno del Espectro Autista

**TMG:** Trastorno Mental Grave

**TOC:** Theory of Change / Teoría del Cambio

**WHODAS 2.0:** World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

**WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life - Versión Breve

# Prólogo Metodológico: Este manual trata sobre Planes de Vida, no sobre Planes de Servicios

Antes de adentrarse en el contenido de este manual, es importante señalar una distinción fundamental que subyace a cada capítulo, cada herramienta y cada caso práctico aquí expuesto. Este no es un manual sobre cómo gestionar servicios; es un manual sobre cómo coconstruir proyectos de vida.

En la práctica de la rehabilitación psicosocial, a menudo se confunde el **Plan de Atención Individualizado (PAI)** con un **Plan de Servicios Individualizados (PSI)**. Aunque ambos comparten la individualización, sus finalidades son radicalmente diferentes.

- Un **PSI** tiene como centro la **logística de los servicios**. Su pregunta fundamental es: *¿Qué prestaciones y recursos de nuestro catálogo podemos asignar a esta persona para gestionar sus necesidades?* Es un modelo de gestión de recursos, eficiente en su administración, pero cuyo objetivo último es la correcta prestación de servicios.
- Un **PAI**, tal como se concibe en este manual, tiene como centro el **proyecto de vida de la persona**. Su pregunta fundamental es: *¿Qué vida plena y significativa desea vivir esta persona, y cómo podemos, como equipo, ofrecer los apoyos y herramientas necesarios para que ella misma construya ese camino?* Es un modelo de recuperación y empoderamiento.

Este manual se adhiere de forma inequívoca y militante al modelo PAI. Si bien los capítulos operativos abordan la coordinación de equipos, la selección de intervenciones y la gestión de recursos, estos elementos deben entenderse siempre como herramientas al servicio de las metas de la persona, y nunca como un fin en sí mismos.

Al lector le sugerimos que tanto en su lectura como en su propia práctica haga uso constante de esta distinción como una lente filosófica y una garantía de concepto. Le invitamos a que se pregunte en su propia práctica: ¿Estoy diseñando un plan a la medida de la vida de esta persona, o estoy diseñando un plan de servicios que mi organización ofrece? La respuesta a

esta pregunta dirá si se trata de gestión administrativa o de un auténtico acto de rehabilitación psicosocial.



# 1.

## Parte I: Fundamentos del Plan de Atención Individualizado

### CAPÍTULO 1. Estado de la cuestión y evidencia científica sobre el PAI

#### Introducción

El paisaje de la salud mental y la rehabilitación psicosocial (RPS) ha experimentado una transformación paradigmática, tan profunda como irreversible, en las últimas décadas. Hemos transitado de modelos históricamente centrados en la patología y el déficit hacia un enfoque fundamentado en los principios de la recuperación, la autodeterminación y el ejercicio de una ciudadanía plena. En la cumbre de esta evolución conceptual y práctica, el Plan de Atención Individualizado (PAI) se erige como la piedra angular. Lejos de ser un mero documento administrativo o una formalidad burocrática, el PAI es el instrumento que materializa la práctica centrada en la persona; es el vehículo a través del cual la intervención clínica diaria se alinea con las necesidades, los valores y las aspiraciones únicas de cada persona. Esta transición no es una cuestión de preferencia ideológica. Una sólida y creciente base de evidencia, sustentada en múltiples revisiones sistemáticas y meta-análisis de alto impacto (Coulter et al., 2015; Slade et al., 2014), respalda de forma concluyente la superioridad de estos enfoques participativos y personalizados frente a la atención estándar para mejorar los resultados en personas con trastorno mental grave (TMG), una condición que, por su naturaleza crónica y su impacto multidimensional —incluyendo una reducción de la esperanza de vida de 10 a 20 años y una

elevada comorbilidad física (Baxter et al., 2016)—, exige intervenciones que vayan más allá de la mera estabilización sintomática.

Sin embargo, esta sólida base empírica y este amplio consenso teórico coexisten con una realidad clínica marcada por una profunda y persistente brecha de implementación (*implementation gap*). A pesar de su centralidad en el discurso, la aplicación efectiva del PAI es la excepción y no la norma. Este abismo se manifiesta en la práctica cotidiana a través de fenómenos tan extendidos como perniciosos. El más visible es la proliferación de "falsos PAI" o "PAI de escritorio": documentos que adoptan la nomenclatura y la plantilla de la planificación individualizada, pero que son cumplimentados unilateralmente por el profesional, a menudo sin una conversación significativa con la persona atendida. Para el profesional, esto se convierte en una tarea burocrática que genera frustración y burnout, al percibirla como ineficaz y desprovista de sentido (Maslach & Leiter, 2016); para la persona usuaria, es una experiencia de invalidación que erosiona la confianza en el sistema y genera un profundo cinismo, frustrando sus esperanzas de participación. Esta dinámica ha conducido a la consolidación de una "fachada de la recuperación", donde las organizaciones adoptan la terminología de la atención centrada en la persona para cumplir con requisitos de acreditación o financiación, sin alterar las prácticas clínicas ni las dinámicas de poder subyacentes. La causa fundamental de esta brecha no es la falta de conocimiento sobre *qué* es el PAI, sino la ausencia de un marco claro sobre *cómo* hacerlo bien.

Este manual tiene como objetivo fundamental cerrar esta brecha. Su propósito no es debatir *si* utilizar el PAI —esa cuestión ha sido zanjada por la evidencia—, sino establecer con rigor metodológico y aplicabilidad práctica *cómo* diseñar, implementarlo y evaluarlo con alta fidelidad. A lo largo de sus capítulos, se ofrecerá el primer marco de trabajo integral, sistemático y basado en la evidencia que dota a los profesionales y a las organizaciones de las competencias, los procedimientos y las herramientas necesarias para pasar del ideal teórico a la excelencia en la práctica.





## 1.1. La Evidencia de la Efectividad: Impacto Multidimensional del PAI de Alta Fidelidad

La decisión de adoptar el PAI como eje central de la atención no se basa en la intuición, sino que constituye una intervención sanitaria con una eficacia demostrada y cuantificable en la literatura científica de más alto nivel. Los meta-análisis, que representan el pináculo de la jerarquía de la evidencia, confirman de manera consistente su impacto positivo en un amplio espectro de dominios. Un meta-análisis clave de Nye et al. (2023) sobre intervenciones psicológicas personalizadas, que integró 17 ensayos controlados aleatorizados (ECAs) con un total de 7.617 participantes, encontró un tamaño del efecto global estadísticamente significativo ( $d$  de Cohen = 0.22, 95% CI [0.05, 0.39]). Aunque este valor puede considerarse pequeño-moderado en términos estadísticos, en el contexto de intervenciones complejas en salud mental, representa un impacto clínico relevante, comparable al de muchas intervenciones farmacológicas bien establecidas para otras condiciones crónicas.

El verdadero valor del PAI reside en su capacidad para generar mejoras que trascienden la mera reducción sintomática, impactando en dimensiones fundamentales para una vida significativa y autónoma. La efectividad del PAI como concepto global se sustenta en la eficacia probada de sus componentes clave:

- **Mejora del Funcionamiento Psicosocial y la Calidad de Vida:** El PAI desplaza el foco de la intervención desde la patología hacia el proyecto de vida de la persona. Al coconstruir objetivos centrados en dominios vitales como la vivienda, el empleo, la educación o las relaciones sociales, la intervención adquiere una relevancia ecológica inmediata. La mejora en la Calidad de Vida (CdV) no es un concepto abstracto y está fuertemente influenciada por el entorno. La revisión sistemática de Harrison et al. (2020), que analizó a más de 3.000 participantes, encontró que aquellos que vivían en apartamentos independientes con apoyo mostraban un mejor funcionamiento social que los que residían en centros supervisados, subrayando la importancia de que el PAI se enfoque en soluciones de vivienda normalizadas. Este enfoque explica por qué los estudios que utilizan instrumentos estandarizados como el WHODAS 2.0 o el L-QoLI registran mejoras significativas.



- **Reducción de Hospitalizaciones y Sostenibilidad del Sistema:** Uno de los beneficios más robustos es la disminución significativa en la tasa de reingresos y la duración de las estancias hospitalarias. Este efecto se explica por la eficacia de las intervenciones específicas que a menudo se integran en un PAI. Por ejemplo, el meta-análisis de Pitschel-Walz et al. (2001) sobre intervenciones familiares psicoeducativas demostró una reducción de las recaídas en esquizofrenia de hasta un 20%. De manera similar, el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), un modelo de servicio que se apoya fundamentalmente en la planificación individual, ha mostrado reducir el riesgo de hospitalización en un 41% (Odds Ratio = 0.59) en comparación con la atención estándar, según la revisión Cochrane de Marshall & Lockwood (2011). Estos datos, junto a los análisis de coste-efectividad (Knapp et al., 2011), demuestran que el PAI es una inversión inteligente que genera un ciclo virtuoso de atención proactiva y comunitaria.
- **Aumento de la Adherencia, el Empoderamiento y la Alianza Terapéutica:** La baja adherencia es uno de los mayores desafíos en el tratamiento de los TMG. El PAI aborda este problema en su raíz al activar un poderoso mecanismo psicológico: la **propiedad psicológica** (*psychological ownership*). Cuando una persona participa activamente en la definición de sus propios objetivos y en el diseño de las estrategias para alcanzarlos, el plan deja de ser algo "del profesional" para convertirse en "mi plan". Este cambio en la percepción fomenta un sentido de control, responsabilidad y compromiso intrínseco que aumenta drásticamente la adherencia. Este proceso, como demuestran estudios cualitativos y cuantitativos (Tondora et al., 2010), tiene un valor terapéutico en sí mismo, produciendo un incremento medible en las escalas de empoderamiento y autoeficacia percibida, y fortaleciendo la alianza terapéutica, uno de los predictores más fiables del éxito en cualquier intervención.

## Matices y Áreas de Mejora en la Evidencia

Es crucial mantener una perspectiva equilibrada. La evidencia, aunque robusta, no es uniformemente positiva en todos los contextos. Revisiones como la de Lam et al. (2009) sobre el trastorno bipolar destacaron que no todos los estudios concluían que la adición de una intervención psicosocial mejoraba los resultados. Esto no invalida el modelo, sino que refuerza



la conclusión de que la efectividad está fuertemente moderada por la fidelidad de la implementación, la población objetivo y la calidad metodológica de los estudios, una debilidad señalada por autores como Yun & Choi (2019). Precisamente porque la efectividad es heterogénea y depende de la calidad del proceso, se hace imperativo un manual que establezca un estándar de procedimiento para garantizar una implementación de alta calidad y facilitar una investigación más rigurosa y comparable.

## 1.2. Retos y Brechas en la Práctica: Del Ideal Teórico a la Realidad Clínica

A pesar de la sólida evidencia, la implementación efectiva del PAI se enfrenta a importantes barreras. Comprender estos obstáculos, anclándolos en la literatura, es el primer paso para poder superarlos.

- **Inercia Cultural y Resistencia Profesional:** La transición desde un rol de "experto" hacia uno de "facilitador" puede generar una considerable inseguridad. Esta resistencia no es una mera anécdota. Autores como Meystre & Ferrario (2022) o Young & Everett (2018) han analizado en profundidad el complejo dilema ético entre la "dignidad del riesgo" y el principio de no maleficencia, que subyace a la reticencia de los profesionales a ceder el control.
- **Déficit de Competencias Específicas:** La coconstrucción de un PAI de alta fidelidad requiere un conjunto de habilidades sofisticadas. La falta de formación en entrevista motivacional, negociación de objetivos o resolución conjunta de problemas se refleja en la preocupante variabilidad de herramientas de evaluación, muchas de ellas de elaboración propia y sin validación psicométrica, una brecha documentada por Proctor et al. (2011).
- **Barreras Organizacionales y Sistémicas:** En muchos sistemas de salud, la presión asistencial y las métricas cuantitativas crean un conflicto fundamental con la filosofía del PAI. Se exige a los profesionales que sean "centrados en la persona", pero se les evalúa con criterios de productividad que no valoran el tiempo dedicado a la deliberación colaborativa, lo que conduce a un agotamiento profesional y a la devaluación del proceso.



### 1.3. La Cuestión Terminológica: PAI, PIA, PIR y el Estándar Propuesto

Un obstáculo inicial para la diseminación y estandarización del modelo es la considerable variabilidad terminológica. La comprensión de estos matices es esencial para establecer un lenguaje común. Es importante destacar que el "PAI" al que se refiere este manual es un marco integral, distinto del "*Personality Assessment Inventory*" (PAI), que es una herramienta psicológica específica que puede utilizarse dentro de este marco más amplio. Así en el ámbito de la RPS, los planes de atención individualizada se conceptualizan mediante diversas terminologías, cada una reflejando orientaciones metodológicas o filosóficas distintas. Por ejemplo, el *Plan Individualizado de Recuperación* (PIR) enfatiza estrategias personalizadas para alcanzar objetivos de recuperación, alineándose con procesos de rehabilitación que desarrollan habilidades y apoyos para lograr resultados específicos (Faulkner & Carless, 2006; Frost et al., 2017). De manera similar, el Plan de Recuperación Centrado en la Persona (PCRP, por sus siglas en inglés) destaca los servicios colaborativos y centrados en la persona, priorizando los antecedentes, preferencias y objetivos únicos de cada caso, promoviendo la autonomía y la autodeterminación en la atención (Davidson et al., 2017; Moran et al., 2015; Pincus et al., 2017).

Otro marco ampliamente reconocido es el Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (WRAP, por sus siglas en inglés), que actúa como una herramienta de autogestión integrando estrategias de bienestar y planes de crisis, frecuentemente adaptados para la recuperación de la salud mental con el fin de mejorar la resiliencia y los mecanismos de afrontamiento (Canacott et al., 2019; Cook et al., 2012; Fukui et al., 2011; Jonikas et al., 2011; Starnino et al., 2010).

El Plan de Cuidados Individual (ICR), usado principalmente en el ámbito de Reino Unido e Irlanda, comparte la filosofía centrada en la persona, la orientación en la recuperación y las necesidades específicas de la persona (Cusack et al., 2017; Liberman et al., 2001; Moran et al., 2015).



Estos enfoques se complementan con términos como el Plan de Servicio Individualizado (ISP), que estructura los servicios psiquiátricos (por ejemplo, formación en habilidades para la vida, apoyo profesional) para abordar las necesidades individuales, y el Plan de Atención Personalizada, que se centra en intervenciones basadas en evidencia, como la gestión de la medicación y las terapias holísticas para atender necesidades únicas (Lecomte et al., 2005; Moran et al., 2015; Zisman-Ilani et al., 2019).

En el contexto español, se identifican principalmente los acrónimos PAI (Plan de Atención Individualizado), PIA (Programa Individual de Atención) y PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación), cuya utilización varía según el contexto específico de aplicación (Fernández Blanco et al., 2002; Ministerio de Sanidad, 2021). En la tabla 1 se exponen de forma resumida los acrónimos, contexto, énfasis y convergencia con el concepto de PAI que manejamos en este manual.

**Tabla 1. Diferentes concepciones y contextos de los planes individualizados de atención**

Término (Acrónimo)	Origen / Contexto Predominante	Énfasis Principal	Convergencia con el Modelo Propuesto
<b>PAI (Plan de Atención Individualizado)</b>	Sanitario / Salud Mental / Social	Integración y coordinación de cuidados (sanitarios, psicológicos, sociales).	<b>Alta.</b> Es el término adoptado en este manual por su carácter estratégico e integrador.
<b>PIA (Proyecto/Programa Individualizado de Atención)</b>	Servicios Sociales / Ley de Dependencia	Provisión de apoyos sociales, promoción de la autonomía y vida en comunidad.	<b>Alta.</b> Sus principios son plenamente coherentes, aunque su enfoque es más social que sanitario.
<b>PIR (Plan Individual de Rehabilitación)</b>	Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	Recuperación funcional, adquisición de habilidades, manejo de síntomas.	<b>Media-Alta.</b> Converge en el objetivo, pero a veces con un enfoque históricamente más clínico.

<b>Individual Recovery Plan (IRP)</b>	Movimiento de Recuperación (Anglosajón)	Autodeterminación, esperanza, proyecto de vida, empoderamiento.	<b>Muy Alta.</b> Aporta el marco filosófico y los valores que sustentan el PAI.
---------------------------------------	---	---	---

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

A lo largo de este manual, se abogará por la adopción del término **Plan de Atención Individualizado (PAI)** como el estándar de referencia. Esta elección no es arbitraria, sino estratégica. El término "Atención" es el más holístico, englobando lo sanitario ("tratamiento"), lo social ("apoyos") y lo rehabilitador ("recuperación"), superando así la fragmentación conceptual y sectorial que el propio PAI busca resolver en la práctica.

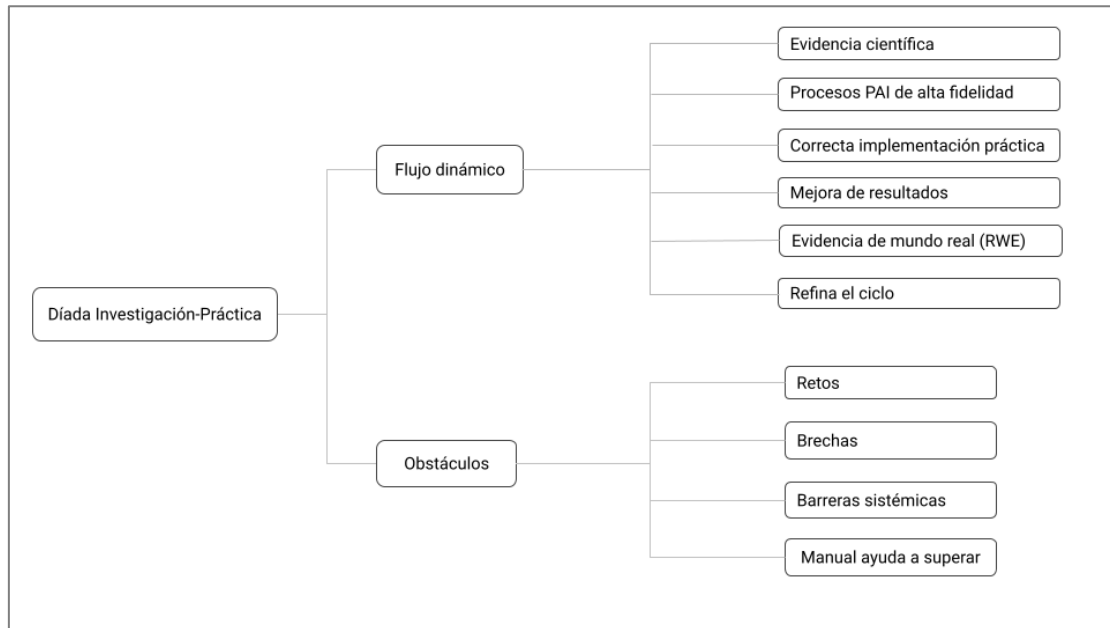
## Síntesis de la Evidencia

La evidencia, aunque dispersa, es inequívoca: el PAI, implementado como intervención individualizada centrada en objetivos y metas, es una intervención eficaz que produce mejoras medibles en el funcionamiento, la calidad de vida y la integración comunitaria (Beck et al., 2017; Fulford et al., 2020; Jensen et al., 2021). Sin embargo, esta base empírica choca con una realidad marcada por desafíos profesionales y sistémicos que conducen a una brecha de implementación. Por tanto, la cuestión fundamental ya no es *si* se deben utilizar los PAI, sino *cómo* implementarlos con rigor para materializar su potencial. Las herramientas que se presentan a continuación sientan las bases para responder a esta pregunta. La figura 1 sintetiza la dinámica entre investigación y práctica y la tabla 2 muestra la evidencia sobre los planes de atención individualizados en sus diferentes modalidades.

## Caja de Herramientas del Capítulo 1



**Figura 1. El Ciclo de la Práctica Basada en la Evidencia en la Planificación Individualizada**



Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

**Tabla 2. Matriz de Evidencia Crítica del PAI**

Referencia (APA 7)	Diseño y Nivel de Evidencia	Población (N)	Resultados Clave y Tamaño del Efecto	Valoración de Calidad Metodológica
Nye, A., et al. (2023)	Meta-análisis de 17 ECAs (Nivel I)	7.617 (Diversas condiciones)	Mejora global en resultados psicológicos. <b>d =</b> <b>0.22</b> (95% CI [0.05, 0.39])	Alta
Marshall & Lockwood (2011)	Revisión Sistemática Cochrane (Nivel I)	18 ECAs (TMG)	Reducción del riesgo de hospitalización con TAC. <b>OR =</b> <b>0.59</b> (95% CI [0.46, 0.77])	Alta
Pitschel- Walz, G., et al. (2001)	Meta-análisis de 25 ECAs (Nivel I)	N/A (Esquizofrenia)	Reducción de la tasa de recaídas con intervenciones familiares en un 20%.	Alta

Harrison, M., et al. (2020)	Revisión Sistemática y Meta-análisis (Nivel I)	>3.000 (TMG)	Mejor funcionamiento social en vivienda independiente con apoyo vs. centros supervisados.	Alta
Coulter, A., et al. (2015)	Revisión Sistemática Cochrane (Nivel I)	10.856 (Condiciones crónicas)	Mejora en autogestión y satisfacción. Efectos modestos pero consistentes.	Alta

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Ejemplo práctico: De la Fragmentación a la Continuidad: La Implementación del PAI en la Red de Salud Mental

Vamos a exponer un ejemplo ficticio de para ilustrar el potencial de la implementación de este tipo de planes basándonos en hallazgos como los de Stone et al (2022) sobre el tiempo de estancia en recursos hospitalarios y en la experiencias reales de diversos autores (Egbuta et al., 2021; Jansen et al., 2015; Shimada et al., 2019).

#### Contexto Inicial: Dispersión de Servicios

Hasta hace cinco años, la Red de Salud Mental operaba como un conjunto de servicios desconectados. Un usuario podía ser atendido simultáneamente en el Centro de Salud Mental (CSM), el Hospital de Día, la unidad de hospitalización breve y, además, ser usuario de recursos sociales municipales como los programas de vivienda o empleo. Cada dispositivo generaba su propio plan de tratamiento, a menudo sin comunicación con los demás. Un usuario podía recibir mensajes contradictorios: mientras en el CSM se trabajaba la autonomía, en otro recurso se fomentaba la dependencia. Los planes eran documentos estáticos, centrados en el diagnóstico y la medicación, y la voz del usuario era, en el mejor de los casos, un apéndice testimonial. Esta fragmentación generaba ineficiencias, frustración en los profesionales y, sobre todo, una experiencia de atención despersonalizada y confusa para las personas atendidas y sus familias.



## La Intervención Estratégica: Un Proyecto de Cambio Integral

Ante esta situación, un grupo motor impulsado por la dirección de la red, y compuesto por profesionales de distintos dispositivos y un representante de una asociación de usuarios, diseñó un proyecto de cambio a tres años. La estrategia se articuló en tres ejes fundamentales:

1. **Formación y Cambio Cultural:** Se implementó un programa de formación intensivo y obligatorio para todos los profesionales de la red (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales). La formación no se limitó a la teoría, sino que se centró en el entrenamiento práctico de habilidades clave: entrevista motivacional, formulación de objetivos SMART colaborativos y técnicas de resolución conjunta de problemas. El objetivo era catalizar un cambio cultural desde el "hacer para" hacia el "hacer con".
2. **Diseño de una Herramienta Unificada y Compartida:** Se creó un grupo de trabajo interdisciplinar para diseñar una nueva plantilla de PAI. El resultado fue un documento digital, integrado en la historia clínica electrónica compartida de la red. La plantilla era estructurada pero flexible, con secciones claras para la historia de vida, valores y preferencias de la persona, evaluación de necesidades y potencialidades, objetivos coconstruidos, intervenciones planificadas y responsables de cada acción.
3. **Creación de la Figura del Referente del PAI:** Para garantizar la coordinación y la continuidad, se estableció la figura del "Referente del PAI" (a menudo el profesional del CSM con mayor vínculo con el usuario). Esta persona no ejecutaba todas las intervenciones, pero era la responsable de coordinar el proceso: convocar las reuniones de planificación, asegurar que todas las partes (usuario, familia, profesionales de distintos servicios) estuvieran implicadas, y monitorizar el progreso del plan, actuando como un "director de orquesta" del proceso de atención.

### Resultados a Tres Años:

Indicador	Año 0 (Línea Base)	Año 3 (Post-Implementación)	Cambio
Tasa de Reingresos Hospitalarios	35%	26%	-25.7%



Participación en Empleo con Apoyo	15%	21%	+40.0%
Puntuación Media de Satisfacción (1-10)	5.5	8.2	+49.1%
% de PAIs Co-firmados por el Usuario	<5%	92%	+1740%

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Lecciones clave para la práctica de estas experiencias

- **El Liderazgo es Indispensable:** Un proyecto de esta envergadura requiere un compromiso claro y sostenido por parte del equipo directivo para asignar recursos, legitimar el cambio y superar las resistencias iniciales (Tabatabaee et al., 2021).
- **La Inversión en Formación se Amortiza:** El coste inicial de la formación intensiva se ve compensado a medio y largo plazo por la mejora de la eficiencia (menos crisis y hospitalizaciones) y la mayor satisfacción de profesionales y usuarios (Moser et al., 2004).
- **La Tecnología es un Facilitador, no una Solución:** Un PAI digital y compartido es una herramienta potentísima para la coordinación, pero no puede sustituir la necesidad de reuniones presenciales, la comunicación humana y la construcción de una alianza terapéutica sólida (Morrison et al., 2021; Stanojlović et al., 2023).
- **Empezar con una experiencia piloto:** Antes del despliegue en toda la red, se realizó una experiencia piloto en un equipo del CSM. Esto permitió ajustar el modelo, demostrar su éxito a pequeña escala y generar un efecto contagio positivo en el resto de la organización (Chen et al., 2021; Fulton et al., 2016; Nibbio et al., 2020).

# CAPÍTULO 2: Marco Teórico y Principios Fundamentales del PAI

## Introducción: La filosofía de una nueva práctica

Toda práctica, sea clínica, psicosocial o social, rigurosa debe fundamentarse en un marco teórico sólido y coherente. El Plan de Atención Individualizado (PAI) no es una mera técnica o una plantilla mejorada; es la consecuencia lógica e inevitable de un cambio de paradigma filosófico fundamental en la atención sanitaria y sociosanitaria: el paso de un modelo biomédico, centrado en la patología, a un modelo de recuperación y derechos, centrado en la persona (Allerby et al., 2020; Davidson & Tondora, 2022; Hormazábal-Salgado et al., 2024; Lefurgey et al., 2025). Este capítulo se adentra en la arquitectura conceptual que sostiene el PAI, explorando el territorio teórico del que emana y los principios que le dan forma y propósito.

Sin embargo, a pesar de la amplia difusión de términos como "autonomía", "participación" o "enfoque holístico", existe una brecha crítica entre su uso y su comprensión profunda (Pelto-Piri et al., 2013). En la práctica diaria, estos conceptos a menudo se entienden como una lista de "principios deseables" inconexos, en lugar de como un sistema filosófico interdependiente y coherente (Sampietro et al., 2023). Esta comprensión fragmentada es la raíz de muchas de las dificultades prácticas: los profesionales luchan por equilibrar la "autonomía" con la seguridad porque no la entienden dentro de un marco más amplio de "bienestar" y "capacidades"; la "participación" se reduce a una consulta superficial porque no se fundamenta en un entendimiento profundo de la "coconstrucción"; y el "enfoque holístico" fracasa porque se intenta sin un modelo "interdisciplinar" que lo sustente (Ashoorian & Davidson, 2021; Lodge et al., 2016; Moore et al., 2017; Sampietro et al., 2023; Switzer et al., 2019).

El propósito de este capítulo es, precisamente, proporcionar ese marco conceptual unificado. No se trata de ofrecer un glosario de términos, sino de construir un modelo que explique la arquitectura lógica del pensamiento centrado en la persona. Al asimilar este marco, el profesional no solo "aprenderá conceptos", sino que transformará su manera de pensar, lo que le permitirá aplicar los procedimientos de los capítulos siguientes no como una receta, sino con una comprensión profunda del "porqué" detrás de cada acción.

## 2.1. El Modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona (AICP): El Marco Unificador

El Modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona (AICP) constituye el marco teórico fundamental sobre el que se construye el PAI. Este modelo no es una creación aislada, sino una síntesis de dos de las corrientes más influyentes en la reforma sanitaria contemporánea: la Atención Centrada en la Persona (ACP) y la Atención Integrada.

La Atención Centrada en la Persona (ACP), cuyas raíces filosóficas se hunden en el trabajo pionero de Carl Rogers en la década de 1940, posiciona a las personas como socias igualitarias en la planificación, desarrollo y evaluación de su propia atención (Olsson et al., 2013). Según Lefurgey et al (2025) la terapia no directiva de Rogers, con sus condiciones centrales de empatía, consideración positiva incondicional y congruencia, sentó las bases para reconocer a la persona como la máxima experta en su propia vida y poseedora de una capacidad innata para el crecimiento. Aunque su trabajo se centró en la relación terapéutica individual, estos principios han evolucionado hasta convertirse en un pilar de la política sanitaria global, como se refleja en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Servicios de Salud Integrados y Centrados en las Personas (IPCHS). Este marco aboga por una reorientación fundamental de los sistemas de salud, diseñándolos no en torno a enfermedades o instituciones, sino en torno a las personas y sus necesidades integrales a lo largo de su vida (Allerby et al., 2020; Fernandes et al., 2022; Meer et al., 2021; Stanhope, Choy-Brown, et al., 2021; Stanojlović et al., 2023).

El componente de Atención Integrada es igualmente vital. Representa un enfoque basado en el equipo para tratar a la "persona en su totalidad", abarcando sus necesidades de salud física, mental y conductual (Frost et al., 2017; Granholm et al., 2022; Nibbio et al., 2020; Rakitzi & Georgila, 2019). Su objetivo es superar la fragmentación de los servicios, que a menudo conduce a una atención ineficiente, duplicada y, en ocasiones, contradictoria (Schmidt et al., 2018; Young et al., 2014). La atención integrada coordina activamente los servicios entre diferentes sectores (sanitario, social, educativo, laboral) y a lo largo de todo el continuo asistencial, garantizando transiciones fluidas y un apoyo integral (Aoki et al., 2019; Kilbourne et al., 2014).

El modelo AICP que proponemos en este manual, por tanto, sintetiza estos elementos. Es una filosofía de atención que exige una reorientación sistémica, desde la gobernanza y la financiación hasta la formación de los profesionales, para incrustar la centralidad de la persona en cada nivel. Es el marco que permite que el PAI no sea solo un documento, sino la expresión operativa de esta nueva forma de entender la salud y el cuidado.

## 2.2. Principios Fundamentales: Los Pilares del PAI

El modelo AICP se sustenta en un conjunto de principios filosóficos interdependientes que guían cada aspecto de su aplicación. No son meras aspiraciones, sino los pilares sobre los que se construye una práctica de alta fidelidad.



- **Individualidad y Personalización:** Este principio reconoce que cada persona es una entidad única, con una identidad, creencias, valores y circunstancias que exigen una respuesta meticulosamente adaptada. El PAI se aleja decisivamente de cualquier enfoque de "talla única", requiriendo una comprensión profunda de la historia de vida, el contexto cultural y las preferencias personales para que las intervenciones sean profundamente relevantes, no genéricas (Dixon et al., 2016; Rodríguez Pulido et al., 2019; Shimada et al., 2018, 2019).
- **Autonomía y Elección:** Este pilar fundamental empodera a las personas para que tomen decisiones activas sobre su propia atención. Se materializa a través de la toma de decisiones compartidas (*Shared Decision-Making*, [SDM]), un proceso colaborativo en el que la persona aporta su experiencia vital (valores, metas, preferencias) y el profesional aporta su pericia clínica (diagnóstico, opciones de tratamiento, evidencia). El objetivo es llegar a una decisión que no solo sea clínicamente sólida, sino que resuene con las aspiraciones vitales de la persona (Abate et al., 2023; Haugom et al., 2022).
- **Independencia y Capacitación (*Enabling Care*):** Este principio se centra en apoyar a las personas para que reconozcan y cultiven sus fortalezas y habilidades inherentes, capacitándolas para vivir una vida independiente y plena (Blomqvist et al., 2018; Walsh et al., 2018). Representa un cambio fundamental en la relación profesional, pasando de un modelo paternalista a una asociación genuina (Davidson, 2016; Hayes et al., 2018). El objetivo final es fomentar las habilidades de autogestión y reducir la dependencia innecesaria, maximizando la capacidad de la persona para dirigir su propia vida.
- **Bienestar y Enfoque Holístico:** El objetivo último del PAI no es la ausencia de enfermedad, sino la promoción del bienestar. Adopta una perspectiva integral que considera a la "persona en su totalidad", abordando las ocho dimensiones del bienestar (emocional, físico, ocupacional, social, espiritual, intelectual, financiero y ambiental). Este enfoque reconoce que la verdadera salud es un concepto multifacético y que el PAI debe ir más allá de la gestión de síntomas para facilitar una vida saludable, significativa y satisfactoria (Ribeiro et al., 2024; Ventegodt et al., 2016).

- **Dignidad y Respeto:** Este principio es el fundamento no negociable de toda la estructura. Implica tratar a las personas con profunda compasión y respeto, reconociendo su valor inherente en cada interacción. Exige evitar suposiciones, ser consciente del impacto de las prácticas de cuidado y defender sistemáticamente los derechos y la privacidad de la persona (Meystre & Ferrario, 2022).

Finalmente, es crucial entender que la alianza terapéutica es una calle de doble sentido. Los principios de Rogers no solo destacan la empatía y la consideración positiva del profesional, sino también la importancia de la "congruencia" y la confianza de la persona. El cambio real requiere una reciprocidad. Esto desplaza el modelo de un receptor pasivo de cuidados a uno en el que el compromiso activo y la confianza de la persona son cruciales para el éxito terapéutico. La implementación del PAI, por tanto, debe incluir estrategias para cultivar activamente esta confianza y un sentido de responsabilidad compartida.

## 2.3. Diferenciación del PAI: Un Cambio de Paradigma en la Práctica

La distinción entre el PAI y los planes de tratamientos convencionales, basados en el déficit, es fundamental. Comprender estas diferencias es crucial para una implementación efectiva, ya que no se trata de un simple cambio de formato, sino de un cambio de paradigma. En la tabla 3 se exponen las principales diferencias entre los planes de tratamiento tradicionales y los planes de atención individualizados

**Tabla 3. Principales características de los planes de tratamiento tradicionales y los PAI**

Característica	Plan de Tratamiento Tradicional	Plan de Atención Individualizado (PAI)
<b>Paradigma Subyacente</b>	<b>Modelo Médico/Déficit:</b> Centrado en la patología, los síntomas y las deficiencias. El punto de partida es el diagnóstico.	<b>Modelo de Recuperación/Fortalezas:</b> Centrado en las capacidades, preferencias y objetivos vitales. El punto de partida es la vida de la persona.
<b>Enfoque de los Objetivos</b>	<b>Clínico y Correctivo:</b> Reducción de síntomas, normalización funcional, "arreglar problemas".	<b>Personal y Desarrollativo:</b> Calidad de vida, logro de metas personales, desarrollo de habilidades y potencial.

<b>Dinámica de Poder y Control</b>	<b>Jerárquica:</b> El profesional es el experto que toma las decisiones. El control se basa en el juicio clínico.	<b>Colaborativa:</b> La persona es experta en su experiencia. Se practica el <b>Shared Decision-Making</b> , compartiendo el control.
<b>Metodología de Planificación</b>	<b>Prescriptiva:</b> El equipo evalúa, define objetivos y prescribe intervenciones. El éxito se mide por la adherencia.	<b>Coconstructiva:</b> El equipo y la persona exploran, definen y diseñan conjuntamente. El éxito se mide por el logro de metas personales.
<b>Lenguaje Empleado</b>	<b>Basado en el Déficit:</b> Términos como "negación", "falta de conciencia de enfermedad", "resistente al tratamiento".	<b>Basado en Fortalezas:</b> Términos como "fase de pre-contemplación", "perspectiva diferente", "explorando opciones".
<b>Rol del Profesional</b>	<b>Experto/Autoridad:</b> Diagnostica, prescribe, dirige.	<b>Facilitador/Colaborador:</b> Asesora, informa, apoya, acompaña.
<b>Rol de la Persona Usaria</b>	<b>Receptor Pasivo:</b> Objeto de tratamiento, se espera que cumpla.	<b>Protagonista Activo:</b> Socio en el proceso, se espera que participe y dirija.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

Este cambio en las dinámicas de poder es, a menudo, la barrera más significativa para la implementación del PAI, ya que desafía directamente los roles y jerarquías profesionales establecidos. Requiere no solo la adquisición de nuevas habilidades, sino una profunda reevaluación de la identidad profesional.

## 2.4. Fundamentos de la Acción: Coconstrucción y Autodeterminación

Los principios de coconstrucción y autodeterminación son los mecanismos de acción que hacen operativo el modelo AICP (Piltch, 2016; Thomas et al., 2019).

La autodeterminación es el principio rector que defiende el derecho inherente de una persona a actuar como el agente causal primario en su vida. Se fundamenta en la presunción de competencia: se presume que todos los adultos tienen una capacidad sustancial para tomar sus propias decisiones, a menos que se haya determinado legalmente lo contrario. Este principio se materializa a través de un continuo de prácticas:

- **La toma de decisiones compartida (*Shared Decision-Making*):** Como ya se ha descrito, es el proceso colaborativo central.
- **La toma de decisiones con apoyo (*Supported Decision-Making*):** Para personas con limitaciones en la capacidad de decisión, este enfoque proporciona el apoyo necesario (defensores, información adaptada) para que la persona siga siendo la principal tomadora de decisiones, preservando su al máximo su autonomía (Harding & Taşcıoğlu, 2018; Kokanović et al., 2018; Pathare & Shields, 2012; Simmons & Gooding, 2017).
- **El cuidado autogestionado (*Self-Directed Care, [SDC]*):** Un modelo donde las personas reciben control sobre un presupuesto flexible para gestionar los servicios y apoyos que se alinean con sus metas, fomentando la máxima autonomía y responsabilidad (Cook et al., 2019, 2023; Thomas et al., 2019) .

La **coconstrucción** es el proceso metodológico a través del cual se ejerce la autodeterminación en la planificación. Es la elaboración conjunta y participativa del PAI, basada en un diálogo igualitario donde todas las perspectivas son valoradas (Fuchs & Dalpane, 2022; Wyder et al., 2018).

### El Dilema Ético en la Práctica

Diversos autores (Foureur & Galmiche, 2019; Jantos, 2016; Lamberti et al., 2014; Pelto-Piri et al., 2013) indican que la aplicación rigurosa de estos principios inevitablemente genera una tensión ética: el equilibrio entre la **autonomía del paciente** (un marco basado en derechos) y el **deber de cuidado del clínico, no maleficencia** (un marco basado en deberes). ¿Qué hacer cuando la decisión autodeterminada de una persona es percibida por el profesional como perjudicial para su salud (p. ej., abandonar la medicación)? Este no es un fallo del modelo, sino una manifestación de su complejidad y sofisticación. La respuesta no es anular la autonomía, sino aplicar habilidades avanzadas de comunicación y negociación: explorar las razones subyacentes de la decisión, realizar una evaluación de riesgos transparente y colaborativa, y buscar creativamente terceras vías que respeten las preferencias de la persona mientras se mitigan los riesgos. Este manual proporcionará herramientas para navegar estos dilemas, pasando de una mentalidad de "lograr el cumplimiento" a una de "fomentar la participación genuina".





## 2.5. Características Esenciales: El Ecosistema Operativo del PAI

Los principios del PAI se traducen en un conjunto de características operativas que definen su aplicación práctica. Estas no son características aisladas, sino un **ecosistema**

**interdependiente** donde cada elemento refuerza a los demás (Canacott et al., 2019; Drake et al., 2009; Egbuta et al., 2021; Nye et al., 2023; Shimada et al., 2022; Stanhope, Choy-Brown, et al., 2021; Stanojlović et al., 2023; Stewart et al., 2022).

- **Dinámico:** Los planes no son estáticos. Son documentos vivos, sujetos a revisión y ajuste regular en respuesta a los cambios en la vida de la persona.
- **Participativo:** La persona, su familia y su red de apoyo están activamente involucrados en todas las fases del proceso, desde la evaluación hasta la revisión.
- **Interdisciplinar:** Reúne a profesionales de diversas disciplinas (salud, servicios sociales, empleo, vivienda) para proporcionar un apoyo coordinado y cohesivo.
- **Holístico:** Va más allá de un enfoque en la enfermedad para abarcar a la "persona en su totalidad" y las múltiples dimensiones que influyen en su bienestar.

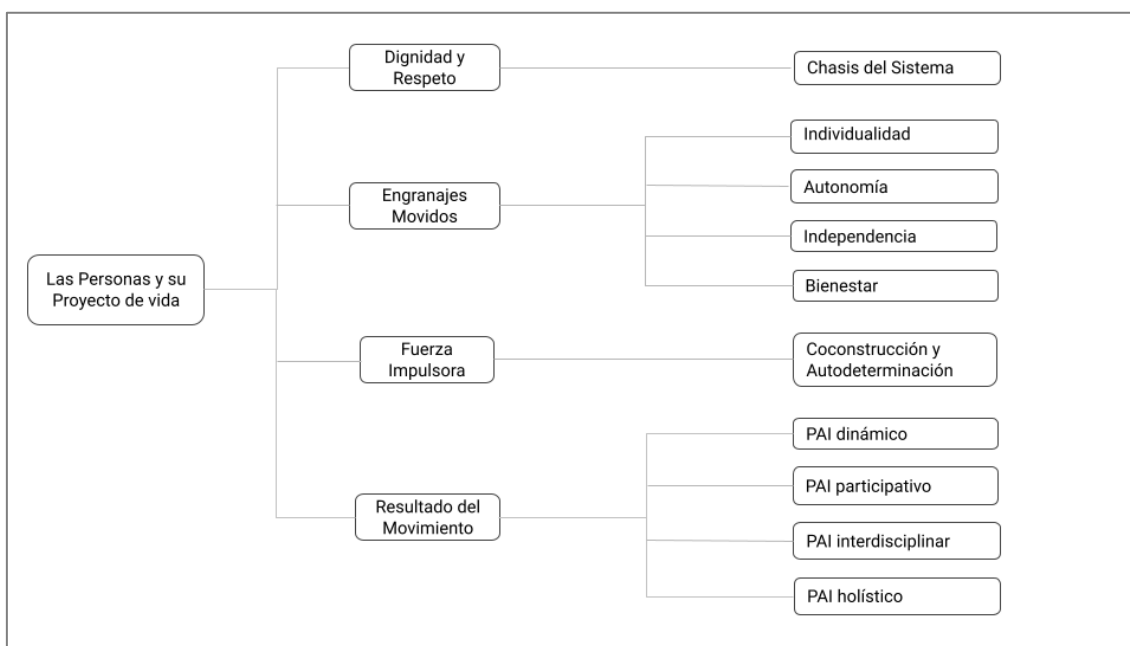
La interconexión de estas características es fundamental. Un enfoque verdaderamente holístico es imposible sin una colaboración interdisciplinar. Dicha colaboración solo es efectiva si es participativa, incluyendo la voz de la persona. Y la capacidad de ser dinámico y adaptarse a los cambios depende de que esta comunicación participativa e interdisciplinar sea fluida y constante (Haggerty, 2003; Liberman et al., 2001). Un fallo en una de estas características, como una pobre coordinación interdisciplinar, provocará inevitablemente el colapso de las demás. La implementación exitosa del PAI requiere, por tanto, un enfoque sistémico que fomente estas cualidades de forma integrada.

---

### Caja de Herramientas del Capítulo 2

#### Figura 2. El Modelo AICP: Un Ecosistema de Principios y Características





Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

## Herramienta 2.1: Lista de Verificación de Principios Fundamentales para la Práctica del PAI

*Esta lista está diseñada como una herramienta de autoevaluación y supervisión para equipos.*

### Dignidad, Compasión y Respeto:

- ¿En nuestras interacciones, estamos evitando activamente las suposiciones y reconociendo la experiencia única de la persona?
- ¿Nuestro lenguaje y nuestras acciones comunican consistentemente el valor inherente de la persona, más allá de su diagnóstico?

### Individualidad y Personalización:

- ¿El plan va más allá de las intervenciones estándar para el diagnóstico y refleja genuinamente las metas, valores y cultura de esta persona en particular?
- ¿Hemos identificado y estamos construyendo sobre las fortalezas y talentos únicos de la persona, no solo abordando sus déficits?

### Autonomía y Elección:



- ¿Estamos presentando las opciones de manera neutral y comprensible, o estamos guiando sutilmente hacia nuestra opción preferida?
- Cuando hay un desacuerdo, ¿nuestro primer instinto es entender el "porqué" detrás de la elección de la persona, en lugar de intentar "convencerla"?

#### **Independencia y Capacitación:**

- ¿Nuestras intervenciones están diseñadas para construir habilidades y reducir la dependencia a largo plazo, o para resolver problemas a corto plazo?
- ¿Estamos asumiendo tareas que la persona podría aprender a hacer por sí misma con el apoyo adecuado?

#### **Bienestar y Enfoque Holístico:**

- ¿El plan aborda dimensiones más allá de la salud mental, como la salud física, las relaciones, el trabajo/educación y el sentido de propósito?
- ¿Estamos coordinando eficazmente con otros servicios (atención primaria, servicios sociales) para garantizar una atención verdaderamente integrada?

---

### **Experiencia: Del Cumplimiento a la Co-creación en el condado de Delaware en Pennsylvania (EE.UU.)**

Thomas et al. (2019) exponen una ambiciosa transformación para pasar de un modelo centrado en el cumplimiento terapéutico a uno arraigado en la co-creación y la autodeterminación.

#### **Desafíos en el Cambio de Mentalidad:**

La fase inicial encontró una resistencia significativa, derivada de mentalidades profesionales arraigadas. Muchos clínicos expresaron su temor a "perder el control", creyendo que una mayor autonomía del paciente conduciría a "malas decisiones". Existía una creencia paternalista, reforzada por años de práctica, de que el profesional "sabe lo que es mejor". El personal también percibía que la co-creación sería demasiado lenta e ineficiente.

#### **Estrategias para Fomentar la Co-creación:**



La clínica implementó una estrategia multifacética:

1. **Aprendizaje Experiencial:** Las formaciones incluyeron extensos ejercicios de *role-playing* donde los clínicos experimentaban ser receptores de una interacción directiva frente a una colaborativa.
2. **Talleres "El Cliente como Experto":** Talleres co-facilitados por personas con experiencia vivida, que compartieron sus narrativas sobre el impacto desempoderador de los sistemas tradicionales.
3. **Mentorización y Supervisión entre Pares:** Se establecieron grupos de supervisión como espacios seguros para discutir desafíos y dilemas éticos, como el equilibrio entre autonomía y juicio clínico.
4. **Redefinición de las Métricas de "Éxito":** Se pasó de medir solo la reducción de síntomas a incluir la autoeficacia, la calidad de vida y el logro de objetivos autodefinidos.
5. **Formación en el Marco "Importante Para / Importante Qué":** Se capacitó a los clínicos en esta herramienta para estructurar conversaciones que equilibran las aspiraciones de la persona ("importante para" ella) con las consideraciones esenciales de salud y seguridad ("importante que" se haga), facilitando un entendimiento compartido.

#### **Resultados del Cambio de Mentalidad:**

En dos años, el servicio observó una transformación notable. Los informes de los usuarios indicaron un aumento significativo en su sentido de propiedad sobre sus planes. Los clínicos reportaron alianzas terapéuticas más fuertes y una mayor satisfacción laboral, al sentirse más alineados con los valores humanistas de su profesión. La iniciativa demuestra que el cambio de mentalidad es un proceso complejo pero alcanzable, que requiere un liderazgo sostenido, una formación específica y una adaptación de los procesos organizacionales.



# 2.

## Parte II: El Proceso de Coconstrucción: De la Evaluación a la Redacción



# CAPÍTULO 3: Componentes Esenciales y Estructura del PAI

## Introducción

Si el Capítulo 1 estableció la evidencia empírica que justifica la adopción del Plan de Atención Individualizado (PAI), y el Capítulo 2 desglosó su "porqué" filosófico y conceptual, ahora nos adentramos en el "qué" y el "cómo" operativos. La implementación efectiva del PAI no es una cuestión de buena voluntad, sino de una estructura clara y una articulación precisa de sus componentes. La brecha en la práctica a menudo reside en la falta de un consenso sobre qué debe contener un PAI de calidad y cómo se articulan sus elementos para garantizar una atención verdaderamente centrada en la persona.

Este capítulo tiene como objetivo fundamental proporcionar esa estructura. Desglosaremos el PAI en sus componentes esenciales, definiremos los dominios obligatorios y adicionales que debe abarcar, y analizaremos las características de calidad y las consideraciones legales y éticas que lo distinguen. Al final, presentaremos herramientas prácticas y un caso clínico detallado que ilustrarán cómo todos estos elementos se integran para formar un PAI robusto, efectivo y humanamente significativo. El objetivo es proporcionar al profesional el andamiaje conceptual y práctico necesario para que su práctica no solo sea técnicamente correcta, sino éticamente coherente y humanamente significativa.

## 3.1. Definición Operacional: Instrumento Central con Evaluaciones, Objetivos e Intervenciones

El Plan de Atención Individualizado (PAI) se comprende mejor como un instrumento central, un marco dinámico y colaborativo que integra sistemáticamente diversos componentes para apoyar el viaje de una persona hacia una vida plena y autodefinida. Esta definición operacional clarifica los elementos primarios del PAI en la práctica: evaluaciones exhaustivas, objetivos impulsados por la persona e intervenciones personalizadas.

En su esencia, el PAI es un proceso colaborativo que culmina en la co-creación de un plan de acción. Este plan se centra meticulosamente en las prioridades y metas de bienestar más

valoradas por la persona, reflejando sus aspiraciones únicas en lugar de estándares genéricos. Sirve como una herramienta dinámica, que aprende continuamente sobre las elecciones e intereses que definen la idea de una vida plena para una persona, e identifica los servicios y apoyos precisos necesarios para lograr esa visión (Davidson & Tondora, 2022; Jansen et al., 2015; Stanhope, Choy-Brown, et al., 2021; Stewart et al., 2022). Esto contrasta con los modelos tradicionales donde los planes pueden ser estandarizados y menos receptivos a los matices individuales.

El componente inicial y crucial de este instrumento central implica **evaluaciones exhaustivas**. Estas no son meros ejercicios diagnósticos, sino valoraciones integrales diseñadas para recopilar información detallada sobre la historia médica y de salud mental de quien recibe la atención, sus circunstancias personales, sus fortalezas inherentes y sus preferencias expresadas (McMillan et al., 2013; Sklar et al., 2015). Este enfoque holístico se extiende más allá de los síntomas clínicos para abarcar una comprensión de la "persona en su totalidad", incluyendo su funcionamiento psicosocial, calidad de vida y cualquier discapacidad. Los datos derivados de estas evaluaciones informan directamente los planes de intervención y las estrategias de desarrollo personal, asegurando que las intervenciones sean específicas y relevantes.

Tras la evaluación exhaustiva, el PAI transita hacia la formulación de **objetivos claros y significativos**. Estos objetivos se definen rigurosamente utilizando los criterios SMART: Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con Plazo definido. Crucialmente, estas metas no se imponen, sino que se formulan juntamente con la persona, impulsadas por sus aspiraciones autoidentificadas. El objetivo último de estos objetivos es lograr una mejora en la calidad de vida tal como la persona misma la define, trascendiendo la mera estabilización hacia un verdadero florecimiento (Bailey, 2019; Beck et al., 2017; Rose & Smith, 2018). Este énfasis en las metas impulsadas por la persona aumenta la probabilidad de que esta permanezca profundamente implicada en su proceso de recuperación.

El componente final del instrumento central del PAI implica la selección e implementación de **intervenciones apropiadas**. Estas son técnicas y estrategias terapéuticas cuidadosamente seleccionadas y basadas en la evidencia, meticulosamente adaptadas a las necesidades y objetivos únicos de cada persona. El rango de intervenciones puede ser amplio, abarcando desde la gestión de la medicación y diversas formas de terapia (como la terapia cognitivo-conductual o la psicoeducación familiar) hasta una variedad de intervenciones holísticas que

abordan el bienestar general de la persona como los programas de rehabilitación psicosocial (Barlati et al., 2024; Dehn et al., 2025; Liu et al., 2024). El proceso de selección es colaborativo, asegurando que las intervenciones se alineen con las preferencias y valores de la persona.

La definición operacional del PAI como un "instrumento central" subraya un vínculo directo y causal entre la evaluación exhaustiva, la formulación de objetivos impulsados por la persona y la selección de intervenciones personalizadas. Este ciclo integrado representa una desviación significativa de los modelos tradicionales, donde las evaluaciones pueden ser estandarizadas y los objetivos predeterminados sin contar con una aportación sustancial de quien recibe la atención. La secuencia de estos componentes es crítica: en el PAI, los conocimientos obtenidos de la evaluación informan directamente el desarrollo de los objetivos, y estos objetivos, a su vez, guían con precisión la selección y aplicación de las intervenciones. Este proceso integrado y dinámico asegura que las intervenciones sean altamente relevantes e impactantes porque se derivan directamente de las necesidades evaluadas de quien recibirá la atención así como de sus metas autodefinidas, en lugar de adherirse a un protocolo de tratamiento genérico. Esta estructura, que opera como una "palanca de cambio", transforma la relación terapéutica y la cultura de los cuidados, convirtiendo el PAI en un proceso interactivo y transformador, más que en un mero listado de actividades.

## 3.2. Dominios Clave Obligatorios: Manejo de Síntomas, Habilidades para la Vida Diaria, Relaciones Interpersonales

Un PAI integral debe abordar un conjunto de dominios clave obligatorios para garantizar un apoyo holístico y efectivo a las personas en rehabilitación psicosocial. Estos dominios se extienden más allá de la mera reducción de síntomas para abarcar aspectos críticos del funcionamiento vital y la integración social (Canacott et al., 2019; Fukui et al., 2011; Jansen et al., 2015; Stanhope, Choy-Brown, et al., 2021).

El primer dominio obligatorio es el **Manejo de Síntomas**. El PAI aborda sistemáticamente la gestión de los síntomas relacionados con los problemas de salud mental, incluyendo el bienestar emocional (como la ansiedad, la depresión y el estrés). Esto implica según diversos autores (McGuire et al., 2014; Tan et al., 2017) un enfoque multifacético que incluye la





identificación de síntomas específicos y posibles factores de riesgo, seguido de la implementación de estrategias basadas en la evidencia. Estas estrategias pueden ir desde la gestión de la medicación y la psicoeducación hasta el desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivas y planes de activación conductual. El objetivo no es simplemente suprimir los síntomas, sino ayudar a las personas a comprenderlos y gestionarlos de una manera que apoye su bienestar general y su capacidad funcional.

Igualmente, crucial es el dominio de las **Habilidades para la Vida Diaria**. El PAI pone un fuerte énfasis en el desarrollo y la mejora de las habilidades esenciales necesarias para el funcionamiento independiente en la vida cotidiana. Esto incluye competencias fundamentales como la comunicación efectiva, la resolución práctica de problemas, la gestión eficiente del tiempo y la alfabetización financiera básica. El objetivo es empoderar a las personas apoyándolas en la adquisición y el perfeccionamiento de las habilidades necesarias para navegar sus rutinas diarias, gestionar sus asuntos personales y, en última instancia, obtener un mayor control sobre sus vidas (Abaoglu et al., 2020; Mendonza et al., 2018; Samuel et al., 2018). Este dominio va más allá de las intervenciones clínicas para centrarse en las competencias prácticas que permiten la autosuficiencia. En el caso de Samuel que veremos más adelante, por ejemplo, su PAI incluyó el objetivo de "asumir tareas domésticas en su piso: limpiará su habitación semanalmente y colaborará en limpieza de áreas comunes quincenalmente", un objetivo muy concreto de habilidades para la vida diaria.

El tercer dominio obligatorio es el de las **Relaciones Interpersonales**. Esta área del PAI aborda los patrones en las relaciones sociales, con un enfoque en fomentar conexiones significativas, cultivar la intimidad y facilitar afiliaciones dentro de la red social de la persona y la comunidad en general (Dogu et al., 2021; Granholm et al., 2022; Surdyka et al., 2023). El PAI trabaja activamente para combatir el aislamiento social y el estigma a través de diversas intervenciones, como la terapia de grupo, talleres de habilidades sociales y salidas comunitarias estructuradas. Además, el PAI enfatiza el papel vital de involucrar a la familia y amigos en las discusiones sobre el cuidado y proporcionarles el apoyo y la educación necesarios, reconociendo que un sistema de apoyo sólido es integral para la recuperación de la persona (Hasan & Belkum, 2019; Herrera et al., 2023; Tessier et al., 2023; van den Berg et al., 2023). Samuel, por ejemplo, tenía como objetivo "iniciar al menos una amistad nueva o retomar una existente", lo que se tradujo en acciones como asistir a un grupo de habilidades sociales y reconectar con su primo.



La inclusión explícita de "Habilidades para la Vida Diaria" y "Relaciones Interpersonales" como dominios esenciales, junto con el "Manejo de Síntomas", subraya el firme compromiso del PAI con la recuperación funcional y el bienestar integral, yendo más allá de la simple reducción de síntomas. Los modelos de atención convencionales suelen centrarse principalmente en "diagnóstico, enfermedad y déficits". Aunque el PAI incorpora el "manejo de síntomas", su fuerte énfasis en el "entrenamiento en habilidades para la vida" y la "integración social y comunitaria" marca un cambio filosófico significativo. Esto ilustra la transición del PAI de un modelo exclusivamente médico o patológico a un paradigma de recuperación que prioriza la capacidad de la persona para llevar una vida plena y autodirigida dentro de su comunidad. En este contexto, el manejo de síntomas se convierte en un medio para facilitar una vida funcional, en lugar de ser el único o principal objetivo. Este enfoque integral requiere que los profesionales posean un conjunto de habilidades más amplio, que trascienda las competencias clínicas tradicionales para abarcar áreas como el apoyo vocacional, el trabajo social y la gestión de recursos comunitarios. Además, refuerza la necesidad imperiosa de una colaboración interdisciplinaria sólida y asociaciones comunitarias efectivas, ya que ninguna disciplina por sí sola puede abordar de manera efectiva las diversas necesidades que comprenden estos dominios esenciales.

### 3.3. Dominios Adicionales: Educación/Empleo, Ocio, Salud Física, Bienestar General

Si bien los dominios obligatorios forman el núcleo de todo PAI, un plan verdaderamente integral e individualizado debe considerar e integrar también dominios adicionales relevantes para las necesidades, aspiraciones y proyecto de vida únicos de la persona. Estos dominios reflejan el compromiso del PAI con el enfoque de la "persona en su totalidad" y su bienestar general.

El dominio de **Educación/Empleo**, a menudo denominado bienestar ocupacional, es crucial para fomentar un sentido de propósito y satisfacción personal. El PAI reconoce la profunda importancia del trabajo o la carrera de una persona en su satisfacción vital general.

Proporciona apoyo vocacional y formación laboral específicos, reconociendo las dificultades significativas que las personas con problemas de salud mental pueden enfrentar para conseguir y mantener un empleo. Las actividades integradas en la comunidad dentro del PAI



frecuentemente incluyen iniciativas de empleo con apoyo, que proporcionan asistencia estructurada para ayudar a las personas a alcanzar sus metas profesionales y contribuir a sus comunidades (S. Baxter et al., 2024; Winter et al., 2022). El caso de Samuel ilustra esto perfectamente: su objetivo de "rehabilitación vocacional/educativa" se concretó en un curso de reparación de ordenadores y un voluntariado en una ONG de reciclaje electrónico.

El **Ocio**, un componente del bienestar social, abarca las conexiones sociales, las relaciones y las vías de expresión personal, incluyendo aficiones y participación activa en la comunidad (Iwasaki et al., 2010, 2013, 2014; Kumar et al., 2023). El PAI apoya activamente la participación en eventos comunitarios locales y fomenta el desarrollo de redes de amistad naturales, reconociendo que una participación social significativa es vital para la salud mental y la calidad de vida general. Esto va más allá de la terapia formal para apoyar conexiones sociales orgánicas. Samuel, por ejemplo, tenía como objetivo "participar regularmente en una actividad de ocio grupal", lo que le llevó a unirse a un grupo de senderismo y a reconectar con su primo para jugar a videojuegos.

La **Salud Física** es otro dominio adicional esencial. El PAI adopta un enfoque verdaderamente holístico que integra explícitamente la salud física con la salud mental y social, reconociendo su conexión inseparable. Aborda la compleja interacción de factores físicos, sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen en el estado de salud de una persona. Esta visión integral incluye un enfoque en la promoción de hábitos de vida saludables como una nutrición adecuada, ejercicio regular, gestión eficaz del peso y estrategias proactivas de prevención de enfermedades (Deste et al., 2023; Heywood et al., 2022; Luciano et al., 2022; McMahan et al., 2022). Al abordar la salud física dentro del contexto de la salud mental, el PAI asegura que las condiciones físicas coexistentes se gestionen y que el bienestar físico general apoye la recuperación mental. El PAI de Samuel incluyó objetivos como "reducir su peso" y "incorporar ejercicio físico regular", con intervenciones que iban desde el apoyo de la enfermera hasta la inscripción en un gimnasio municipal.

Finalmente, el **Bienestar General** abarca dimensiones más amplias de la vida de una persona, incluyendo aspectos emocionales, intelectuales y ambientales. El PAI tiene como objetivo mejorar el bienestar general considerando las ocho dimensiones reconocidas del bienestar. Esto va más allá de la mera ausencia de enfermedad hacia una búsqueda proactiva de una vida saludable y plena, reconociendo que el bienestar es un estado dinámico y autodefinido. Este



enfoque integral reconoce que la satisfacción vital de una persona se deriva de una multitud de factores más allá de sus síntomas clínicos (Caballero et al., 2021; Farquharson & MacLeod, 2014; Scanferla et al., 2023).

La exhaustiva lista de dominios obligatorios y adicionales subraya el enfoque integral del PAI, lo que impone demandas significativas al sistema de salud para expandir su alcance más allá de los límites clínicos tradicionales. Este amplio alcance implica que un solo clínico o incluso una única organización sanitaria no pueden abordar de manera realista todos los aspectos de la vida de una persona. En su lugar, se requiere una colaboración interinstitucional robusta y una comprensión profunda de los recursos comunitarios disponibles. El mandato de la "persona en su totalidad" conduce directamente a la necesidad crítica de "coordinar servicios dentro y entre sectores" y "crear un entorno propicio" que apoye una atención integral. Sin estos apoyos sistémicos y asociaciones intersectoriales, la promesa holística del PAI no puede realizarse plenamente. Esto destaca que el PAI no es solo una herramienta clínica, sino fundamentalmente un marco para la reforma sistémica, impulsando a los sistemas de salud a integrarse sin problemas con los servicios sociales, las agencias de empleo, las instituciones educativas y las organizaciones comunitarias para apoyar verdaderamente la búsqueda de una "vida plena" por parte de la persona.

### 3.4. Características de Calidad: Continuidad, Coordinación, Individualización, Mensurabilidad

La efectividad del PAI depende de la aplicación consistente de varias características de calidad clave. Estas características aseguran que la atención no solo esté centrada en la persona en su filosofía, sino que también sea de alta calidad en su prestación, promoviendo resultados óptimos y una utilización eficiente de los recursos (Bailey, 2019; Canacott et al., 2019; Stanhope, Baslock, et al., 2021; Stanojlović et al., 2023; V. Stewart et al., 2022; Stewart et al., 2024):

- **Continuidad:** Es una característica de calidad primordial del PAI. Asegura transiciones fluidas y un flujo de atención sin interrupciones entre diversos proveedores y entornos, reduciendo significativamente la fragmentación y el riesgo de reingresos. Esto incluye establecer mecanismos robustos de seguimiento a largo plazo y servicios post-alta para apoyar una recuperación sostenida más allá de las fases agudas del tratamiento. Una



experiencia de atención continua minimiza las interrupciones y asegura un apoyo consistente para la persona.

- **Coordinación:** Está intrínsecamente ligada a la continuidad. Un PAI efectivo es inherentemente colaborativo, coordinado y accesible, facilitando el intercambio de información sin fisuras entre todos los proveedores y servicios implicados. La mala coordinación de la atención es un problema bien documentado en el ámbito sanitario, que conduce a consecuencias perjudiciales como la duplicación de pruebas, la sobreprescripción de medicamentos y las hospitalizaciones innecesarias. El PAI mitiga activamente estos riesgos priorizando la comunicación clara y los esfuerzos integrados entre todos los miembros del equipo de atención. Esto incluye la **comunicación multidireccional** (entre profesionales, con la persona y con la familia) y la **coordinación vertical entre niveles** (por ejemplo, entre salud mental especializada y atención primaria, o con servicios sociales), asegurando que todos los profesionales involucrados contribuyan al PAI y que no haya mensajes contradictorios para la persona.
- **Individualización:** Es la piedra angular del PAI. Los planes de atención se adaptan de forma única a las necesidades específicas de la persona, sus metas autodefinidas y sus circunstancias personales, asegurando que las intervenciones sean altamente relevantes y efectivas ([Davidson & Tondora, 2022](#); [Stanhope, Choy-Brown, et al., 2021](#); [Tondora et al., 2022](#)). Esto contrasta con los enfoques estandarizados, reconociendo que el viaje de cada persona es distinto y requiere una hoja de ruta individualizada. Un PAI impuesto, aunque técnicamente impecable, fracasará si la persona no se identifica con él. La individualización también implica calibrar los objetivos para que sean retadores pero alcanzables, considerando las capacidades y limitaciones reales de la persona.
- **Evaluable:** Asegura la rendición de cuentas y facilita la mejora continua. El PAI enfatiza el establecimiento de metas y objetivos claros y medibles, junto con evaluaciones regulares y seguimiento del progreso. Este enfoque sistemático permite realizar ajustes oportunos al plan según sea necesario, asegurando que las intervenciones sigan siendo efectivas y respondan a las necesidades cambiantes de cada persona. La capacidad de rastrear el progreso hacia los resultados deseados es esencial para demostrar el valor

del PAI y para informar la práctica futura. El caso de Samuel es un ejemplo perfecto de cómo se mide el progreso en múltiples dominios, desde el peso corporal hasta la participación social, permitiendo celebrar los logros y ajustar las estrategias.

Un aspecto crucial del PAI es la aparente paradoja de la **estandarización dentro de la atención individualizada**. Si bien el PAI se trata fundamentalmente de adaptar la atención de forma única a cada persona, lograr un PAI de alta calidad requiere procesos estandarizados para garantizar la continuidad, la coordinación efectiva y la mensurabilidad fiable. Esta es una distinción vital: el *contenido* del plan de atención es individualizado, reflejando las preferencias y metas únicas de la persona. Sin embargo, los *mecanismos sistémicos* que permiten esta individualización —como los protocolos de comunicación, las herramientas de evaluación exhaustivas y los calendarios de revisión estructurados— deben estandarizarse para garantizar una calidad, eficiencia y seguridad consistentes en todo el sistema. Por ejemplo, un protocolo estandarizado para las reuniones del equipo interdisciplinar asegura que todas las perspectivas relevantes se consideren para cada plan individualizado. Esto significa que el desarrollo de guías de PAI implica la creación de marcos robustos para el control de procesos y calidad que apoyan la individualización, en lugar de sofocarla inadvertidamente. Este equilibrio entre la estandarización del proceso y la individualización del contenido es clave para la efectividad y escalabilidad del PAI.

### 3.5. Consideraciones Legales y Éticas Básicas

El diseño y la implementación del PAI deben guiarse rigurosamente por principios legales y éticos fundamentales. Estas consideraciones no son periféricas, sino que son esenciales para defender los derechos de la persona, asegurar las responsabilidades profesionales y fomentar un entorno de atención digno y de confianza.

- **Consentimiento Informado:** Es un requisito ético y legal vital en el PAI. Los profesionales están obligados a explicar claramente la naturaleza, el propósito, los posibles riesgos y los beneficios anticipados de todos los servicios e intervenciones propuestos. Esta información debe presentarse en un lenguaje y formato totalmente comprensibles para la persona, asegurando su comprensión y participación voluntaria en el proceso de toma de decisiones. La ausencia de coerción o presión es primordial,



afirmando el derecho de la persona a elegir o rechazar la atención. En España, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente subraya este derecho.

- **Confidencialidad y Privacidad:** Son primordiales para fomentar la confianza y establecer un entorno terapéutico seguro. Mantener la privacidad de la información personal es crucial, ya que las personas deben sentirse seguras de que sus datos sensibles serán protegidos. El acceso a la información personal solo debe concederse cuando sea estrictamente necesario y siempre con el consentimiento explícito de la persona. Es fundamental, sin embargo, que los profesionales conozcan las excepciones legalmente obligatorias a la confidencialidad, como el "deber de advertir" cuando existe una amenaza clara e inminente de daño a uno mismo o a terceros, o las leyes de notificación obligatoria de abuso infantil o de ancianos. El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la UE y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos en España establecen el marco legal.
- **Respeto a la Autonomía:** Este principio dicta que los derechos de las personas a la autodeterminación y a la elección en sus decisiones de atención deben ser defendidos y promovidos. Esto significa reconocer a la persona como el experta en su propia vida y empoderarlo para que dirija su proceso de atención. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006), ratificada por España, es un hito fundamental que consagra este derecho.
- **Beneficencia y No Maleficencia:** Los profesionales están obligados por los principios éticos de promover el bienestar del cliente (beneficencia) y evitar activamente causar daño (no maleficencia). Esto puede generar dilemas éticos complejos, particularmente cuando las elecciones de una persona, aunque autónomas, son percibidas por el clínico como potencialmente conflictivas con sus mejores resultados de salud. Navegar esta tensión requiere una cuidadosa consideración ética y una comunicación hábil.
- **Justicia y Equidad:** Este principio exige que el PAI garantice que todas las personas sean tratadas de manera justa y equitativa, independientemente de su origen o circunstancias. Esto implica considerar activamente las necesidades individuales, los antecedentes culturales y los factores sociales más amplios que pueden influir en el acceso a la atención. El PAI se esfuerza por garantizar un acceso equitativo a los

servicios para todos, abordando las disparidades y promoviendo una atención inclusiva.

- **Estándares Profesionales y Límites:** Los profesionales deben adherirse consistentemente a los códigos de ética y las directrices profesionales establecidas, manteniendo límites apropiados en sus relaciones con las personas que reciben atención. Esto incluye la autorreflexión continua para identificar y gestionar los sesgos personales, y buscar supervisión regular o consulta con colegas cuando se enfrenten a situaciones éticas desafiantes.

La tensión inherente entre promover la autonomía y asegurar la beneficencia significa que la navegación ética no es una preocupación periférica, sino una competencia central para los profesionales del PAI. Si bien los principios éticos como la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia están claramente articulados, como hemos indicado previamente, la realidad práctica a menudo presenta "dilemas clínicos" cuando las elecciones de una persona divergen de los "mejores resultados de salud" percibidos. Esto destaca que el PAI, aunque arraigado en el empoderamiento de las personas, opera dentro de un complejo panorama ético donde el juicio clínico y las preferencias individuales no siempre coinciden (Holm, 2019; Perales et al., 2023). Simplemente enunciar los principios éticos es insuficiente; el manual debe proporcionar una guía concreta sobre cómo los profesionales pueden resolver eficazmente estos conflictos, manteniéndose fieles a la filosofía centrada en la persona del PAI. Esto requiere una sólida formación ética, mecanismos de supervisión robustos y políticas institucionales claras que apoyen a los profesionales en la navegación de estos dilemas. También implica que los marcos legales existentes pueden necesitar evolucionar para apoyar mejor los matices de los enfoques centrados en la persona en casos complejos y desafiantes, asegurando que el espíritu del PAI se mantenga incluso cuando se requieren decisiones difíciles.

### Conclusión del Capítulo

En resumen, un PAI efectivo no es un mero documento, sino un proceso estructurado y dinámico que integra componentes específicos (evaluación, objetivos, intervenciones) a través de dominios holísticos, guiado por características de calidad y principios éticos y legales inquebrantables. La estructura aquí presentada no es una camisa de fuerza, sino el andamiaje necesario para construir una atención verdaderamente individualizada y transformadora. Al comprender y aplicar estos elementos, los profesionales pueden asegurar que cada PAI sea una

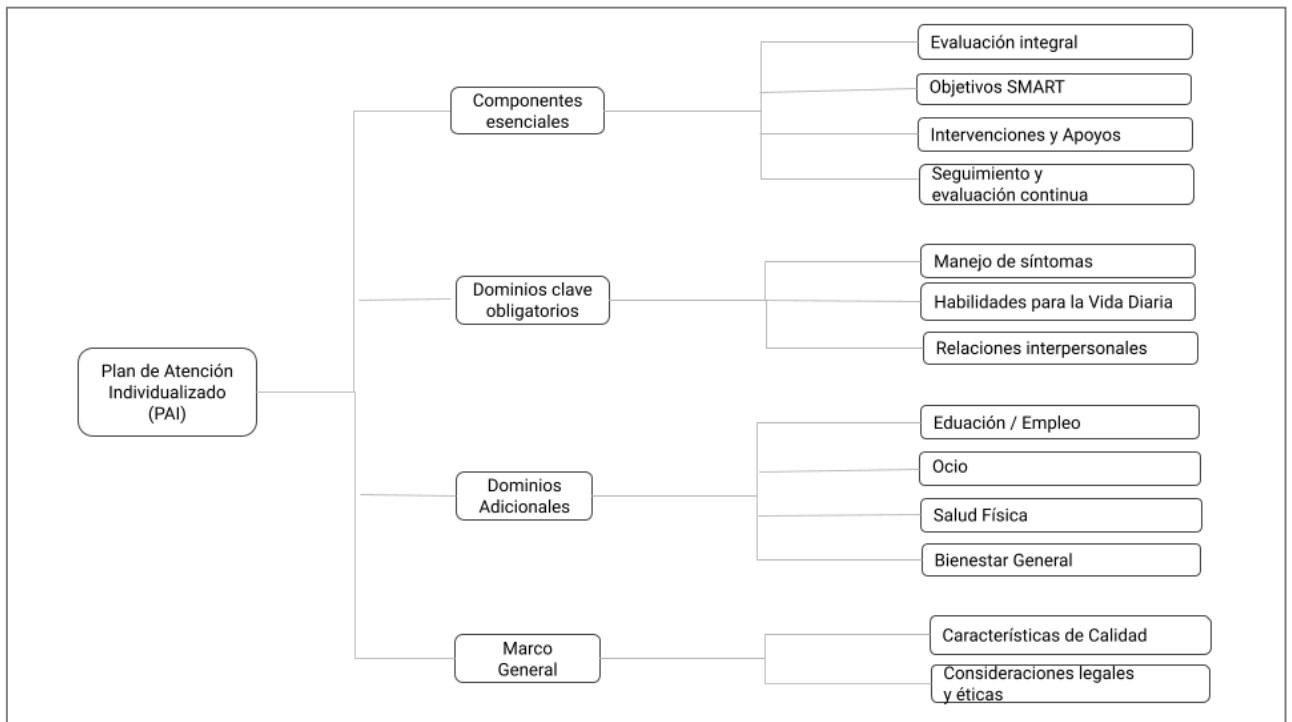




herramienta viva que impulse la recuperación y el bienestar de la persona, superando la fragmentación y la superficialidad que a menudo obstaculizan la práctica.

## Caja de Herramientas del Capítulo 3

Figura 3. Modelo Conceptual de los Componentes Esenciales del PAI



Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Herramienta 3.1: Plantilla Universal del Plan de Atención Individualizado (PAI)

Esta plantilla proporciona una estructura estandarizada que promueve una planificación integral e individualizada, asegurando que todos los componentes necesarios de un PAI se consideren sistemáticamente.

- **Sección 1: Perfil Individual y Visión**
  - Datos demográficos, diagnóstico principal (si aplica).
  - Fortalezas, preferencias, valores.
  - Visión personal de una "vida plena" ("Lo que es importante para mí" / "Lo que es importante para").
- **Sección 2: Resumen de la Evaluación Integral**

- Síntesis de evaluaciones de salud física, salud mental, habilidades para la vida diaria, relaciones interpersonales, educación/empleo, ocio, bienestar espiritual, intelectual y ambiental.
- Puntuaciones de instrumentos validados y *insights* cualitativos.
- **Sección 3: Objetivos Coconstruidos**
  - Metas a largo plazo.
  - Objetivos SMART a corto plazo (preventivos, clínicos, de rehabilitación).
  - Matriz de priorización.
- **Sección 4: Intervenciones y Apoyos Integrados**
  - Intervenciones basadas en la evidencia por dominio funcional.
  - Apoyos personalizados, estrategias de gestión de crisis.
  - Planificación de recursos (apoyos remunerados/no remunerados), responsables, plazos.
- **Sección 5: Plan de Seguimiento y Revisión**
  - Medidas de progreso, frecuencia de reuniones de revisión.
  - Criterios para modificación vs. reformulación.
  - Plan de comunicación.
- **Sección 6: Consideraciones Legales y Éticas**
  - Documentación del consentimiento informado, acuerdos de confidencialidad.
  - Red de apoyo designada.
- **Sección 7: Voz y Firma de la Persona**
  - Espacio para citas directas, preferencias de comunicación.
  - Firmas de la persona atendida, familiares o personas significativas (si el usuario lo considera oportuno) y equipo interdisciplinar.

### Herramienta 3.2: Lista de Verificación de Componentes del PAI

Esta lista de verificación exhaustiva ayuda a los profesionales a asegurar que el enfoque de "persona en su totalidad" del PAI se aplique sistemáticamente, evitando lagunas en la atención y reforzando la naturaleza interdisciplinar del PAI.

- **Dominios Obligatorios:**
  - Manejo de Síntomas: ¿Se identifican síntomas específicos? ¿Se incluyen estrategias de afrontamiento? ¿Se aborda la gestión de la medicación?
  - Habilidades para la Vida Diaria: ¿Se evalúan áreas como el autocuidado, la gestión del hogar y la alfabetización financiera? ¿Se planifican intervenciones de desarrollo de habilidades?
  - Relaciones Interpersonales: ¿Se evalúan las conexiones sociales? ¿Se incluyen intervenciones para la construcción de relaciones o habilidades sociales? ¿Se considera la participación familiar?
- **Dominios Adicionales (según relevancia):**
  - Educación/Empleo: ¿Se exploran las metas vocacionales o las aspiraciones educativas? ¿Se consideran los servicios de empleo con apoyo?
  - Ocio: ¿Se identifican aficiones e intereses recreativos? ¿Se facilitan actividades de ocio comunitarias?
  - Salud Física: ¿Se evalúa la salud física y se integra en el plan? ¿Se incluyen intervenciones de estilo de vida saludable?
  - Bienestar General: ¿Se consideran los aspectos emocionales, espirituales, intelectuales y ambientales del bienestar?
- **Características de Calidad:**
  - Continuidad: ¿Se planifican las transiciones? ¿Se describe el seguimiento a largo plazo?
  - Coordinación: ¿Es evidente la comunicación interdisciplinar? ¿Están claros los roles y responsabilidades?



- Individualización: ¿El plan es claramente único para la persona? ¿Refleja sus preferencias?
  - Mensurabilidad: ¿Hay objetivos SMART? ¿Se definen las medidas de progreso?
  - **Consideraciones Legales/Éticas:**
    - ¿Está documentado el consentimiento informado? ¿Se aborda la confidencialidad? ¿Se respeta la autonomía individual?
    - ¿Se han considerado los derechos y la voluntad de la persona en todo momento?
- 

### **Caso de Práctica: Diseño Completo de un PAI – Caso "Samuel"**

Este Foco de Práctica final ilustra un ejemplo realista y completo del diseño de un Plan de Atención Individualizado, integrando todos los componentes y consideraciones discutidas en el capítulo. Presentamos el caso de Samuel, un personaje ficticio construido a partir de situaciones habituales en los servicios de salud mental, y recorreremos el proceso de elaboración de su PAI paso a paso. El objetivo es ilustrar cómo traducir la teoría a la práctica, mostrando las decisiones clínicas, éticas y de coordinación que un equipo realiza al confeccionar un PAI, así como la estructura final del plan resultante.

**Perfil del caso:** Samuel es un hombre de 30 años, soltero, que fue diagnosticado hace 8 años con trastorno esquizoafectivo bipolar. Tras varios ingresos en una unidad de agudos, actualmente vive en la comunidad en un piso compartido supervisado por un programa de apoyo social. Su cuadro clínico actual incluye síntomas residuales leves (algunas ideas de referencia esporádicas bajo estrés, insomnio ocasional) y fases de ánimo relativamente estables con medicación. Sin embargo, Samuel presenta dificultades significativas en el funcionamiento psicosocial: está desempleado desde el inicio de la enfermedad, abandonó sus estudios universitarios, tiene hábitos muy sedentarios (pasa gran parte del día fumando y navegando por internet) y sus relaciones sociales se reducen a los compañeros del piso (con quienes apenas interactúa) y las visitas quincenales a sus padres. Refiere sentimientos de apatía y vacío, diciendo “no sé qué hacer con mi vida”.



En la evaluación integral, el equipo detecta: habilidades de autocuidado básicas conservadas (se asea y alimenta por sí mismo, aunque con poca motivación), pobre manejo del hogar (el piso se lo encuentran desordenado, no plancha su ropa, etc., tareas que suelen resolver las educadoras del programa); niveles altos de ansiedad social (evita salir solo a lugares concurridos); sobrepeso y colesterol elevado (efecto de medicación + inactividad); sueño invertido (se acuesta de madrugada y se levanta pasado el mediodía); cognición con ligera memoria y atención disminuidas; y total desvinculación laboral/educativa. En la entrevista motivacional, Samuel expresa: "Me siento estancado. Quisiera trabajar algún día, o al menos terminar algo de estudio, pero no creo poder con la presión. También extraño tener amigos; perdí el contacto con todos. Lo que más me gustaba era la informática, solía reparar computadores de amigos, pero ahora hace años que no toco nada de eso." Sus valores aparentes giran en torno a ser independiente y útil. También admite que le gustaría "sentirse en forma" de nuevo, ya que ha ganado 20 kg.

Con este panorama, el equipo (psiquiatra, psicóloga, terapeuta ocupacional, trabajador social, enfermera y educadora de piso), junto con el propio Samuel y su madre (a quien él invitó a participar en la sesión inicial), se reúnen para elaborar el PAI de Samuel. Siguen un orden lógico:

1. **Identificación de necesidades y dominios prioritarios:** Tras discutir el caso, se acuerda que los dominios más acuciantes para Samuel son empleo/actividad productiva, estructuración de rutinas diarias, habilidades sociales e integración, y salud física/hábitos saludables. El manejo de síntomas no se ve como problema principal actualmente (está bastante estable con medicación), pero se mantiene presente la necesidad de seguimiento psiquiátrico regular. La familia (su madre) expresa preocupación porque "lo ve sin rumbo y deteriorándose físicamente". Samuel coincide en que su mayor frustración es "no hacer nada útil" y "estar solo". Así, se priorizarán objetivos en esas áreas, sin descuidar el mantenimiento clínico.
2. **Definición de objetivos generales:** El equipo propone 4 objetivos generales para el próximo año:
  - **Objetivo 1: Rehabilitación vocacional/educativa.** Que Samuel adquiera formación y experiencia para retomar una actividad laboral significativa.

- **Objetivo 2: Organización de la vida diaria.** Que Samuel establezca rutinas diarias saludables (sueño, autocuidado, tareas domésticas, uso del tiempo libre).
- **Objetivo 3: Integración social y recreativa.** Que Samuel amplíe su red social y participe en actividades comunitarias gratificantes, reduciendo su aislamiento.
- **Objetivo 4: Mejoría de salud física.** Que Samuel adopte hábitos para mejorar su condición física (peso, estado cardiovascular, higiene de sueño).  
Samuel está de acuerdo con todos; agrega que le haría ilusión “hacer algún curso de informática” como parte del primer objetivo, y “quizá ir al gimnasio” para el cuarto. Se anotan esas preferencias.

### 3. Elaboración de objetivos específicos y plan de intervenciones:

Para cada objetivo general, se establecen metas concretas a 6 meses (revisables a 12):

- **Objetivo 1 (Vocación)**
  - **Meta 1.1:** “Samuel completará un curso básico de reparación de ordenadores de 3 meses de duración (enero-marzo), con asistencia  $\geq$  90% y aprovechamiento satisfactorio (certificado final).”
  - **Meta 1.2:** “Al finalizar el curso, elaboraremos con Samuel un CV y se inscribirá en al menos 3 bolsas de empleo relacionadas (o valorará prácticas).”
  - **Meta 1.3:** “Samuel realizará un voluntariado o práctica formativa en un taller de informática comunitario al menos 4 semanas, para ganar experiencia (antes de final de año).”
  - **Intervenciones Objetivo 1:** Trabajadora Social (TS) se encargará de buscar e inscribir a Samuel en un curso adecuado (halló uno en un centro cívico local que inicia en enero). Previamente, Terapeuta Ocupacional (TO) realizará con él un taller de habilidades prelaborales (diciembre) para que recupere hábitos de puntualidad, interacción en ambiente formativo, etc. Psicóloga trabajará autoeficacia y manejo de ansiedad anticipatoria por el curso. TS también contactará una ONG de

reciclaje electrónico donde permiten voluntarios -esto pensado para Meta 1.3. Durante el curso, educadora del piso apoyará a Samuel con recordatorios de horario y preparando materiales, si hace falta. Al acabar, TS y Samuel juntos harán el CV y lo registrarán en plataformas (Meta 1.2). Indicador: final de marzo, curso aprobado + CV realizado.

○ **Objetivo 2 (Rutinas)**

- **Meta 2.1:** "Samuel regulará su ciclo de sueño: se dormirá antes de medianoche al menos 5 de cada 7 días y se levantará antes de las 9am en igual proporción, durante 2 meses consecutivos."
- **Meta 2.2:** "Samuel asumirá tareas domésticas en su piso: limpiará su habitación semanalmente y colaborará en limpieza de áreas comunes quincenalmente, según registro del piso, durante 3 meses seguidos."
- **Meta 2.3:** "Samuel reducirá su consumo de tabaco a 5 cigarrillos o menos al día (actualmente ~15) para el mes de junio."
- **Intervenciones Objetivo 2:** La Educadora del piso elaborará junto a Samuel un horario diario estructurado, incorporando horas fijas para despertarse, actividades (cursos, salidas, ejercicio), comidas y ocio, y hora de acostarse. Se pegará en su habitación. Enfermera sugiere utilizar una app de alarma inteligente para ayudar en los despertares. TO hará un entrenamiento en higiene del sueño: restringir siestas, técnicas de relajación nocturna. En asamblea del piso, se asignará formalmente a Samuel la tarea de limpieza de ciertos espacios con supervisión semanal -Educadora verificará y elogiará cumplimiento, enseñándole si desconoce alguna tarea. Para el tabaco, se propone derivar a Samuel al programa de tabaquismo del centro de salud: Enfermera de salud mental le acompañará a la primera cita con la enfermera de atención primaria experta en deshabituación. Posiblemente le receten parches de nicotina; Psiquiatra coordinará para ajustes si interactúa con su tratamiento. Además, Psicóloga le enseñará habilidades de reducción de ansiedad sin cigarrillo

(respiración, etc.). Indicadores: registros de sueño (se llevará diario de sueño), registros del personal de piso sobre limpiezas, conteo de cigarrillos diario (Samuel llevará cuenta, validada por enfermera con niveles de CO exhalado quizás).

○ **Objetivo 3 (Social)**

- **Meta 3.1:** "Samuel asistirá a un grupo terapéutico de habilidades sociales semanal durante 4 meses y demostrará mejoras (evaluado por terapeuta, escala de habilidades sociales pre/post)."
- **Meta 3.2:** "Samuel iniciará al menos una amistad nueva o retomará una existente, quedando con esa persona fuera del contexto terapéutico al menos 2 veces al mes para agosto (autoinforme de interacciones sociales)."
- **Meta 3.3:** "Samuel participará regularmente en una actividad de ocio grupal: por ejemplo, incorporarse al grupo de senderismo local, asistiendo a >70% de salidas en 3 meses seguidos."
- **Intervenciones Objetivo 3:** Psicóloga dirigirá un grupo de habilidades sociales en el centro de rehabilitación, al cual Samuel se sumará (empieza en febrero). Terapeuta Ocupacional y Educadora identificarán con Samuel alguna actividad recreativa de su interés: tras explorar, Samuel muestra curiosidad por el senderismo (nunca lo hizo pero le gustaría estar al aire libre) y también le atrae la idea de unirse a un club de fans de videojuegos que vio en Facebook. Se decide: TO acompañará a Samuel las primeras veces a un grupo de senderismo para jóvenes que organiza una asociación (ya contactada por TS), para romper el hielo. Además, el equipo anima a Samuel a reconectar con un primo de su edad con quien jugaba videojuegos (él aún tiene su contacto). En el PAI se deja anotado: "Familia (madre) facilitará contacto del primo; Samuel se compromete a invitarlo a tomar algo este mes." También se invita a Samuel a asistir al club social del centro de día los viernes (espacio informal con juegos). Indicadores: al menos



una interacción social significativa mantenida; auto-informe de satisfacción social sube X puntos.

○ **Objetivo 4 (Salud física)**

- **Meta 4.1:** "Peso de Samuel reduciéndose ~0,5 kg por semana hasta perder 8 kg en 6 meses; perímetro abdominal disminuye 5 cm; colesterol LDL <130."
- **Meta 4.2:** "Samuel incorporará ejercicio físico regular: mínimo 30 min de caminata rápida 5 veces/semana durante 3 meses consecutivos (monitoreado por pulsera o app)."
- **Meta 4.3:** "Mejorará parámetros de sueño (se solapa con 2.1) y vitalidad diurna (escala de somnolencia diurna de Epworth <10)."
- **Intervenciones Objetivo 4:** Médico de cabecera ya indicó dieta; Enfermera de salud mental repasará con Samuel principios de una alimentación saludable (psicoeducación nutricional) y hará seguimiento de peso y tensión mensual. Se proveerá a Samuel de una pulsera de actividad sencilla para contar pasos (recurso obtenido gracias a un proyecto de salud digital). Educadora del piso animará a salidas diarias a caminar, incluso acompañándolo inicialmente. También se gestionó su inscripción en un gimnasio municipal con precio reducido por discapacidad: TS tramita eso, pero se acuerda que primero comience con caminar y senderismo (del obj.3) para no agobiarlo. Psiquiatra evaluará posibilidad de ajustar su medicación que contribuye a sobrepeso (quizá cambiar a antipsicótico con menos efecto metabólico si mantiene estabilidad, con consentimiento de Samuel). Indicadores medibles: peso en kg, análisis sanguíneos (colesterol, glucosa), etc., comparados base vs 6 meses.

4. **Coordinación y responsabilidades:** En el PAI de Samuel quedó claro qué profesional lidera cada área: TS coordina obj.1, Educadora y TO lideran obj.2, Psicóloga obj.3, Enfermera y médico obj.4, psiquiatra seguimiento general. Se nombra a la Enfermera comunitaria como Case Manager para que supervise la implementación global y llame

a minireuniones mensuales de seguimiento. Se comparte el PAI (vía sistema informático seguro) con el médico de cabecera y con la ONG de voluntariado (solo la parte relevante de obj.1, con permiso de Samuel). La madre de Samuel tiene copia de las recomendaciones para ella (p.ej., que refuerce horarios, facilite contacto con primo, etc.). Todos firman una hoja de consentimiento de plan compartido.

5. **Aspectos ético-legales en el caso:** Samuel tiene plena capacidad jurídica, así que todo fue consensado con él. Se dejó constancia de su consentimiento para cada derivación externa. Se cuidó la confidencialidad: por ejemplo, al inscribirle en el senderismo no se reveló su condición clínica, solo que es un usuario de un servicio social. Desde ética, se vigiló no sobreproteger: aunque vive en piso supervisado, se le dio margen de autonomía (no se pusieron vigilancias excesivas, solo las necesarias). Samuel estuvo presente en todas las discusiones -empoderándole- y su madre solo opina con su permiso. No hubo dilemas severos; quizá el más notable fue su tabaquismo: él estaba ambivalente en dejarlo, pero se negoció un plan de reducción en lugar de abstinencia absoluta de inicio, respetando su ritmo (autonomía).
6. **Ejecución y seguimiento:** Con el PAI en marcha, Samuel comenzó el curso de informática en enero, asistiendo puntualmente (motivación alta al ser algo de su interés). Los primeros días tenía ansiedad, pero la Psicóloga le ayudó con técnicas de respiración y tras un par de semanas estaba más cómodo. En febrero, simultáneamente, inició el grupo de habilidades sociales: allí, aunque tímido al principio, fue ganando soltura para presentarse y conversar. Empezó a aplicar algunas técnicas en el piso (ej., proponer ver una película con sus compañeros, cosa que antes no hacía). Para marzo, Samuel ya caminaba casi a diario porque combinaba el "entrenamiento" de ejercicio con su nueva rutina: descubrió que caminar por las mañanas escuchando música le despejaba y aprovechaba para llegar a la biblioteca con internet, donde hacía tareas del curso. Perdió 3 kg en 2 meses. Su horario de sueño mejoró un poco: se dormía sobre la 1 am (antes 3-4 am) y se levantaba a las 10 (antes mediodía), aún no en la meta pero avanzando. La Educadora notó que su habitación y aspecto personal estaban más cuidados; al haber más estructura en su día, espontáneamente empezó a asearse más. Hacia abril, completado el curso de ordenadores con buenos resultados, TS y Samuel elaboraron su CV. Para sorpresa de Samuel, el instructor del curso lo recomendó para un pequeño trabajo freelance:

arreglar computadores usados que la asociación donaría luego. Era voluntario con incentivos, pero esto emocionó a Samuel. Con apoyo del equipo, aceptó y durante mayo-junio hizo ese voluntariado 2 mañanas a la semana. Esto se sumó a sus caminatas (a veces iba caminando hasta la asociación) así que su peso y ánimo seguían mejorando. En lo social, un gran hito: retomó contacto con su primo gamer vía WhatsApp en marzo. Al principio charlaban virtualmente de videojuegos; en abril quedaron para jugar una tarde en casa del primo. Samuel estaba ansioso pero tras el grupo de habilidades sociales se sintió capaz. El encuentro fue bien y repitieron semanalmente. Ya para junio, Samuel había incorporado esa visita como parte de su ocio. Además, fue a 3 salidas de senderismo con la asociación: la primera le costó integrarse, la segunda ya habló con un par de personas, y la tercera incluso hizo migas con un chico de su edad que resultó también fan de la informática. Intercambiaron teléfonos para quedar a jugar básquet algún día. Todo esto indicaba que se estaba tejiendo esa red de apoyo incipiente.

7. **Evaluación intermedia (6 meses):** En junio se llevó a cabo la reunión de revisión formal del PAI de Samuel. Se analizaron cada meta e indicador:
- **Objetivo 1 (vocación):** Meta 1.1 (curso) lograda con éxito (asistencia 95%, certificado obtenido). Meta 1.2 (CV y bolsas) cumplida (CV hecho, inscrito en 5 portales con ayuda de TS). Meta 1.3 (voluntariado) cumplida en parte: realizó 2 meses de voluntariado en la asociación, con muy buena referencia. De hecho, la asociación propone extenderlo. Samuel expresa sentirse útil y haber recuperado destrezas de técnico.
  - **Objetivo 2 (rutinas):** Meta 2.1 (sueño) parcialmente lograda: mantiene horario más regular pero no alcanza la meta totalmente (duerme de 1am a 9-10am 5 días/semana; objetivo era antes de medianoche). Se decide mantenerla con nuevas estrategias (médico ajustará un poco medicación por la noche para inducir más sueño, y se sugiere cortar cafeína después de las 18h). Meta 2.2 (tareas domésticas) lograda: informes del piso confirman que Samuel se ocupa de su habitación y participa en limpiezas conjuntas. Meta 2.3 (tabaco) en progreso: Samuel redujo a ~6-7 cigarrillos/día (de 15 iniciales). No llegó a <5 aún pero está cerca. Se felicita el avance y se anima a continuar; Enfermera

programa retomar intensivamente plan de tabaco (quizá cambio de parche por chicles de nicotina, etc.).

- **Objetivo 3 (social):** Meta 3.1 (grupo social skills) lograda: completó 4 meses de grupo; la evaluación de la psicóloga muestra mejoría en asertividad (subió 10 puntos en escala). Meta 3.2 (amistad nueva o retomada) lograda: contacto con primo restablecido y frecuente (lo consideran amistad recuperada), e incluso incipiente amistad con compañero de senderismo. Meta 3.3 (ocio grupal) lograda: participó en >70% de salidas de senderismo en último trimestre. Samuel reporta que ahora espera con ganas esas salidas mensuales y se siente más confiado en ambientes grupales.
- **Objetivo 4 (salud física):** Meta 4.1 (peso y parámetros) en buen camino: perdió 6 kg de 8 previstos (no total pero muy significativo); perímetro bajó 4 cm; colesterol de 250 a 200 (casi dentro de rango). Meta 4.2 (ejercicio) lograda: gracias a caminatas, senderismo y ahora incluso jugar básquet ocasional con amigo, supera los 30 min diarios la mayoría de días (lo registró en su pulsera, mostrada con orgullo). Meta 4.3 (sueño/vitalidad) ligada a 2.1: no del todo pues sigue con leves quejas de somnolencia matinal, pero mejoró respecto a inicio.

En general, el progreso de Samuel es notable. En la reunión, tanto él como su madre se mostraron emocionados al repasar estos cambios. Samuel dijo: "Hace medio año ni me imaginaba poder hacer todo esto. Ahora me siento más capaz y con ganas de seguir mejorando." Su autoestima claramente subió. El equipo y él ajustaron el PAI para los próximos 6 meses: se planteó nuevos retos como quizás buscar un empleo remunerado (el voluntariado podría convertirse en contrato part-time, se explorará), continuar reduciendo tabaco hasta cese, adelantar más la hora de sueño, y tal vez independizarlo gradualmente del piso supervisado si consolida habilidades (esto a más largo plazo).

Se documentaron estos cambios en la actualización del PAI (versión junio). Plan: próxima revisión en diciembre. Se mantuvieron las intervenciones exitosas (seguir apoyando ocio, ejercicio, etc.) y se añadieron nuevas (ej., TS ayudará a tramitar posible subsidio por desempleo como paso a empleo; Psicóloga comenzará un módulo de proyecto de vida con Samuel para que vislumbre metas a 2 años, etc.).



**Consideraciones finales del caso:** Este caso Samuel muestra cómo un PAI bien articulado puede lograr mejoras en múltiples dimensiones. La clave fue combinar intervenciones clínicas, psicosociales y comunitarias, con fuerte énfasis en lo ocupacional y social, respondiendo a los deseos del propio Samuel. Se respetó su ritmo (por ejemplo, no se le presionó a empleo directo sino paso a paso) y se integró la perspectiva de sus familiares de forma positiva (la madre está muy satisfecha viendo a su hijo más activo). El plan también supo adaptarse: se ajustaron algunas metas (sueño y tabaco) en lugar de considerarlas fracasos, con la intención de perseverar. Samuel fue siempre tratado como el protagonista de su plan, lo cual demostró su efecto empoderante -pasó de la apatía a tener iniciativa en algunas áreas. Además, el caso resalta la importancia de la coordinación intersectorial: colaboración con centro cultural, asociación voluntariado, centro de salud, etc., sin la cual no se habrían logrado estos objetivos holísticos. En términos éticos, se respetó la autonomía (Samuel consintió todo, pudo opinar; incluso decidió a qué actividades sumarse de entre varias opciones), se hizo beneficencia (clara mejoría en su bienestar), no maleficencia (ninguna intervención le causó daño, y se vigiló su salud física), y se promovió justicia al darle acceso a recursos comunitarios normalizados. Legalmente, todo dentro de la normativa. Si Samuel mantuviera este plan, es previsible que en algún momento se hable de alta del programa supervisado a una vida más independiente, que sería la meta última de recuperación.

Este ejemplo práctico encapsula la esencia del PAI: un proceso estructurado pero flexible, centrado en la persona, que combina evaluaciones rigurosas con metas personalizadas y acciones concretas, medibles y coordinadas. A través del caso de Samuel, podemos apreciar la potencia transformadora de un buen PAI: no es magia, sino el resultado de un trabajo metódico, creativo y humano a la vez, que facilita que la persona despliegue su potencial y recupere parcelas de su vida que la enfermedad le había arrebatado. En manos de profesionales competentes y con la participación activa del usuario, el PAI se confirma como ese "instrumento central" capaz de articular evaluaciones, objetivos e intervenciones en un camino efectivo hacia la recuperación y el bienestar integral.

# CAPÍTULO 4: Metodología de Evaluación Integral para el PAI

## Introducción

La fase de evaluación constituye los cimientos sobre los que se edificará todo el Plan de Atención Individualizado. Un PAI robusto, significativo y eficaz es el resultado directo de un proceso de evaluación igualmente robusto, significativo y eficaz. Este principio es universalmente reconocido en cualquier guía de buena práctica clínica. Sin embargo, a pesar de este consenso, la práctica evaluativa tradicional en salud mental es, en muchos aspectos, fundamentalmente defectuosa para los objetivos de la recuperación. Se ha identificado una brecha crítica que se manifiesta en tres dimensiones:

1. **Una Brecha de Foco:** La evaluación tradicional está abrumadoramente sesgada hacia el déficit, la sintomatología y la patología. Se convierte en un ejercicio de catalogación de problemas, ignorando sistemáticamente las fortalezas, las capacidades preservadas y los recursos de la persona, que son, paradójicamente, los verdaderos motores de la recuperación.
2. **Una Brecha de Voz:** El proceso es a menudo unidireccional. El profesional, investido de su rol de experto, pregunta, mide y diagnostica, mientras que la persona asume un rol pasivo de receptor. Se silencia así la pericia fundamental que la persona posee sobre su propia vida, sus valores y sus aspiraciones.
3. **Una Brecha de Integración:** La evaluación es frecuentemente fragmentada. Las distintas disciplinas (psiquiatría, psicología, trabajo social) operan en silos, cada una aplicando sus propias herramientas y generando informes separados. El resultado es un mosaico roto, una visión incompleta y a menudo contradictoria de la persona, que imposibilita una planificación verdaderamente holística.

Este capítulo tiene como objetivo fundamental proporcionar la solución a estas brechas. No se trata de describir "otro" protocolo de evaluación, sino de presentar una **nueva metodología y filosofía de la evaluación** que es, por diseño, holística, basada en fortalezas, participativa e interdisciplinar. Argumentaremos que esta es la única forma de evaluación que puede servir de base para un PAI verdaderamente transformador. Para ilustrar este proceso, seguiremos el caso

de María, una joven que se enfrenta a su primer episodio psicótico, mostrando cómo cada fase de esta metodología contribuye a construir una comprensión profunda y empoderante de su situación.

## 4.1. Fases de Evaluación: La Solución a la Brecha de Foco

El proceso de evaluación para el PAI no es un acto único, sino una secuencia lógica y progresiva que se desarrolla en tres fases interconectadas. Este flujo garantiza que la planificación se base en una comprensión profunda y equilibrada de la persona.

- **Fase 1: Evaluación Holística Inicial:** El punto de partida es obtener una visión panorámica de la persona en su contexto vital. Esta fase busca responder a la pregunta: "¿Quién es esta persona, más allá de su diagnóstico?". Se trata de un proceso de "escucha biográfica" donde se recopila información sobre su historia de vida, su estructura familiar y social, su trayectoria educativa y laboral, sus intereses y los eventos vitales significativos que han marcado su existencia.
- **Fase 2: Identificación de Necesidades y Dificultades:** Una vez establecida una comprensión global, la segunda fase se centra en identificar las áreas donde existen necesidades de apoyo. Se exploran las dificultades que la persona experimenta en los distintos dominios de su vida, analizando las barreras, tanto internas (síntomas, déficits de habilidades) como externas (estigma, falta de recursos).
- **Fase 3: Mapeo de Potenciales, Fortalezas y Recursos:** Esta es la fase que constituye la solución directa a la **Brecha de Foco** y que distingue radicalmente la evaluación para un PAI. En lugar de detenerse en el análisis de los déficits, el proceso da un giro deliberado hacia la identificación de los aspectos positivos. Este "mapeo de potenciales" no es un mero ejercicio de positivismo; es un **factor causal directo de empoderamiento**. Un enfoque basado en el déficit puede reforzar inadvertidamente una narrativa de patología e incapacidad. Por el contrario, el mapeo de potencialidades fomenta activamente una autopercepción positiva al reconocer y validar las capacidades inherentes de quien recibe la atención. Al identificar recursos internos (resiliencia, creatividad) y externos (familia, comunidad), se facilita la coconstrucción de objetivos



alcanzables que aprovechan estas fortalezas, lo que a su vez aumenta la implicación y el sentido de autoeficacia. Este cambio de filosofía en la evaluación es crítico, pues transforma la relación terapéutica desde el inicio.

#### **Aplicación Práctica: El Doble Foco en la Evaluación de María**

El potencial transformador de este enfoque se evidencia en el caso de María. Mientras que el informe de alta la definía por sus déficits ("aislamiento social", "abandono de estudios", "síntomatología delirante"), el mapeo de potenciales reveló una "futura ilustradora" con un "gran talento para el dibujo", "habilidades de autocuidado preservadas" y una "familia implicada y dispuesta a colaborar". Esta reformulación no fue un mero cambio de palabras; fue el primer paso que desbloqueó su motivación y redefinió su identidad más allá de la de "paciente".

## **4.2. Instrumentos Validados: Rigor para el Diálogo**

Aunque la evaluación para el PAI tiene una parte cualitativa y dialógica, la utilización de instrumentos estandarizados y validados es una práctica necesaria que aporta objetividad, sistematicidad y la posibilidad de medir el cambio. Estas herramientas no sustituyen la entrevista clínica, sino que la complementan. Su uso se enmarca en el concepto de Cuidado basado en la evaluación (*Measurement-Based Care*, [MBC]), una práctica ética que, según la evidencia, se asocia a mejores resultados clínicos (Boswell et al., 2023; Hong et al., 2021; Martin-Cook et al., 2021; Van Sonsbeek et al., 2023; Waldrop & McGuinness, 2017).

- **Evaluación del Funcionamiento Psicosocial y la Discapacidad:**
  - **World Health Organisation Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0** (Garin et al., 2010; Üstün, 2010): Es el instrumento de referencia para medir la salud y la discapacidad desde la perspectiva de la CIF. Evalúa el funcionamiento en seis dominios (cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas, participación). Su versión española ha demostrado buenas propiedades psicométricas: mostró excelente consistencia interna ( $\alpha = .96$ ), alta fiabilidad test-retest (ICC = .98; IC 95% = .97, .99) y validez





convergente sólida frente al SF-36 ( $r = -.70$ , componente físico;  $r = -.67$ , componente mental).

- **Escala de Funcionamiento Breve, FAST** (Lujan-Lujan et al., 2022; Patterson et al., 2006) : Diseñada para trastornos mentales graves, evalúa seis áreas: autonomía, funcionamiento laboral, cognición, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. Su versión española ha sido validada, mostrando ser una herramienta útil y ágil mostrando buenas propiedades psicométricas, como alta consistencia interna (alfa de Cronbach  $\approx 0,87$ ), buena fiabilidad interobservador (CCI=0,86) y test-retest (CCI=0,77). También muestra validez convergente y discriminante aceptables con otras escalas de funcionalidad y salud mental.
- **Evaluación de la Calidad de Vida:**
  - **WHOQOL-BREF, OMS** (Pedrero-Pérez et al., 2018; Whoqol Group, 1998): Cuestionario autoadministrado que evalúa la percepción subjetiva de la calidad de vida en cuatro dominios (salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente). Captura la perspectiva de la propia persona sobre su bienestar y dispone de versión española validada, mostrando una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach  $\approx .88$ ) y una estructura multidimensional confirmada que evalúa calidad de vida en los cuatro dominios
  - **Entrevista de Calidad de Vida de Lehman, L-QoLI** (Chávez et al., 2005): Explora tanto las circunstancias de vida objetivas como la satisfacción subjetiva en diversas áreas. Está adaptada y utilizada en el ámbito clínico español, evidencia una fiabilidad aceptable a buena, con consistencia interna por dominios que oscila entre .34 y .98 y test-retest en rangos de .40 a .86. Además, se ha comprobado validez convergente frente a otras escalas de funcionamiento y calidad de vida, siendo relevante para la evaluación integral del bienestar subjetivo y objetivos vitales en personas con trastorno mental grave.

- **Evaluación de Necesidades:**
  - **Cuestionario de Camberwell para la Evaluación de Necesidades, CAN/CANE** (Rosales-Varo et al., 2002): Diseñado para identificar las necesidades en 22 dominios, recogiendo la perspectiva tanto del usuario como del profesional, lo que permite identificar discrepancias y consensos. Cuenta con versión española validada tanto en personas mayores como en adultos con trastorno mental grave. El grado de concordancia entre persona usuaria y profesional fue de moderado a fuerte. La fiabilidad interjueces fue muy alta ( $r = 0,986$  para personas usuarias,  $r = 0,976$  para profesionales;  $p < 0,01$ ), y la fiabilidad test-retest también fue elevada ( $r = 0,791$  para personas usuarias y  $r = 0,766$  para profesionales;  $p < 0,01$ ).

#### **Aplicación Práctica: Los Instrumentos como Mapa para María**

Los instrumentos proporcionaron un mapa objetivo de la situación de María:

- **WHODAS 2.0:** Mostró dificultades significativas en "Participación en la sociedad" y "Relaciones", pero puntuaciones mucho mejores en "Autocuidado", confirmando sus fortalezas.
- **WHOQOL-BREF:** Reveló una calidad de vida percibida muy baja, especialmente en el dominio psicológico, señalando el impacto de la ansiedad y la pérdida de esperanza.

Estos datos no etiquetaron a María, sino que permitieron al equipo y a ella misma comprender con precisión dónde se concentraban las dificultades y dónde residían las capacidades, orientando la planificación de forma mucho más eficaz.

### **4.3. La Evaluación como Diálogo: La Solución a la Brecha de Voz**

Esta dimensión de la evaluación es la solución directa a la **Brecha de Voz**. Se fundamenta en el principio de que la persona es la experta en su propia vida y que la evaluación debe ser un proceso colaborativo. Es crucial entender que, en este paradigma, **la evaluación es una**



**intervención terapéutica en sí misma.** El proceso de ser escuchado, de que la propia perspectiva sea validada y de participar activamente en la definición de la propia situación, construye la alianza terapéutica, fomenta la propiedad del proceso y siembra las semillas del empoderamiento desde el primer contacto.

Para estructurar este diálogo, el marco **"Importante Para / Importante Qué"** (*Important To / Important For*) de Sanderson y Lewis (2011) es una herramienta de incalculable valor:

- **"Importante Para"** explora las preferencias, sueños, relaciones y rutinas que la persona valora; aquello que da sentido y propósito a su vida. Se investiga a través de técnicas como la entrevista sobre el proyecto de vida o la historia de vida.
- **"Importante Qué"** abarca las consideraciones relacionadas con su salud, seguridad y roles sociales valorados; aquello que los profesionales y la familia consideran necesario para su bienestar.

Este marco permite una conversación transparente que equilibra ambos aspectos, transformando un potencial conflicto en una negociación colaborativa.

La **participación de la familia**, siempre con el consentimiento de la persona, enriquece este diálogo, aportando un contexto valioso y ayudando a identificar tanto necesidades como recursos de apoyo.

#### **Aplicación Práctica: El Diálogo Evaluativo con María**

La conversación con María se estructuró en torno al marco "Importante Para / Importante Qué":

- **Importante Para María:** Su proyecto de vida de ser ilustradora, volver a la universidad, reconectar con sus amigas y su pasión por el dibujo.
- **Importante Qué (según el equipo y la familia):** Mantener la estabilidad sintomática, desarrollar estrategias de afrontamiento para el estrés, evitar una reincorporación académica precipitada.

Este marco permitió una negociación transparente. En lugar de una imposición, se llegó a un acuerdo: "Entendemos que volver a la universidad es tu máxima prioridad. ¿Cómo podemos trabajar juntos para que lo hagas de la forma más segura y exitosa posible, quizás empezando por un taller de pintura en el centro cívico para recuperar la confianza y la rutina?".



## 4.4. Síntesis Interdisciplinar: La Solución a la Brecha de Integración

La evaluación integral genera una gran cantidad de información diversa. La síntesis interdisciplinar es la solución directa a la **Brecha de Integración**. Sin este paso, la evaluación, por muy exhaustiva que sea en sus partes, seguirá siendo un mosaico roto.

La reunión de síntesis interdisciplinar es el espacio formal donde cada miembro del equipo aporta su perspectiva para construir colectivamente una "comprensión compartida". El objetivo no es simplemente agregar informes, sino crear una **nueva narrativa, una formulación integradora** que dé sentido a la situación de la persona. Esta formulación debe describir la situación actual de forma holística, listar las necesidades prioritarias e inventariar las fortalezas y recursos. Esta narrativa compartida es el verdadero producto final de la evaluación y el puente directo hacia la coconstrucción de objetivos.

### Aplicación Práctica: La Formulación Integradora de María

La reunión de síntesis del equipo de María transformó la visión inicial del caso:

- **Formulación Tradicional (Basada en el Déficit):** *María es una paciente de 19 años con esquizofrenia paranoide, que presenta sintomatología residual, nula conciencia de enfermedad, aislamiento social y abandono de estudios. Necesita tratamiento farmacológico y psicoeducación.*
- **Síntesis de Evaluación para el PAI (Basada en Fortalezas):** *María es una joven de 19 años, con un gran talento para el dibujo y un proyecto de vida claro orientado a la ilustración. Actualmente, se está recuperando de un primer episodio psicótico. Sus principales necesidades de apoyo se centran en el manejo de la ansiedad social, la reconstrucción de su red de amistades y la recuperación de la confianza para retomar sus actividades significativas. Cuenta con importantes fortalezas y recursos: una alta capacidad de autocuidado, habilidades artísticas preservadas, una familia implicada y dispuesta a colaborar, y un proyecto vocacional que puede actuar como un potente motor para su recuperación.*



Esta nueva narrativa no solo es más esperanzadora, sino metodológicamente más útil, pues señala directamente las palancas para la intervención.

## Conclusión del Capítulo

La evaluación integral, tal como se ha descrito, no es un mero trámite preliminar, sino el corazón metodológico del PAI. Es un proceso sistemático y multifásico que, al resolver las brechas de foco, voz e integración de los modelos tradicionales, se convierte en un acto terapéutico. Al dominar esta metodología, los profesionales adquieren la competencia fundamental sobre la cual se construirán la coconstrucción de objetivos y el diseño de intervenciones que se abordarán en los capítulos siguientes.

## Caja de Herramientas del Capítulo 4

**Tabla 4. Batería de Instrumentos de Evaluación Validados (Selección)**

Instrumento	Acrónimo	¿Qué evalúa?	Formato	Propiedades Clave (Versión Española)
<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i>	WHODAS 2.0	El grado de discapacidad y el funcionamiento en la vida diaria.	Cuestionario (36 ítems).	Buenas propiedades psicométricas.
<i>Escala de Funcionamiento Breve</i>	FAST	El deterioro funcional específico en TMG.	Entrevista clínica (24 ítems).	Validada en esquizofrenia.
<i>World Health Organization Quality of Life - Versión Breve</i>	WHOQOL-BREF	La percepción subjetiva de la calidad de vida.	Cuestionario (26 ítems).	Robusta y ampliamente validada.
<i>Entrevista de Calidad de Vida de Lehman</i>	L-QoLI	Circunstancias de vida objetivas y satisfacción subjetiva.	Entrevista semiestructurada.	Versión corta adaptada disponible.



<i>Cuestionario de Camberwell para la Evaluación de Necesidades</i>	CAN	Necesidades de apoyo en personas con TMG.	Entrevista (perspectiva de usuario y profesional).	Fiabilidad contrastada.
---	-----	---	--	-------------------------

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

#### Herramienta 4.1: Protocolo de Evaluación para el PAI (Lista de Verificación)

- **Fase 1: Acogida y Encuadre**
  - Explicación del proceso colaborativo y obtención de consentimiento informado.
  - Inicio de la recogida de la historia de vida y establecimiento de la alianza.
- **Fase 2: Recogida de Información Multifuente**
  - Evaluación Centrada en la Persona (historia, valores, proyecto de vida, fortalezas).
  - Aplicación de Instrumentos Estandarizados (selección, administración y devolución).
  - Evaluación del Entorno (entrevista con familiares/red de apoyo con consentimiento).
- **Fase 3: Síntesis y Formulación**
  - Realización de la reunión del equipo interdisciplinar.
  - Elaboración del informe de síntesis (formulación, necesidades, fortalezas).
  - Planificación de la reunión de devolución y coconstrucción de objetivos con la persona.

### Foco de Práctica: Implementación de Evaluación Integral en el Centro “FuTUro”

Vamos a presentar un caso ficticio basado en experiencias reales. El Centro de Rehabilitación Psicosocial “FuTUro” de Barcelona transformó su metodología de evaluación, pasando de un modelo fragmentado a un protocolo integral estructurado.

#### Proceso de Transformación:

Se creó un equipo de diseño multidisciplinar, incluyendo a usuarios como consultores expertos. Se seleccionó una batería de instrumentos validados y se diseñó un protocolo por fases. Tras un pilotaje de 3 meses que permitió realizar ajustes, se implementó el modelo en todo el centro, apoyado por una formación intensiva para todo el personal y una plataforma informática a medida.

#### Resultados de la Implementación:

- **Eficiencia:** El tiempo medio de evaluación se redujo de 8 a 4 semanas.
- **Calidad:** La satisfacción de los usuarios con el proceso aumentó de 6.2 a 8.7 sobre 10. El porcentaje de planes que requerían una modificación significativa en los primeros 3 meses se redujo del 42% al 18%.
- **Resultados Clínicos:** La tasa de abandono en los primeros 6 meses se redujo del 28% al 15%. Los usuarios evaluados con el nuevo protocolo mostraron mejoras significativamente mayores en funcionamiento y calidad de vida.

#### Lecciones Aprendidas:

La transformación demostró que la inclusión genuina de usuarios desde el diseño, una implementación gradual con pilotaje, y una formación integral que aborda tanto competencias como actitudes, son factores críticos de éxito. La transformación no solo mejoró la calidad técnica de las evaluaciones, sino que fundamentalmente cambió la relación entre profesionales y usuarios hacia una colaboración más genuina y respetuosa.



## CAPÍTULO 5: Coconstrucción de Objetivos SMART

### Introducción

Una vez completada la evaluación integral, el proceso del PAI entra en su fase más decisiva y transformadora: la coconstrucción de objetivos. Este capítulo es el puente que conecta el "quién es la persona" (descubierto en la evaluación) con el "qué vamos a hacer juntos" (que se detallará en el diseño de intervenciones). La formulación de objetivos es un componente central de cualquier intervención planificada y basada en la evidencia (Knutti et al., 2022; V. Stewart et al., 2022). Sin embargo, la práctica tradicional en salud mental adolece de una triple brecha que la hace ineficaz para la recuperación:

1. **La Brecha de Proceso:** Los objetivos suelen ser vagos, genéricos y no medibles ("mejorar el funcionamiento", "aumentar la adherencia"), lo que los convierte en intenciones inútiles para guiar la práctica y evaluar el progreso.
2. **La Brecha de Relevancia:** Los objetivos se centran casi exclusivamente en criterios clínicos (reducción de síntomas, cumplimiento farmacológico), ignorando las metas y aspiraciones personales que son el verdadero motor de la motivación de la persona.
3. **La Brecha de Poder:** Los objetivos son definidos y "prescritos" unilateralmente por el profesional, lo que convierte a la persona en un receptor pasivo y genera resistencia, en lugar de un compromiso activo.

Este capítulo presenta la "**coconstrucción de objetivos SMART**" no como una simple técnica, sino como una **metodología integral que resuelve simultáneamente estas tres brechas**. La metodología SMART (Beck et al., 2017; Stewart et al., 2024) aporta el rigor procesal para cerrar la primera brecha; las técnicas de formulación conjunta, priorización e integración aseguran la relevancia personal para cerrar la segunda; y el proceso de validación final transfiere el poder y sella la alianza para cerrar la tercera. Al dominar esta metodología, el profesional adquiere una de las herramientas más potentes para transformar la esperanza en un plan de acción y a la persona en el arquitecto de su propio futuro.



## 5.1. Metodología de Objetivos SMART: La Solución a la Brecha de Proceso

La metodología SMART es la solución directa a la **Brecha de Proceso**. Transforma aspiraciones genéricas en metas claras y operativas, introduciendo un rigor que transforma las "buenas intenciones" en un plan de acción concreto y evaluable. Cada letra del acrónimo representa un criterio indispensable.

- **S - Específico (*Specific*):** El objetivo debe ser claro, conciso y no dejar lugar a ambigüedades. Debe responder a las preguntas: *¿Qué se quiere conseguir exactamente? ¿Quién está implicado? ¿Dónde se realizará?* Un objetivo vago como "mejorar las habilidades sociales" se convierte en uno específico como "Iniciar una conversación con un compañero en el centro de día".
- **M - Medible (*Measurable*):** Debe ser posible cuantificar el objetivo para poder evaluar el progreso y saber con certeza si se ha alcanzado. Responde a la pregunta: *¿Cómo sabremos que lo hemos logrado?* El objetivo anterior se vuelve medible si se formula como: "Iniciar una conversación con un compañero en el centro de día, al menos dos veces por semana".
- **A - Alcanzable (*Achievable*):** El objetivo debe ser realista y posible de lograr para la persona, teniendo en cuenta sus capacidades actuales y los recursos disponibles. Debe suponer un reto que motive, pero no ser tan ambicioso que genere frustración. Si la persona tiene una fobia social severa, un objetivo más alcanzable podría ser "Saludar a un compañero del centro de día dos veces por semana".
- **R - Relevante (*Relevant*):** El objetivo debe ser importante y significativo para la persona, alineado con sus valores y su proyecto de vida. Responde a la pregunta: *¿Por qué es importante para mí conseguir esto?* Un objetivo es relevante si conecta con las aspiraciones profundas de la persona, como por ejemplo: "...para sentirme menos solo y poder hacer un amigo".
- **T - con Plazo Definido (*Time-bound*):** El objetivo debe tener un horizonte temporal claro. Esto crea un sentido de urgencia y facilita la planificación. El objetivo completo sería: "Durante el próximo mes, iniciaré una conversación con un compañero del



centro de día, al menos dos veces por semana, para sentirme menos solo y empezar a construir una amistad".

**Tabla 5. Ejemplo de formulación de objetivos SMART**

Criterio	Pregunta Clave	Ejemplo Vago	Ejemplo SMART
<b>Específico</b>	¿Qué quiero lograr exactamente?	Quiero ser más independiente.	Quiero aprender a cocinar tres platos sencillos (pasta, tortilla, ensalada) por mí mismo en mi piso.
<b>Medible</b>	¿Cómo sabré que lo he conseguido?	Cocinar más.	Seré capaz de preparar la cena tres noches a la semana sin ayuda.
<b>Alcanzable</b>	¿Es esto realista para mí ahora?	Convertirme en un chef profesional.	Empezar con tres recetas básicas y practicarlas con el apoyo semanal del terapeuta ocupacional.
<b>Relevante</b>	¿Por qué es importante para mí?	Porque es lo que se espera de mí.	Porque quiero invitar a mi hermana a cenar y sentirme orgulloso de poder cuidar de mí mismo.
<b>Plazo Definido</b>	¿Para cuándo quiero lograrlo?	Algún día.	En los próximos dos meses.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

## 5.2. Formulación Conjunta y Priorización Holística: La Solución a la Brecha de Relevancia

Aplicar el rigor de la metodología SMART a objetivos irrelevantes para la persona es un ejercicio inútil. Las siguientes técnicas aseguran que el plan tenga alma y no sea solo un esqueleto técnico, resolviendo así la **Brecha de Relevancia**.

### Formulación Conjunta: Objetivos Preventivos, Clínicos y de Rehabilitación

La coconstrucción es una danza colaborativa donde se entrelazan la perspectiva de la persona y la del profesional. En este proceso, es útil distinguir tres tipos de objetivos:



- **Objetivos Preventivos:** Se centran en anticipar y evitar crisis o recaídas. Ejemplo: "Identificar mis primeras señales de estrés y aplicar la técnica de relajación aprendida, al menos tres veces por semana, para evitar que la ansiedad aumente".
- **Objetivos Clínicos:** Relacionados con el manejo de síntomas y la promoción de la salud. Ejemplo: "Tomar mi medicación cada mañana como hemos acordado, para tener la mente más clara y poder concentrarme en mis clases de informática".
- **Objetivos de Rehabilitación:** Orientados a la recuperación de roles y al funcionamiento en la comunidad. Ejemplo: "En los próximos tres meses, me apuntaré al gimnasio del barrio y asistiré dos veces por semana para mejorar mi forma física y tener una rutina saludable fuera de casa".

El arte de la formulación conjunta reside en tejer estos tres tipos de objetivos en un todo coherente, donde los objetivos clínicos y preventivos se convierten en los apoyos necesarios para alcanzar los objetivos de rehabilitación, que son los que verdaderamente dan sentido al proceso.

#### **Priorización de Necesidades con Criterio Holístico**

El proceso de evaluación a menudo revela una multitud de necesidades. La priorización es crucial para evitar la sobrecarga. Esta debe basarse en un diálogo que pondere diferentes factores:

- ¿Qué es más importante para la persona en este momento?
- ¿Qué cambio, por pequeño que sea, tendría un mayor impacto positivo en su calidad de vida?
- ¿Qué objetivos pueden servir como "piedra angular" para facilitar otros?
- ¿Qué objetivos se basan en fortalezas ya existentes, aumentando la probabilidad de un éxito temprano?

#### **Insight Clave: Empezar por la Motivación**

A menudo, la mejor estrategia es comenzar por un objetivo que, aunque no sea el clínicamente más "urgente", sea el que más motiva e ilusiona a la persona. Un éxito temprano en un área de alto interés personal puede generar la confianza y la energía necesarias para abordar



posteriormente desafíos más complejos. La motivación es el combustible de la recuperación, y la priorización de objetivos es el momento de llenar el depósito.

### **Integración de Objetivos Personales y Clínicos**

Un PAI eficaz no contrapone los objetivos "del profesional" y los "de la persona", sino que los integra de manera sinérgica. El secreto reside en entender que los objetivos clínicos no son un fin en sí mismos, sino un medio para alcanzar los fines que la persona define.

- **Objetivo clínico aislado:** "El usuario asistirá a terapia de grupo para mejorar sus habilidades sociales".
- **Objetivo personal aislado:** "Quiero tener amigos".
- **Objetivo integrado:** "Para poder conocer gente nueva y hacer amigos, que es lo que más me importa ahora, asistiré a las sesiones de terapia de grupo de los martes para practicar cómo iniciar conversaciones y sentirme más seguro al hacerlo".

En esta formulación integrada, la terapia de grupo deja de ser una imposición y se convierte en una herramienta valiosa y elegida por la persona para conseguir algo que desea profundamente. La adherencia y el compromiso aumentan de forma natural, ya que la persona no está "cumpliendo un tratamiento", sino "trabajando en su proyecto de vida".

## **5.3. Validación de Objetivos con la Persona: La Solución a la Brecha de Poder**

Este paso final no es una mera formalidad, sino la solución directa a la **Brecha de Poder**. Es el acto que transfiere la propiedad del plan a la persona, transforma la resistencia en compromiso y sella la alianza terapéutica.

El proceso de validación implica:

1. **Revisión Conjunta:** Leer en voz alta cada objetivo, asegurando la comprensión.
2. **Verificación de la Comprensión:** Pedir a la persona que explique con sus propias palabras lo que significa cada objetivo para ella.



3. **Exploración de la Motivación y la Confianza:** Utilizar escalas de 0 a 10: "¿Qué tan importante es para ti lograr esto?" y "¿Cuánta confianza tienes en que puedes conseguirlo?".
4. **Manejo de la Ambivalencia:** Si la confianza es baja, no se debe presionar. Se debe explorar la ambivalencia: "¿Qué haría falta para que ese 5 se convirtiera en un 6?". Esta conversación puede llevar a reformular el objetivo o a identificar la necesidad de un apoyo adicional.

Solo cuando la persona expresa su acuerdo y se siente dueña de los objetivos, estos pueden considerarse validados. Este acto sella el contrato terapéutico y empodera a la persona como protagonista de su proceso.

#### **Aplicación Práctica: La Resistencia de Carlos como Evidencia**

La eficacia de este enfoque se demuestra vívidamente en el caso de Carlos. Su "resistencia" inicial no era un rasgo de su personalidad, sino una respuesta lógica a un proceso en el que no tenía poder (Brecha de Poder) y que le resultaba irrelevante (Brecha de Relevancia). En el momento en que se le invitó a coconstruir y validar sus propios objetivos en torno a su pasión por la música, esa "resistencia" se transformó en colaboración. Esto prueba que la validación no es un apéndice del proceso, sino su catalizador fundamental.

---

## **Caja de Herramientas del Capítulo 5**

### **Herramienta 5.1: Protocolo de Coconstrucción de Objetivos (Guía para la Reunión)**

- **Fase 1: Preparación y Encuadre (10 min):** Dar la bienvenida y recordar el propósito: "Hoy vamos a traducir lo que hablamos en la evaluación en un plan de acción con metas claras que sean importantes para ti".
- **Fase 2: Lluvia de Ideas a partir de la Evaluación (20 min):** Presentar la síntesis de la evaluación (fortalezas y necesidades). Pregunta de apertura: "Viendo todo esto, ¿qué es lo primero que te gustaría que cambiara o mejorara en tu vida?".
- **Fase 3: Priorización (15 min):** Agrupar las ideas por temáticas. Utilizar la Matriz de Priorización (Herramienta 5.2) para seleccionar 2-3 áreas clave.



- **Fase 4: Formulación de Objetivos SMART (30 min):** Tomar la primera área priorizada y guiar la conversación a través de las 5 letras del acrónimo, integrando lo personal y lo clínico.
- **Fase 5: Validación y Cierre (15 min):** Leer los objetivos formulados. Realizar la validación final con las escalas de importancia y confianza. Agradecer y explicar los siguientes pasos.

**Tabla 6. Matriz de Priorización de Objetivos en el caso de Juan**

	Baja Facilidad / Viabilidad	Alta Facilidad / Viabilidad
Alta Importancia para Mí	<b>CUADRANTE 2: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b> (Importantes pero complejos. Requieren planificación a más largo plazo).	<b>CUADRANTE 1: ¡EMPEZAR POR AQUÍ!</b> (Metas muy motivadoras y con alta probabilidad de éxito a corto plazo).
Baja Importancia para Mí	<b>CUADRANTE 4: DEJAR PARA MÁS ADELANTE</b> (Objetivos que no son ni urgentes ni significativos. Se pueden aparcar).	<b>CUADRANTE 3: "VICTORIAS RÁPIDAS"</b> (Metas fáciles que pueden servir para aumentar la confianza).

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero

## **Foco de Práctica: De la Resistencia a la Alianza: La Coconstrucción de los Objetivos de Carlos**

### **Página 1: El Muro de la Resistencia**

Carlos, un joven de 24 años con diagnóstico de trastorno bipolar, es derivado al equipo de tratamiento asertivo comunitario. Su actitud es de apatía y cinismo: "Ya he probado de todo, nada funciona", "Vosotros solo queréis controlarme". Su plan de tratamiento anterior, un claro ejemplo de las brechas, contenía objetivos como: "Aumentar la conciencia de enfermedad" y "Garantizar la adherencia al tratamiento farmacológico". Cuando su nuevo profesional de referencia, Marcos, intenta hablar de estos objetivos, Carlos se cierra en banda.

### **La Estrategia: Cambiar el Foco de la Conversación**

Marcos se da cuenta de que seguir por ese camino solo aumentará la resistencia. En la siguiente reunión, no saca ningún papel. Le pregunta a Carlos por el póster de un grupo de rock que tiene en su habitación. La conversación cambia de rumbo. Carlos, por primera vez, habla con pasión de la música, de cómo antes de su primer ingreso tocaba el bajo en una banda. Marcos escucha, valida su frustración ("Suena a que la enfermedad te robó algo que era muy importante para ti") y lanza una pregunta abierta: "¿Qué tendría que pasar para que pudieras volver a sentir algo de esa ilusión por la música?".

### **Página 2: Construyendo el Puente**

#### **El Proceso de Negociación y Traducción**

Carlos responde con escepticismo: "Imposible. Con las manos temblorosas por las pastillas, no puedo ni tocar". Marcos no discute, sino que explora: "¿Y si nuestro primer objetivo no fuera volver al grupo, sino algo más pequeño, solo para ti? ¿Algo como conseguir volver a tocar una canción que te guste, aquí en tu casa?".

A partir de esta pequeña puerta, inician un proceso de coconstrucción que cierra las tres brechas:

1. **Cerrando la Brecha de Relevancia:** El deseo vago ("volver a tocar") se traduce en un objetivo personal: "Quiero ser capaz de tocar de nuevo mi canción favorita con el bajo".



2. **Integrando lo Clínico:** Marcos conecta este deseo con la necesidad clínica. "Para que te tiemblen menos las manos, podríamos hablar con la psiquiatra. ¿Qué te parecería si uno de los pasos para lograr tu objetivo musical fuera tener una cita con ella para hablar de 'cómo la medicación te afecta para tocar el bajo'?" . Por primera vez, Carlos acepta una cita. El objetivo clínico ("Optimizar el tratamiento farmacológico") se ha convertido en una estrategia al servicio de su meta personal.
3. **Cerrando la Brecha de Proceso (Formulación SMART):** Juntos, transforman las ideas en objetivos SMART:
  - **Objetivo (Rehabilitación/Personal):** "En los próximos dos meses, practicaré con el bajo 30 minutos, tres días a la semana, hasta que pueda tocar mi canción favorita ('Enter Sandman') de principio a fin con fluidez".
  - **Objetivo (Clínico/Preventivo):** "Acudiré a la cita con la psiquiatra la semana que viene para hablar del temblor de manos y encontrar juntos una alternativa de medicación que me permita tocar mejor. Me comprometo a probar el ajuste que acordemos durante al menos un mes para ver los resultados".
4. **Cerrando la Brecha de Poder (Validación):** Marcos valida los objetivos con Carlos, quien expresa una alta confianza y motivación. El plan ya no es "de ellos", es "suyo".

### Resultados y Lecciones Aprendidas

El cambio en la actitud de Carlos fue radical. Al sentir que el plan se centraba en su pasión y no en sus déficits, su "resistencia" se transformó en colaboración. La adherencia al tratamiento mejoró drásticamente porque ahora tenía una razón personal y relevante para tomarlo.

- **Lección Clave:** La "resistencia" es a menudo una reacción a un plan no compartido. La falta de colaboración de Carlos no era un síntoma de su enfermedad, sino una respuesta lógica a un plan que no le representaba (Brecha de Relevancia) y en el que no tenía poder (Brecha de Poder). La coconstrucción de objetivos SMART fue la intervención que resolvió estas brechas y catalizó el cambio





## CAPÍTULO 6: Diseño de Estrategias e Intervenciones

### Introducción

Este capítulo representa una transición fundamental desde los marcos teóricos, evaluativos y de planificación de objetivos abordados en secciones previas, hacia el núcleo de la práctica rehabilitadora: el diseño y la implementación de intervenciones psicosociales. La rehabilitación en salud mental ha evolucionado significativamente, superando un modelo históricamente centrado en la mera estabilización sintomática para abrazar un paradigma holístico de recuperación, ciudadanía y derechos. Este enfoque, consagrado en las estrategias de salud mental a nivel nacional e internacional, concibe a la persona no como un receptor pasivo de cuidados, sino como un agente activo en la construcción de un proyecto de vida pleno y significativo.

El presente capítulo se estructura como un recorrido metodológico que parte de los principios filosóficos y éticos que deben guiar toda intervención, para luego descender a los modelos organizativos que materializan dichos principios en la comunidad. Finalmente, se detallan los programas estructurados y las técnicas específicas que constituyen el repertorio instrumental del profesional de la rehabilitación. El hilo conductor a lo largo de este análisis es la imperiosa necesidad de un abordaje que sea integral, personalizado, basado en la evidencia científica disponible y orientado a la inclusión social efectiva. Se explorarán modelos de intervención comunitaria intensiva, programas de entrenamiento en habilidades funcionales, estrategias para la promoción del bienestar físico y emocional, y técnicas terapéuticas específicas. El objetivo es proporcionar al profesional un marco de referencia robusto y una guía práctica para seleccionar, diseñar y adaptar las intervenciones más adecuadas a las necesidades, preferencias y metas de cada persona, facilitando así su camino hacia la recuperación.

### 6.1. Principios Fundamentales y Enfoques Transversales

Antes de abordar programas específicos, es imperativo establecer los cimientos filosóficos y pedagógicos sobre los cuales se erige la práctica rehabilitadora contemporánea. Estos principios no son intervenciones discretas, sino enfoques transversales que deben impregnar cada acción terapéutica, constituyendo la "lógica operativa" del proceso de rehabilitación.

El concepto de "recuperación" (*recovery*) ha redefinido las metas de la atención en salud mental. Se define no como una cura o la simple remisión de síntomas, sino como un proceso profundamente personal y único de cambio en las actitudes, valores, sentimientos, metas y roles de una persona (García-Pajares et al., 2023; McPherson et al., 2021; Mousavizadeh & Bidgoli, 2023; Price-Robertson et al., 2017; Rose & Smith, 2018; Sampietro et al., 2023). Es un camino que permite construir o reconstruir un proyecto de vida satisfactorio, esperanzador y activo, incluso con las limitaciones que pueda imponer la enfermedad (Anthony, 1993). Este paradigma está en el corazón de las políticas de salud mental más avanzadas, como la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2026 en España, que lo vincula explícitamente al respeto de los derechos humanos, la autonomía individual, la inclusión social y la lucha contra el estigma (Sampietro et al., 2023).

La atención centrada en la persona es la aplicación práctica de este paradigma. Implica que las intervenciones y los planes de tratamiento se diseñan con y para quien recibe la atención, partiendo de sus metas, valores, fortalezas y preferencias personales. El objetivo último es "facilitar la recuperación de su proyecto vital". Sin embargo, existe una brecha reconocida entre la formulación de estos principios en documentos estratégicos y su implementación efectiva en la práctica clínica diaria. Los modelos y técnicas que se describirán en este capítulo deben entenderse, por tanto, no como un catálogo de opciones inconexas, sino como la mecanización de estos principios. Son los vehículos operativos que permiten traducir el paradigma de la recuperación del plano teórico a la vida cotidiana de las personas.

Como hemos comentado anteriormente, la Toma de Decisiones Compartida (TDC) es el proceso colaborativo mediante el cual los profesionales y las personas usuarias trabajan conjuntamente para tomar decisiones sobre el tratamiento. Este enfoque valora por igual la evidencia científica del profesional y la experiencia vivida de la persona (Gurtner et al., 2022; Marshall et al., 2021). La implementación práctica de la TDC requiere un conjunto de habilidades comunicacionales por parte del clínico: fomentar la expresión, utilizar preguntas abiertas, practicar la escucha activa, mostrar empatía y validar explícitamente los valores y preferencias.

Más allá de ser un ideal ético, la TDC es una herramienta clínica fundamental para la prevención de crisis y la reducción de la coerción. La Estrategia de Salud Mental del SNS establece como objetivo explícito minimizar las intervenciones involuntarias. La TDC contribuye

directamente a este objetivo. Cuando una persona participa activamente en la elección de su tratamiento, es más probable que se adhiera a él, lo que a su vez reduce el riesgo de recaídas que a menudo precipitan intervenciones involuntarias. De este modo, la TDC es el mecanismo práctico que permite implementar la "planificación anticipada de decisiones", un objetivo clave para promover la autonomía y los derechos de las personas.

La rehabilitación psicosocial es, en esencia, un proceso de aprendizaje. Por ello, se apoya en principios pedagógicos sólidos, entre los que destaca el concepto de andamiaje (*scaffolding*), derivado de la teoría de Vygotsky sobre la Zona de Desarrollo Próximo (Leamy et al., 2011). El andamiaje es un método de enseñanza basado en el análisis de la tarea, donde el terapeuta controla inicialmente los aspectos de la actividad que exceden las capacidades actuales de la persona, permitiéndole concentrarse y tener éxito en los componentes que sí están a su alcance.

El proceso es dinámico: la responsabilidad sobre la tarea se transfiere gradualmente del terapeuta a la persona. Si esta mejora, el terapeuta retira parte del "andamio"; si encuentra dificultades, aumenta el apoyo para evitar la frustración. Este principio pedagógico actúa como un metaprinzipio unificador que subyace a una gran variedad de intervenciones:

- **Entrenamiento en AVD:** Una tarea compleja como "preparar una comida" se descompone en pasos. El terapeuta proporciona el andamio inicial (instrucciones, modelado) y lo va retirando a medida que la persona domina cada paso.
- **Exposición Gradual:** La jerarquía de situaciones temidas es una estructura de andamiaje. Se comienza con un apoyo máximo (exposición en imaginación) y se avanza progresivamente hacia la autonomía total (exposición en vivo sin acompañamiento).
- **Modelo IPS de Empleo:** El técnico de empleo ofrece un andamiaje intensivo al inicio (ayuda en el currículum, contacto con empresas) y luego modula este apoyo de forma flexible e ilimitada en el tiempo.

## 6.2. Modelos Integrales de Intervención en la Comunidad



Estos modelos son marcos organizativos de servicios diseñados para proporcionar un soporte continuo, flexible e integral a personas con Trastorno Mental Grave (TMG) y necesidades complejas, directamente en su entorno natural.

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un modelo de prestación de servicios con un alto nivel de evidencia científica (Nivel de Evidencia A) para la atención de personas con TMG que no mantienen una vinculación regular con los servicios ordinarios (Penzenstadler et al., 2019; Schöttle et al., 2018). Sus objetivos principales son favorecer la permanencia de la persona en su entorno, reducir los ingresos hospitalarios, mejorar el funcionamiento psicosocial y asegurar la continuidad de cuidados.

**Estructura y Características Fundamentales** (Guan et al., 2021; Huz et al., 2017; Munch Nielsen et al., 2023; Nugter et al., 2016):

- **Equipo Multidisciplinar:** Integrado por psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, que comparten la responsabilidad de todos los casos (*shared caseload*).
- **Baja Ratio Profesional-Usuario:** Aproximadamente 1 profesional por cada 10-15 usuarios, permitiendo una atención intensiva.
- **Atención *in vivo*:** La mayoría de las intervenciones (en torno al 80%) se realizan en el entorno natural de la persona.
- **Enfoque Asertivo:** El equipo es proactivo en el contacto, no espera a que el usuario acuda a la consulta.
- **Atención Integral:** El equipo proporciona directamente la mayor parte de los servicios necesarios.
- **Continuidad y Larga Duración:** Los servicios no tienen una duración predeterminada.
- **Cobertura Intensiva:** Idealmente, disponible 24/7 para dar respuesta a crisis.

#### **Cartera de Intervenciones:**

Guiado por un Plan Individualizado, el equipo TAC despliega un amplio abanico de intervenciones: gestión de la medicación, entrenamiento en AVD, intervención psicosocial, intervención familiar, apoyo en la gestión de recursos e integración comunitaria.

El modelo IPS es una metodología de empleo con apoyo, basada en una sólida evidencia científica, que ha demostrado ser altamente eficaz para la inserción laboral de personas con TMG en el mercado de trabajo competitivo. Se basa en la filosofía "primero colocar, luego

entrenar" (*place then train*). Su implementación se rige por ocho principios fundamentales que se exponen en la tabla 7.

**Tabla 7. Principios del Modelo IPS**

Principio IPS	Descripción	Implicación Práctica / Acción Clave
<b>1. Exclusión Cero</b>	Cualquiera que quiera trabajar es elegible.	La motivación es el único criterio de entrada. No se realizan evaluaciones pre-laborales para determinar si la persona está "preparada".
<b>2. Empleo Competitivo</b>	El objetivo es un empleo en el mercado laboral ordinario.	La búsqueda se centra en empresas de la comunidad, con contratos directos y salario de mercado.
<b>3. Integración de Servicios</b>	El especialista en empleo forma parte del equipo de salud mental.	El técnico de empleo participa en las reuniones clínicas para coordinar el apoyo y alinear los planes.
<b>4. Planificación de Beneficios</b>	Se ofrece asesoramiento personalizado sobre el impacto de los ingresos en las prestaciones.	Se realiza un análisis financiero individualizado para ayudar a tomar decisiones informadas y evitar el "miedo a perder las prestaciones".
<b>5. Búsqueda Rápida de Empleo</b>	La búsqueda activa comienza en los primeros 30 días.	Se evita la participación en largas fases de formación pre-laboral. El primer contacto con un empleador es ágil.
<b>6. Apoyos Ilimitados en el Tiempo</b>	El apoyo no tiene un límite de tiempo preestablecido.	El seguimiento es continuo y flexible, modulando la intensidad según las necesidades de la persona en cada momento.
<b>7. Atención a las Preferencias</b>	La búsqueda se basa en las preferencias, intereses y fortalezas de la persona.	Se realiza una evaluación vocacional centrada en la persona. El ajuste entre la persona y el puesto es la prioridad.
<b>8. Desarrollo Laboral Sistemático</b>	Los técnicos establecen y mantienen relaciones con los empleadores de la comunidad.	Se realizan visitas a empresas de forma proactiva para crear una red de contactos y entender el mercado laboral local.

Nota: (Guan et al., 2021; Huz et al., 2017; Munch Nielsen et al., 2023; Nugter et al., 2016)

## 6.3. Programas Estructurados de Entrenamiento en Habilidades

Son intervenciones estructuradas, generalmente grupales y de duración finita, diseñadas para enseñar o rehabilitar competencias específicas.

Su objetivo es que la persona adquiera o recupere las habilidades necesarias para vivir de la forma más autónoma posible. Se estructura en módulos temáticos:

- **Higiene y Cuidado Corporal:** Ducha, higiene bucodental, afeitado, manejo de la higiene menstrual.
- **Cuidado del Entorno y Habilidades Domésticas:** Limpieza, organización del hogar, lavado y cuidado de la ropa.
- **Prevención de Riesgos en el Hogar:** Identificación de productos peligrosos, actuación ante accidentes comunes.
- **Gestión Económica y Uso de Recursos Comunitarios:** Elaborar un presupuesto, hacer la compra, utilizar el transporte público.

Es una de las intervenciones con mayor respaldo empírico para mejorar la competencia interpersonal. La metodología de una sesión de EHS es sistemática: presentación teórica, modelado, ensayo conductual (*role-playing*), retroalimentación (*feedback*), reforzamiento y tareas para casa.

Una evolución importante es el **Entrenamiento en Habilidades Sociales Orientado a la Metacognición, MOSST** (Haga et al., 2022; Inchausti et al., 2017, 2018; Kaizernnan-Dinerman et al., 2018; Ottavi et al., 2014). Este enfoque integra el entrenamiento conductual clásico con ejercicios de reflexión metacognitiva, ayudando a la persona a entender no solo el "qué hacer" en una situación social, sino también el "porqué" de las reacciones propias y ajenas, mejorando así la flexibilidad de la respuesta social. En la tabla 8 se exponen algunos dominios de ejemplo

**Tabla 8. Dominios de ejemplo del programa MOSST**

Dominio de Habilidad	Habilidad Específica	Ejemplo de Situación de Práctica (Role-Playing)	Enfoque MOSST	Adicional
-------------------------	-------------------------	--	------------------	-----------



<b>Habilidades de Comunicación</b>	Iniciar, mantener y finalizar conversaciones	Acercarse a un compañero en el centro de día y preguntarle por su fin de semana.	Reflexionar sobre: "¿Qué podría estar pensando o sintiendo mi compañero? ¿Cómo sé si está interesado?".
<b>Habilidades Asertivas</b>	Hacer y rechazar peticiones	Pedirle a un familiar que baje el volumen de la televisión. Negarse a prestar dinero a un conocido.	Analizar: "Cuando digo 'no', ¿qué pienso que el otro sentirá? ¿Es una suposición o tengo pruebas?".
<b>Resolución de Conflictos</b>	Negociar y llegar a un compromiso	Discutir con un compañero un desacuerdo sobre qué película ver, buscando una solución que satisfaga a ambos.	"Ponerse en los zapatos del otro" para entender sus motivaciones y encontrar un terreno común.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

## 6.4. Intervenciones para la Promoción del Bienestar y la Inclusión

La promoción de la salud física es una pieza fundamental en la rehabilitación de personas con TMG, dado que su esperanza de vida es 15–20 años menor que la de la población general y dos tercios de las muertes prematuras se deben a causas somáticas (Baxter et al., 2016; Correll et al., 2022; Taipale et al., 2020). Para abordar estos excesos de morbilidad y mortalidad resulta esencial integrar cuatro pilares:

1. **Alimentación equilibrada**, promoviendo patrones dietéticos como la dieta mediterránea y psicoeducación nutricional, pues las intervenciones dietéticas han demostrado mejorar tanto parámetros metabólicos como la calidad de vida en personas con psicosis (Gurusamy et al., 2018; Luciano et al., 2022).
2. **Actividad física regular**, a través de programas supervisados de ejercicio aeróbico y de fortalecimiento muscular que reducen el índice de masa corporal y mejoran el bienestar general (Hassen et al., 2021, 2021; McMahan et al., 2022).



3. **Ocio terapéutico e integración comunitaria**, empleando actividades de ocio estructuradas (asamblea inicial, desarrollo y cierre) que potencian el funcionamiento cognitivo, emocional y social (Iwasaki et al., 2010, 2013).
4. **Intervención y apoyo familiar**, mediante psicoeducación, entrenamiento en comunicación y resolución de problemas, y estrategias de manejo del estrés para cuidadores, intervenciones que reducen las recaídas y mejoran los resultados globales del tratamiento (Hahlweg & Baucom, 2023; Hinojosa-Marques et al., 2022; Iuso et al., 2023; Kim & Park, 2023; Mueser et al., 2022; Rodolico et al., 2022; Tessier et al., 2023).

## 6.5. Estrategias Terapéuticas Específicas y Adaptaciones del Entorno

La exposición gradual en ansiedad social es la técnica central de la TCC para SAD, que combina psicoeducación, construcción de jerarquías de exposición y práctica sistemática de situaciones temidas, no solo para favorecer la habituación sino para entrenar la tolerancia al malestar emocional («distress tolerance») como habilidad metacognitiva esencial (Basting & Stuart, 2025; Craske et al., 2008). Por otro lado, la implementación de ajustes razonables — proveniente de la legislación de discapacidad — garantiza la igualdad de oportunidades para personas con discapacidad psicosocial mediante adaptaciones del entorno laboral y educativo, demostrando impacto positivo en la satisfacción laboral y la inclusión (Harrison et al., 2020; Killaspy et al., 2020; Mcpherson et al., 2018; McPherson et al., 2021; Rangarajan et al., 2020).

- **Aplicación de la Exposición Gradual en la Ansiedad Social:** La técnica de exposición gradual, pilar de la terapia cognitivo-conductual, es altamente eficaz. Su metodología incluye la psicoeducación sobre la ansiedad, la creación de una jerarquía de exposición y la exposición sistemática a las situaciones temidas. Es crucial entender que la exposición no solo funciona por habituación, sino que entrena una habilidad metacognitiva clave: la tolerancia al malestar emocional.
- **Implementación de Ajustes Razonables:** Este concepto, proveniente del marco de los derechos de las personas con discapacidad, se refiere a las modificaciones necesarias





para garantizar la igualdad de oportunidades. En el caso de la discapacidad psicosocial, que a menudo es "invisible", los ajustes son cruciales para la inclusión laboral y educativa.

**Tabla 9. Ejemplo de ajustes razonables**

<b>Dificultad Experimentada (Ejemplo)</b>	<b>Ajuste Razonable Potencial</b>	<b>Ámbito de Aplicación</b>
Dificultad de concentración y atención sostenida.	- Proporcionar un espacio de trabajo más tranquilo. - Dividir tareas largas en subtareas más cortas. - Proporcionar instrucciones por escrito.	Laboral, Educativo
Fatiga o necesidad de acudir a citas médicas.	- Horario de trabajo flexible. - Posibilidad de teletrabajo parcial. - Permitir descansos breves y frecuentes.	Laboral
Ansiedad intensa en reuniones de equipo.	- Proporcionar la agenda por adelantado. - Permitir la participación por escrito. - Asignar un "mentor" o "compañero de apoyo".	Laboral

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

## Conclusión del Capítulo

El diseño de estrategias e intervenciones en el PAI es un proceso complejo que exige del profesional un rol polifacético: debe ser un estratega que comprende los grandes modelos de atención, un técnico que domina programas específicos, un pedagogo que aplica los principios del aprendizaje y un artesano que sabe adaptar cada herramienta a la singularidad de la persona. Este capítulo ha recorrido este espectro, desde los principios filosóficos de la recuperación hasta las técnicas concretas como la exposición gradual. La clave del éxito no reside en la aplicación aislada de una de estas intervenciones, por muy basada en la evidencia que esté, sino en la habilidad para tejerlas en un plan coherente, dinámico y coconstruido. Un profesional de la rehabilitación de alto nivel no es aquel que posee un martillo y ve clavos por todas partes, sino aquel que dispone de una caja de herramientas completa y sabe cuándo y cómo utilizar cada una de ellas para ayudar a la persona a construir su propio proyecto de vida.



# CAPÍTULO 7: Redacción y Estructura del Documento PAI

## Introducción

El proceso de Plan de Atención Individualizado (PAI), analizado en los capítulos anteriores, culmina inevitablemente en un documento escrito. Este documento no es un mero subproducto administrativo, sino la herramienta oficial que guía la práctica coordinada al equipo interdisciplinar y formaliza el acuerdo de colaboración con la persona. Es, en esencia, la materialización tangible de la filosofía de la atención centrada en la persona.

Sin embargo, en la práctica clínica, el documento del PAI a menudo traiciona los principios que dice representar, manifestando una **triple brecha** que socava su potencial transformador:

1. **La Brecha de Accesibilidad:** Con demasiada frecuencia, los planes están redactados en una jerga clínica densa e incomprensible. Se convierten en documentos "para profesionales", crípticos y excluyentes, que marginan a la persona y a su familia del entendimiento de su propio plan de cuidados.
2. **La Brecha de Propiedad:** El documento a menudo silencia la voz de la persona. Presenta una narrativa puramente profesional, centrada en el déficit y la patología, que no refleja el proceso de coconstrucción ni las aspiraciones de la persona atendida. Como resultado, la persona no se siente dueña de su plan, lo que erosiona el compromiso y la motivación.
3. **La Brecha de Usabilidad:** Los planes son a menudo documentos de texto estáticos, visualmente poco atractivos y difíciles de usar. En lugar de ser la "hoja de ruta" viva y dinámica que deberían ser, acaban archivados en un expediente, consultados únicamente para cumplir con requisitos burocráticos.

Este capítulo tiene como objetivo fundamental proporcionar la solución a estas brechas. No se trata de ofrecer un simple manual de estilo, sino de presentar una metodología y una filosofía de la redacción y estructuración del PAI. Argumentaremos que la forma, el lenguaje y el diseño del documento no son meros adornos, sino **actos terapéuticos y éticos** que refuerzan la accesibilidad, la propiedad y la usabilidad del plan, convirtiéndolo en la encarnación más fiel de una práctica clínica respetuosa, colaborativa y empoderadora.

## 7.1. Arquitectura del Documento: La Lógica Narrativa de la Recuperación

Una redacción efectiva del PAI comienza por una arquitectura documental clara. Lejos de ser una estructura arbitraria, las secciones de un PAI de alta calidad siguen una **lógica narrativa** que refleja el propio proceso de recuperación: fluye desde la comprensión profunda de la persona (evaluación), hacia el acuerdo sobre el futuro deseado (objetivos) y, finalmente, hacia la acción coordinada (intervenciones). Esta estructura unificada resuelve el problema de los planes fragmentados por disciplina, creando una historia coherente y compartida.

Un PAI robusto se organiza típicamente en las siguientes secciones esenciales:

1. **Información de Identificación y Contexto:** Datos personales, diagnóstico (si se acuerda incluirlo), equipo de referencia, y fechas de elaboración y revisión.
2. **Síntesis de la Valoración Integral:** Un resumen narrativo de los hallazgos de la evaluación, que no solo liste los déficits, sino que ponga un énfasis explícito en las fortalezas, los recursos y las capacidades de la persona.
3. **Proyecto de Vida, Preferencias y Deseos:** Un apartado que captura la voz de la persona, describiendo lo que es importante para ella, sus valores y sus metas vitales.
4. **Matriz de Objetivos e Intervenciones:** El plan de acción detallado, que conecta las necesidades con los objetivos SMART, las intervenciones, los responsables y los indicadores de evaluación.
5. **Plan de Seguimiento y Revisiones:** Especifica la periodicidad de las revisiones y los criterios para realizar ajustes.
6. **Consentimiento Informado y Acuerdos:** Un espacio para la firma del documento, formalizando el pacto de colaboración.

## 7.2. Lenguaje Centrado en la Persona: La Solución a la Brecha de Accesibilidad

Esta sección aborda la solución a la **Brecha de Accesibilidad**. El uso de un lenguaje sencillo, claro y respetuoso no es "simplificar" o "rebajar el nivel técnico"; es un **acto de justicia epistémica** que devuelve el poder del conocimiento a la persona, permitiéndole comprender y participar plenamente en su propio plan. El lenguaje no es un vehículo neutro; moldea la percepción y la relación. Un lenguaje técnico y centrado en el déficit activa en la persona una "identidad de paciente", reforzando la asimetría de poder y pudiendo generar fenómenos como la "amenaza del estereotipo" (*stereotype threat*), donde quien recibe la atención actúa de acuerdo a las bajas expectativas que el lenguaje proyecta sobre él. Por el contrario, un lenguaje basado en fortalezas y en la colaboración fomenta la autoeficacia y una identidad de recuperación.

Los principios clave son:

- **Evitar la Jerga Profesional:** Los términos clínicos deben ser traducidos a un lenguaje comprensible o explicados de forma sencilla.
- **Utilizar un Estilo Positivo y Basado en Fortalezas:** La redacción debe enfocarse en lo que la persona *puede* hacer y en lo que *se quiere lograr*, en lugar de centrarse exclusivamente en lo que "falla".
- **Adoptar el lenguaje de las personas primero (*People-First Language*):** Se antepone siempre a la persona antes que al diagnóstico. No se escribe "un esquizofrénico", sino "una persona con diagnóstico de esquizofrenia". Esto combate el estigma y refuerza la dignidad.

**Tabla 10. Ejemplo de adaptación del lenguaje en la elaboración del PAI**

Antes (Lenguaje Centrado en el Déficit/Técnico)	Después (Lenguaje Centrado en la Persona)	¿Por qué?
"El paciente es un esquizofrénico con escasa adherencia."	"Juan es una persona con diagnóstico de esquizofrenia que actualmente encuentra dificultades para seguir su plan de medicación."	Utiliza people-first language y describe una dificultad en lugar de etiquetar a la persona.



"Se intervendrá para corregir las conductas disruptivas."	"Apoyaremos a Ana para que encuentre formas alternativas de expresar su frustración y sus necesidades."	Se enfoca en la función de la conducta y en la enseñanza de habilidades, no en la corrección.
"El objetivo es mejorar el insight sobre su patología."	"El objetivo es que Luis comprenda mejor cómo su salud mental afecta a su vida diaria y qué puede hacer para cuidarse."	Traduce un concepto clínico abstracto a un resultado práctico y empoderador.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

## 7.3. Incorporación de la Voz y Preferencias: La Solución a la Brecha de Propiedad

Esta sección presenta la solución a la **Brecha de Propiedad**. Incluir la voz de la persona en el documento no es un detalle "humano" o un adorno; es una **estrategia metodológica fundamental para asegurar la validez ecológica del plan** y fomentar la motivación intrínseca. Psicológicamente, este acto refuerza la memoria autobiográfica y la construcción de una identidad de recuperación, en contraposición a una "identidad de paciente" impuesta. Es una técnica narrativa que consolida los logros terapéuticos y transforma el documento de un "informe sobre" la persona a un "acuerdo con" la persona.

Las técnicas para lograrlo incluyen:

- **Citas Directas:** Incorporar frases literales de la persona, especialmente en la sección de proyecto de vida y en la formulación de objetivos. Por ejemplo: *Objetivo: "Como dice Luis, 'quiero volver a caminar para ir a comprar el pan yo solo, como hacía antes'".*
- **Redacción en Primera o Segunda Persona:** Utilizar formulaciones como "Mis metas son..." o "Tus objetivos para los próximos tres meses son...", lo que crea una conexión directa y personal.
- **Sección "Lo que es Importante para Mí":** Dedicar un apartado específico donde se resuman, con las palabras más cercanas posibles a las de la persona, sus valores, deseos y prioridades.

## 7.4. Organización Visual y Accesibilidad: La Solución a la Brecha de Usabilidad

Esta sección aborda la solución a la **Brecha de Usabilidad**. Un buen diseño visual no es una cuestión estética, sino una **herramienta cognitiva** que facilita la comprensión, la retención y el uso activo del documento como una herramienta de trabajo, en lugar de un archivo estático.

Las mejores prácticas incluyen:

- **Estructura Clara:** Uso de encabezados, listas con viñetas y párrafos cortos para segmentar la información.
- **Uso de Tablas y Matrices:** Organizar la información compleja, como el plan de intervenciones, en tablas claras que permitan una consulta rápida.
- **Diseño Limpio:** Utilizar un tipo de letra legible, un tamaño adecuado (11-12 pt), interlineado generoso (1,5) y suficiente espacio en blanco para evitar la saturación visual.
- **Formatos de "Lectura Fácil":** Para personas con dificultades cognitivas o de lectoescritura, se pueden crear versiones simplificadas con pictogramas, frases muy cortas y un diseño visual muy claro.

## 7.5. Versiones Adaptadas y el Dilema de la Simplificación

La creación de versiones adaptadas es una manifestación del **principio de coordinación y comunicación efectiva**, asegurando que cada actor reciba la información que necesita en el formato que le es más útil. Sin embargo, esto plantea un dilema: ¿cómo se redacta un documento que sea a la vez simple y accesible para la persona, pero también legalmente robusto y técnicamente preciso para fines de auditoría o responsabilidad profesional?

La solución no es la simplificación excesiva, sino la **redacción a múltiples niveles**:

- **El Documento Maestro:** Debe ser completo y técnicamente preciso, incluyendo todos los detalles clínicos y legales.



- **Versión para la Persona y la Familia:** Un resumen en lenguaje coloquial, a menudo en formato de "carta de plan de atención", que se centra en los objetivos y los apoyos de manera clara y motivadora.
- **Versión para Profesionales Externos:** Informes de síntesis para otros servicios (p. ej., atención primaria) que extraen la información clínicamente relevante.

La clave es la coherencia y la trazabilidad. Todas las versiones deben derivar del mismo documento maestro y ser consistentes entre sí.

## 7.6. Barreras para una Buena Redacción y Estrategias de Superación

La implementación de este modelo de redacción se enfrenta a barreras reales en la práctica clínica:

- **La Presión del Tiempo:** Los profesionales a menudo sienten que "no tienen tiempo para escribir bonito".
- **La Inercia Institucional:** Las plantillas de las historias clínicas electrónicas suelen ser rígidas y estar diseñadas desde un modelo biomédico.
- **La Cultura Profesional:** La jerga técnica a menudo se percibe, consciente o inconscientemente, como una señal de estatus y competencia.

Las estrategias de superación, como se verá en el Foco de Práctica, incluyen la formación específica, el liderazgo comprometido, la implementación de plantillas flexibles y, sobre todo, la demostración de que una mejor redacción conduce a una mayor eficiencia a largo plazo al mejorar la comunicación y la adherencia.

## Conclusión del Capítulo

Un PAI efectivo no es solo un plan bien pensado, sino también un documento bien comunicado. La estructura, el lenguaje y el diseño no son la envoltura del plan; son parte integral de la intervención. Un documento accesible, que da voz a la persona y es fácil de usar, se convierte en una poderosa herramienta que refuerza la alianza terapéutica, fomenta el empoderamiento y guía de manera efectiva el camino hacia la recuperación.

### Caja de Herramientas del Capítulo 7

Las herramientas de este capítulo están disponibles en los anexos para su consulta y uso práctico.

#### Herramienta 7.1: Plantilla Maestra del PAI

Puede consultarse en el Anexo 1.

#### Herramienta 7.2: Guía de Estilo para la Redacción Centrada en la persona

Puede consultarse en el Anexo 2. En la Tabla 11 se incluye un ejemplo.

**Tabla 11. Guía de Estilo para la Redacción Centrada en la Persona**

En lugar de... (Lenguaje Centrado en el Déficit/Técnico)	Pruebe con... (Lenguaje Centrado en la Persona/Sencillo)	¿Por qué?
"El paciente es un esquizofrénico con escasa adherencia."	"Juan es una persona con diagnóstico de esquizofrenia que actualmente encuentra dificultades para seguir su plan de medicación."	Utiliza el estilo de las personas primero y describe una dificultad en lugar de etiquetar a la persona.
"Se intervendrá para corregir las conductas disruptivas."	"Apoyaremos a Ana para que encuentre formas alternativas de expresar su frustración y sus necesidades."	Se enfoca en la función de la conducta y en la enseñanza de habilidades, no en la corrección.
"El objetivo es mejorar el insight sobre su patología."	"El objetivo es que Luis comprenda mejor cómo su salud mental afecta a su vida diaria y qué puede hacer para cuidarse."	Traduce un concepto clínico abstracto a un resultado práctico y empoderador.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.





### Herramienta 7.3: Lista de Verificación de Calidad del Documento PAI

Utilice esta lista para revisar un PAI finalizado y asegurar que cumple con los estándares de calidad. En el Anexo 3 se puede consultar una versión más extensa.

- **Accesibilidad:** ¿El lenguaje es claro y evita la jerga? ¿Un no profesional podría entender los puntos clave?
- **Voz de la Persona:** ¿El plan incluye citas directas o refleja las preferencias y metas de la persona con sus propias palabras?
- **Enfoque en Fortalezas:** ¿La síntesis de la evaluación y los objetivos mencionan explícitamente las fortalezas y recursos de la persona?
- **Usabilidad:** ¿La información está bien estructurada? ¿El uso de tablas y listas facilita la consulta rápida?
- **Coherencia:** ¿Existe una conexión lógica y clara entre la evaluación, los objetivos y las intervenciones?
- **Validación:** ¿Hay constancia (p. ej., firma) de que el plan ha sido discutido y acordado con la persona?

---

### Foco de Práctica: Implementación Efectiva del Modelo de Redacción del PAI en un Centro de Rehabilitación

**Entorno:** Centro de Rehabilitación que atiende a personas con TMG. Tradicionalmente, la documentación estaba fragmentada por disciplinas.

#### Proceso de Cambio:

1. **Formación y Concienciación:** Se realizó un taller de capacitación donde se contrastaron planes antiguos (llenos de jerga) con versiones reescritas en lenguaje sencillo. La experiencia de un usuario invitado que validó con entusiasmo la versión clara fue clave para convencer a los profesionales escépticos.
2. **Desarrollo de Herramientas Locales:** Un comité interdisciplinar adaptó la Plantilla Maestra y la Guía de Estilo a las necesidades específicas de la unidad, incluyendo, por ejemplo, una sección sobre voluntades anticipadas.
3. **Implementación Gradual con Mentoría:** Se pilotó el nuevo formato con 5 personas usuarias. Profesionales "campeones" del nuevo modelo mentorizaron a sus colegas,



ayudándoles a reformular el lenguaje y a integrar las perspectivas. Se encontraron soluciones a desafíos reales, como mantener la precisión técnica (p. ej., "Trastorno Bipolar Tipo II") entre paréntesis, después de la explicación en lenguaje sencillo.

4. **Extensión y Mejora Continua:** Tras el éxito del piloto, el modelo se extendió a todas las personas usuarias. Se evaluó el impacto: la satisfacción de las familias con la información recibida aumentó del 60% al 90%. Los profesionales reportaron que, una vez superada la curva de aprendizaje, los nuevos planes unificados mejoraban la coordinación y reducían el tiempo perdido en "reuniones de pasillo".

### Caso Ilustrativo: El PAI de Luis

Luis, de 32 años, con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y Diabetes Tipo 2.

- **Redacción Tradicional:**
  - **Objetivo:** Controlar los episodios de desregulación emocional y mantener la glucemia dentro de rangos adecuados.
  - **Intervención:** Terapia dialécticoconductual para regulación emocional; pauta de insulina y educación nutricional.
- **Redacción Centrada en la Persona (PAI Final):**
  - **Objetivo de Luis:**
  - “Quiero sentirme más estable emocionalmente para poder relajarme y salir con mis amigas sin que me invada la ansiedad, y mantener mi azúcar controlada para preparar la cena para mi familia sin miedo a hipoglucemias.”
- **Plan de acción conjunto:**
  - **Regulación emocional (con Ana, terapeuta):**
    - Sesiones de TDC centradas en habilidades de tolerancia al malestar y mindfulness (2 veces/semana).
    - Práctica diaria de “pausas conscientes” cuando aparezca la impulsividad.
- **Autocontrol de la diabetes (con Carlos, educador):**
  - Registro de glucemias antes de cada comida y a la hora de dormir (3 veces/día).
  - Plan de menú semanal basado en la dieta mediterránea, con recetas fáciles que a María le guste cocinar.



- Revisión quincenal de tendencias de glucosa y ajuste de la pauta de insulina según logros y dificultades.
- **Práctica en vida real:** Luís y su equipo practicarán juntas una salida al parque con amigas, incorporando antes y después técnicas de respiración para gestionar la ansiedad, y un control de glucemia inmediato al regreso.

# 3

## Parte III: Implementación, Calidad y Mejora Continua



## CAPÍTULO 8: Validación y Control de Calidad del PAI

### Introducción

La elaboración de un PAI es un hito fundamental en el proceso de recuperación, pero no es el destino final. Un documento, por muy bien redactado que esté, carece de valor si no es un reflejo fiel de un acuerdo colaborativo, si no es comprensible para su protagonista y si no se somete a mecanismos rigurosos que aseguren su pertinencia y efectividad. La validación y el control de calidad no son, por tanto, meros apéndices burocráticos del proceso, sino salvaguardas que garantizan la integridad y la utilidad del PAI como herramienta viva de cambio.

Este capítulo aborda las metodologías y procesos necesarios para asegurar que cada PAI cumpla con los más altos estándares de calidad antes y durante su implementación. Se comenzará por definir los criterios fundamentales que debe satisfacer todo plan: ser efectivo, eficiente, realista, actual y medible. A continuación, se detallará el proceso de validación pre-implementación por parte del equipo interdisciplinar, un paso crucial para garantizar la coherencia y viabilidad del plan. Se profundizará en las técnicas para verificar la comprensión y la satisfacción de la persona, asegurando que el plan sea verdaderamente "suyo". Se explorarán, además, dos mecanismos clave para el desarrollo profesional y la mejora continua: la revisión por pares y la supervisión clínica. Finalmente, se establecerán los indicadores de calidad del proceso que permiten a los servicios monitorizar la fidelidad al modelo de Atención Centrada en la Persona. El objetivo es dotar a los profesionales y a las organizaciones de un marco robusto para que el PAI no solo se "haga", sino que se "haga bien".

### 8.1. Criterios de Calidad: Efectivo, Eficiente, Realista, Actual, Medible

Para que un PAI trascienda el papel y se convierta en un instrumento transformador, debe ser evaluado frente a cinco criterios de calidad interrelacionados. Estos criterios actúan como una brújula que orienta tanto su diseño como su revisión continua.

- **Efectivo:** Un PAI es efectivo si las acciones y apoyos que propone conducen al logro de los objetivos coconstruidos y, en última instancia, a una mejora tangible en la calidad

de vida de la persona. La efectividad no se mide por el número de intervenciones realizadas, sino por el impacto real que estas tienen. De hecho, la documentación oficial del Servicio de Salud Ejecutivo (HSE) de Irlanda define la efectividad como "la medida en que los objetivos establecidos en el plan se logran dentro de los plazos acordados". La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud español subraya que los planes deben demostrar su efectividad a través de "mejoras mensurables en el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida".

- **Eficiente:** La eficiencia se refiere a la capacidad del plan para alcanzar los objetivos utilizando los recursos (tiempo, servicios, apoyos económicos) de la manera más óptima posible. Un plan eficiente busca el máximo beneficio para la persona con el mínimo de recursos necesarios, garantizando la sostenibilidad de los apoyos. El Plan de Atención Individualizada de Navarra define la eficiencia como "la capacidad del plan para conseguir los objetivos marcados al menor coste posible", mientras que la Guía de Funcionamiento de los CRPS de Madrid especifica que "se mide por la capacidad de cumplir los objetivos con el menor consumo de recursos".
- **Realista:** Este criterio se vincula directamente con el principio de "Alcanzable" de los objetivos SMART. Un PAI de calidad debe estar firmemente anclado en la realidad de la persona: sus capacidades actuales, sus fortalezas, las barreras de su entorno y los recursos de los que dispone realmente. Un plan irreal, por muy bienintencionado que sea, está condenado a generar frustración. Como establece el HSE, "los objetivos deben ser realistas y alcanzables considerando las circunstancias individuales del usuario del servicio".
- **Actual:** El PAI es un documento dinámico, no una fotografía estática. Debe reflejar la situación, las preferencias y las metas de la persona en el momento presente. Esto exige un proceso de revisión y actualización periódica. El Plan de Atención Individualizada de Navarra establece que el PAI debe estar "actualizado, permitiendo la comprobación de los cambios sufridos por el residente desde que se implantó".
- **Medible:** La calidad debe poder ser monitorizada. Un buen PAI se caracteriza porque sus objetivos están formulados de tal manera que el progreso hacia ellos puede ser evaluado objetivamente. La inclusión de indicadores claros y métricas de seguimiento es lo que permite tanto a la persona como al equipo saber si el plan está funcionando.

Como establece el HSE, los objetivos deben ser "específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con límite de tiempo".

## 8.2. Validación Pre-implementación con Equipo Interdisciplinar

Antes de que el PAI se ponga en marcha, es fundamental un paso de validación formal por parte del equipo interdisciplinar. Este proceso no busca cuestionar los deseos de la persona, sino asegurar que el plan diseñado para apoyarlos sea coherente, coordinado y viable. En otras palabras, la validación pre-implementación es una reunión de trabajo estructurada que funciona como un "control de calidad" técnico y colaborativo.

### Criterios de Validación por Disciplinas:

Cada disciplina debe evaluar el PAI desde su perspectiva específica.

- **Validación Médica/Psiquiátrica:** Verificar la coherencia entre diagnóstico y objetivos, la ausencia de contraindicaciones médicas para las actividades, la consideración de efectos secundarios de la medicación y la coordinación con otros tratamientos.
- **Validación Psicológica:** Evaluar la alineación entre el perfil cognitivo y la complejidad de los objetivos, la consideración de factores motivacionales y la coherencia de las estrategias de afrontamiento con los recursos psicológicos de la persona.
- **Validación de Trabajo Social:** Analizar la viabilidad de los objetivos considerando los recursos socioeconómicos, la coherencia con las redes de apoyo y la alineación con los servicios comunitarios disponibles.
- **Validación de Terapia Ocupacional:** Evaluar el realismo de los objetivos funcionales, la adecuación de las adaptaciones del entorno propuestas y la secuenciación de las metas de rehabilitación de AVD.

## 8.3. Verificación de Comprensión y Satisfacción con la Persona

Un PAI técnicamente perfecto pero que la persona no comprende o con el que no se siente identificada, es en cierto modo un plan fallido. Por ello, la validación final y más importante es la que se realiza con la persona.

Una de las herramientas más eficaces para este fin es el Método *Teach-Back* (Schillinger et al., 2003; Yen & Leasure, 2019). No se trata tanto de un examen, sino de una técnica para verificar la calidad de la comunicación del profesional. En lugar de preguntar "¿Lo ha entendido?", el profesional pide a la persona que explique el plan con sus propias palabras. Por ejemplo:

- *"Hemos hablado de muchas cosas. Para asegurarme de que me he explicado bien, ¿podrías contarme cuáles son los dos objetivos más importantes que hemos acordado para los próximos meses?"*
- *"Para estar seguro de que no me he olvidado de nada, ¿podrías mostrarme cómo vas a tomar la nueva medicación cuando llegue a casa?"*

Si la persona tiene dificultades para explicarlo, la "responsabilidad" recae en el profesional, que debe volver a explicar la información utilizando un lenguaje diferente y más sencillo.

Paralelamente, se debe evaluar la satisfacción con el plan mediante preguntas directas y escalas sencillas.

## 8.4. Revisión por Pares y Supervisión Clínica

La calidad del PAI depende directamente de la competencia y la reflexividad de los profesionales. La revisión por pares y la supervisión clínica son dos mecanismos fundamentales para el desarrollo profesional continuo y el aseguramiento de la calidad.

- **Revisión por Pares:** Consiste en un proceso estructurado donde los profesionales presentan sus casos a sus colegas para recibir feedback constructivo. No es una auditoría, sino un espacio de aprendizaje colaborativo. El **marco conceptual** de la revisión por pares se basa en los principios de confidencialidad, constructividad, competencia y sistematicidad. La **metodología de selección de revisores** debe basarse





en criterios de experiencia clínica, formación específica, diversidad disciplinaria e independencia.

- **Supervisión Clínica:** Es una relación formal y colaborativa en la que un profesional con más experiencia (supervisor) acompaña y guía a otro (supervisado). La supervisión tiene una triple función: educativa (desarrollar competencias), de apoyo (manejar el estrés) y de gestión de la calidad (asegurar la adherencia a los estándares éticos y de buena praxis).

#### **Mejor Práctica: Fomentar una Cultura de Calidad No Coercitiva**

Tanto la revisión por pares como la supervisión clínica deben desarrollarse en un entorno de seguridad psicológica, donde los profesionales se sientan cómodos para exponer sus dudas y dificultades sin temor a ser juzgados. El objetivo no es buscar errores, sino crear oportunidades de aprendizaje y crecimiento.

## **8.5. Indicadores de Calidad del Proceso**

La sistematización de los PAI a nivel organizacional puede llevar a los servicios a monitorizar la calidad global de su proceso de planificación a través de indicadores medibles y relevantes como puede ser los siguientes:

- **Indicadores de Participación y Autodeterminación:**
  - Porcentaje de PAIs que están co-firmados por la persona usuaria.
  - Porcentaje de PAIs que incluyen objetivos redactados en las propias palabras de la persona.
  - Puntuación media en las encuestas de satisfacción del usuario sobre su grado de participación.
- **Indicadores de Individualización y Enfoque en Fortalezas:**
  - Porcentaje de PAIs que incluyen una sección específica sobre las fortalezas y capacidades.



- Porcentaje de PAIs que contemplan actividades significativas y personalizadas.
- **Indicadores de Dinamismo y Seguimiento:**
  - Porcentaje de PAIs que han sido revisados en el plazo establecido (p. ej., cada 6 meses).
  - Tiempo medio de demora entre la identificación de una necesidad de cambio y la modificación del PAI.
- **Indicadores de Competencia Profesional:**
  - Porcentaje de profesionales con formación específica en PAI actualizada.
  - Número de horas de supervisión clínica y/o revisión por pares realizadas al mes.

---

### Caso Integrado: Validación del PAI de Patricia

Patricia es una mujer de 52 años con diagnóstico de trastorno bipolar tipo II y trastorno de personalidad límite comórbido. Su PAI inicial, desarrollado tras cuatro semanas de evaluación, incluía objetivos de estabilización emocional, reactivación vocacional, mejora de relaciones interpersonales, manejo de crisis e independencia en la vivienda.

#### Proceso de Validación Pre-implementación:

- **Validación Psiquiátrica:** El psiquiatra expresó preocupación sobre la viabilidad de la reactivación vocacional antes de lograr una mayor estabilidad emocional.
- **Validación Psicológica:** La psicóloga sugirió que los objetivos de regulación emocional requerían intervenciones específicas de Terapia Dialéctica Conductual (DBT) no incluidas en el plan.
- **Validación de Trabajo Social:** El trabajador social identificó barreras socioeconómicas no consideradas en el objetivo vocacional (licencia de enfermería expirada).
- **Resolución de Discrepancias:** Tras una reunión de validación, el equipo acordó extender el cronograma del objetivo vocacional a 12 meses, incluir intervenciones DBT específicas y priorizar objetivos de autocuidado.



### Verificación de Comprensión y Satisfacción con Patricia:

En la sesión de verificación, Patricia demostró una clara comprensión del plan modificado. Sin embargo, expresó una preocupación específica sobre el objetivo de desarrollar relaciones sociales: "He tenido tantas relaciones que terminaron mal que me da miedo intentar otra vez". Esto llevó a una modificación adicional del plan para incluir preparación específica para el desarrollo relacional.

### Revisión por Pares Externa:

Se seleccionó a un psicólogo clínico externo como revisor. Sus recomendaciones incluyeron una mayor especificidad en las intervenciones DBT, un plan de contingencia más detallado y la definición de indicadores de progreso más precisos para la regulación emocional. El equipo aceptó e implementó todas las recomendaciones.

## Caja de Herramientas del Capítulo 8

Tabla 12. Lista de Verificación Integral de Calidad del PAI

Criterio de Calidad	Ítem de Verificación	Sí	No	Observaciones / Acciones de Mejora
<b>Sección A: Criterios de Calidad Fundamentales</b>				
<b>Efectividad</b>	¿Los objetivos están claramente vinculados con necesidades y fortalezas identificadas en la evaluación?			
	¿Las intervenciones propuestas tienen evidencia científica o se basan en buenas prácticas reconocidas?			



<b>Eficiencia</b>	¿Se han establecido indicadores específicos y mensurables para cada objetivo?
	¿Se evita la duplicación innecesaria de servicios o intervenciones entre diferentes profesionales?
	¿El plan aprovecha los recursos de la red de apoyo natural de la persona (familia, comunidad)?
<b>Realismo</b>	¿Los objetivos son alcanzables considerando las capacidades actuales y el contexto de la persona?
	¿Los recursos necesarios para implementar el plan (personal, materiales, servicios) están realmente disponibles?
<b>Actualidad</b>	¿La información de la evaluación refleja la situación presente de la persona (últimos 30 días)?
	¿El plan incorpora los cambios significativos más recientes en la vida de la persona (p. ej., un ingreso hospitalario, un cambio de domicilio)?
<b>Mensurabilidad</b>	¿Todos los objetivos cumplen los criterios SMART (Específico, Medible, Alcanzable, Relevante, Temporal)?
	¿Se especifican los métodos o instrumentos de medición para cada indicador de progreso?
<b>Sección B: Proceso de Desarrollo y</b>	

<b>Enfoque Centrado en la Persona</b>	
<b>Participación del Usuario</b>	<p>¿El documento incluye una sección que recoge explícitamente el proyecto de vida y las preferencias de la persona?</p> <p>¿Hay evidencia de que la persona ha participado activamente en la definición de los objetivos (p. ej., citas directas, objetivos redactados en primera persona)?</p> <p>¿Se ha verificado la comprensión del plan con la persona utilizando técnicas como el Teach-Back?</p>
<b>Inclusión Familiar</b>	<p>¿Se ha explorado y documentado el rol de la familia/red de apoyo, con el consentimiento de la persona?</p>
<b>Enfoque en Fortalezas</b>	<p>¿La síntesis de la evaluación identifica y lista explícitamente las fortalezas y capacidades de la persona?</p> <p>¿Las intervenciones planificadas se apoyan o buscan potenciar dichas fortalezas?</p>
<b>Sección C: Contenido y Estructura del Documento</b>	
<b>Complejidad</b>	<p>¿El PAI incluye todas las secciones requeridas (evaluación, objetivos, intervenciones, seguimiento, etc.)?</p> <p>¿Se han abordado todos los dominios relevantes para la</p>

	persona (salud física, emocional, social, vocacional, etc.)?
<b>Claridad y Accesibilidad</b>	¿El lenguaje utilizado es claro, sencillo y evita la jerga técnica innecesaria?
	¿La estructura visual (tablas, listas, encabezados) facilita la lectura y la consulta rápida?
<b>Coordinación</b>	¿Están claramente definidas las responsabilidades de cada profesional o servicio implicado?
	¿Se ha incluido un plan de coordinación con otros servicios externos (p. ej., atención primaria)?
<b>Seguimiento</b>	¿Se ha establecido una fecha o un plazo concreto para la próxima revisión formal del plan?
	¿Se ha incluido un plan de crisis personalizado si la situación de la persona lo requiere?
<b>Aspectos Legales y Éticos</b>	¿Hay constancia del consentimiento informado y del acuerdo de la persona con el plan (p. ej., firma)?
	¿Se respetan los principios de confidencialidad en la gestión de la información?

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

## Herramienta 8.2: Protocolo Estructurado de Validación Interdisciplinaria

*Este protocolo guía la realización de la reunión de validación pre-implementación para asegurar que sea un proceso eficiente, riguroso y colaborativo.*



### Fase 1: Preparación (1 semana antes de la reunión)

1. **Convocatoria:** El profesional de referencia convoca a todos los miembros del equipo interdisciplinar implicados en el caso.
2. **Distribución de Materiales:** Se envía a todos los participantes el borrador del PAI, un resumen de la evaluación integral y la si es necesario la Lista de Verificación de Calidad.
3. **Revisión Individual:** Cada profesional revisa de forma independiente el PAI desde su perspectiva disciplinaria, completando la lista de verificación e identificando puntos fuertes, preocupaciones y recomendaciones.

### Fase 2: Reunión de Validación Interdisciplinaria (Duración aproximada: 60-90 minutos)

- **Apertura y Encuadre (5 min):**
  - El profesional de referencia da la bienvenida y repasa el objetivo de la reunión: validar el PAI para asegurar su calidad y viabilidad.
  - Se establecen las normas de la reunión (escucha activa, feedback constructivo).
- **Presentación del Caso y del PAI (15 min):**
  - El profesional de referencia presenta un resumen conciso del caso, la formulación integradora y los objetivos principales del PAI propuesto.
- **Ronda de Revisión Disciplinaria (30 min):**
  - Cada profesional (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, etc.) presenta de forma breve (5-7 min) su análisis del PAI, basándose en la lista de verificación. Se destacan tanto las fortalezas como las áreas de mejora identificadas.
- **Discusión Integrada y Resolución de Discrepancias (25 min):**
  - El equipo discute las preocupaciones y recomendaciones planteadas.
  - Se buscan soluciones colaborativas a las discrepancias, utilizando la negociación y la consulta de evidencia si es necesario.
  - Se priorizan las modificaciones necesarias frente a las deseables.
- **Toma de Decisiones y Cierre (15 min):**
  - Se llega a una decisión formal:
    - **Aprobado:** El plan es robusto y puede pasar a la fase de verificación con el usuario.
    - **Aprobado con Modificaciones Menores:** Se aprueba el plan, y el profesional de referencia se encarga de implementar los cambios acordados.



- **Requiere Modificaciones Mayores:** El plan necesita una revisión sustancial y volverá a ser presentado en una futura reunión de validación.
  - Se asignan responsabilidades para implementar los cambios.
  - Se resume el plan de acción y los próximos pasos.

### Fase 3: Documentación y Seguimiento

1. **Acta de Reunión:** Se redacta un acta que incluye los asistentes, las decisiones tomadas, las modificaciones acordadas y la decisión final.
2. **Actualización del PAI:** El profesional de referencia actualiza el documento del PAI según lo acordado.
3. **Comunicación:** Se comunica la versión validada del PAI a todo el equipo.

### Herramienta 8.3: Guía de Verificación de Comprensión con el Usuario (Método *Teach-Back*)

*Esta guía estructura la sesión final con la persona para validar el plan, asegurando su comprensión y satisfacción.*

#### 1. Preparación de la Sesión:

- **Entorno:** Asegurar un espacio privado, cómodo y sin interrupciones.
- **Materiales:** Tener una copia del PAI validado en un formato accesible (letra grande, lenguaje sencillo).
- **Participantes:** Invitar a familiares o personas de apoyo si la persona así lo desea.

#### 2. Estructura de la Sesión:

- **Encuadre (5 min):**
  - **Propósito:** "Vamos a revisar juntos el plan que hemos diseñado para asegurarnos de que refleja exactamente lo que hemos hablado, que estás de acuerdo con todo y que lo entiendes perfectamente. Tú tienes la última palabra. Esto no es un examen para ti, sino una forma de que yo compruebe si me he explicado bien."
- **Revisión Conjunta y Teach-Back (30 min):**
  - Leer cada sección del plan en voz alta, deteniéndose después de cada punto clave.
  - **Utilizar preguntas de Teach-Back:**
    - **En lugar de:** "¿Ha entendido el objetivo?"





- **Pregunte:** "Para asegurarme de que lo he escrito bien, ¿me podrías explicar con tus propias palabras qué significa para ti este objetivo de [mencionar el objetivo]?"
- **En lugar de:** "¿Tiene alguna pregunta sobre la medicación?"
- **Pregunte:** "Hemos hablado de varios cambios en la medicación. Para estar seguro de que no me he olvidado de nada importante, ¿podría decirme cuáles son los dos cambios principales que hemos acordado y cuándo debe tomarlos?"
- **Si hay malentendidos:** Asumir la responsabilidad ("Parece que no lo he explicado con suficiente claridad. Permíteme intentarlo de otra manera..."). Reformular y volver a utilizar el Teach-Back.
- **Verificación de la Satisfacción y el Compromiso (15 min):**
  - **Utilizar preguntas de escala:**
    - "Del 0 al 10, ¿qué tan cómodo/a te sientes con este plan en general?"
    - "Del 0 al 10, ¿cuánta confianza tienes en que este plan te ayudará a conseguir lo que quieres?"
  - **Si la puntuación es baja (p. ej., <7):** Explorar las barreras: "Veo que no estás del todo convencido/a. ¿Qué parte del plan te genera más dudas? ¿Qué podríamos cambiar para que ese 6 se convirtiera en un 8?"
- **Acuerdos y Cierre (10 min):**
  - Realizar los ajustes finales en el documento en base a la conversación.
  - Preguntar si la persona desea una copia del plan y en qué formato.
  - Formalizar el acuerdo (p. ej., mediante la firma del documento).
  - Felicitar a la persona por su implicación y establecer la fecha de la primera revisión de seguimiento.

#### Herramienta 8.4: Matriz de Indicadores de Calidad del Proceso

*Esta matriz sirve como cuadro de mando para que los servicios monitoricen la calidad de su proceso de planificación de PAI de forma sistemática.*



Categoría	Indicador	Definición Operacional	Estándar Objetivo	Frecuencia de Medición	Fuente de Datos
<b>Puntualidad y Eficiencia</b>	Tiempo hasta PAI inicial	Días hábiles desde el ingreso hasta la firma del PAI inicial.	≤ 15 días	Mensual	Sistema de registro electrónico / Auditoría de expedientes
	% de revisiones realizadas en plazo	Nº de PAIs revisados en el periodo establecido (p. ej., 6 meses) / Total de PAIs que debían ser revisados x 100.	≥ 90%	Trimestral	Sistema de registro electrónico / Auditoría de expedientes
<b>Participación y Colaboración</b>	% de PAIs co-firmados por el usuario	Nº de PAIs con firma del usuario o registro de consentimiento o verbal / Total de PAIs activos x 100.	≥ 95%	Mensual	Auditoría de expedientes
	Puntuación de satisfacción del usuario	Puntuación media en la encuesta de satisfacción sobre el proceso de planificación (escala 1-10).	≥ 8.0	Semestral	Encuestas de satisfacción
<b>Calidad de Contenido</b>	% de objetivos que cumplen criterios SMART	Nº de objetivos que cumplen los 5 criterios / Total de objetivos en	≥ 90%	Trimestral	Auditoría de expedientes

<b>Validación y Control de Calidad</b>		% de PAIs con sección de fortalezas	una muestra de PAIs x 100.  Nº de PAIs que incluyen una sección explícita de fortalezas / Total de PAIs en una muestra x 100.	100%	Trimestral	Auditoría de expedientes
		% de PAIs con validación interdisciplinaria documentada	Nº de PAIs con acta de reunión de validación / Total de PAIs nuevos x 100.	100%	Mensual	Registro de reuniones / Auditoría de expedientes
		% de profesionales con formación en PAI actualizada	Nº de profesionales que han recibido formación en los últimos 2 años / Total de profesionales del equipo x 100.	100%	Anual	Registros de formación

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Foco de Práctica 1: Implementando un Sistema de Calidad del PAI en el CRPS "El Despertar"

El CRPS "El Despertar" transformó su proceso de PAI, que se había convertido en un trámite burocrático, a través de un plan de calidad en cuatro ejes:

1. **Estandarización y Formación:** Rediseño de la plantilla del PAI y formación intensiva en metodología SMART y método Teach-Back.



2. **Validación Interdisciplinar Sistemática:** Creación de una reunión semanal obligatoria de "Validación de PAIs".
3. **Revisión por Pares Mensual:** Creación de grupos de aprendizaje colaborativo.
4. **Monitorización de Indicadores:** Definición de un cuadro de mando con 5 indicadores clave.

#### **Resultados a Un Año:**

- % de PAIs co-firmados por el usuario: 35% → 98%
- % de PAIs revisados en plazo: 42% → 95%
- Satisfacción del usuario con el proceso (1-10): 4.5 → 8.7

**Lección Clave:** La calidad requiere estructura. No basta con la buena voluntad; es necesario crear rutinas (reuniones de validación, checklists, indicadores) que sistematicen y protejan los procesos de calidad.

#### **Foco de Práctica 2: Sistema Integral de Control de Calidad en la Red de Centros**

Mientras que el caso de "El Despertar" ilustra la transformación a nivel de un servicio, este ejemplo muestra cómo estos principios pueden escalarse para reformar un sistema de salud completo. La Red de Atención Sociosanitaria en Salud Mental, enfrentada a una gran variabilidad en la calidad de los PAI entre sus 23 centros, implementó un Sistema Integral de Control de Calidad.

#### **Diseño del Sistema:**

1. **Desarrollo de Estándares Unificados:** Un grupo de trabajo técnico, incluyendo a usuarios expertos, desarrolló 42 estándares específicos.
2. **Sistema de Monitorización Automatizada:** Se creó una plataforma tecnológica que capturaba automáticamente datos de cumplimiento y generaba alertas tempranas y reportes.
3. **Programa de Auditoría Interna:** Se formaron equipos de auditoría especializados que realizaban auditorías anuales en todos los centros.



### **Resultados a 18 Meses:**

- **Mejora Global:** El cumplimiento promedio de estándares en la red pasó del 67% al 89%.
- **Reducción de la Variabilidad:** La variabilidad en la calidad entre centros se redujo drásticamente.
- **Impacto en Resultados:** Se observó una reducción del 43% en los días de ingreso hospitalario por usuario/año y una mejora promedio del 28% en la Escala de Recuperación Personal.

**Reconocimiento y Transferibilidad:** El sistema ha recibido premios internacionales y está siendo adaptado y replicado en otras regiones y países, demostrando que la mejora de la calidad del PAI a gran escala es un objetivo alcanzable y con un impacto profundo en la vida de las personas.

## CAPÍTULO 9: Implementación y Coordinación Interdisciplinar

### Introducción

Un Plan de Atención Individualizado (PAI), por muy exhaustivo y bien diseñado que esté, no es más que un documento inerte si no se traduce en acciones coordinadas y significativas. La fase de implementación es el momento de la verdad, donde la planificación se encuentra con la compleja realidad de la vida de una persona y la práctica clínica. Es aquí donde el PAI demuestra su verdadero valor, no como un fin en sí mismo, sino como una hoja de ruta dinámica que guía el día a día del proceso de recuperación. El éxito de esta fase no depende de la brillantez de un único profesional, sino de la sinfonía de un equipo interdisciplinar bien orquestado.

Sin embargo, la mayoría de los fracasos de los PAI no se deben a un mal diseño, sino a un profundo **"abismo de implementación"**. Este abismo se nutre de tres brechas fundamentales:

1. **La Brecha de Coordinación:** Equipos interdisciplinarios que, en la práctica, operan como grupos multidisciplinares: trabajan en silos, con comunicación deficiente, roles solapados y una falta de liderazgo claro que diluye la responsabilidad.
2. **La Brecha de Comunicación:** La falta de protocolos efectivos para compartir información crítica entre el equipo interno y la red de servicios externos (atención primaria, servicios sociales, recursos de empleo, etc.), lo que genera una atención fragmentada y contradictoria.
3. **La Brecha de Continuidad:** Fracasos en la gestión de las transiciones asistenciales (p. ej., del hospital a la comunidad), que son los puntos de mayor vulnerabilidad para la desvinculación de la persona y la recaída.

Este capítulo presenta la **"ingeniería de la implementación"**. Su propósito es proporcionar las estructuras, los procesos y los protocolos necesarios para construir los puentes que salven estas tres brechas, asegurando que el PAI se traduzca en una atención coordinada, continua y sin fisuras (Eccles & Mittman, 2006; Légaré et al., 2011). Se detallará cómo ejecutar las actividades planificadas, cómo orquestar al equipo interdisciplinar, cómo establecer prioridades de forma conjunta y cómo gestionar las transiciones para que, en lugar de ser puntos de ruptura, se conviertan en catalizadores del progreso.

## 9.1. Ejecución de Actividades con Guías Personalizadas

La implementación del PAI comienza con la ejecución de las actividades diseñadas para alcanzar los objetivos coconstruidos. Este no es un proceso de cumplimiento pasivo, sino una fase activa que requiere la implicación continua de la persona. Para que la ejecución sea efectiva, las intervenciones deben ser personalizadas y presentadas de una manera que sea comprensible y manejable.

Las guías personalizadas son herramientas clave en este proceso. En lugar de dar instrucciones genéricas, se trata de co-crear pautas de acción concretas, adaptadas a las circunstancias, el estilo de aprendizaje y las preferencias de la persona. Por ejemplo, si un objetivo es mejorar la gestión de la ansiedad, la guía personalizada no se limitará a "practicar técnicas de relajación", sino que detallará: "Cuando notes que empiezas a sentir un nudo en el estómago (tu señal de ansiedad), coge los auriculares azules que te gustan, pon la lista de reproducción 'Calma' en tu móvil y realiza el ejercicio de respiración diafragmática que practicamos, durante 5 minutos, sentado/a en tu sillón favorito".

Este nivel de detalle, que conecta la acción con las rutinas y objetos personales, aumenta la probabilidad de que la persona integre la nueva habilidad en su vida cotidiana. La ejecución se convierte así en un proceso de aprendizaje experiencial, donde el profesional actúa como un entrenador que apoya, modela y refuerza las capacidades de la persona para autogestionar su bienestar, aplicando los principios de **andamiaje** descritos en el Capítulo 6: proporcionando un apoyo inicial intensivo que se va retirando gradualmente a medida que la persona gana competencia y confianza.

## 9.2. Coordinación del Equipo Interdisciplinar

La naturaleza holística del PAI exige una respuesta que ningún profesional puede ofrecer de forma aislada. La coordinación del equipo interdisciplinar es el mecanismo que asegura una atención integral y coherente, superando la fragmentación de los servicios (Powell et al., 2017). Un equipo interdisciplinar se diferencia de uno multidisciplinar en que no solo reúne a expertos



de diferentes campos, sino que estos trabajan juntos de forma sistemática, compartiendo una metodología y colaborando activamente en la planificación y ejecución de un plan de cuidados unificado.

El funcionamiento eficaz de un equipo interdisciplinar se sustenta en varios pilares:

- **Roles Claros y Liderazgo Definido:** Cada miembro del equipo, incluyendo a la persona atendida, debe comprender su rol y sus responsabilidades. Es fundamental la figura del **profesional de referencia o gestor de casos (*case manager*)**, quien actúa como el "pegamento" del equipo: no ejecuta todas las acciones, pero es responsable de supervisar el plan, facilitar la comunicación y asegurar que nadie "se pierda entre las grietas" del sistema.
- **Reuniones de Equipo Estructuradas y Eficaces:** Las reuniones son el instrumento básico de coordinación. Deben ser regulares, con una agenda clara, un moderador y un enfoque en la resolución conjunta de problemas y la toma de decisiones, no en la mera exposición de informes.
- **Plan de Cuidados Compartido:** El PAI es el documento central que guía la actuación de todo el equipo. Todos los miembros deben tener acceso a él y utilizarlo como referencia para sus intervenciones, asegurando que todos reman en la misma dirección.

### Insight Clave: El Gestor de Casos como Director de Orquesta

La figura del gestor de casos o profesional de referencia es indispensable para una implementación exitosa. Al igual que un director de orquesta, no toca todos los instrumentos, pero se asegura de que cada músico (profesional, servicio, familiar) entre a tiempo, siga la misma partitura (el PAI) y contribuya a una melodía armoniosa (el proceso de recuperación). Invertir en esta figura es invertir en la coherencia y efectividad de todo el sistema de atención.





## 9.3. Establecimiento Conjunto de Prioridades para las Intervenciones

Aunque el PAI establece objetivos a medio y largo plazo, la implementación diaria requiere una priorización continua de las intervenciones. El establecimiento conjunto de prioridades es un proceso dinámico que el equipo, en diálogo constante con la persona, debe realizar para decidir en qué centrar los esfuerzos en cada momento.

Este proceso de priorización debe considerar varios factores:

- **La Voluntad y Motivación de la Persona:** ¿Qué es lo más importante para la persona ahora?
- **La Prevención de Crisis:** Las intervenciones orientadas a gestionar un riesgo inminente suelen tener prioridad.
- **El Efecto "Piedra Angular":** Algunas intervenciones, como estabilizar el patrón de sueño, pueden ser prioritarias porque desbloquean el progreso en otras áreas.
- **La Disponibilidad de Recursos:** La priorización debe ser realista y tener en cuenta la disponibilidad real de los servicios.

Las reuniones de seguimiento del equipo son el foro ideal para esta deliberación, donde se analiza el progreso y se decide conjuntamente el foco de las intervenciones para la siguiente semana o quincena.

## 9.4. Comunicación Efectiva entre Profesionales y Servicios

Una coordinación interdisciplinar eficaz es imposible sin canales de comunicación fluidos y protocolos claros. Esto es especialmente crítico cuando el PAI involucra a servicios externos (atención primaria, servicios sociales, recursos de empleo). Las barreras para la comunicación interinstitucional son numerosas: leyes de protección de datos, culturas organizacionales diferentes, falta de sistemas de información compartidos.

Las estrategias para una comunicación efectiva incluyen:



- **Protocolos de Derivación y Respuesta:** Procedimientos claros que especifiquen la información mínima necesaria que debe acompañar a la persona y los plazos de respuesta esperados.
- **Uso de Herramientas Compartidas:** Un sistema de historia clínica electrónica compartida es la herramienta más potente. En su ausencia, se deben crear plataformas seguras o protocolos de comunicación estandarizados.
- **Designación de Roles de Enlace (*Liaison*):** Designar un punto de contacto claro en cada institución que participa en el PAI.
- **Memorandos de Entendimiento (MOU):** Acuerdos formales entre servicios que definen los términos de la colaboración, los protocolos de comunicación y los mecanismos de resolución de conflictos.

## 9.5. Gestión de Transiciones y Continuidad de Cuidados

Las transiciones entre diferentes niveles o dispositivos asistenciales (p. ej., del hospital a la comunidad) son momentos de máxima vulnerabilidad. La continuidad de cuidados es el principio que busca asegurar que la atención sea coherente y sin interrupciones (Khatrī et al., 2023). La continuidad de cuidados, entendida como el principio que busca garantizar que la atención sea coherente, fluida y sin fisuras a lo largo del tiempo y los distintos contextos asistenciales, se ha asociado de manera consistente con mejores resultados clínicos, menor tasa de rehospitalización y mayor satisfacción de los usuarios (Lora et al., 2022; Weaver, 2021). Así, garantizar la continuidad de cuidados no solo es un mandato ético y de calidad, sino un factor determinante para la seguridad y el bienestar de las personas en su camino entre la atención especializada y la vida diaria.

Una gestión eficaz de las transiciones requiere acciones proactivas:

- **Planificación del Alta desde el Ingreso:** La planificación de la transición debe comenzar en el momento de la admisión a un servicio, no en los días previos al alta.



- **Coordinación Precoz:** El gestor de casos del equipo comunitario debe contactar con el personal del servicio de ingreso lo antes posible.
- **Reconciliación de la Medicación:** Asegurar que cualquier cambio en la medicación se comunica claramente y que la persona tiene acceso al tratamiento.
- **Asegurar Citas de Seguimiento:** La persona no debe abandonar un servicio sin tener una cita programada con el siguiente recurso en un plazo breve (idealmente, en los primeros 7 días).
- **"Pase en Caliente" (*Warm Handoff*):** Siempre que sea posible, se debe facilitar una reunión o llamada conjunta entre el profesional del servicio de origen, el del servicio de destino y la propia persona, para asegurar una transferencia fluida de la relación terapéutica.

El PAI actúa como el "pasaporte" de la persona a través del sistema, garantizando que la información crucial sobre sus metas, fortalezas y necesidades de apoyo viaje con ella.

## Caja de Herramientas del Capítulo 9

Tabla 13. Plantilla de Plan de Implementación de Objetivos del PAI

Objetivo del PAI:	<i>(Extraído directamente del documento PAI)</i>
Acción Específica 1:	
Responsable Principal:	
Otros Implicados:	
Recursos Necesarios:	
Plazo de Ejecución:	
Indicador de Progreso/Finalización:	
Acción Específica 2:	



**Responsable Principal:**

**Otros Implicados:**

**Recursos Necesarios:**

**Plazo de Ejecución:**

**Indicador de Progreso/Finalización:**

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

**Tabla 14. Matriz de Coordinación de Roles y Responsabilidades (Adaptación RACI)**

*Roles: R (Responsable), A (Aprueba), C (Consultado), I (Informado)*

Tarea / Proceso Clave	Persona Usuaria	Gestor de Casos	Psiquiatra	Psicólogo/a	Trabajador/a Social	Médico/a AP
Revisión y ajuste de medicación	C	R	A	C	I	I
Sesiones de terapia individual	R	I	C	A	I	I
Búsqueda de recursos de vivienda	C	R	I	I	A	I
Coordinación con la familia	A	R	I	C	C	I
Planificación del alta hospitalaria	C	A	R	C	R	I

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Foco de Práctica 1: Orquestando el Cuidado en la Red de Atención Primaria "Salud Conectada"

La red de centros de salud de "Salud Conectada" implementó el Modelo de Atención Colaborativa (CoCM) para cerrar la brecha entre atención primaria y salud mental especializada. El modelo se basó en un equipo interdisciplinar (Médico de AP, Gestor de Casos de Salud Mental, Psiquiatra Consultor) que trabajaba directamente en el centro de salud. El Gestor de Casos realizaba un seguimiento proactivo de una cartera de personas usuarias, proporcionaba intervenciones breves y coordinaba el plan, supervisado semanalmente por el Psiquiatra Consultor, cuyas recomendaciones se transmitían al Médico de AP.

**Resultados a Dos Años:** En comparación con los centros tradicionales, los centros CoCM lograron una reducción del 50% en la escala de depresión en el 45% de las personas usuarias (frente al 19%), redujeron el tiempo de espera para atención de salud mental de >6 meses a <1 semana, y aumentaron drásticamente la satisfacción tanto de las personas usuarias como de los médicos de familia.

**Lección Clave:** La co-ubicación del equipo y la definición de roles claros fueron fundamentales para crear una estructura de comunicación constante y fluida, convirtiendo el PAI en el lenguaje común que todos compartían.

### Foco de Práctica 2: Implementación en un Caso de Alta Complejidad Multiservicio

María, de 35 años, con trastorno diagnóstico de esquizofrenia paranoide y trastorno por consumo de sustancias y en situación de sinhogarismo, requería la coordinación de la comunidad terapéutica, el centro de salud mental, servicios sociales y una ONG de reinserción laboral. Su PAI se centró en conseguir un alojamiento estable, mantener la abstinencia y mejorar sus habilidades para el empleo.

#### Desarrollo de la Implementación:

- **Crisis y Adaptación:** A los dos meses, María sufrió dos crisis psicóticas. El hospital ajustó su medicación sin notificar al equipo del PAI. Fue la propia María quien lo comunicó a su psicóloga. El equipo reaccionó rápidamente, coordinándose con el psiquiatra del hospital para encontrar un fármaco que no interfiriera con su tratamiento para la adicción. **Lección:** Se estableció un protocolo de comunicación directa con el hospital para futuras incidencias.



- **Éxito y Reajuste:** María consiguió un empleo a media jornada. Esto obligó a reajustar todo el plan: los horarios de terapia se movieron a la tarde y la intensidad del taller ocupacional se redujo. **Lección:** El plan debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los éxitos, no solo a los fracasos.
- **Transición Crítica:** Al cuarto mes, se le asignó un piso tutelado. El equipo preparó la transición con un plan de apoyo intensificado para las primeras semanas (visitas diarias del educador, aumento de la frecuencia de la terapia) para gestionar el riesgo asociado a una mayor autonomía.
- **Recaída y Respuesta No Punitiva:** En el quinto mes, María tuvo una recaída breve con el alcohol. El equipo reaccionó sin demora pero con empatía, intensificando el apoyo y revisando el PAI para identificar los desencadenantes (la soledad de los fines de semana). La solución fue coconstruida: María empezó a colaborar como voluntaria en un comedor social los sábados por la tarde.

**Resultados a un Año:** María llevaba 6 meses sin consumo de heroína, vivía de forma estable en su piso, conservaba su empleo y había reconstruido lazos sociales.

**Conclusión del Caso:** La experiencia de María demuestra que, en la alta complejidad, la implementación del PAI es un proceso dinámico de prueba y error. El éxito no reside en un plan perfecto, sino en la capacidad de un equipo coordinado y flexible para detectar problemas, aprender de los contratiempos y adaptar continuamente las estrategias en una alianza de confianza con la persona.

## CAPÍTULO 10: Seguimiento, Evaluación y Mejora Continua

### Introducción

La creación y validación de un Plan de Atención Individualizado (PAI) no es la culminación del proceso, sino el comienzo de un viaje dinámico. Un plan que no se revisa, se evalúa y se adapta a las realidades cambiantes de la vida de una persona corre el riesgo de convertirse en un documento obsoleto y, en última instancia, inútil. Recordemos que la verdadera potencia del PAI reside en su naturaleza de "documento vivo", un instrumento que evoluciona en paralelo a la persona a la que sirve. El seguimiento, la evaluación y la mejora continua son los procesos que garantizan esta vitalidad, transformando el PAI de una hoja de ruta estática en un GPS interactivo que recalcula y se ajusta en tiempo real.

### El Impacto Cuantificable del Seguimiento

La evidencia es contundente: el seguimiento sistemático no es un mero ejercicio burocrático, sino una intervención con un impacto directo en los resultados. Estudios comparativos han demostrado que los PAI con sistemas de seguimiento estructurados muestran tasas de logro de objetivos superiores y reducen las rehospitalizaciones un frente a planes sin monitorización sistemática (Beck et al., 2017; Stewart et al., 2022).

Este capítulo se dedica a la fase cíclica y perpetua del PAI: el bucle de retroalimentación que asegura su relevancia y efectividad a lo largo del tiempo. Se abordará la importancia de la monitorización continua en el día a día, que permite realizar pequeños ajustes de rumbo. Se detallará la metodología para la evaluación periódica de resultados, un proceso formal para medir el progreso frente a los objetivos establecidos. Se explorará el papel insustituible de la persona como agente activo en las revisiones de su propio plan. Finalmente, se establecerán criterios claros para discernir cuándo un PAI requiere una simple modificación y cuándo es necesaria una reformulación completa, especialmente tras eventos vitales significativos como una crisis. El objetivo es dotar a los equipos de las herramientas necesarias para crear un ciclo de mejora continua que mantenga el PAI alineado con el proyecto de vida de la persona.

## 10.1. Monitorización Continua con Ajustes Necesarios

La monitorización continua es el conjunto de observaciones y conversaciones informales que ocurren en el día a día, entre las revisiones formales del PAI. Es un proceso de "tomar la temperatura" constante del plan, llevado a cabo principalmente por el profesional de referencia en su contacto regular con la persona. Este seguimiento proactivo permite detectar tempranamente si las estrategias están funcionando, si han surgido nuevos obstáculos o si la motivación de la persona ha cambiado (Lim et al., 2022).

A diferencia de la evaluación periódica, que es un evento estructurado, la monitorización es fluida y se integra en la interacción cotidiana. Su propósito no es realizar una evaluación exhaustiva, sino hacer microajustes al plan. Por ejemplo:

- Si una estrategia para usar el transporte público está generando demasiada ansiedad, se puede ajustar temporalmente para empezar con trayectos más cortos o con un acompañante.
- Si la persona descubre un nuevo interés (p. ej., un taller en el centro cívico), se puede incorporar esa actividad al plan sin esperar a la revisión formal.
- Si un recurso comunitario deja de estar disponible, se busca una alternativa de forma inmediata.

Esta monitorización constante es fundamental para que el PAI sea percibido como una herramienta útil y relevante, y no como un corsé rígido. Requiere que el profesional de referencia mantenga un contacto continuo y una comunicación fluida con la persona y su red de apoyo, preguntando activamente sobre el progreso y las dificultades.

## 10.2. Evaluación Periódica de Resultados

La evaluación periódica es el proceso formal y estructurado de revisar el PAI en su totalidad. Su objetivo es medir de forma sistemática el progreso hacia los objetivos establecidos y tomar decisiones informadas sobre los siguientes pasos. Estas reuniones de evaluación deben ser



programadas con una periodicidad preestablecida (p. ej., cada seis meses), aunque pueden convocarse de forma extraordinaria si las circunstancias lo requieren.

El proceso de evaluación periódica debe incluir:

- **Medición de Resultados:** Se utilizan los mismos indicadores y herramientas de evaluación que en la valoración inicial (ver Capítulo 4) para obtener datos comparables. Esto puede incluir la reaplicación de escalas estandarizadas (p. ej., WHODAS 2.0, WHOQOL-BREF) y la revisión de los indicadores de logro definidos en los objetivos SMART.
- **Análisis del Progreso:** Se compara la situación actual con la línea base para cada objetivo. Se analiza no solo si se han alcanzado las metas, sino también cómo se ha hecho. Se exploran los facilitadores que han ayudado al progreso y las barreras que lo han dificultado.
- **Revisión de Estrategias:** Se evalúa la efectividad de las intervenciones y apoyos proporcionados. ¿Han sido útiles? ¿Se han implementado como se planificó? ¿Siguen siendo necesarios?

Esta evaluación no es una auditoría del "rendimiento" de la persona, sino una evaluación de la idoneidad y eficacia del plan de apoyos. Es un proceso de aprendizaje conjunto para el equipo y la persona, que permite celebrar los logros y entender mejor qué funciona y qué no.

## 10.3. Actualizaciones: Verificación de Cambios Desde la Implementación

El resultado de la evaluación periódica es la actualización del PAI. Este es un documento vivo que debe reflejar fielmente la situación actual de la persona. La actualización implica modificar el documento para incorporar los cambios acordados durante la reunión de revisión.

Las actualizaciones pueden ser de diversa índole:

- Marcar objetivos como "conseguidos" y celebrar el éxito.
- Reformular objetivos que no se han alcanzado, haciéndolos más realistas o cambiando el enfoque.



- Añadir nuevos objetivos que hayan surgido como nuevas prioridades para la persona.
- Modificar las estrategias e intervenciones, eliminando las que no han sido efectivas y añadiendo otras nuevas.
- Actualizar la información sobre la red de apoyo o los recursos comunitarios.

Cada versión actualizada del PAI debe ser fechada y firmada de nuevo por la persona y el profesional de referencia, asegurando que el documento que guía la práctica sea siempre el más reciente y consensuado.

## 10.4. Participación Activa de la Persona en las Revisiones

La persona es la protagonista principal del proceso de revisión de su PAI. La reunión de evaluación no es un espacio donde los profesionales informan a la persona sobre su progreso, sino un diálogo colaborativo donde la perspectiva de quien recibe la atención es la más importante.

Para fomentar una participación activa, el profesional de referencia debe:

- **Preparar la reunión con la persona:** Antes de la reunión formal con todo el equipo, es útil tener una conversación preparatoria con la persona para ayudarla a reflexionar sobre su experiencia con el plan y a preparar lo que quiere compartir.
- **Crear un entorno seguro y respetuoso:** La reunión debe llevarse a cabo en un ambiente de confianza donde la persona se sienta cómoda para expresar sus opiniones, incluso si son críticas con el servicio o los profesionales.
- **Utilizar un lenguaje accesible:** Se debe evitar la jerga técnica y presentar los datos de la evaluación de forma clara y comprensible.
- **Hacer preguntas abiertas y centradas en la experiencia:** En lugar de preguntar "¿Ha cumplido el objetivo?", se pueden usar preguntas como: "¿Cómo ha sido para ti trabajar en este objetivo?", "¿Qué ha sido lo más útil?", "¿Qué dificultades te has encontrado?", "¿Qué te gustaría que hiciéramos de forma diferente a partir de ahora?".

La participación activa de la persona en la evaluación de su propio plan no solo es un derecho, sino que aumenta su sentido de control y autoeficacia, y garantiza que el PAI siga alineado con lo que es verdaderamente importante para ella.

## 10.5. Criterios para Modificación vs. Reformulación Completa

No todos los cambios en el PAI tienen la misma envergadura. Es crucial distinguir entre una **modificación** y una **reformulación completa** del plan.

- **Modificación del PAI:** Se refiere a ajustes o cambios parciales que se realizan cuando los objetivos generales y el proyecto de vida subyacente siguen siendo válidos. Se opta por la modificación cuando el progreso es más lento de lo esperado, se ha alcanzado un objetivo parcial o ha surgido un obstáculo imprevisto.
- **Reformulación Completa del PAI:** Implica un replanteamiento profundo del plan, incluyendo sus objetivos fundamentales. Es un proceso más similar a la elaboración de un PAI inicial y se requiere cuando se produce un cambio sustancial en la vida de la persona. Los criterios para una reformulación completa incluyen:
  - **Una crisis vital o de salud:** Un ingreso hospitalario, una descompensación grave, la pérdida de un ser querido o un cambio drástico en la salud física.
  - **Cambio significativo en el proyecto de vida:** La persona decide que sus metas a largo plazo han cambiado.
  - **Estancamiento prolongado:** Si, a pesar de varias modificaciones, no se produce ningún avance significativo.
  - **Consecución de la mayoría de los objetivos:** Un PAI exitoso puede llevar a la persona a un nuevo punto en su vida donde se necesitan nuevas metas.

### Reflexión de Caso: La Crisis como Oportunidad

Una crisis no debe ser vista solo como un fracaso del plan, sino como una fuente de información valiosísima. La forma en que la persona y su red afrontan la crisis, los factores que la desencadenaron y los apoyos que resultaron más útiles son datos cruciales. Una



reformulación del PAI post-crisis, que integre estos aprendizajes, puede resultar en un plan mucho más robusto y resiliente que el anterior, convirtiendo el revés en una oportunidad para un crecimiento más profundo.

## Caja de Herramientas del Capítulo 10

**Tabla 14. Cuadro de revisión de progreso del PAI**

Objetivo SMART	Indicador de Éxito	Línea Base (Fecha)	Revisión 1 (Fecha)	Revisión 2 (Fecha)	Estado Actual	Observaciones / Ajustes Acordados
Ej: Acudir al centro de rehabilitación psicosocial 2 veces/semana para participar en el taller de pintura durante el próximo trimestre.	Frecuencia de asistencia semanal al taller.	0 veces/semana (01/09/24)	1 vez/semana (01/12/24)	2 veces/semana (01/03/25)	Conseguido	Se ha logrado el objetivo. La persona desea continuar. Se plantea un nuevo objetivo relacionado con exponer sus obras.
Ej: Reducir las visitas a urgencias por crisis de ansiedad a menos de 1 al mes en 6 meses.	Nº de visitas a urgencias/mes por ansiedad.	4 visitas/mes (01/09/24)	2 visitas/mes (01/03/25)		En progreso	Ha habido una mejora significativa. Se acuerda mantener las estrategias de afrontamiento y reevaluar en 3 meses.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Herramienta 10.1: Protocolo para la Reunión de Revisión del PAI

- **Fase 1: Preparación:** Recopilar datos de seguimiento, convocar a los participantes, realizar una sesión preparatoria con la persona.
- **Fase 2: Desarrollo de la Reunión:** Bienvenida y encuadre, celebración de logros, revisión de objetivos (uno por uno) utilizando el Cuadro de revisión, análisis de barreras y facilitadores, y mirada hacia el futuro.
- **Fase 3: Toma de Decisiones y Cierre:** Decidir conjuntamente si cada objetivo se mantiene, se modifica o se finaliza. Acordar y redactar los nuevos objetivos. Resumir los acuerdos y establecer la fecha para la próxima revisión.
- **Fase 4: Post-Reunión:** Actualizar el documento PAI y distribuir la versión actualizada a todos los implicados.

---

### Foco de Práctica 1: De la Crisis a la Reformulación: El PAI de Luis

Luis, un hombre de 41 años con esquizofrenia, había logrado una notable estabilidad gracias a un PAI centrado en su autonomía y su participación en un club de ajedrez. Llevaba más de dos años sin ingresos hospitalarios. Sin embargo, una grave crisis familiar (la enfermedad súbita de su madre) desencadenó una recaída que requirió un ingreso breve.

**La Evaluación Post-Crisis:** Tras el alta, el equipo reconoció que no bastaba con una simple modificación; era necesaria una **reformulación completa**. La crisis había cambiado radicalmente las prioridades de Luis. Su nueva prioridad absoluta era "aprender a cuidar de mi madre sin ponerme enfermo yo".

**El PAI Reformulado:** La reunión de reformulación, en la que participaron Luis y su hermana, dio lugar a un PAI completamente nuevo, adaptado a su nuevo rol de cuidador.

Tabla 15. Ejemplo de PAI reformulado

PAI Original (Pre-Crisis)	PAI Reformulado (Post-Crisis)
Objetivo 1: Mantener la asistencia al club de ajedrez dos veces por semana para socializar.	Objetivo 1: Asistir al grupo de apoyo para familiares cuidadores del centro de salud una vez al mes para compartir experiencias y aprender estrategias de autocuidado.



Objetivo 2: Realizar la compra semanal y cocinar 3 cenas a la semana de forma autónoma.	Objetivo 2: Elaborar un plan semanal de tareas domésticas y de cuidado de su madre, compartido con su hermana, para distribuir la carga de forma equilibrada.
Objetivo 3: Acudir a las citas de seguimiento psiquiátrico para el control de la medicación.	Objetivo 3: Identificar las señales tempranas de estrés (p. ej., insomnio, rumiaciones) y contactar con su profesional de referencia para una intervención precoz.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

**Lección Clave:** La flexibilidad es la clave de la resiliencia. Un PAI no es un contrato rígido. Su valor reside en su capacidad para adaptarse a los imprevistos de la vida.

## **Foco de Práctica 2: Implementación de un Sistema de Seguimiento en la "Residencia Los Pinos"**

La "Residencia Los Pinos", con 100 plazas para personas con TMG, transformó su modelo de atención implementando un sistema integrado de seguimiento y revisión de PAI.

### **Proceso de Implementación:**

1. **Designación de Responsables y Capacitación:** Se nombró a un Coordinador de PAI y se formó a todo el equipo en la nueva metodología.
2. **Creación de Documentación Unificada:** Se adoptó un software de gestión de PAI que incluía un Cuadro de Revisión de Progreso para cada residente.
3. **Agenda de Reuniones:** Se establecieron revisiones formales semestrales para cada PAI y reuniones mensuales de "miniseguimiento" por unidad.
4. **Cultura de Registro Diario:** Se instruyó al personal a registrar incidentes o avances significativos en las notas del día.
5. **Participación de los Residentes:** Se implementaron reuniones preparatorias con los residentes, se les invitó formalmente a las revisiones y se utilizaron materiales de apoyo comprensibles.

**Resultados:** Tras un año, ningún PAI quedó sin revisar en plazo, los indicadores de bienestar de los residentes mejoraron y el personal reportó mayor claridad y coordinación. La cultura de

mejora continua se asentó, demostrando que un sistema robusto de seguimiento es factible y altamente beneficioso en un entorno residencial de larga estancia.

# CAPÍTULO 11: Adaptaciones Específicas y Casos Complejos

## Introducción

Los capítulos anteriores de este manual han establecido el modelo "ideal" del Plan de Atención Individualizado (PAI): un proceso riguroso, colaborativo y basado en la evidencia. Sin embargo, la realidad clínica raramente se presenta de forma ideal. Los profesionales se enfrentan a diario a la complejidad de la experiencia humana, una realidad que desafía la aplicación directa de cualquier protocolo. Es en este punto donde la verdadera maestría en la aplicación del PAI se pone a prueba, no en la adhesión rígida a un modelo, sino en la capacidad de adaptarlo creativamente a la singularidad de cada situación.

La práctica clínica está marcada por una brecha fundamental entre el modelo y la realidad compleja. Esta brecha se manifiesta en tres dimensiones críticas:

1. **La Brecha de la Complejidad del Usuario:** Perfiles de usuario que no encajan en el molde estándar, presentando comorbilidades como la patología dual, deterioros cognitivos graves o encontrándose en etapas vitales críticas como un primer episodio psicótico.
2. **La Brecha de los Recursos:** Contextos con limitaciones económicas, escasez de personal especializado o falta de servicios formales, donde la implementación del modelo "ideal" parece una quimera.
3. **La Brecha de la Dinámica Humana:** Conflictos, crisis, resistencias y desviaciones de los objetivos que son inherentes al difícil y no lineal proceso de cambio humano.

Este capítulo final se presenta como la "**caja de herramientas para la complejidad**". Su propósito no es ofrecer soluciones mágicas, sino proporcionar los marcos de adaptación, las estrategias de resolución de problemas y los enfoques innovadores que permiten al profesional aplicar los principios del PAI con fidelidad y creatividad en el mundo real. Se argumentará que la flexibilidad y la adaptación no son excepciones a la regla, sino la máxima expresión de una atención verdaderamente centrada en la persona.



## 11.1. Adaptaciones para Perfiles de Usuario Específicos

El principio de individualización exige que el proceso del PAI se module para responder a las características y capacidades de cada persona.

- **Personas con Patología Dual (Trastorno Mental y Trastorno por Uso de Sustancias):** La coexistencia de ambos trastornos requiere un enfoque de tratamiento integrado. La adaptación del PAI es crucial para evitar la fragmentación de los servicios (salud mental por un lado, adicciones por otro). La evaluación debe explorar la **relación funcional** entre ambos trastornos (p. ej., ¿el consumo es una forma de automedicación para los síntomas psicóticos o ansiosos?). En la coconstrucción de objetivos, es fundamental adoptar un **enfoque de reducción de daños** si la abstinencia total no es una meta realista o deseada por la persona en ese momento. Las intervenciones deben ser integradas, combinando, por ejemplo, la terapia farmacológica para el trastorno mental con la entrevista motivacional y los programas de prevención de recaídas para el consumo.
- **Personas con Deterioro Cognitivo Grave o Demencia:** En estos casos, la capacidad de la persona para participar verbalmente en la planificación puede estar limitada, pero esto no anula su derecho a la autodeterminación. La adaptación del PAI se centra en un cambio de foco: el objetivo principal pasa de la *adquisición de nuevas habilidades* a la *promoción del bienestar y el confort*. La metodología se ajusta para:
  - **Evaluación Basada en la Observación:** Se presta especial atención a la comunicación no verbal, las reacciones emocionales y los patrones de comportamiento para inferir preferencias y malestares.
  - **Implicación de la Historia de Vida:** La biografía de la persona, recopilada a través de familiares, se convierte en una herramienta fundamental para diseñar actividades significativas que conecten con su identidad.
  - **Participación por Representación:** La familia asume un rol más activo, pero siempre con el mandato ético de decidir basándose en lo que creen que la persona habría deseado.



- **Primeros Episodios Psicóticos:** La intervención temprana durante el "periodo crítico" es crucial para modificar la trayectoria a largo plazo de la enfermedad. El PAI debe ser especialmente sensible al impacto traumático de la experiencia psicótica y al estigma. Las adaptaciones incluyen:
  - **Psicoeducación Intensiva:** Tanto para la persona como para su familia, utilizando un lenguaje claro y esperanzador.
  - **Foco en la Recuperación de Roles:** Los objetivos suelen centrarse en la reincorporación a los estudios o al trabajo (utilizando modelos como el IPS) para evitar la cronificación y el "rol de enfermo".
  - **Flexibilidad y Seguimiento Cercano:** El plan debe ser muy dinámico y revisarse con frecuencia (p. ej., mensualmente), ya que la situación de la persona puede cambiar rápidamente en esta fase.

## 11.2. PAI en Contextos con Recursos Limitados

La esencia del modelo centrado en la persona no es el consumo de servicios, sino la construcción de apoyos significativos. En contextos con recursos limitados, el PAI se convierte en una herramienta aún más crucial para la eficiencia y la creatividad. La estrategia no es "hacer menos con menos", sino "hacer más con lo que hay", cambiando el foco de un modelo de prestación de servicios a un **modelo de construcción de comunidad**.

Las estrategias clave incluyen:

- **Mapeo Exhaustivo de Activos Comunitarios:** El equipo debe realizar un trabajo proactivo de identificación de todos los recursos no especializados de la comunidad: bibliotecas, centros cívicos, asociaciones deportivas, grupos de voluntariado, redes vecinales, etc.
- **Fortalecimiento de las Redes de Apoyo Naturales:** El PAI debe poner un énfasis especial en la familia y la red social de la persona, capacitando a los cuidadores para que actúen como agentes de apoyo eficaces.



- **Fomento de la Ayuda Mutua:** Promover la creación de grupos de ayuda mutua o apoyo entre iguales entre personas usuarias es una estrategia de bajo coste y alto impacto.
- **Delegación de Tareas:** Como recomienda la OMS a través de su programa mhGAP, se puede formar a profesionales no especializados (p. ej., personal de atención primaria, otros agentes) para que lleven a cabo intervenciones psicosociales básicas, con la supervisión a distancia de un especialista.

## 11.3. Gestión de Situaciones Problemáticas Comunes

El proceso de coconstrucción del PAI no siempre es un camino llano. Es fundamental abordar estas situaciones no como "problemas del usuario", sino como desafíos en la relación colaborativa.

- **Resistencia o Ambivalencia Inicial:** A menudo, la resistencia no es un rasgo de la persona, sino una reacción protectora y lógica ante la pérdida de agencia experimentada en sistemas anteriores (Di Bartolomeo et al., 2021). Las estrategias incluyen la validación, la entrevista motivacional y empezar por un primer paso muy pequeño centrado en una necesidad sentida por la persona.
- **Falta de "Conciencia de Enfermedad":** El modelo de la ACP evita imponer la etiqueta diagnóstica. El foco debe desplazarse de la "enfermedad" a las "dificultades vitales". La conversación se centra en: "Independientemente de las etiquetas, ¿qué cosas en su vida no están funcionando como a usted le gustaría?". El PAI se construye sobre los problemas y metas definidos por la persona.
- **Objetivos "Poco Realistas":** La respuesta no debe ser el rechazo, sino una exploración colaborativa. Desglosar el objetivo en los pasos más pequeños necesarios y acordar un primer paso modesto que vaya en la dirección del objetivo final (Stewart et al., 2024).

## 11.4. Resolución de Conflictos en el Proceso

El conflicto no es un signo de fracaso, sino una manifestación de que todas las partes están lo suficientemente implicadas como para tener un interés en el resultado (Nikitara et al., 2024).

La gestión constructiva de estos conflictos es una competencia clave.

- **Conflicto entre la Persona y la Familia:** A menudo, la familia puede tener expectativas o miedos que chocan con los deseos de autonomía de la persona. El rol del profesional es actuar como mediador, creando un espacio de diálogo para buscar un equilibrio que respete la autonomía de la persona y, al mismo tiempo, ofrezca a la familia la seguridad y el apoyo que necesita.
- **Conflicto entre la Persona y el Profesional:** Puede surgir cuando la persona desea tomar una decisión que el profesional considera arriesgada. El enfoque no debe ser impositivo, sino basarse en una toma de decisiones compartida, explorando los pros y los contras y diseñando un plan de reducción de riesgos.
- **Conflicto entre Profesionales o Servicios:** La solución pasa por establecer canales de comunicación claros, celebrar reuniones de coordinación regulares y utilizar el PAI como el documento de consenso que alinea la intervención de todos.

## 11.5. Innovación y Adaptación Creativa

La innovación en el PAI no es solo una cuestión de tecnología, sino una **actitud de resolución creativa de problemas**. Es la máxima expresión de la atención centrada en la persona.

- **Tecnología de Apoyo:** Las aplicaciones móviles, la teleasistencia y las videollamadas pueden potenciar el PAI, facilitando el seguimiento y la autogestión. La innovación no tiene por qué ser de alta tecnología: en un caso, el equipo enseñó a una residente de 85 años a usar una tableta para hacer videollamadas con su nieto en el extranjero; esta se convirtió en la principal motivación para participar en su rehabilitación física.
- **Incorporación del Apoyo entre Pares:** La figura del Agente de Apoyo entre Iguales es una de las innovaciones más potentes. Integrar a estos agentes en el equipo del PAI aporta un modelo de rol positivo, fomenta la esperanza y facilita una conexión desde la experiencia compartida.



- **Cultura de Mejora Continua:** Los equipos deben concebir la práctica del PAI como un proceso de aprendizaje constante, utilizando la supervisión y la revisión de casos para reflexionar sobre la práctica y adaptar el modelo a las necesidades cambiantes.

## Caja de Herramientas del Capítulo 11

Tabla 15. Matriz de Adaptación del Proceso PAI

Perfil de Usuario	Adaptación en la Fase de Evaluación	Adaptación en la Coconstrucción de Objetivos	Adaptación en la Comunicación y Seguimiento
<b>Patología Dual</b>	Evaluar la función del consumo. Utilizar entrevista motivacional.	Integrar objetivos de salud mental y de reducción de daños.	Coordinación estrecha entre servicios de salud mental y adicciones.
<b>Deterioro Cognitivo</b>	Énfasis en la observación no verbal. Recopilación de la historia de vida.	Foco en el bienestar, confort y participación en actividades significativas.	Comunicación sencilla, con apoyos visuales. Implicación de la familia.
<b>Diversidad Cultural</b>	Implicar a mediadores culturales. Explorar el modelo explicativo de la enfermedad.	Respetar los valores culturales en la definición de una "buena vida".	Adaptar el lenguaje y los materiales. Respetar los estilos de comunicación familiares.

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Herramienta 11.1: Guía para la Resolución Colaborativa de Conflictos

1. **Preparar el Terreno:** Convocar a todas las partes, asegurar un espacio neutral y establecer las normas del diálogo.
2. **Explorar las Perspectivas:** Dar la palabra a cada persona para que explique su punto de vista. Utilizar la escucha activa y el parafraseo.
3. **Identificar los Intereses Subyacentes:** Ir más allá de las posiciones ("Quiero que deje de salir solo") para explorar las necesidades ("Mi necesidad es sentirme seguro/a de que no le va a pasar nada").
4. **Generar Opciones:** Invitar a todos a proponer posibles soluciones sin juzgarlas.



5. **Construir un Acuerdo:** Evaluar las opciones y buscar una solución de compromiso o integradora. Redactar el acuerdo en términos concretos.

### Herramienta 11.2: Check-list de Innovación Responsable

- **Ética y Privacidad:** ¿Se ha realizado una evaluación de los riesgos éticos y de privacidad de la nueva herramienta o enfoque?
- **Co-diseño:** ¿Han participado las personas usuarias en el diseño o la selección de la innovación?
- **Prueba Piloto:** ¿Se ha realizado una prueba a pequeña escala con un grupo de al menos 10 usuarios para evaluar su viabilidad y aceptabilidad?
- **Usabilidad:** ¿Se ha medido la usabilidad (p. ej., con la escala SUS) y se ha alcanzado una puntuación mínima de 70?
- **Equidad:** ¿La innovación es accesible para todas las personas, independientemente de su nivel socioeconómico o sus habilidades digitales?
- **Sostenibilidad:** ¿Se ha documentado la relación coste/beneficio y la escalabilidad de la innovación?

---

### Foco de Práctica 1: Tejiendo una Red para Sara: Un PAI Creativo en un entorno complejo

Sara, una joven de 22 años, hija de una familia inmigrante, vive en un barrio periférico con escasos servicios. Tras un primer episodio psicótico, su PAI se enfrenta a una alta complejidad: comorbilidad con consumo de cannabis, barreras culturales y lingüísticas con la familia, y un profundo estigma.

**La Estrategia de Adaptación:** El equipo, liderado por un enfermero especialista, diseña un proceso a medida:

- **Mediación Cultural:** Un mediador del centro de servicios sociales participa en las reuniones, "traduciendo" los conceptos de salud mental a un marco culturalmente comprensible para los padres.
- **Mapeo de Recursos Comunitarios:** El equipo recorre el barrio y crea un mapa de "activos de salud": la biblioteca, el centro cívico, la asociación de vecinos.
- **Aliados Clave:** La hermana pequeña de Sara, bilingüe, y el farmacéutico del barrio, en quien la familia confía, se convierten en aliados clave para la comunicación y el plan de medicación.



**El PAI Coconstruido:** El resultado es un plan que integra las diferentes perspectivas:

- **Objetivo 1 (Personal):** "Retomar mi afición por el manga, yendo una vez por semana a la biblioteca del barrio".
- **Objetivo 2 (Clínico):** "Para tener la mente más tranquila y poder dibujar, acordamos probar una dosis baja de medicación. Para que mis padres estén tranquilos, el farmacéutico les explicará para qué sirve".
- **Objetivo 3 (Familiar):** "Una vez al mes, toda la familia participará en el taller de cocina intercultural del centro cívico".
- **Objetivo 4 (Reducción de Daños):** "Cuando sienta ganas de fumar cannabis, llamaré a Javi (un Agente de Apoyo entre Iguales)".

**Lección Clave:** La clave del éxito fue la adaptación del proceso. La colaboración con aliados inesperados (mediador, farmacéutico) y la conexión con los activos de la comunidad permitieron superar las barreras y construir un plan verdaderamente significativo.

#### **Foco de Práctica 2: Programa de Terapia Adaptada para Adolescentes en Nepal**

**Contexto:** Siete municipios semiurbanos de Nepal, con escasos servicios de salud mental, donde se identificaron 1.707 adolescentes en riesgo de abandono escolar por problemas de salud mental.

#### **Intervención (Task-shifting y Adaptación Cultural):**

- **Agentes Comunitarios:** Se formó a consejeros legos para impartir una terapia breve (4 sesiones individuales y 2 familiares) adaptada culturalmente.
- **Adaptación Cultural:** La terapia se basó en narrativas y metáforas locales, y se impartió en el domicilio para reducir el estigma. Los docentes de las escuelas actuaron como agentes de detección y derivación.

#### **Resultados (6 meses):**

- Reducción del 45% en los síntomas depresivos (PHQ-A).
- Aumento del 22% en la retención escolar (del 68% al 83%).
- Coste-efectividad: 84 USD por beneficiario.

**Lección Clave:** La intervención demostró que la adaptación cultural y el *task-shifting*, integrando a la escuela y la familia en un PAI simplificado, pueden generar mejoras sustanciales en salud mental y permanencia escolar en entornos con recursos extremadamente limitados.







# 4

## Referencias bibliográficas

- Abaoglu, H., Mutlu, E., Ak, S., Aki, E., & Yagcioglu, A. E. A. (2020). The Effect of Life Skills Training on Functioning in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *TURK PSIKIYATRI DERGISI*, 31(1), 50-58. <https://doi.org/10.5080/u23723>
- Abate, A. W., Desalegn, W., Teshome, A. A., Chekol, A. T., & Aschale, M. (2023). Level of shared decision making and associated factors among patients with mental illness in Northwest Ethiopia: Explanatory sequential mixed method study. *PLoS One*, 18(4), 0283994. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283994>
- Allerby, K., Goulding, A., Ali, L., & Waern, M. (2020). Striving for a more person-centered psychosis care: Results of a hospital-based multi-professional educational intervention. *BMC Psychiatry*, 20(1), 523. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02871-y>
- Aoki, Y., Furuno, T., Watanabe, K., & Kayama, M. (2019). Psychiatric outpatients' experiences with shared decision-making: A qualitative descriptive study. *Journal of Communication in Healthcare*, 12(2), 102-111. <https://doi.org/10.1080/17538068.2019.1612212>
- Ashoorian, D. M., & Davidson, R. M. (2021). Shared decision making for psychiatric medication management: A summary of its uptake, barriers and facilitators. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(3), 759-763. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01240-3>
- Bailey, R. (2019). Goal setting and action planning for health behavior change. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 13(6), 615-618. <https://doi.org/10.1177/1559827617729634>

- Barlatti, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: A critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131-139. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000925>
- Basting, E. J., & Stuart, G. L. (2025). Incorporating distress tolerance into exposure-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A case study. *Clinical Case Studies*, 24(2), 117-134. <https://doi.org/10.1177/15346501251317492>
- Baxter, A. J., Khatib, Y., Harris, M. G., Bien, H., Brugha, T. S., & Bhui, K. (2016). Reducing excess mortality due to chronic disease in people with severe mental illness: Meta-review of health interventions. *British Journal of Psychiatry*, 208(4), 322-329. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.163170>
- Baxter, S., Cullingworth, J., Whitworth, A., Runswick-Cole, K., & Clowes, M. (2024). Understanding interventions and outcomes in supported employment and individual placement support: A qualitative evidence synthesis. *Disability and Health Journal*, 17(2), 101579. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2024.101579>
- Beck, A. K., Forbes, E., Baker, A. L., Kelly, P. J., Deane, F. P., Shakeshaft, A., Hunt, D., & Kelly, J. F. (2017). Systematic review of SMART Recovery: Outcomes, process variables, and implications for research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(1), 1. <https://doi.org/10.1037/adb0000237>
- Blomqvist, M., Sandgren, A., Carlsson, I., & Jormfeldt, H. (2018). Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 236-246. <https://doi.org/10.1111/inm.12313>
- Boswell, J. F., Hepner, K. A., Lysell, K., Rothrock, N. E., Bott, N., Childs, A. W., Douglas, S., Owings-Fonner, N., Wright, C. V., & Stephens, K. A. (2023). The need for a measurement-based care professional practice guideline. *Psychotherapy*, 60(1), 1. <https://doi.org/10.1037/pst0000439>
- Caballero, R., Valiente, C., & Espinosa, R. (2021). Predictors of subjective well-being among individuals with severe psychiatric conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 110, 152266. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152266>

- Canacott, L., Tickle, A., & Moghaddam, N. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(4), 372-381. <https://doi.org/10.1037/prj0000368>
- Chávez, L. M., Canino, G., Negrón, G., Shrout, P. E., Matías-Carrelo, L. E., Aguilar-Gaxiola, S., & Hoppe, S. (2005). Psychometric Properties of the Spanish Version of Two Mental Health Outcome Measures: World Health Organization Disability Assessment Schedule II and Lehman's Quality of Life Interview. *Mental Health Services Research*, 7(3), 145-159. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-5783-4>
- Chen, Y., Lam, C. S., Deng, H., Yau, E., & Ko, K. Y. (2021). The Effectiveness of a Community Psychiatric Rehabilitation Program Led by Laypeople in China: A Randomized Controlled Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 671217. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.671217>
- Cook, J. A., Carter, T. M., Grey, D. D., Razzano, L., Jonikas, J. A., Hudson, W. B., Boyd, S., Floyd, C. B., Hamilton, M. M., & Copeland, M. E. (2012). A Randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety, and Recovery. *Psychiatric Services*, 63(6), 541-547. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100125>
- Cook, J. A., Jonikas, J. A., Burke-Miller, J. K., Hamilton, M., Falconer, C., Blessing, M., Aranda, F., Johns, G., & Cauffield, C. (2023). Randomized Controlled Trial of Self-Directed Care for Medically Uninsured Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 74(10), 1027-1036. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220508>
- Cook, J. A., Shore, S., Burke-Miller, J. K., Jonikas, J. A., Hamilton, M., Ruckdeschel, B., Norris, W., Markowitz, A. F., Ferrara, M., & Bhaumik, D. (2019). Mental Health Self-Directed Care Financing: Efficacy in Improving Outcomes and Controlling Costs for Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 70(3), 191-201. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800337>
- Correll, C. U., Solmi, M., & Croatto, G. (2022). Mortality in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, 21, 248-271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>

- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5-27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Cusack, E., Killoury, F., & Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: Skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 93-104. <https://doi.org/10.1111/jpm.12347>
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., Stanhope, V., Tondora, J., & Pavlo, A. J. (2017). Shared decision making within the context of recovery-oriented care. *Mental Health Review Journal*, 22(3), 179-190. <https://doi.org/10.1108/mhrj-01-2017-0007>
- Davidson, L., & Tondora, J. (2022). Person-centred care planning as foundational to clinical practice. *World Psychiatry*, 21(1), 1-2. <https://doi.org/10.1002/wps.20922>
- Dehn, L. B., Schreiter, J., Steinhart, I., & Driessen, M. (2025). Psychosocial Outcomes of Supported Living for People with Severe Mental Illness: A One Year Evaluation of Floating Outreach in Germany. *Community Mental Health Journal*, 61(4), 754-763. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01400-5>
- Deste, G., Corbo, D., & Nibbio, G. (2023). Impact of physical exercise alone or in combination with cognitive remediation on cognitive functions in people with schizophrenia: A qualitative critical review. *Brain Sciences*, 13, 320. <https://doi.org/10.3390/brainsci13020320>
- Di Bartolomeo, A. A., Shukla, S., Westra, H. A., Shekarak Ghashghaei, N., & Olson, D. A. (2021). Rolling with resistance: A client language analysis of deliberate practice in continuing education for psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 433-441. <https://doi.org/10.1002/capr.12335>

- Dixon, L. B., Holoshitz, Y., & Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 15, 13-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20306>
- Dogu, S. E., Kayihan, H., Kokurcan, A., & Orsel, S. (2021). The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. *BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 84(11), 684-693. <https://doi.org/10.1177/03080226211022953>
- Drake, R. E., Cimpean, D., & Torrey, W. C. (2009). Shared decision making in mental health: Prospects for personalized medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455-463. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.4/redrake>
- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1(1), 1, 1748-5908-1-1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Egbuta, U., Howley, C., Selvarajoo, A., Iqbal, M., & Meskauskait, D. (2021). An audit of Individual Care Plan (ICP) in Dublin North City and County (DNCC) child and adolescent mental health service (CAMHS). *BJPsych Open*, 7(S1), S77-S78. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.245>
- Farquharson, L., & MacLeod, A. (2014). A brief goal-setting and planning intervention to improve well-being for people with psychiatric disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(2), 122-124. <https://doi.org/10.1159/000356332>
- Faulkner, G., & Carless, D. (2006). Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: Theoretical and methodological issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(4), 258-266. <https://doi.org/10.2975/29.2006.258.266>
- Fernandes, J. B., Ferreira, N., Vareta, D., Fernandes, S., Almeida, A. S., Roldão, L., & Peças, D. (2022). Rehabilitation Workforce Challenges to Implement Person-Centered Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3199. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063199>
- Foureur, N., & Galmiche, P. (2019). Autonomy integrity: Another way to understand autonomy in psychiatry? *Clinical Ethics*, 14(4), 178-186. <https://doi.org/10.1177/1477750919868788>

- Frost, B. G., Johnston, S., Tirupati, S., Turrell, M., Sly, K. A., Conrad, A. M., & Lewin, T. J. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: Evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1164-3>
- Fuchs, T., & Dalpane, E. (2022). The Psychiatric Assessment: First Person, Second Person, and Third Person Perspectives. En M. Biondi, A. Picardi, M. Pallagrosi, & L. Fonzi (Eds.), *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process* (pp. 25-36). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_2)
- Fukui, S., Davidson, L. J., Cook, K., Rapp, C. A., Susana, M., Gowdy, E. A., & Starnino, V. R. (2011). Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 214-222. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.214.222>
- Fulford, D., Meyer-Kalos, P., & Mueser, K. (2020). Focusing on recovery goals improves motivation in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1629-1637. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01877-x>
- Fulton, S., Clohesy, D., Wise, F. M., Woolley, K., & Lannin, N. A. (2016). A goal-directed woodwork group for men in community rehabilitation—A pilot project. *Australian Occupational Therapy Journal*. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12242>
- García-Pajares, R., Díez-Martín, J., Moreno-Pérez, A., & García-Iglesias, J. J. (2023). Implementation of the recovery model and its outcomes in patients with severe mental disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1147370. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1147370>
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., Alonso, J., Cieza, A., Svetskova, O., Burger, H., Racca, V., Francescutti, C., Vieta, E., Kostanjsek, N., Raggi, A., Leonardi, M., Ferrer, M., & the MHADIE consortium. (2010). Validation of the «World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2» in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-51>
- Granholt, E., Twamley, E. W., & Mahmood, Z. (2022). Integrated cognitive-behavioral social skills training and compensatory cognitive training for negative symptoms of

- psychosis: Effects in a pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 48, 359-370. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab126>
- Guan, I., Kirwan, N., Beder, M., Levy, M., & Law, S. (2021). Adaptations and Innovations to Minimize Service Disruption for Patients with Severe Mental Illness during COVID-19: Perspectives and Reflections from an Assertive Community Psychiatry Program. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 10-17. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00710-8>
- Gurtner, C., Lohrmann, C., Schols, J. M. G. A., & Hahn, S. (2022). Shared decision making in the psychiatric inpatient setting: An ethnographic study about interprofessional psychiatric consultations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3644. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063644>
- Gurusamy, J., Gandhi, S., Damodharan, D., Ganesan, V., & Palaniappan, M. (2018). Exercise, diet and educational interventions for metabolic syndrome in persons with schizophrenia: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 73-85. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.018>
- Haga, S., Kobayashi, M., Takehara, A., Kawano, K., & Endo, K. (2022). Efficacy of Metacognitive Training for Patients With Schizophrenia in Psychiatric Emergency Wards: A Pilot Randomized Controlled Trial. *FRONTIERS IN PSYCHOLOGY*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.861102>
- Haggerty, J. L. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hahlweg, K., & Baucom, D. H. (2023). Family therapy for persons with schizophrenia: Neglected yet important. *EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE*, 273(4), 819-824. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01393-w>
- Harding, R., & Taşcıoğlu, E. (2018). Supported decision-making from theory to practice: Implementing the right to enjoy legal capacity. *Societies*, 8(2), 25. <https://doi.org/10.3390/soc8020025>
- Harrison, M., Singh Roy, A., Hultqvist, J., Pan, A.-W., McCartney, D., McGuire, N., Irvine Fitzpatrick, L., & Forsyth, K. (2020). Quality of life outcomes for people with serious



- mental illness living in supported accommodation: Systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(8), 977-988. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01885-x>
- Hasan, A. A.-H., & Belkum, C. V. (2019). Psychoeducational interventions for people with schizophrenia: Findings from the systematic reviews. *Issues in mental health nursing*, 40(6), 518-534. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1509405>
- Hassen, H. Y., Ndejjo, R., Musinguzi, G., Van Geertruyden, J.-P., Abrams, S., & Bastiaens, H. (2021). Effectiveness of community-based cardiovascular disease prevention interventions to improve physical activity: A systematic review and meta-regression. *Preventive Medicine*, 153, 106797. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106797>
- Haugom, E. W., Stensrud, B., Beston, G., Ruud, T., & Landheim, A. S. (2022). Experiences of shared decision making among patients with psychotic disorders in Norway: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03849-8>
- Hayes, L., Brophy, L., Harvey, C., Tellez, J. J., Herrman, H., & Killackey, E. (2018). Enabling choice, recovery and participation: Evidence-based early intervention support for psychosocial disability in the National Disability Insurance Scheme. *Australasian Psychiatry*, 26(6), 578-585. <https://doi.org/10.1177/1039856218759407>
- Herrera, S. N., Sarac, C., & Phili, A. (2023). Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: A scoping review. *Schizophrenia Research*, 252, 148-158. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.008>
- Heywood, S. E., Connaughton, J., Kinsella, R., Black, S., Bicchi, N., & Setchell, J. (2022). Physical Therapy and Mental Health: A Scoping Review. *Physical therapy*, 102(11), pzac102. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac102>
- Hinojosa-Marques, L., Dominguez-Martinez, T., & Barrantes-Vidal, N. (2022). Family environmental factors in at-risk mental states for psychosis. *CLINICAL PSYCHOLOGY & PSYCHOTHERAPY*, 29(2), 424-454. <https://doi.org/10.1002/cpp.2651>
- Holm, S. (2019). Bioethics and mental health—An uneasy relationship. *Ethics, Medicine and Public Health*, 10, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.02.002>



- Hong, R. H., Murphy, J. K., Michalak, E. E., Chakrabarty, T., Wang, Z., Parikh, S., Culpepper, L., Yatham, L. N., Lam, R. W., & Chen, J. (2021). Implementing Measurement-Based Care for Depression: Practical Solutions for Psychiatrists and Primary Care Physicians. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 17, 79-90. <https://doi.org/10.2147/NDT.S283731>
- Hormazábal-Salgado, R., Whitehead, D., Osman, A. D., & Hills, D. (2024). Person-Centred Decision-Making in Mental Health: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(3), Article 3. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2288181>
- Huz, S., Thorning, H., White, C. N., Fang, L., Smith, B. T., Radigan, M., & Dixon, L. B. (2017). Time in Assertive Community Treatment: A Statewide Quality Improvement Initiative to Reduce Length of Participation. *Psychiatric Services*, 68(6), 539-541. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700127>
- Impact of an individual plan of care for frequent and high utilizers in a large healthcare system, 37 *The American Journal of Emergency Medicine* 2039 (Elsevier 2019). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675719301184>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armendáriz, J. A., & Mole, J. (2017). A pilot study on feasibility, acceptance and effectiveness of metacognitive-oriented social skills training in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 17(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1378-z>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armendáriz, J. A., Mole, J., Dimaggio, G., Ottavi, P., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1235-1244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168luso>
- S., Severo, M., Trotta, N., Ventriglio, A., Fiore, P., Bellomo, A., & Petito, A. (2023). Improvements in Treatment Adherence after Family Psychoeducation in Patients Affected by Psychosis: Preliminary Findings. *JOURNAL OF PERSONALIZED MEDICINE*, 13(10), 1437. <https://doi.org/10.3390/jpm13101437>

- Iwasaki, Y., Coyle, C. P., & Shank, J. W. (2010). Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context. *Health Promotion International*, 25(4), 483-494. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq037>
- Iwasaki, Y., Coyle, C., Shank, J., Messina, E., & Porter, H. (2013). Leisure-Generated Meanings and Active Living for Persons With Mental Illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 57(1), 46-56. <https://doi.org/10.1177/0034355213486359>
- Iwasaki, Y., Coyle, C., Shank, J., Messina, E., Porter, H., Salzer, M., Baron, D., Kishbauch, G., Naveiras-Cabello, R., Mitchell, L., Ryan, A., & Koons, G. (2014). Role of Leisure in Recovery From Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(2), 147-165. <https://doi.org/10.1080/15487768.2014.909683>
- Jansen, D. L., Heijmans, M., & Rijken, M. (2015). Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(2), 100-106. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1030167>
- Jantos, M. (2016). Patient autonomy on a psychiatric ward. <https://doi.org/10.12740/APP/64920>
- Jensen, S., Eplov, L., Mueser, K., & Petersen, K. (2021). Participants' lived experience of pursuing personal goals in the illness management and recovery program. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(4), 360-368. <https://doi.org/10.1177/0020764020954471>
- Jonikas, J. A., Grey, D. D., Floyd, C. B., Copeland, M. E., Hudson, W. B., Cook, J. A., Hamilton, M. M., & Razzano, L. A. (2011). Improving Propensity for Patient Self-Advocacy Through Wellness Recovery Action Planning: Results of a Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 260-269. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9475-9>
- Kaizernnan-Dinerman, A., Roe, D., & Josman, N. (2018). An efficacy study of a metacognitive group intervention for people with schizophrenia. *PSYCHIATRY RESEARCH*, 270, 1150-1156. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.037>

- Khatri, R., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>
- Kilbourne, A. M., Bramlet, M., Barbaresso, M. M., Nord, K. M., Goodrich, D. E., Lai, Z., Post, E. P., Almirall, D., Verchinina, L., Duffy, S. A., & Bauer, M. S. (2014). SMI Life Goals: Description of a randomized trial of a Collaborative Care Model to improve outcomes for persons with serious mental illness. *Contemporary Clinical Trials*, 39(1), 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.07.007>
- Killaspy, H., Priebe, S., McPherson, P., Zenasni, Z., Greenberg, L., & McCrone, P. (2020). Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: National cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 331-337. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.101>
- Kim, S.-H., & Park, S. (2023). Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 1598-1615. <https://doi.org/10.1111/inm.13198>
- Knutti, K., Björklund Carlstedt, A., Clasen, R., & Green, D. (2022). Impacts of goal setting on engagement and rehabilitation outcomes following acquired brain injury: A systematic review of reviews. *Disability and Rehabilitation*, 44(11), 2581-2590. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1846796>
- Kokanović, R., Brophy, L., McSherry, B., Flore, J., Moeller-Saxone, K., & Herrman, H. (2018). Supported decision-making from the perspectives of mental health service users, family members supporting them and mental health practitioners. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 52(9), 826-833. <https://doi.org/10.1177/0004867418784177>
- Kumar, D., Jagannathan, A., & Sivakumar, T. (2023). I paint, I sing, I dance; I also have a mental illness: The importance of personally meaningful leisure activities in recovery from severe mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(6), 706-708. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_218\\_23](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_218_23)
- Lamberti, J. S., Russ, A., Cerulli, C., Weisman, R. L., Jacobowitz, D., & Williams, G. C. (2014). Patient experiences of autonomy and coercion while receiving legal leverage in

- forensic assertive community treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(4), 222-230. <https://doi.org/10.1097/01.HRP.0000450448.48563.c1>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lecomte, T., Wallace, C., Perreault, M., & Caron, J. (2005). Consumers' goals in psychiatric rehabilitation and their concordance with existing services. *Psychiatric Services*, 56(2), 209-211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.209>
- Lefurgey, S., Detillieux, S., Shaheen, A., Daigle, P., Nolan, D., & Rudnick, A. (2025). Person-Centered Care: Learning from the Evolution of Mental Health Care. *Encyclopedia*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010029>
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F.-P., Desroches, S., Kryworuchko, J., Dunn, S., Elwyn, G., Frosch, D., Gagnon, M.-P., Harrison, M. B., Pluye, P., & Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: A stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 18-25. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.490502>
- Lewis, J., & Sanderson, H. (2011). A practical guide to delivering personalisation: Person-centred practice in health and social care. Jessica Kingsley Publishers.
- Liberman, R. P., Drake, R. E., Tsang, H. W. H., & Hilty, D. M. (2001). Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10), 1331-1342. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.10.1331>
- Lim, C. T., Caan, M. P., Kim, C. H., Chow, C. M., Leff, H. S., & Tepper, M. C. (2022). Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 73(2), 180-187. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000473>
- Liu, F., Qiao, W., Yuan, X., Hei, G., Li, X., Zhang, Y., Song, X., & Zhang, D. (2024). Psychosocial and psychological interventions for schizophrenia relapse prevention: A bibliometric analysis. *CAMBRIDGE PRISMS-GLOBAL MENTAL HEALTH*, 11, e49. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.49>

- Lodge, A. C., Kaufman, L., & Stevens Manser, S. (2016). Barriers to Implementing Person-Centered Recovery Planning in Public Mental Health Organizations in Texas: Results from Nine Focus Groups. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 413-429. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0732-7>
- Lora, A., Monzio Compagnoni, M., Allevi, L., Barbato, A., Carle, F., D'Avanzo, B., Di Fiandra, T., Ferrara, L., Gaddini, A., Leogrande, M., Saponaro, A., Scondotto, S., Tozzi, V. D., Carbone, S., & Corrao, G. (2022). The quality of mental health care delivered to patients with schizophrenia and related disorders in the Italian mental health system. The QUADIM project: A multi-regional Italian investigation based on healthcare utilisation databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e15. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000014>
- Luciano, M., Sampogna, G., Amore, M., Bertolino, A., Dell'Osso, L., Rossi, A., Siracusano, A., Calcagno, P., Carmassi, C., Di Lorenzo, G., Di Vincenzo, M., Giallonardo, V., Rampino, A., Rossi, R., & Fiorillo, A. (2022). Improving physical activity and diet in patients with severe mental disorders: Results from the LIFESTYLE multicentric, real-world randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 317, 114818. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114818>
- Lujan-Lujan, E. M., Garcia-Leon, M. A., Rodriguez-Cano, E., Huertas-Martinez, S., Roldan-Merino, J., Puig-Llobet, M., Miguel-Ruiz, M. D., Salvador, R., Vieta, E., & Pomarol-Clotet, E. (2022). Validación de la versión española de la Escala de funcionamiento breve (FAST) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(3), 157-166. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.01.006>
- Marshall, T., Stellick, C., Abba-Aji, A., Lewanczuk, R., Li, X. M., Olson, K., & Vohra, S. (2021). The impact of shared decision-making on the treatment of anxiety and depressive disorders: Systematic review. *BJPsych Open*, 7(6), 189. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1028>
- Martin-Cook, K., Palmer, L., Thornton, L., Rush, A. J., Tamminga, C. A., & Ibrahim, H. M. (2021). Setting Measurement-Based Care in Motion: Practical Lessons in the Implementation and Integration of Measurement-Based Care in Psychiatry Clinical Practice.

*Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 17, 1621-1631.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S308615>

McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 65(2), 171-179. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200274>

McMahen, C., Wright, K., Stanton, R., Lederman, O., Rosenbaum, S., McKeon, G., & Furzer, B. (2022). Outcome assessments used in studies examining the effect of prescribed exercise interventions for people living with severe mental illness, a scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, 22, 100438. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2021.100438>

McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., & Wheeler, A. J. (2013). Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 70(6), 567-596. <https://doi.org/10.1177/1077558713496318>

McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018). Mental health supported accommodation services: A systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>

McPherson, P., Lloyd-Evans, B., Dalton-Locke, C., & Killaspy, H. (2021). A Systematic Review of the Characteristics and Efficacy of Recovery Training for Mental Health Staff: Implications for Supported Accommodation Services. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 624081. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624081>

Meer, L., Jonker, T., Wadman, H., Wunderink, L., Arends, A., Voskes, Y., Michon, H., Aarts, I., Veldhuizen, R., & Mulder, C. (2021). Targeting personal recovery of people with complex mental health needs: The development of a psychosocial intervention through user-centered design. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 635514. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.635514>

Mendonza, K. S., Palathingal, F., Prasad, S., & Mehrotra, S. (2018). Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living in patients with Schizophrenia: A scoping review. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9(10), 223-227. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01345.1>



- Meystre, C., & Ferrario, A. (2022). Dignity of risk in rehabilitation: Theory and practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103(8), 1656-1660. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.07.009>
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>
- Moran, G. S., Baruch, Y., Azaiza, F., & Lachman, M. (2015). Why do mental health consumers who receive rehabilitation services, are not using them? A Qualitative Investigation of Users. Perspectives in Israel. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 859-872. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9905-1>
- Morrison, A. P., Pyle, M., Byrne, R., Broome, M., Freeman, D., Johns, L., James, A., Husain, N., Whale, R., MacLennan, G., Norrie, J., Hudson, J., Peters, S., Davies, L., Bowe, S., Smith, J., Shiers, D., Joyce, E., Jones, W., ... Maughan, D. (2021). Psychological intervention, antipsychotic medication or a combined treatment for adolescents with a first episode of psychosis: The MAPS feasibility three-arm RCT. *HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT*, 25(4), 1-+. <https://doi.org/10.3310/hta25040>
- Moser, L. L., DeLuca, N. L., Bond, G. R., & Rollins, A. L. (2004). Implementing Evidence-Based Psychosocial Practices: Lessons Learned from Statewide Implementation of Two Practices. *CNS Spectrums*, 9(12), 926-936,942. <https://doi.org/10.1017/S1092852900009780>
- Mousavizadeh, S. N., & Bidgoli, M. A. J. (2023). Recovery-oriented practices in community-based mental health services: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(3), 332-348. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i3.13359>
- Mueser, K. T., Achtyes, E. D., Gogate, J., Mancevski, B., Kim, E., & Starr, H. L. (2022). Telehealth-Based Psychoeducation for Caregivers: The Family Intervention in Recent-Onset Schizophrenia Treatment Study. *JMIR Mental Health*, 9(4), e32492. <https://doi.org/10.2196/32492>
- Munch Nielsen, C., Hjorthøj, C., Arnfred, B. T., & Nordentoft, M. (2023). Patient outcomes of flexible assertive community treatment compared with assertive community



treatment. *Psychiatric Services*, 74, 695-701.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220235>

Nibbio, G., Barlati, S., & Cacciani, P. (2020). Evidence-based integrated intervention in patients with schizophrenia: A pilot study of feasibility and effectiveness in a real-world rehabilitation setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3352. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103352>

Nikitara, M., Dimalibot, M. R., Latzourakis, E., & Constantinou, C. S. (2024). Conflict Management in Nursing: Analyzing Styles, Strategies, and Influencing Factors: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 14(4), 4173-4192.  
<https://doi.org/10.3390/nursrep14040304>

Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & Van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898-907.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>

Nye, A., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2023). Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(7), 389-397. <https://doi.org/10.1037/ccp0000820>

Olsson, L., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 456-465. <https://doi.org/10.1111/jocn.12039>

Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2014). Metacognition-Oriented Social Skills Training for Individuals with Long-Term Schizophrenia: Methodology and Clinical Illustration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 465-473. <https://doi.org/10.1002/cpp.1850>

Pathare, S., & Shields, L. S. (2012). Supported Decision-Making for Persons with Mental Illness: A Review. *Public Health Reviews*, 34(2), 15. <https://doi.org/10.1007/BF03391683>

Patterson, T. L., Mausbach, B. T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D. V. (2006). Functional Adaptation Skills Training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders.



*Schizophrenia Research*, 86(1), 291-299.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.017>

Pedrero-Pérez, E. J., & Group, M. (2018). Quality of life in patients treated with methadone: The WHOQOL-BREF, psychometric study and application results. *Anales de Psicología*, 34(2), 251. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.282971>

Pelto-Piri, V., Engström, K., & Engström, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics*, 14(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-49>

Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A., & Khazaal, Y. (2019). Effect of assertive community treatment for patients with substance use disorder: A systematic review. *European addiction research*, 25(2), 56-67. <https://doi.org/10.1159/000496742>

Perales, A., D. Alarcón, R., & Wagner-Grau, P. (2023). Mental health and psychiatry: Distinctions, links, and ethical/bioethical perspectives. *Salud mental*, 46(5), 231-240. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2023.029>

Piltch, C. A. (2016). The role of self-determination in mental health recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(1), 77-80. <https://doi.org/10.1037/prj0000176>

Pincus, H. A., Spaeth-Rublee, B., & McQueeney, D. A. (2017). Person-centered planning in mental health: A transatlantic collaboration to tackle implementation barriers. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(3), 223-246. <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1338045>

Powell, B. J., Beidas, R. S., Lewis, C. C., Aarons, G. A., McMillen, J. C., Proctor, E. K., & Mandell, D. S. (2017). Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 44(2), 177-194. <https://doi.org/10.1007/s11414-015-9475-6>

Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>

- Rakitzki, S., & Georgila, P. (2019). Integrated Psychological Therapy and Treatment-Resistant Schizophrenia: Initial Findings. *PSYCHIATRY-INTERPERSONAL AND BIOLOGICAL PROCESSES*, 82(4), 354-367. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1616658>
- Rangarajan, S. K., Muliya, K. P., Jadhav, P., Philip, S., Angothu, H., & Thirthalli, J. (2020). Reasonable Accommodation at the Workplace for Professionals with Severe Mental Illness: A Qualitative Study of Needs. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(5), 445-450. <https://doi.org/10.1177/0253717620939771>
- Ribeiro, S., Pimentel, A. P., Fernandes, V. R., Deslandes, A. C., & Amarante, P. (2024). It is time for more holistic practices in mental health. *PLOS Mental Health*, 1(1), e0000028. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000028>
- Rodolico, A., Bighelli, I., & Avanzato, C. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9, 211-221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
- Rodríguez Pulido, F., Caballero Esteban, N., Tallo Aldana, E., Méndez Abad, M. E., Hernández Álvarez-Sotomayor, M. C., López Reig, S., de León, P. I., & González-Dávila, E. (2019). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta sanitaria*, 32, 513-518. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>
- Rosales Varo, C., Torres González, F., Luna Del Castillo, J., Jiménez Estévez, J., & Martínez Montes, G. (2002). Fiabilidad del instrumento de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN)(Versión española del CAN Estudio de fiabilidad). *Actas esp. psiquiatr*, 99-105.
- Rose, G., & Smith, L. (2018). Mental health recovery, goal setting and working alliance in an Australian community-managed organisation. *Health Psychology Open*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.1177/2055102918774674>
- Sampietro, H. M., Rojo, E., & Gómez-Benito, J. (2023). Recovery-oriented Care in Public Mental Health Policies in Spain: Opportunities and Barriers. *Clínica y Salud*, 34(1), 35-40. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a4>

- Samuel, R., Thomas, E., & Jacob, K. S. (2018). Instrumental Activities of Daily Living Dysfunction among People with Schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(2), 134-138. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_308\\_17](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_308_17)
- Scanferla, E., De Bienassis, K., Pachoud, B., & Gorwood, P. (2023). How subjective well-being, patient-reported clinical improvement (PROMs) and experience of care (PREMs) relate in an acute psychiatric care setting? *European Psychiatry*, 66(1), e26. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.12>
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the Loop: Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>
- Schmidt, S. J., Lange, M., Schöttle, D., Karow, A., Schimmelmänn, B. G., & Lambert, M. (2018). Negative symptoms, anxiety, and depression as mechanisms of change of a 12-month trial of assertive community treatment as part of integrated care in patients with first- and multi-episode schizophrenia spectrum disorders (ACCESS I trial). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268, 593-602. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0810-1>
- Schöttle, D., Schimmelmänn, B. G., Ruppelt, F., Bussopulos, A., Frieling, M., Nika, E., Nawara, L. A., Golks, D., Kerstan, A., & Lange, M. (2018). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. *PLoS One*, 13(2), e0192929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192929>
- Shimada, T., Inagaki, Y., Shimooka, Y., Kawano, K., Tanaka, S., & Kobayashi, M. (2022). Effect of individualized occupational therapy on social functioning in patients with schizophrenia: A five-year follow-up of a randomized controlled trial. *JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH*, 156, 476-484. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.066>
- Shimada, T., Ohori, M., Inagaki, Y., Shimooka, Y., Ishihara, I., Sugimura, N., Tanaka, S., & Kobayashi, M. (2019). Effect of adding individualized occupational therapy to standard care on rehospitalization of patients with schizophrenia: A 2-year prospective cohort

- study. *PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES*, 73(8), 476-485.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.12858>
- Shimada, T., Ohori, M., Inagaki, Y., Shimooka, Y., Sugimura, N., Ishihara, I., Yoshida, T., & Kobayashi, M. (2018). A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PLOS ONE*, 13(4).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193869>
- Simmons, M. B., & Gooding, P. M. (2017). Spot the difference: Shared decision-making and supported decision-making in mental health. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 275-286. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.59>
- Sklar, M., Aarons, G. A., O'Connell, M., Davidson, L., & Groessl, E. J. (2015). Mental Health Recovery in the Patient-Centered Medical Home. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1926-1934. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302683>
- Stanhope, V., Baslock, D., Tondora, J., Jessell, L., Ross, A. M., & Marcus, S. C. (2021). Developing a Tool to Measure Person-Centered Care in Service Planning. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 681597. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.681597>
- Stanhope, V., Choy-Brown, M., Williams, N., & Marcus, S. C. (2021). Implementing Person-Centered Care Planning: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 72(6), 641-646. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000361>
- Stanojlović, M., O'Connell, M., Asby, D., Lanteri, S., Davidson, L., & Tondora, J. (2023). Implementing Person-Centered Recovery Planning: New England Mental Health Technology Transfer Center Learning Collaborative Evaluation Report. *Global Implementation Research and Applications*, 3(2), 173-181.  
<https://doi.org/10.1007/s43477-023-00078-3>
- Starnino, V. R., Davidson, L. J., Holter, M. C., Mariscal, S., Cook, K. S., Rapp, C. A., & Fukui, S. (2010). Outcomes of an illness self-management group using Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 57-60.  
<https://doi.org/10.2975/34.1.2010.57.60>

- Stewart, V. A. (2024). The role of goal planning in supporting the health and wellbeing of people experiencing mental illness. <https://research-repository.griffith.edu.au/items/0eb9fa44-4ab4-47d4-b331-0799552c54ad>
- Stewart, V., McMillan, S., Hu, J., Ng, R., El-Den, S., O'Reilly, C., & Wheeler, A. (2022). Goal planning in mental health service delivery: A systematic integrative review. *FRONTIERS IN PSYCHIATRY*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1057915>
- Stewart, V., McMillan, S. S., Hu, J., Collins, J. C., El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Wheeler, A. J. (2024). Are SMART goals fit-for-purpose? Goal planning with mental health service-users in Australian community pharmacies. *International Journal for Quality in Health Care*, 36(1), mzae009. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae009>
- Stone, K., Zwigelaar, R., Jones, P., & Mac Parthaláin, N. (2022). A systematic review of the prediction of hospital length of stay: Towards a unified framework. *PLOS Digital Health*, 1(4), e0000017. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000017>
- Surdyka, N., Clark, A., & Duncan, A. (2023). Educational Technologies for Teaching Social Skills to Individuals With Schizophrenia: Scoping Review. *OTJR-OCCUPATION PARTICIPATION AND HEALTH*, 43(1), 127-143. <https://doi.org/10.1177/15394492221108389>
- Switzer, F., Harper, S., & Peck, D. (2019). Exploring the barriers to the implementation of cognitive behavioural therapy for psychosis (CBTp). *MENTAL HEALTH REVIEW JOURNAL*, 24(1), 30-43. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-06-2018-0017>
- Tabatabaee, M., Mirsepassi, Z., Sharifi, V., & Mottaghipour, Y. (2021). Challenges of implementing psychiatric rehabilitation services: A low-and middle-income country case example. *BJPsych International*, 18(3), 9. <https://doi.org/10.1192/bji.2021.18>
- Taipale, H., Tanskanen, A., & Mehtälä, J. (2020). 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry*, 19, 61-68. <https://doi.org/10.1002/wps.20699>
- Tan, C. H. S., Ishak, R. B., Lim, T. X. G., Marimuthusamy, P., Kaurss, K., & Leong, J. J. (2017). Illness management and recovery program for mental health problems: Reducing symptoms

- and increasing social functioning. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3471-3485.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13712>
- Tessier, A., Roger, K., Gregoire, A., Desnavailles, P., & Misdrahi, D. (2023). Family psychoeducation to improve outcome in caregivers and patients with schizophrenia: A randomized clinical trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1171661.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1171661>
- he co-construction and emotion management of hope within psychosis services, 8 *Frontiers in Sociology* 1270539 (Frontiers Media SA 2024).  
<https://www.frontiersin.org/journals/sociology/articles/10.3389/fsoc.2023.1270539/full>
- The Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Thomas, E. C., Zisman-Ilani, Y., & Salzer, M. S. (2019). Self-Determination and Choice in Mental Health: Qualitative Insights From a Study of Self-Directed Care. *Psychiatric Services*, 70(9), 801-807. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800544>
- Tondora, J., Adams, N., Grieder, D., & Davidson, L. (2022). Person-Centered Recovery Planning as a Roadmap to Recovery. En W. E. Sowers, H. L. McQuiston, J. M. Ranz, J. M. Feldman, & P. S. Runnels (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry: American Association for Community Psychiatry* (pp. 117-133). Springer International Publishing.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-031-10239-4\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-031-10239-4_10)
- Üstün, T. B. (2010). Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. World Health Organization.  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=h9fhLNiaRTgC&oi=fnd&pg=PR1&dq=W HODAS+2.0+&ots=6tMY5darIA&sig=p TRsKt77zTpfN1QuLfqfH 3RM>
- van den Berg, K. C., Hendrickson, A. T., Hales, S. A., Voncken, M., & Keijsers, G. P. J. (2023). Comparing the effectiveness of imagery focussed cognitive therapy to group psychoeducation for patients with bipolar disorder: A randomised trial. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*, 320, 691-700. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.160>

- Van Sonsbeek, M. A. M. S., Hutschemaekers, G. J. M., Veerman, J. W., Vermulst, A., & Tiemens, B. G. (2023). The results of clinician-focused implementation strategies on uptake and outcomes of Measurement-Based Care (MBC) in general mental health care. *BMC Health Services Research*, 23(1), 326. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09343-5>
- Ventegodt, S., Kandel, I., Ervin, D. A., & Merrick, J. (2016). Concepts of Holistic Care. En I. L. Rubin, J. Merrick, D. E. Greydanus, & D. R. Patel (Eds.), *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan* (pp. 1935-1941). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0\\_148](https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0_148)
- Waldrop, J., & McGuinness, T. M. (2017). Measurement-Based Care in Psychiatry. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(11), 30-35. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170818-01>
- Walsh, C. G., Xia, W., Li, M., Denny, J. C., Harris, P. A., & Malin, B. A. (2018). Enabling Open-Science Initiatives in Clinical Psychology and Psychiatry Without Sacrificing Patients' Privacy: Current Practices and Future Challenges. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 1(1), 104-114. <https://doi.org/10.1177/2515245917749652>
- Weaver, N. (2021). Recovery and care continuity experiences of people in mental health care: A conciliatory approach to the challenge of implementing recovery-based services. *Sociology of Health & Illness*, 43(9), 1996-2014. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13373>
- Winter, L., Couwenbergh, C., & Weeghel, J. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, 50. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000300>
- Wyder, M., Kisely, S., Meurk, C., Dietrich, J., Fawcett, T., & Siskind, D. (2018). The language we use— the effect of writing mental health care plans in the first person. *Australasian Psychiatry*, 26(5), 496-502. <https://doi.org/10.1177/1039856218772251>
- Yen, P. H., & Leasure, A. R. (2019). Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Federal Practitioner: For the Health Care Professionals of the VA, DoD, and PHS*, 36(6), 284-289.

- Young, M. S., Barrett, B., Engelhardt, M. A., & Moore, K. A. (2014). Six-Month Outcomes of an Integrated Assertive Community Treatment Team Serving Adults with Complex Behavioral Health and Housing Needs. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 474-479. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9692-5>
- Zisman-Ilani, Y., Roe, D., Elwyn, G., Kupermintz, H., Patya, N., Peleg, I., & Karnieli-Miller, O. (2019). Shared Decision Making for Psychiatric Rehabilitation Services Before Discharge from Psychiatric Hospitals. *Health Communication*, 34(6), 631-637. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1431018>



# 5

## ANEXOS

### Anexo 1. Herramienta 7.1: Plantilla Maestra del Plan de Atención Individualizado (PAI)

Esta plantilla está diseñada como un marco estructural que garantiza la exhaustividad, la coherencia y la adhesión a los principios de la atención centrada en la persona. No es un formulario rígido, sino una guía flexible que debe ser adaptada a la singularidad de cada persona.

---

#### PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PAI)

##### Datos de Identificación

- **Nombre de la Persona:**
- **Fecha de Nacimiento:**
- **Nº de Expediente/Historia Clínica:**
- **Profesional de Referencia/Coordinador(a) del PAI:**
- **Equipo Interdisciplinar Implicado:** *(Listar nombres y roles, p. ej., Dra. García (Psiquiatra), Sr. Pérez (Trabajador Social), etc.)*
- **Fecha de Elaboración del PAI:**
- **Fecha Programada para la Próxima Revisión Formal:**

---

#### Sección 1: Síntesis de la Valoración Integral y Proyecto de Vida

##### 1.1. Historia y Contexto Actual (Resumen Narrativo)

*(En este apartado se redacta una breve narrativa que presente a la persona en su contexto vital, más allá del diagnóstico. Debe responder a la pregunta: ¿Quién es esta persona? Incluir*



aspectos de su biografía, su situación familiar y social, su trayectoria educativa/laboral y los eventos vitales más significativos.)

## 1.2. Fortalezas, Capacidades y Recursos Identificados

(Esta sección se centra exclusivamente en los aspectos positivos. Se deben listar de forma clara las fortalezas personales (p. ej., resiliencia, sentido del humor, creatividad), las capacidades preservadas (p. ej., habilidades de autocuidado, competencias laborales previas), los recursos de su red de apoyo (p. ej., familia implicada, amigos) y los activos comunitarios a su alcance (p. ej., centro cívico cercano, asociación de interés).)

## 1.3. Proyecto de Vida, Preferencias y Deseos (La Voz de la Persona)

(Este es el corazón del PAI. Debe capturar las aspiraciones de la persona, en la medida de lo posible con sus propias palabras. Se estructura en torno a lo que es "Importante Para" ella.)

- **Mi Visión de una Vida Plena:** ("Lo que me gustaría conseguir es...", "Para mí, estar bien significa...")
- **Mis Valores Fundamentales:** (¿Qué es lo más importante para mí en la vida? P. ej., independencia, seguridad, familia, creatividad, etc.)
- **Mis Intereses y Aficiones:** (¿Qué actividades me hacen sentir bien? P. ej., la música, pasear, el arte, etc.)
- **Preferencias sobre los Apoyos:** (¿Cómo prefiero que me ayuden? ¿Qué cosas no me gustan? P. ej., "Prefiero las reuniones por la mañana", "No me siento cómodo en grupos grandes".)

## Sección 2: Matriz de Objetivos e Intervenciones

(Esta matriz es el plan de acción. Se organiza por dominios o áreas vitales priorizadas en la evaluación. Para cada dominio, se detallan los siguientes componentes.)

Dominio/ Área Vital	Necesidad /Dificultad Prioritaria	Objetivo SMART Co- construido	Intervenciones y Apoyos Planificados	Responsable(s)	Temporalización y Frecuencia	Indicador de Logro/Evaluación
Salud Física y Bienestar	Ej: Control deficiente de la diabetes y sedentismo.	Ej: "En los próximos 3 meses, mantendré mis niveles de glucosa por debajo de 150 mg/dl y caminaré 30 minutos, 3 días a la semana, para sentirme con más energía."	1. Educación diabetológica con Enfermería. 2. Planificación de dieta con Nutricionista. 3. Acompañamiento inicial en paseos por el Educador Social.	Enfermera de Referencia, Educador Social.	1. Sesión semanal (1 mes). 2. Sesión quincenal. 3. Lunes, miércoles y viernes.	Registro de glucemias. Podómetro/App de pasos. Autoinforme de bienestar.
Salud Emocional	Ej: Ansiedad	Ej: "Durante el próximo mes,	1. Terapia individual	Psicóloga, Trabajadora	1. Sesión semanal. 2.	Registro de asistencia al

<b>I y Manejo de Síntomas</b>	<i>social que impide salir de casa.</i>	<i>acudiré al centro cívico una vez por semana para participar en el taller de pintura, aplicando las técnicas de relajación antes de salir."</i>	<i>para manejo de ansiedad (Psicología). 2. Acompañamiento al centro cívico (Voluntariado) . 3. Taller de pintura (Recurso Comunitario).</i>	<i>Social (coordina voluntariado).</i>	<i>Martes por la tarde. 3. Martes de 17h a 19h.</i>	<i>taller. Escala de ansiedad subjetiva (0-10) antes y después de salir.</i>
<b>Relaciones Interpersonales</b>	<i>Ej: Aislamiento y pérdida de contacto con la familia.</i>	<i>Ej: "En las próximas 6 semanas, realizaré una llamada telefónica semanal a mi hermana para recuperar el contacto y sentirme más conectado."</i>	<i>1. Entrenamiento en habilidades de comunicación (Psicología). 2. Apoyo del profesional de referencia para preparar la primera llamada.</i>	<i>Psicóloga, Profesional de Referencia.</i>	<i>1. Durante las sesiones semanales. 2. A demanda.</i>	<i>Registro de llamadas realizadas. Autoinforme sobre la calidad de la conversación.</i>
<i>(Añadir tantas filas de dominio como sea necesario: Autonomía en el Hogar, Educación /Empleo, Ocio, etc.)</i>						

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imsero.

### Sección 3: Plan de Coordinación y Seguimiento

#### 3.1. Coordinación Interdisciplinar y con Otros Servicios

*(Se describe cómo se coordinará el equipo y con agentes externos.)*

- **Reuniones de Equipo:** *Ej: "El equipo interdisciplinar se reunirá quincenalmente (los jueves a las 10h) para revisar el progreso de este PAI."*
- **Coordinación Externa:** *Ej: "El Trabajador Social se coordinará mensualmente con el médico de Atención Primaria para compartir información relevante sobre la salud física. Se solicitará consentimiento informado para ello."*

#### 3.2. Plan de Prevención de Crisis (si aplica)

*(Se detallan las señales de alerta temprana, los desencadenantes conocidos y un plan de acción consensuado.)*



- **Señales de Alerta:** Ej: "Aumento del insomnio, aislamiento en la habitación, verbalizaciones de desesperanza."
- **Plan de Acción:** Ej: "1. Notificar inmediatamente al Profesional de Referencia. 2. Aplicar técnicas de relajación acordadas. 3. Contactar con el teléfono de atención en crisis (si es fuera de horario)."

### 3.3. Plan de Revisiones del PAI

- **Revisión Formal:** Ej: "La próxima revisión formal se realizará el [Fecha], con la participación de la persona, su familia (si lo desea) y el equipo."
- **Seguimiento Informal:** Ej: "El Profesional de Referencia realizará un seguimiento semanal del plan en sus contactos habituales con la persona."

---

## Sección 4: Acuerdos y Consentimiento Informado

Este Plan de Atención Individualizado ha sido elaborado de forma colaborativa y refleja los acuerdos alcanzados entre la persona y el equipo profesional.

### Declaración de la Persona:

*"He participado en la elaboración de este plan, entiendo los objetivos y las intervenciones propuestas, y estoy de acuerdo en trabajar para conseguirlos con el apoyo del equipo."*

### Compromiso del Equipo Profesional:

*"El equipo se compromete a proporcionar los apoyos y las intervenciones descritas en este plan, de manera respetuosa, flexible y coordinada, y a revisar este plan de forma periódica junto a la persona."*

### Firmas:

---

(Nombre y Firma de la Persona)

---

(Nombre y Firma del Profesional de Referencia)

---

(Nombre y Firma del Familiar/Apoyo, si procede)

Fecha: \_\_\_\_\_

---



## Anexo 2. Herramienta 7.2: Guía de Estilo para la Redacción Centrada en la Persona

Esta guía ofrece principios y ejemplos para asegurar que el lenguaje del PAI sea respetuoso, claro y empoderador.

### 1. Principio de la Persona Primero (*People-First Language*)

- **Regla:** Poner a la persona antes que al diagnóstico.
- **No Hacer:** "Luis es un diabético con TMG."
- **Hacer:** "Luis es una persona que vive con diabetes y tiene un diagnóstico de TMG."

### 2. Principio de la Fortaleza sobre el Déficit

- **Regla:** Describir las dificultades, pero enmarcar la acción en términos de fortalezas y capacidades.
- **No Hacer:** "La usuaria presenta déficits severos en AVD instrumentales y es incapaz de gestionar sus finanzas."
- **Hacer:** "Ana necesita actualmente apoyo para la gestión de sus finanzas. Aprovechando su habilidad para la organización, trabajaremos con ella para crear un presupuesto semanal sencillo."

### 3. Principio de la Claridad sobre la Jerga

- **Regla:** Traducir los términos técnicos a un lenguaje comprensible.
- **No Hacer:** "El objetivo es reducir la sintomatología negativa, especialmente la abulia y la anhedonia."
- **Hacer:** "El objetivo es ayudar a Carlos a recuperar la energía y la motivación (combatir la apatía) para que pueda volver a disfrutar de las actividades que le gustan."

### 4. Principio de la Colaboración sobre la Prescripción

- **Regla:** Utilizar un lenguaje que refleje la alianza y la acción compartida, no la imposición.
- **No Hacer:** "El paciente debe asistir a terapia. El terapeuta le enseñará técnicas."
- **Hacer:** "Hemos acordado que María asistirá a las sesiones de terapia. Juntos, ella y su terapeuta, explorarán nuevas técnicas para manejar la ansiedad."



## Anexo 3. Herramienta 7.3: Lista de Verificación de Calidad del Documento PAI

Utilice esta lista para revisar un PAI finalizado y asegurar que cumple con los estándares de calidad.

### **Criterios de Accesibilidad (Cierra la Brecha de Accesibilidad)**

- ¿El lenguaje es claro, sencillo y evita la jerga innecesaria?
- ¿Un familiar sin formación clínica podría entender los objetivos y las acciones principales?
- ¿Se utiliza un lenguaje positivo y basado en fortalezas en todo el documento?

### **Criterios de Propiedad (Cierra la Brecha de Propiedad)**

- ¿El plan incluye una sección que recoge explícitamente el proyecto de vida y las preferencias de la persona?
- ¿Se utilizan citas directas de la persona para formular o justificar los objetivos?
- ¿La redacción refleja un tono de colaboración ("trabajaremos juntos", "hemos acordado") en lugar de uno prescriptivo?

### **Criterios de Usabilidad (Cierra la Brecha de Usabilidad)**

- ¿La información está bien estructurada con secciones claras y encabezados?
- ¿Se utilizan tablas o matrices para presentar la información compleja (como el plan de intervenciones) de forma clara?
- ¿El diseño visual es limpio y facilita la lectura (márgenes, interlineado, etc.)?

### **Criterios de Calidad Técnica y Coherencia**

- ¿Existe una conexión lógica y evidente entre la evaluación, los objetivos y las intervenciones?
- ¿Todos los objetivos cumplen los criterios SMART?
- ¿Están claramente definidos los responsables, la frecuencia y los indicadores de evaluación para cada intervención?
- ¿El documento incluye un plan claro de seguimiento y revisión?
- ¿Hay constancia del consentimiento informado y del acuerdo de la persona con el plan?



