

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE MEDICINA  
Departamento de Psiquiatría



**TESIS DOCTORAL**

**Análisis de la oferta y demanda de recursos asistenciales en la atención al enfermo mental crónico: resultados de la aplicación de la Ley de Dependencia 39/2006 al enfermo mental crónico en la Comunidad Autónoma de Cantabria**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**María Isabel Bolado Alonso**

Director

**Alfredo Calcedo Barba**

**Madrid, 2017**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. FACULTAD DE MEDICINA.  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA. DOCTORADO EN CIENCIAS BIOMEDICAS.  
TESIS DOCTORAL.



# UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

Análisis de la oferta y demanda de recursos asistenciales en la atención al enfermo mental crónico.

Resultados de la aplicación de la Ley de Dependencia 39/2006 al enfermo mental crónico en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Presentada por: María Isabel Bolado Alonso.

Director: Alfredo Calcedo Barba.

MADRID 2015.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. FACULTAD DE MEDICINA.  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA. DOCTORADO EN CIENCIAS BIOMEDICAS.



# UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

## MADRID

**TESIS DOCTORAL**

Análisis de la oferta y demanda de recursos asistenciales en la atención al enfermo mental crónico.

Resultados de la aplicación de la Ley de Dependencia 39/2006 al enfermo mental crónico en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Presentada por: María Isabel Bolado Alonso.

Director: Alfredo Calcedo Barba.

MADRID 2015.

## **AGRADECIMIENTOS**

No sería justo presentar este trabajo sin agradecer a todas las personas y estamentos que lo hicieron posible.

En primer lugar , desde la Administración Regional de la Comunidad Autónoma de Cantabria, particularmente desde la entonces Dirección General de Servicios Sociales, actual ICASS (Instituto Cántabro de Servicios Sociales) , a cargo de Dña. María Luisa Real y Dña. María Antonia Mora, que fuera Jefe de Servicio de Dependencia por la sensibilidad con que acogieran mi interés en este proyecto , a D. Jesús Merino por la docencia recibida en la aplicación de esta Ley 39/2006 por parte de una neófita procedente del ámbito sanitario.

Al entonces Director Gerente de mi entonces lugar de trabajo, Centro de Rehabilitación Psiquiátrico de Parayas, D. J. Carlos Berrocal por tu implicación y facilidades para que este trabajo pudiera llegar a buen puerto.

Agradecer sin duda, la paciencia y enseñanzas en materia estadística e informática por parte de D. Juan Amodia, y del mejor profesor de inglés que he podido tener a lo largo de estos años, Mr. Brian Kerrington .

Agradecer a la Dra. María Jesús Cuesta por su compañerismo y apoyo en las dificultades surgidas durante este tiempo.

A mi familia, por estar ahí, con un especial recuerdo para los que se fueron, pero siguen estando, de algún modo.

Dedicado a ti, mamá, mi infatigable compañera de viaje.

Por tu apoyo incondicional...

## INDICE

RESUMEN: .....	11
Introducción .....	39
1. Preámbulo. ....	39
2. Trastorno mental grave (T. M. G.).....	42
2. 1 El enfermo mental crónico .....	42
2. 2 T.M.G. Aproximación conceptual. ....	43
2. 3 T.M.G. Aproximación dimensional .....	45
2. 3. 1. Gravedad clínica.....	46
2. 3. 2 Curso evolutivo. ....	49
2. 3. 3. Presencia de DISCAPACIDAD. ....	50
2. 4. LA DISCAPACIDAD, problema social emergente.....	52
2. 4. 1 La DISCAPACIDAD en el T.M.G. ....	54
2. 5. EPIDEMIOLOGIA del T. M. G. ....	58
2. 5. 1. Estudios extranjeros. ....	59
2. 5. 2 Estudios españoles.....	60
3. La atención al T. M. G. en España.....	61
3. 1. INTRODUCCIÓN .....	61
3. 2. El modelo de atención comunitario. ....	62
3. 2. 1. Desde la Ley General de Sanidad a la Estrategia de Salud Mental 2006.....	62
3. 2. 2. En Cantabria:.....	65
3. 2. 3. Las bases del modelo de atención a las personas con TMG.....	65
3. 2. 4. La Estrategia Nacional de Salud, el modelo psicosocial .....	67
3. 3 .El modelo “balanced care” . ....	69
4. La LEY 39/2006.....	71
4. 1. ESTRUCTURA DE LA LEY. ....	71
4. 2. Objeto de la ley: El reconocimiento de un derecho a la ciudadanía. ....	73
4. 3. Trascendencia de la Ley: antes y después. ....	75
4. 3. 1. Titulares del derecho. ....	77
4. 3. 2. Referentes legales.....	78
ÁMBITO INTERNACIONAL.....	78

ÁMBITO ESTATAL.....	81
ÁMBITO INTERAUTONOMICO.....	85
En Cantabria.....	86
4. 4. Conceptualización. Terminología de la ley .....	89
4. 4. 1. Autonomía personal vs. dependencia .....	89
4. 4. 2. La dependencia desde la DISCAPACIDAD .....	92
Dependencia y la senilidad.....	94
Dependencia e Incapacidad Legal. ....	95
4. 5. CLASIFICACIÓN DE DEPENDENCIA .....	95
4. 6. SUBTIPOS DE DEPENDENCIA.....	98
4. 7. CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN.....	99
4. 8. PROCEDIMIENTO DE ACCESO .....	100
4. 9. EL BAREMO. DESCRIPCIÓN GENERAL. ....	103
4.10. VALORACION DE DEPENDENCIA.....	104
4.11. EL BAREMO Y LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....	109
Comer y Beber ( Autocuidado ) .....	114
Regulación de la micción /defecación (Autocuidado ).....	117
Lavarse (Autocuidado ).....	118
Otros cuidados corporales( Autocuidado ).....	119
Vestirse ( Autocuidado ) .....	121
Mantenimiento de la salud.....	122
Transferencias corporales (Movilidad).....	123
Desplazarse dentro del hogar.....	125
Desplazamiento fuera del hogar .....	126
Tareas domésticas. ....	127
Toma de decisiones .....	128
4.12. Programa Individualizado de Atención (P. I. A).....	131
4.13. El Sistema de Atención a la Dependencia. (S. A. A. D).....	132
4.14. Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. ....	133
En Cantabria.....	136
Los grandes bloques dentro del Catálogo de Servicios de la LAPAD.....	137
Servicio de Teleasistencia. (Artículo 22).....	138

Servicio de Ayuda a Domicilio. (Artículo 23). .....	138
Servicio de Centro de Día y de noche. (Artículo 24).....	139
Servicio de Atención residencial. (Artículo 25).....	139
Servicio de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía.(Artículo 21).....	139
Prestación económica vinculada al servicio.( Artículo 17) .....	140
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. (Artículo 18). .....	140
Prestación económica de asistencia personal. (Artículo 19).....	140
5. T. M. G. y dependencia.....	141
5.1. La entrevista de valoración.....	144
5.2. El informe de salud específico de salud mental. ....	146
5.3. La evaluación por áreas. ....	147
5.3.1. Área clínica .....	147
5.3.2. Área funcional.....	148
5.3.3. Área de evaluación del entorno. ....	150
5. 4. Consideraciones Especiales del Baremo.....	151
5. 5. La aplicación del baremo al TMG.....	154
5. 6. Las áreas de valoración.....	156
Valoración “en comer y beber”.....	158
Valoración en “higiene personal relacionada con la micción y defecación”.....	159
Valoración en “lavarse”.....	159
Valoración en “otros cuidados corporales”.....	159
Valoración en “vestirse”.....	159
Valoración en “mantenimiento de la salud”.....	160
Valoración de “cambiar y mantener la posición del cuerpo”.....	161
Valoración de “desplazarse dentro del hogar”.....	161
Valoración de “desplazarse fuera del hogar”.....	161
Valoración de “tareas domésticas”.....	162
Valoración de “tomar decisiones”.....	162
5. 7. Guía de recursos para TMG dependiente.....	165
5. 8. El Plan Individualizado de Atención. P. I. A. vs P. I. R. ....	166
5. 9. Los recursos y el TMG.....	169

5.10. Catálogo de servicios.....	170
5. 10. 1. EL ESPACIO SANITARIO .....	172
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN .....	172
DISPOSITIVOS AMBULATORIOS .....	177
5. 10. 2. EL ESPACIO SOCIAL .....	179
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.....	181
Servicio de atención domiciliaria.....	194
Centro de Día/Noche.....	197
Servicios de Atención Residencial o recursos comunitarios de convivencia y vivienda.....	199
Prestación vinculada por servicio.....	202
Prestación económica para asistente personal.....	203
Prestación por cuidados no profesionales.....	203
6. Situación actual de la cuestión.....	206
Justificación.....	215
OBJETIVOS .....	218
HIPÓTESIS.....	219
Material y métodos.....	239
MUESTRA.....	239
VARIABLES .....	240
Variables sociodemográficas.....	241
Variables relacionadas con el trastorno mental.....	242
Variables relacionadas con la aplicación del baremo.....	245
Variables relacionadas con la oferta y demanda de servicios.....	269
CONTROL DE SESGOS.....	271
RESULTADOS .....	273
Análisis estadístico descriptivo.....	273
Variables relacionadas con los factores socio-demográficos.....	273
Variables relacionadas con el trastorno mental.....	276
Variables relacionadas con el perfil funcional.....	286
Análisis estadístico.....	323
Sobre relación entre variables sociodemográficos y clínicas de los sujetos TMG dependientes.....	323
Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y variables sociodemográficos.....	327

Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y variables clínicas .....	327
Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y perfil funcional .....	328
Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico vs. preferencia demanda recurso. ....	330
Sobre la relación entre el grado de dependencia vs factores sociodemográficos. ....	342
Sobre la relación entre el grado de dependencia vs. factores clínicos. ....	343
Sobre la relación entre el grado de dependencia vs recurso final. ....	345
Sobre la relación entre el grado de dependencia y la preferencia de elección de recurso. ....	345
Sobre la relación entre el recurso concedido vs. Variables sociodemográficos/clínicas. ....	349
Sobre la relación entre el recurso concedido vs. perfil funcional .....	351
Sobre la preferencia en la elección de recurso y variables sociodemograficas y clínicas. ....	367
Sobre la relación entre las puntuaciones globales del baremo. ....	381
Sobre la correlación existente entre las diferentes actividades del baremo. ....	382
DISCUSIÓN.....	389
I. Variables sociodemográficas. ....	389
II. Variables relacionadas con el trastorno mental. ....	395
III. Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y variables sociodemográficas y clínicas. ....	400
IV. Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y perfil funcional. ....	401
V. Variables relacionadas con la aplicación del baremo. ....	402
VI. Sobre la correlación existente entre las diferentes actividades del baremo. ....	404
VII. Sobre la relación entre grado de dependencia vs factores sociodemográficos. ....	407
VIII. Sobre la relación entre el grado de dependencia vs factores clínicos. ....	408
IX. Variables relacionadas con la demanda de recursos. ....	409
X. Sobre la preferencia de elección de recurso y grado de dependencia. ....	415
XI. Sobre la preferencia de elección de recurso y diagnóstico psiquiátrico. ....	416
XII. Sobre la preferencia de elección de recurso y recurso concedido. ....	417
XIII. Variables relacionados con la oferta de recursos. ....	419
XIV. Sobre el recurso concedido y variables sociodemograficas y clínicas. ....	420
XV. Sobre el recurso concedido y el perfil funcional. ....	420
XVI. Sobre el recurso concedido y grado de dependencia .....	421
CONCLUSIONES .....	423
BIBLIOGRAFIA:.....	429
INDICE de ABREVIATURAS:.....	445



## RESUMEN:

En 1999, la **Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1)**, cifraba en aproximadamente el 9% de la población española del momento, más exactamente 3. 528. 221 ciudadanos, el número total de personas con alguna discapacidad o con limitaciones susceptibles de generarla. (La misma encuesta ya confirmaba una clara correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad).

Una década más tarde, en 2008, el Instituto Nacional de Estadística a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (2) (EDAD) con la finalidad de proporcionar una base estadística y guía de la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia estimaba en 3, 8 millones el número de personas con discapacidad lo que suponía el 8, 5% de la población.

La preferencia de ciertos colectivos de personas en situación de dependencia, en su condición de demandantes de cuidados profesionales sociales y sanitarios incluiría a:

*Enfermos geriátricos, terminales, personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional, en precariedad social y con problemas sanitarios, grandes minusvalías y enfermos mentales crónicos.*

Es el alto índice de cronicidad asociado a la enfermedad mental en general y, a la patología psiquiátrica grave en particular, lo que presupone padezcan un deterioro real, con una importante causa de morbilidad y discapacidad (3)

Según las estimaciones de la OMS (2001)(4) estos casos supondrían el 12,3 % del total de años de vida libres de discapacidad perdidos por padecer enfermedades crónicas, lo que les hace fuertemente dependientes de los demás, conlleva costes, pérdidas y cargas de diversa índole, tanto para las personas como para los sistemas sociales y sanitarios.

Durante la redacción del I Plan de Salud Mental: elaborado por el Gobierno de Cantabria a partir de la Ley de Cantabria 1/1996 de Salud Mental (5), se manejaron las siguientes cifras para esta Comunidad correspondientes a estos pacientes, núcleo fundamental de los llamados enfermos crónicos,

*Una prevalencia de 5000 enfermos mentales psicóticos, de los cuales 2500 eran esquizofrénicos, apareciendo 40 casos nuevos de esquizofrenia al año., de los que una tercera parte en el plazo de tres años presentarían una discapacidad grave con importantes dificultades de reinserción laboral.*

Este mismo Plan, pretendiendo recoger los postulados de la psiquiatría comunitaria, sentaba las bases -además- de un programa de atención sanitaria al enfermo mental crónico grave (incluyendo sobre todo, pero no únicamente, los llamados psicóticos, pero también pacientes con trastornos afectivos resistentes, trastornos severos de la personalidad y trastornos psicoorgánicos), en coordinación con Servicios Sociales...

Sin embargo, años después de la entrada en vigor de Ley General de Sanidad 14/ 1986 (6), la que fuera paradigma del modelo comunitario de salud mental, sólo se habían implantado unos servicios mínimos, que no cubrían las necesidades reales de la población con trastornos mentales;

al descubierto en estudios como el realizado (7) por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica en 2002, que apunta a la insuficiencia de recursos tanto materiales como humanos en los dispositivos comunitarios tanto sociales como sanitarios, así como una importante variabilidad en la dotación de recursos entre las distintas Comunidades Autónomas, y la ausencia de mecanismos de coordinación socio sanitarios.

Es en este contexto de necesidad de integración de las dimensiones socio-sanitarias y en respuesta a las deficiencias del modelo de atención dispensado a estos enfermos, cuando Ley 39/2006 de promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia entra en vigor (8). Además, teniendo en cuenta el objeto de la ley, era de esperar que su aplicación corrigiera el desequilibrio que se ha ido generando históricamente en torno al abordaje de las patologías mentales, dando más peso a la atención a las situaciones de dependencia en perjuicio la promoción de la autonomía.

Llama la atención en esta Ley que, inicialmente dirigida a personas mayores, en los textos anteriores a su aprobación, excluía las patologías mentales y sus consecuencias.

Factores derivadas de las dificultades de evaluación de este colectivo, su extraordinaria variabilidad, los síntomas negativos, la falta de conciencia de enfermedad, y déficit en la participación social, con discapacidades menos predecibles y planificables, problemas y necesidades asistenciales muy diversas a lo largo del curso vital de la persona y alta vulnerabilidad social, en comparación con otro tipo de dependientes ;podrían condicionar un alto grado de dependencia y en tal caso, sus beneficiarios pasarían a ser atendidas más allá de la atención estrictamente sanitaria, por los poderes públicos a través del Sistema de Dependencia.

## **METODOLOGIA:**

Estudio observacional retrospectivo consistente en la recapitulación y análisis de los expedientes de valoración del grado de dependencia, comprendidos desde el inicio de la aplicación de la Ley 39/2006 hasta el año 2011, (fecha de publicación del nuevo baremo (9) según RD 174/2011 de 11 de Febrero), en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Mediante acceso –debidamente autorizado por parte de los Servicios Jurídicos del Instituto Cántabro de Servicios Sociales – a la base de datos SIPSS creado por dicho Instituto (ICASS).

La informatización de los datos se ha llevado a cabo con el programa Microsoft Excel \* y el análisis descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS.

Criterios de selección Se extrajeron los expedientes de valoración de dependencia solicitados y resueltos hasta el tercer trimestre de 2011. Del cómputo global de los expedientes tramitados hasta ese momento, se seleccionaron de entre los usuarios reconocidos como dependientes (en mayor o menor grado), aquellos beneficiarios que por su condición mental les fuera de aplicación del BVD específico (DI/EM).

Este BVD -DIEM se va a aplicar a aquellos usuarios aquejados de desorden mental y contemplaba un sistema de puntuaciones corregidas en el ítem número 11 (TOMA DE DECISIONES) del citado baremo.

Sobre esta población resultante, se delimita el colectivo de edad comprendido entre 25 y 60 años, entendiéndolo susceptible de beneficiarse de aquellos recursos que promuevan desde un enfoque rehabilitador, la autonomía personal al amparo de la Ley de dependencia.

De los 1297 expedientes que respondían a dicho perfil, se seleccionaron a su vez aquellos cuyo diagnóstico principal correspondía a una enfermedad mental como tal incluida en las clasificaciones internacionales CIE-10,DSM-IV, CIAP ;excluyendo el Retraso Mental, en aquellos casos en que fuera reconocido como único diagnóstico psiquiátrico, correspondiendo finalmente una n= 385.

## **RESULTADOS:**

- Del análisis descriptivo.

En cuanto al perfil sociodemográficos obtenido y partiendo de una muestra de 385 sujetos, de los cuales 221 fueron varones y 164 mujeres., de entre 25 y 60 años en el momento de la solicitud, subdividida en tramos por décadas, siendo mayoritario, el grupo de los nacidos entre 1955-1964 con un 35,1 % del total de solicitantes. En cuanto al área geográfica de origen 156 de ellos, el 40,5 % procedían de áreas fuera de los núcleos urbanos principales de la región. Un 73 % 284 compartían vivienda con al menos otra persona... El 68,6% de los sujetos no había se beneficiado de otro recurso comunitario con anterioridad a la solicitud. En cifras similares, en torno a un 68,1 % se había reconocido la existencia de figura de cuidador de referencia. Únicamente el 17,9% se encontraban incapacitados civilmente mediante sentencia, si bien el 16,6% disponían de la figura de guardador de hecho.

En cuanto a las condiciones de salud, mayoritariamente, el 81% (312) de las solicitudes fueron cursadas desde Atención Primaria. Los trastornos psicóticos supusieron sindrónicamente el diagnóstico más frecuente con 211 casos (54,8%).Solo en el 24,7%, hubo coexistencia con otro trastorno mental; sin embargo la comorbilidad física fue confirmada en el 50,1 % de la muestra. El

93,5 % de los beneficiarios recibían tratamiento psicofarmacológico, solo se recogieron en 23% de los casos la presencia de recaídas en el último año. La psicoterapia estaba incorporada en un 42,6% de los casos mientras que únicamente el 26,8% (103) se beneficiaban de medidas de rehabilitación específica en el momento de la solicitud.

Sobre los resultados obtenidos a partir de la evaluación funcional de la muestra a partir del correspondiente baremo, en términos globales, el perfil mayoritario fue

Sin fallo de desempeño en COMER Y BEBER 54,8%, siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Sin fallo de desempeño en MICCIÓN DEFECACIÓN 47,5%, siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Con fallo severo de desempeño en LAVARSE 60%, siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Con fallo severo de desempeño en OTROS CUIDADOS CORPORALES 50,9%, siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Con fallo severo de desempeño en VESTIRSE 55, 3%, siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Con fallo severo de desempeño en MANTENIMIENTO DE LA SALUD 53, 8%, siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión en sus diferentes sub-ítems. ( APLICACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS, EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO, EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO, y PEDIR AYUDA ANTE UNA URGENCIA).

Sin fallo de desempeño en TRANSFERENCIAS CORPORALES, siendo la causa del fallo, en caso de producirse, principalmente, bien por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea 5, 7%, bien por fallo físico en la ejecución de la tarea 5,7%; siendo el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Sin fallo de desempeño en DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR, siendo la causa del fallo, en caso de producirse, principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Con fallo severo de desempeño en DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 55, 8%, siendo la causa del fallo, en caso de producirse, principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión.

Con fallo severo de desempeño en TAREAS DOMÉSTICAS 96, 6% siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de asistencia física en el 70,9%.

Con fallo severo de desempeño en TOMA DE DECISIONES, siendo la causa del fallo en caso de producirse principalmente por falta de comprensión, coherencia, desorientación en la tarea y el grado de soporte requerido la necesidad de supervisión en sus diferentes sub-ítems (ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO, ACTIVIDADES DE MOVILIDAD, en TAREAS DOMÉSTICAS, INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS, USO Y GESTIÓN DEL DINERO Y USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO).

En lo que respecta al equilibrio entre la oferta y demanda de servicios.

La **demanda de servicios** por los solicitantes, prestación por cuidadores no profesionales fue mayoritariamente elegida en primer lugar en un 54,8 % de las solicitudes.(211), la Teleasistencia como segunda opción en un 70,1%.y ,así sucesivamente en la preferencia asistencia domiciliaria, centro de día /noche., centro residencial, prestación vinculado por servicio, asistente personal y ,en el caso de servicios orientados a la prevención de dependencia fue mayoritariamente elegido en último lugar.

La **oferta de recursos** fue mayoritaria para la prestación de cuidados no profesionales en el entorno familiar con un 36,4%(140) del total, seguida de Centro Residencial, Teleasistencia, Centro de Día/Noche, Ayuda a domicilio. El 14,8% de los casos estaban pendientes de asignar, mientras que 34 expedientes fueron interrumpidos o cerrados por rechazo o éxitus. etc.

La coincidencia entre la demanda de recursos por el solicitante y la oferta de recursos por parte del Sistema de Atención a la Dependencia fue de un 67,8%.

- Del análisis estadístico:

Se confirma una **correlación** fuertemente positiva, con significación estadística entre BVD y su versión BVD-DIEM aplicada entre otros a los enfermos mentales.

Asimismo se establecieron mediante prueba de homogeneidad los niveles de relación entre las puntuaciones de cada actividad del baremo y el resto sumatoria de puntuaciones del baremo así como entre las actividades entre si

La preferencia de recurso demandado por los sujetos del estudio, vino dada por la prestación de cuidados no profesionales, seguida de Teleasistencia, asistencia Domiciliaria, Centro de Día/Noche, Centro Residencial, prestación vinculada a servicio, servicio de prevención de situaciones de dependencia y asistencia personal.

En cuanto al **análisis estadístico** de variables cualitativas, mediante la aplicación de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ )

- Entre las **variables sociodemográficas**: La edad se asoció a la existencia de comorbilidad física ( $\chi^2$  7, 838 p=0,049 y al nivel de convivencia de los solicitantes.  $\chi^2$  10,601 p=0,014. El área geográfica de procedencia se asoció significativamente al nivel de convivencia ( $\chi^2$  7, 957 p=0,047), el haber recibido asistencia previamente.  $\chi^2$  18, 841 p=0,000 y a la atención médica responsable de la solicitud. ( $\chi^2$  18, 841 p=0,000) El haber recibido asistencia previa se asoció al hecho de recibir tratamiento rehabilitador.  $\chi^2$  50, 409 p=0,000

Disponer de la figura de un cuidador se asoció al nivel de convivencia.  $\chi^2$  112, 733 p=0,000 y al estatus legal.  $\chi^2$  14,877 p=0,001 y la detección de comorbilidad física se asoció al tipo de atención médica responsable de la solicitud.  $\chi^2$  18, 620 p=0,000

- Por otra parte, el **diagnóstico psiquiátrico** mantenía relación estadísticamente significativa con el nivel de convivencia  $\chi^2$  17, 373 p=0,002, el haberse beneficiado de asistencia previa  $\chi^2$  25, 479 p=0,000 y disponer de figura de cuidador  $\chi^2$  11, 188 p=0,025.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos reagrupados y el fallo de desempeño entre las diferentes actividades del baremo, siendo estadísticamente significativa en la EVITACIÓN DE RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO, COMER Y BEBER, MICCIÓN Y DEFECACIÓN, LAVARSE y OTROS CUIDADOS CORPORALES, VESTIRSE y en los DESPLAZAMIENTOS DENTRO y FUERA DEL HOGAR.

En la misma vertiente, la variable diagnóstico psiquiátrico supuso diferencias entre el tipo de soporte requerido en actividades del baremo, siendo estadísticamente significativas en la EVITACION DE RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO y en la TOMA DE DECISIONES respecto a las INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS, USO Y GESTIÓN DEL DINERO y PEDIR AYUDA ANTE UNA URGENCIA.

Las variables correspondientes a la preferencia de elección de recurso, presentaban una distribución no normal. Mediante la prueba de Kruskal-Wallis, globalmente, entre los diferentes **diagnósticos** psiquiátricos reagrupados se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de Centro Residencial  $\chi^2$  9, 690 p=0,046 y prestación de cuidados no profesionales  $\chi^2$  13, 258 p=0,010

- El **grado de dependencia** alcanzado si se asoció de forma estadísticamente significativa a la edad del beneficiario y al haber recibido asistencia con anterioridad. También al hecho de recibir tratamiento psicofarmacológico, y al recurso concedido y su coincidencia con las preferencias del

beneficiario. (Mediante prueba de Kruskal-Wallis tan solo se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre la obtención de diferentes grados de dependencia y su preferencia a la hora de elegir Centro de día 9, 690  $p=0,046$  y prestación por cuidados no profesionales 13, 258  $p=0,010$ .)

- El **recurso** ofertado guardó relación estadísticamente significativa con la edad  $\chi^2$  43, 013  $p=0,000$  y el nivel de convivencia Chi-cuadrado 136, 340  $p=0,000$  o el haber recibido asistencia previa Chi-cuadrado. 131, 928  $p=0,000$  o disponer de cuidador habitual.  $\chi^2$  113, 916  $p=0,000$  el estatus legal  $\chi^2$  28, 134  $p=0,002$ .
- La **preferencia en la elección** de determinados recursos por parte del solicitante presentó diferencias estadísticamente significativas en torno a grupos de edad si consideramos los grupos extremos del estudio (nacidos antes de 1954, nacidos a partir de 1975...), entre diferentes áreas geográficas comparadas entre sí, la existencia de figura de cuidador o el hecho de ser beneficiario de asistencia previa, recibir tratamiento rehabilitador. También se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre la preferencia por ciertos recursos y el recurso finalmente concedido

## DISCUSION

De los resultados del estudio, se desprende:

- La **heterogeneidad** clínica, diagnóstica y funcional de los sujetos con enfermedad mental beneficiarios de la Ley de dependencia, lo que dado a su condición de reconocimiento de grado por la Ley satisfaría la condición de Trastorno Mental Grave (T. M. G) (NIMH,1987)

- El **diagnóstico** clínico pudo influir en el estatus sociodemográfico pero no en el grado de dependencia alcanzado. Los sujetos pertenecían en mayor o menor grado a todas las categorías diagnósticas existentes, aunque predominando los trastornos psicóticos.
- A **nivel funcional**, fruto de la aplicación del baremo, los fallos de desempeño detectados suelen afectar en mayor o menor grado a todas las áreas del funcionamiento con desigualdad en la naturaleza del fallo en el caso de detectarse y en el tipo de soporte requerido para corregirlo. Si bien causa mayoritaria de fallo de desempeño fue la falta de coherencia /comprensión por encima de la física e iniciativa. Las puntuaciones en toma de decisiones suponían un 15,4 %, del total. Otros ítems de especial referencia serían las incluidas en el Mantenimiento de la salud. Ambas actividades se consideraron independientes y con baja correlación entre sí y con el resto de actividades.
- La aplicación **DIEM** del baremo específico para la enfermedad mental /discapacidad intelectual corregiría al alza en un 13,25 % ampliando, frente a las críticas, la incorporación de este porcentaje de sujetos que de lo contrario hubieran quedado excluidos de la Ley
- El **grado de dependencia** obtenido a partir de las puntuaciones del baremo, lo fue independientemente de consideraciones diagnósticas-otro de las consideraciones de la Ley pero también del concepto de *gravedad asociado al T. M. G.*, que prima, como *criterio diferencial*. la *presencia de discapacidad en las actividades diarias* al igual que el baremo de dependencia; así como de factores sociodemográficos y clínicos
- **La oferta de recursos** por parte las Administración tuvo un carácter general para todos los grupos de población; aun considerando el hecho de que los recursos específicos para la

enfermedad mental no se habría asignado un espacio específico, de rehabilitación psicosocial, laboral, pisos tutelados, mini residencial, que estrictamente se vincularían más a una red de servicios de promoción de la autonomía personal aun no catalogada al menos en la Comunidad Autónoma de Cantabria, se da la circunstancia, que un porcentaje de sujetos aún reconocido el grado I, en torno a un 14,8% estarían pendientes de concesión de recurso demorada en última instancia y salvo medidas extraordinarias, a su entrada en vigor en el año 2015.

- Sin embargo las **preferencias de los beneficiarios** se restringieron a un grupo minoritario, polarizado entre la prestación de cuidados no profesionales y entre los servicios el servicio de atención domiciliaria y residencial . Llama la atención la falta de preferencia en todos los grados, de los servicios de prevención de dependencia (actualmente, no disponibles en Cantabria), o prestación vinculada a servicio en aquellas áreas geográficas menos accesibles a recursos.
- El grado de dependencia alcanzado, finalmente, condicionaría la asignación de recurso (p. ej. El centro residencial no se indicaba para dependencias moderadas... asistencia personal...) Pero fue la preferencia del solicitante, quien determino, mayoritariamente la concesión de un recurso frente al resto.
- Las prestaciones por cuidados no profesionales fue el recurso más demandado y concedido en términos globales, un 36,4 % del total de solicitudes (140 de los sujetos de estudio), un 47,6% de los recursos asignados ¿este dato llama poderosamente la atención por su contradicción con uno de los principios de aplicación de la Ley, que prima a la concesión de recursos sobre las prestaciones económicas.

- Este dato podría comprometer a corto plazo la planificación de recursos largo tiempo demandada y adaptada a la atención psicosocial de los enfermos mentales y su integración en comunidad.

## **CONCLUSIONES:**

Los sujetos de estudio presentaban una marcada heterogeneidad diagnóstica aunque el grupo predominante lo constituyeron los síndromes psicóticos.

Sin embargo la aplicación de la Ley de Dependencia, ha permitido la incorporación del colectivo de enfermos mentales atendiendo mayoritariamente a criterios de perfil funcional que a consideraciones diagnósticas de los sujetos. La adaptación del baremo entre otros colectivos al enfermo mental DIEM con su específica redistribución de pesos permitiría ampliar en un 13% la incorporación como beneficiarios de la Ley de miembros de este colectivo.

La heterogeneidad funcional detectada confirmaría la necesidad del Programa Individual de Atención diseñado desde el Sistema de Atención a la dependencia con el fin de ofertar aquellos servicios que mejor se prestarían a subsanar las deficiencias detectadas.

Se confirma una significativa tendencia por parte de los beneficiarios y su entorno en su preferencia por la prestación económica de cuidados no profesionales en el entorno familiar frente a otras alternativas profesionalizadas. Este hecho, la preferencia del usuario actuó como factor determinante a la hora de la concesión definitiva de recurso. Por contra existe un porcentaje de sujetos que aún reconocido grado en rango moderado, se encuentran a la espera, de asignación efectiva de recurso.

Por último, quizás no sea casual haber recurrido al concepto de dependencia de forma insistente durante la presentación de este trabajo, lo que supondría que estaríamos desestimando -entre todos -cualquier posibilidad de promocionar la autonomía personal de los trastornos mentales graves en particular.

## **ABSTRACT**

TITLE: Analysis of supply and demand of health care resources in care of the chronically mentally ill patient. Results of the application of the Law of Dependency 39/2006 to the mentally ill in the Autonomous Community of Cantabria.

## **BACKGROUND:**

In 1999, the Survey on Disabilities, Deficiencies and State of Health (1) estimated that around 9% of the Spanish population of the time, 3,528,221 citizens to be precise, was the total number of people with some disability or with limitations capable of generating disability (the same survey also confirmed a clear correlation between the prevalence of situations of disability and age).

A decade later, in 2008, the National Institute of Statistics and the Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependency Situations (2) (EDAD), with the aim of providing a statistical basis and guide on the promotion of personal autonomy and preventing situations of dependence, estimated that the number of people with disabilities was 3.8 million, which meant it was 8.5% of the population.

The preference of certain groups of people in situations of dependency, in their capacity as claimants of social and health care professionals would include:

*Geriatric patients, the terminally ill, people with progressive chronic illnesses and in a state of functional dependence, social precariousness and with health problems, major disabilities and chronically mentally ill.*

It is the high rate of chronicity attached to mental illness in general, and to grave psychiatric disorders in particular, which presupposes suffering a real deterioration, an important cause of morbidity and disability (3)

According to WHO estimates (2001) (4), these cases would mean 12.3% of the total years free from disability lost due to suffering chronic disease, which makes them heavily dependent on others, entails costs, losses and burdens of various kinds, both for people as well as for social and health systems.

During the drafting of the 1st Plan for Mental Health, prepared by the Government of Cantabria based on Cantabrian Law 1/1996 on Mental Health (5), the following figures for this Community were used corresponding to these patients, fundamental core of the so-called chronically ill.

*A prevalence of 5,000 psychotic mental patients, of which 2,500 were schizophrenic, 40 new cases of schizophrenia appearing a year, of which a third part within three years would present with a severe disability and significant difficulties for reinsertion into the labour market.*

This same plan, aiming to collect the postulates of community psychiatry, also laid the foundations of a health care program for the severe chronic mentally ill (including especially, but not only, the

so-called psychotic, but also patients with treatment-resistant affective disorders , severe personality disorders and psychoorganic disorders), in coordination with Social Services ...

However, years after the General Health Law 14/1986 (6) came into force (which was a paradigm of a community mental health model) only a few minimum services had been implemented and this did not cover the real needs of the population with mental disorders. This was uncovered in studies such as the one carried out by the Spanish Society of Psychiatric Epidemiology in 2002 (7), pointing to a lack of human as well as material resources in both social and medical community mechanisms. In addition, it highlighted significant variability in the provision of resources among the various Autonomous Communities and the absence of socio-sanitary coordination mechanisms.

It is in this context of the need to integrate the socio-sanitary dimensions, in response to the deficiencies of the model of care offered to these sick patients, when Law 39/2006 to promote personal autonomy and care for people in a situation of dependency came into force (8). Moreover, taking into account the purpose of the law, it was hoped that its application would correct the imbalance that has been generated historically when addressing mental pathologies, giving more importance to attending situations of dependence to the detriment of promoting autonomy.

It is striking that this Law (initially aimed at older people) excluded mental disorders and their consequences in the texts prior to approval.

Factors derived from the difficulties of evaluating this group, its extraordinary variability, negative symptoms, lack of disease awareness and a deficit of social participation, with disabilities less

predictable and more difficult to plan for, problems and diverse care needs over the course of a person's lifetime and high social vulnerability compared to other dependents. This may condition a high degree of dependence in which case the beneficiaries would pass on to be attended beyond what is strictly health and socio-sanitary care by the public authorities through the Dependency System.

#### **METHODS:**

Retrospective observational study consisting of recapitulation and analysis of records of assessment of the degree of dependence, comprising data from the beginning of the application of Law 39/2006 until 2011 (the date of publication of the new scale (9) as laid down in RD 174 / 2011 11<sup>th</sup> February), in the Autonomous Community of Cantabria.

By means of access - duly authorized by the legal services of the Cantabrian Institute of Social Services – to the database created by the aforementioned Institute (ICASS).

The computerization of data has been carried out with Microsoft Excel \* program and the descriptive analysis using SPSS statistical software package.

Selection criteria. Records of assessment of dependence requested and resolved were extracted up to the third trimester of 2011. From the overall calculation of cases processed up to then, beneficiaries were selected from among users recognized as dependents (in varying degrees...to a greater or less degree) who due to their mental condition a specific Scale of Assessment of Dependence BVD (DI/EM) (english traslation as DAS ID/MI Intellectual Disability/Mental Illness) was applicable to.

This BVD –DIEM was to be applied to those users suffering from a mental disorder and envisaged a system of corrected scores in item Nº 11 ('Decision Making') of said scale.

Taking the resulting population, the age group was limited to comprising those between 25 and 60 years of age, understanding that those likely to benefit from resources promoted from a rehabilitative approach, personal autonomy under the protection of Law on Dependence.

Of the 1297 records that met that profile, those whose principal diagnosis was for a mental illness as included in international classifications ICD-10, DSM-IV, CIAP were selected; excluding Mental Retardation, in those cases where it was recognized as the only psychiatric diagnosis, corresponding finally n=385.

## **RESULTS**

- Of descriptive analysis

Regarding the sociodemographic profile obtained and based on a sample of 385 subjects, 221 of which were men and 164 women, between 25 and 60 years old at the time of application, divided into sections by decades, the majority being the group of those born between 1955-1964 with 35.1% of all applicants. As regards the geographical area of origin, 156 of them, 40.5%, were from areas outside the main urban centers of the region. 73%, 284, shared housing with at least one other person. 68.6% of the subjects had not benefited from any other community resource prior to the application. In similar figures, around 68.1% had acknowledged the existence of the figure of caregiver of reference . Only 17.9% were civilly incapacitated by a sentence/judgment, while 16.6% possessed a de facto guardian figure.

As regards health conditions, the majority, 81% (312) of applications, were studied from Primary Care. Psychotic disorders accounted for the most frequent syndrome with 211 cases diagnosed (54.8%). Only in 24.7% of cases were there coexistence with another mental disorder; however, physical comorbidity was confirmed in 50.1% of the sample. 93.5% of the beneficiaries received psychopharmacological treatment and the presence of relapses in the last year ,was only collected in 23% of cases Psychotherapy was incorporated in 42.6% of cases while only 26.8% (103) benefited from specific rehabilitation measures at the time of application.

On the results obtained from the functional assessment of the sample from the corresponding scale, overall, the majority profile was

No failure performance in EATING & DRINKING 54.8%. Cause of failure in the event of occurring is mainly due to lack of understanding, consistency/coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for supervision.

No failure performance in URINATION & DEFECATION 47.5%. Cause of failure in the event of occurring is mainly due to lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for supervision.

Severe failure of performance in WASHING 60%. Cause of failure in the event of occurring mainly due to lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for supervision.

Severe failure of performance in OTHER BODY CARE 50.9%. Cause of failure in the event of occurring mainly due to lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for supervision.

Severe failure of performance in DRESSING 55.3%. Cause of failure in the event of occurring mainly due to lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required need for supervision.

Severe failure of performance in MAINTAINING HEALTH 53.8%. Cause of failure in the event of occurring mainly due to lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required need for supervision in different sub -Items. (APPLICATION OF THERAPEUTIC MEASURES, AVOIDING RISKS IN THE HOME, AVOIDING RISKS OUTSIDE THE HOME, and ASKING FOR HELP IN AN EMERGENCY).

No failure in MOBILITY & CORPORAL TRANSFERS performance. Cause of failure in the event of occurring mainly, either for lack of understanding, coherence, disorientation task 5.7%, or by physical failure in the execution of the task 5.7%; and the degree of support required need for supervision.

Faultless performance on MOVEMENT WITHIN THE HOME, Cause of failure in the event of occurring, mainly because of lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for supervision.

Severe failure of performance on MOVEMENT OUTSIDE THE HOME 55.8%. Cause of failure in the event of occurring, mainly because of lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for supervision.

Severe failure of performance on DOMESTIC CHORES 96.6%, Cause of failure in the event of occurring, mainly because of lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for physical assistance 70.9%.

Severe failure of performance on MAKING DECISIONS- Cause of failure in the event of occurring, mainly because of lack of understanding, coherence, disorientation in the task and the degree of support required the need for supervision in different sub-items(ACTIVITIES OF SELF-CARE, MOBILITY, DOMESTIC CHORES, BASIC & COMPLEX INTERPERSONAL INTERACTIONS, USE & MANAGEMENT OF MONEY AND USE OF SERVICES AT DISPOSITION OF THE PUBLIC).

With regard to balance between supply and demand for services:

The **demand for services** by applicants, provision of non-professional carer was mainly chosen first in first place by 54.8% (211) of applications . Telecare as a second choice in 70.1% and so on successively in preference: home care, day/night centre, residential center, provision linked by service, personal assistant and the case of services oriented towards prevention of dependency was mainly chosen in last place.

The **supply of resources** was mainly for the provision of non-professional care within the family environment with 36.4% (140) of the total, followed by Residential Centre, Telecare, Day / Night Centre and Home Help. 14.8% of the cases were pending assignment, while 34 records were interrupted or closed due to rejection or death.

The match between the demand for resources by the applicant and the supply of resources by the System of Dependency Care was 67.8%.

o From statistical analysis:

A strongly positive correlation of statistical significance between BVD and its BVD-DIEM version applied among others to the mentally ill was confirmed.

The levels of relationship between the scores for each activity on the scale and the remaining summation of scores of the scale as well as among each one of the activities were also established by means of homogeneity testing.

The preference of resource most requested by the study subjects has been the provision of non-professional care, followed by Telecare, Home Care, Day / Night Centre, Residential Centre, provision linked to service, prevention of dependency situations service and personal assistance.

Regarding the **statistical analysis** of qualitative variables, by applying Chi-square ( $\chi^2$ ):

Among the socio-demographic variables: Age is associated with the existence of physical comorbidity ( $\chi^2$  7.838 p = 0.049 and the level of coexistence of the applicants  $\chi^2$  10.601 p = 0.014

The geographic area of origin was significantly associated to the level of coexistence.. ( $\chi^2$  7.957 p = 0.047), having previously received assistance.  $\chi^2$  18.841 p = 0.000 and medical healthcare responsible for the application. ( $\chi^2$  18.841 p = 0.000) Having received previous assistance was associated with receiving rehabilitation treatment.  $\chi^2$  50.409 p=0.000

Having at one's disposal the figure of a caregiver was associated with the level of coexistence.  $\chi^2$  112.733 p = 0.000 and legal status.  $\chi^2$  14.877 p = 0.001 and the detection of physical comorbidity was associated with the type of medical healthcare responsible for the application.  $\chi^2$  218.620 p = 0.000

• On the other hand, **psychiatric diagnosis** maintained a statistically significant relationship with the level of coexistence  $\chi^2$  17.373 p = 0.002, having previously benefited from the assistance  $\chi^2$  25.479 p = 0.000 and having the figure of a carer  $\chi^2$  11.188 p = 0.025 .

Statistically significant differences between the different regrouped psychiatric diagnoses and failure of performance among the different activities on the scale; found to be statistically significant were AVOIDING RISKS OUTSIDE THE HOME, EATING & DRINKING, URINATION & DEFECATION, WASHING & OTHER BODILY CARE, DRESSING and MOVING INSIDE & OUTSIDE THE HOME.

In the same vein, variable psychiatric diagnosis meant differences between the type of support required in scale activities; statistically significant were AVOIDING RISKS WITHIN THE HOME and MAKING DECISIONS with regard to BASIC AND COMPLEX INTERPERSONAL INTERACTIONS, USE AND MANAGEMENT OF MONEY and ASKING FOR HELP IN AN EMERGENCY.

Variables corresponding to the preference of resource choice presented a non-normal distribution. By means of the Kruskal-Wallis test, globally, among the different regrouped psychiatric **diagnoses** statistically significant differences were detected in the preference of choice of Residential Centre  $\chi^2$  9.690 p=0.046 and provision of non-professional care  $\chi^2$  13.258 p=0.010

- The **degree of dependence** reached statistically significantly associated with the age of the recipient and having previously received assistance. In addition, the fact they received psychopharmacological treatment, the resource granted and its coincidence with the preferences of the beneficiary. (Using Kruskal-Wallis the only statistically significant differences detected were between acquiring different degrees of dependence and preference when choosing Day Centre 9.690 p = 0.046 and provision of non-professional care 13.258 p = 0.010).
- The **resource** offered maintained a statistically significant relationship with age  $\chi^2$  43.013 p = 0.000 and the level of coexistence Chi-squared 136.340 p = 0.000 or having received prior

assistance Chi-squared 131.928 p = 0.000 or having a regular caregiver.  $\chi^2$  113.916 p = 0.000 legal status  $\chi^2$  28.134 p = 0.002.

- The **preference in choice** of certain resources by the applicant showed statistically significant differences regarding age groups if we consider the extreme groups of the study (born before 1954, born after 1975 ....), between different geographical areas compared to one another, the existence of the figure of carer or being a beneficiary of previous assistance, receiving rehabilitation treatment. Statistically significant differences were also seen between the preference for certain resources and the resource finally given.

## DISCUSSION

From the results of the study, we may deduce :

- The clinical, diagnostic and functional heterogeneity of the subjects with mental illness beneficiaries of the Law of Dependency, which has given their condition a degree of recognition by the Law shall satisfy the condition of Severe Mental Illness (TMG) (NIMH, 1987).
- The clinical **diagnosis** may influence the socio-demographic status but not the degree of dependency attained. The subjects belonged to a greater or lesser degree to all existing diagnostic categories, although predominantly psychotic disorders.
- In functional terms, fruit of the application of the scale, performance failures detected often affected in varying degrees all areas of functioning with inequality in the nature of the fault when detected and the type of support required to correct it. While the major

cause of failure of performance was the lack of coherence / understanding over the physical and initiative. Scores on taking decisions represented 15.4% of the total. Other items of special reference would be included in maintenance of health. Both activities were considered independent and with a low correlation between each other and with the remaining activities.

- The application of specific DIEM scale for mental illness / intellectual disability corrected the rise by 13.25% broadening, in the face of criticism, the incorporating of this percentage of subjects who would otherwise have been excluded from the Law.
- The **degree of dependence** obtained from the scores of the scale, which was independent of diagnostic considerations, another of the considerations of the Law but also the concept of *severity associated with the TMG, where the presence of disability in daily activities prevails as differential criterion as well as the scale of dependence, socio-demographic and clinical factors.*
- The **supply of resources** by the Administration had a general nature for all population groups; even considering the fact that specific resources for mental illness would not have been assigned to a specific space, of psychosocial and occupational rehabilitation, supervised apartments, mini residential, which would link more strictly to a network of services to promote personal autonomy still not catalogued at least in the Autonomous Community of Cantabria, given the fact that a percentage of subjects while recognized as grade 1 around 14,8 % would be due granting of delayed resource as a last resort and except for extraordinary measures, comes into force in 2015.

- However, the **preferences of the beneficiaries** are restricted to a minority group, polarized between the provision of non-professional care ,homecare and residential services . Particularly striking is the lack of choice in all grades, of dependency prevention services (currently not available in Cantabria), or provision linked to service in those geographic areas less accessible to resources.
- The degree of dependence reached finally determines resource allocation (eg The residential center is not indicated for moderate dependency...personal assistance...) Nevertheless it was the preference of the applicant, who determined mostly the concession of one resource as opposed to the rest.
- Benefits for non-professional care was the resource most requested and awarded overall, 36.4% of total applications (140 of the study subjects), 47.6% of the resources allocated? This figure is striking for its contradiction with one of the principles of implementation of the Act, which favours granting resources over economic benefits.
- This information may compromise short-term planning of long-demanded services and adapted to the psychosocial care of the mentally ill and their integration into the community.

## **CONCLUSION:**

The subjects of the study showed a marked diagnostic heterogeneity although the group was composed predominantly of psychotic syndromes.

However, the implementation of the Dependency Law has allowed the incorporation of the group of mental patients attending mainly to functional profile criteria rather than diagnostic considerations of the subjects. The adaptation of the scale among other groups to the mentally ill DIEM (IDMI) with its specific weight redistribution would allow it to widen by 13% the incorporation as beneficiaries of the Law members of this group.

The functional heterogeneity detected confirms the need for an Individual Care Programme designed from the Care System for dependency (S.A.A.D) in order to offer those services that would best be provided to address and remedy identified deficiencies.

A significant tendency for beneficiaries and their environment in their preference for economic benefit of non-professional care in the family setting over other professional alternatives was confirmed. This fact, user preference, acted as a determining factor in the final granting of a resource. In contrast, there is a percentage of subjects who although recognized as degree in moderate range are still waiting for effective resource allocation.

Finally, perhaps it is no coincidence having recourse to the concept of dependence insistently during the presentation of this work, which would mean that we would be dismissing- all of us - any possibility of promoting the personal autonomy of severe mental disorders in particular.

## Introducción

### 1. Preámbulo.

La atención al enfermo mental crónico, ha corrido paralela al devenir histórico; amoldándose como ha podido a través de las diferentes corrientes sociopolíticas de cada momento.

Paralelamente, se ha ido modificando sustancialmente la conceptualización de estos enfermos; permitiendo su categorización atendiendo a su evolución aguda/ crónica y especialmente, de estos últimos, la delimitación de un colectivo, actualmente englobados como **TMG** aquellos que padecen trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multisectorial. Frente a aquellos otros desórdenes, que aun siendo crónicos, presentan un nivel de discapacidad y disfuncionalidad menor.

Terapias cada vez más eficaces fruto de un mayor conocimiento y reconocimiento de la Psiquiatría como ciencia, y frente a un modelo de atención / reclusión institucional , desacreditado por su ineficacia terapéutica y su inadecuación a los preceptos de una sociedad moderna, se abre un nuevo paradigma .en la atención al TMG que muy especialmente han pasado de constituir uno de los colectivos peor comprendidos y más discriminados de la historia a tener la consideración ,al menos sobre el papel, de sujetos en igualdad de derechos que el resto de individuos.

Se sientan así las bases de un pretendido **enfoque global** de estos sujetos enfermos, desde lo que se ha dado en llamar **perspectiva bio-psico-social**. Y su apuesta firme por la recuperación para la comunidad de aquellos enfermos para los que la única posibilidad hasta entonces había sido la institucionalización, que aboga por ofrecer a estos enfermos una vida digna acorde a sus

posibilidades y en su entorno en lo que se ha dado en llamar modelo de atención de **psiquiatría comunitaria**.

Esta corriente, no se ha visto exenta de dificultades al requerir, para su materialización, un sistema complejo de ayudas y soportes que compensen las dificultades que suelen soportar estos ciudadanos.

A las necesidades de todos ellos han pretendido dar respuesta los diferentes modelos surgidos (social, comunitario, sociosanitario, de salud pública) a través de un sistema de recursos de calidad, *intermedios a caballo entre la hospitalización y las unidades de salud mental para este tipo de pacientes, que sea equitativo, suficiente y accesible a estos ciudadanos y les permita acercar y favorecer la vida en comunidad y el mantenimiento de una vida digna*

En **España**, incorporada tardíamente a esta corriente internacional, llamada psiquiatría comunitaria ,este sistema de soporte resultaba y resulta ,en términos generales, insuficiente para la magnitud del problema; siempre dependiente de la inversión económica efectuada, a la organización estructural de los servicios sanitarios y su coordinación con los recursos sociales Pese a contar con un **sistema sanitario estatal** capaz de integrar la atención psiquiátrica dentro del sistema asistencial general, (LGS 14/1986) quedaba pendiente consolidar un modelo de **atención social**

La defensa del modelo comunitario por un lado y de las dificultades para llevarlo a cabo queda plasmada en la revisión del **Plan Salud Mental Cantabria**. Se apuesta -sin duda- por el modelo asistencial basado en la filosofía de la reforma psiquiátrica, considerado adecuado por todos los que participan en dicha actividad asistencial .Sin embargo pone especial énfasis en las

dificultades de la aplicación de este mismo modelo princ. para coordinar la actuación de los diferentes dispositivos que participan en él, así como la necesidad de contar con un número suficiente de recursos que permitan el normal desenvolvimiento del enfermo mental en la comunidad y proporcionen a las familias el apoyo que también necesitan para ejercer su importante papel de **cuidadores informales**.

La popularmente conocida como Ley de Dependencia, en adelante **LAAD**., con su aprobación en 2006, incorpora nuevas posibilidades y oportunidades, ya que reconoce a los ciudadanos un nuevo derecho el acceso a las prestaciones de su cartera de servicios sociales a aquellos individuos con limitaciones funcionales, incluidas las que padecen las personas con TMG.

De ahí las grandes expectativas que este colectivo, y de modo especial sus familias cuidadoras, tiene depositadas en el establecimiento en el Estado español de un **Sistema de Atención a la Dependencia** con los recursos pertinentes. Y con ello la pronta consolidación de un modelo adecuado que satisfaga la demanda de servicios de esta índole por parte de la ciudadanía.

Preciso hacer constar que es desde **Servicios Sociales** donde parte la iniciativa y con ello necesidad de identificar por un lado las deficiencias ,perdidas de función asociadas a la existencia de desórdenes crónicos y permanentes ;lo que se materializa en el desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia pero interesando ,en este sector de la población que nos ocupa especialmente ,una apuesta firme por la **promoción de la autonomía personal**; facilitando la reinserción y reintegración social de usuarios con enfermedad mental crónica grave .

## **2. Trastorno mental grave (T. M. G.)**

### **2. 1 El enfermo mental crónico**

Desde la psiquiatría tradicional se consideraba la cronicidad.

- Por una parte como un estado evolutivo ligado a determinadas enfermedades, con un máximo exponente en la esquizofrenia donde no existía curación conduciendo, a lo largo de la vida del sujeto, hacia una situación de progresivo deterioro y «cronificación» siendo el mismo diagnóstico inicial el que influía y determinaba el pronóstico.
- Por otra parte, como lo opuesto a agudo, su antónimo y se va a corresponder con un enfoque asistencial centrado en el diagnóstico clínico y, sobre todo, en la duración de la enfermedad, dentro de un modelo de atención hospitalocéntrico.

El término enfermo mental crónico se seguirá utilizando, en gran parte del siglo XX, para referirse a una población aquejada de enfermedad mental persistente y, en su mayoría asilada, en hospitales psiquiátricos durante gran parte de su vida.

Se incluye bajo el epígrafe de Paciente o Enfermo Mental Crónico un extenso grupo de personas que , padeciendo una enfermedad mental grave de larga duración y dada la multiplicidad y gravedad de su problemática requieren intervenciones de efectividad razonable. ; siendo este el colectivo de referencia cuando hablamos específicamente de rehabilitación y apoyo social en salud mental , llamado a ser un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

Aun en la actualidad, cuando de un trastorno crónico (y grave), como la esquizofrenia se pueda esperar una mejoría progresiva tanto en su psicopatología como en su funcionamiento, este no se ha despojado de sus connotaciones negativas, con el fin de evitar la estigmatización asociada al término “crónico o cronicidad”, últimamente en la literatura especializada se fue utilizando, el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) (10) para referirse a aquellos trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

## **2. 2 T.M.G. Aproximación conceptual.**

En la misma línea, se utiliza el término Trastorno Mental Grave. (TMG), (11) designando a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes, pero que además, presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad producida por la enfermedad. Sea como fuere, en esta población conviven, *una amplia gama de personas con características, problemáticas y necesidades muy diferentes.*

Según estimaciones de la OMS, la carga global de las enfermedades mentales abarcaría la tercera parte del total de años vividos, con discapacidad. Gran parte de la misma, se concentraría

En los trastornos mentales graves (en adelante, TMG) esto es, en aquellas personas con dificultades de funcionamiento personal y social, derivada de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente.

Existen numerosas definiciones de Trastorno Mental Grave, hasta diecisiete de las recogidas en la revisión de Schinnar en 1990 EEUU. Slade, 1996 (12) Reino Unido, también demuestra una baja consistencia a la hora de aplicar en la práctica unos criterios de definición de TMG.

La definición más consensuada probablemente tal vez sea la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, para Trastorno Mental Grave (T. M. G. ), es la que reconoce a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”

«Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc. ; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Por otra parte, muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos» (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981). (13)

Si se toma como base el Documento de Consenso sobre «Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave» (2003), (14) se incluyen bajo esta nomenclatura las personas aquejadas de diversos tipos de entidades nosológicas que se caracterizan por la gravedad clínica, la tendencia al deterioro, la alteración de las relaciones personales, familiares y sociales, la evolución crónica y la necesidad de ser atendidos en diversos recursos asistenciales de la red de atención psiquiátrica y social.

Pese a ello, existe una enorme heterogeneidad clínica y funcional en estos sujetos, que determina necesidades asistenciales muy diversas y cambiantes, con extremos dispares entre los viejos crónicos personas herederos del antiguo sistema de institución manicomial, severos déficit funcionales y falta de red sociofamiliar de apoyo y... los nuevos crónicos, un perfil de personas jóvenes pero con amplio historial de reingresos (puerta giratoria), patologías duales, falta de adherencia y un modelo de estructura familiar poco estable.

Hay un consenso cada vez mayor en definir las principales características de este colectivo ante la falta histórica de criterios consistentes y homogéneos que lo definan. Delimitar correctamente esta población permitiría determinar su morbilidad y su prevalencia y con ellos identificar sus necesidades y poder diseñar servicios y programas de atención y soporte comunitario adecuados.

### **2.3 T.M.G. Aproximación dimensional**

Hoy en día, la población con trastornos mentales graves y crónicos no tendría por su definición, que circunscribirse a padecer esquizofrenia sino también trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad.

Pero, además, como consecuencia de los citados trastornos, deberían presentar un deterioro en sus capacidades en aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, en el desarrollo de su autosuficiencia económica, y en su nivel de funcionamiento psicosocial ; lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social (15). Es por ello que para hacer

referencia a los TMG se han establecido a pesar de su falta de homogeneidad inicial y para diferenciarlos de los trastornos mentales comunes (más frecuentes y en general, menos discapacitantes, una serie de criterios basados en tres dimensiones: la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia.

### **2.3.1. Gravedad clínica**

La evolución histórica del término ha supuesto un llamativo cambio de enfoque partiendo de una preeminencia del diagnóstico clínico y pasando por alto, otros parámetros sanitarios y sociosanitarios relacionados con la discapacidad y el desempeño social.

Entre las posibles intervenciones que estaríamos obviando con la única consideración del diagnóstico clínico estarían, desde el punto de vista sanitario, el tratamiento farmacológico, el plan de cuidados de enfermería, la psicoeducación a pacientes /familiares y desde el ámbito socio sanitario, con medidas de apoyo y reinserción social cuyo objetivo general de favorecer la autonomía personal y el funcionamiento social del paciente mediante la cobertura de distintas necesidades básicas para la vida en la comunidad.

Si nos acercáramos a todas y cada una de las categorías diagnósticas susceptibles de ser incluido en el concepto de Trastorno Mental Grave en base a dicho perfil estas afectarían tanto a síntomas psicóticos: positivos (delirios, alucinaciones...) y negativos (apatía, aplanamiento afectivo...), pero también a trastornos afectivos e incluso más allá como serían aquellos desórdenes mentales capaces de generar alteraciones comportamentales graves. (16)

En sentido amplio incluiría la SINTOMATOLOGIA, que podríamos considerar como PSICOTICA, en tanto en cuanto ésta genera dificultades importantes afectaría a:

- Percepción, interpretación y comprensión de la realidad.
- Grave interferencia en las relaciones interpersonales.
- Repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).
- Peligro contra la integridad física del individuo.

De ahí que el criterio diagnóstico incluya principalmente a las personas que padecen trastornos psicóticos de curso crónico, y algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), que en la clasificación CIE-10 (17) abarcaría los códigos: F20-22, F24, F25, F28-31, F32. 3, F33. 3 (OMS, 1992)... lo que traducido a diagnósticos, suele incluir fundamentalmente esquizofrenia (grupo diagnóstico mayoritario), otras psicosis delirantes y las psicosis afectivas.

F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

- Trastornos esquizofrénicos (F20. x)
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)
- Trastornos esquizoafectivos (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

Quedarían excluidos de tal consideración aquellos pacientes que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años, susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental y también los diagnósticos atribuidos a un trastorno o enfermedad orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo (demencias, daño cerebral, ACV, ...).

Entre ambos extremos una serie de categorías diagnósticas, de entre las múltiples condiciones psiquiátricas existentes que también pueden entrar en este concepto. TMG

#### F30-F39 Trastornos del humor [afectivos]

- Trastorno bipolar (F31. x)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32. 3)
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)

#### F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

La inclusión de los trastornos de personalidad es objeto de debate. Por una parte está la baja especificidad y consistencia para su identificación, curso evolutivo y pronóstico variable de estos trastornos; por otra parte el hecho de que algunos de ellos cursen con síntomas (micro) psicóticos y graves alteraciones conductuales, su carácter persistente a lo largo de toda la vida del individuo así como su alta frecuentación de los servicios de salud.

De todos ellos el “Trastorno Límite” (F60. 31), se aproximaría, especialmente, por su perfil discapacitante al TMG.

Pacientes que además presentan problemas graves en relación con el alcohol y las drogas son cada vez más frecuentes asociados tanto a psicosis como a trastornos de personalidad, la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, cuando uno de ellos se deriva del consumo problemático de sustancias se conoce como “Patología dual” y, aunque también ha sido objeto de discusión, han obligado a los servicios orientados a personas con TMG a no excluir a estos individuos.

Otros trastornos a considerar, y que también pueden presentar un grado variable de discapacidad y ser susceptibles de rehabilitación. Trastornos neuróticos y depresivos graves, carnificados, agorafobias severas, trastornos obsesivos compulsivos...

### **2. 3. 2 *Curso evolutivo.***

Es preciso tener en cuenta que cada trastorno, aun compartiendo el mismo diagnóstico, va a tener su propio curso natural con variaciones considerables entre ellos por lo que este criterio pretende discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada frente a aquellos otros que aunque puedan compartir síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía sin definir.

Se ha establecido como criterio un periodo superior a dos años de duración de tratamiento, que no de duración de la enfermedad (se intenta corregir con ello periodo premórbido y/o sin tratar; o bien deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses pese a la remisión sintomática.

Una evolución prolongada en el tiempo implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, O mejor dicho, exigen importantes

necesidades de continuidad de atención sociosanitaria: **Sanitaria** de atención directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación, **Social** con intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia, laboral, educativa y judicial.

Los criterios del National Institute of Mental Health (NIMH) adoptan como alternativa a este criterio los siguientes:

- *Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida (hospitalizaciones repetidas).*
- *Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.*

### **2. 3. 3. Presencia de DISCAPACIDAD.**

Los criterios del National Institute of Mental Health NIMH también incorporarían en su definición la falta de desempeño social, el no haber desarrollado relaciones sociales o el no haber podido desarrollar su vida diaria en un medio diferente al entorno familiar o institucional Centro de día, Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centro de Rehabilitación Laboral (CRL).

Sin embargo el grado de las limitaciones también puede variar considerablemente con el mismo diagnóstico. Sin que las características clínicas al inicio de la enfermedad puedan resultar determinantes en el área de funcionamiento a largo plazo; y mucho más influidas por ejemplo por el desempeño premórbido del enfermo.

El funcionamiento es un término genérico indica que los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una determinada “condición de salud”) y sus factores contextuales (socio/ambientales).

A través de un instrumento de valoración del funcionamiento social como p. ej. GAF (Global Assessment of Functioning, A. P. A, 1987) se detectaría la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, alojamiento, conducta social, funcionamiento en la vida cotidiana, relaciones sociales y el empleo.

Los TMG suelen presentar disfunción moderada o severa del funcionamiento global, que indica una afectación de moderada a severa (inferior a 50) que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento laboral, competencia social y familiar, para funcionar autónomamente ante las exigencias de la vida cotidiana, área de autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo. Como consecuencia de ello, el grado de discapacidad y disfuncionalidad varía sustancialmente a lo largo de un «continuum» (15) dentro de este colectivo, con perfiles tan dispares como:

Personas con remisión completa y recuperación nivel funcional premórbido lo que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada.

Aquellas cuya severidad psicopatológica y falta de respuesta clínica hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante.

Aquellos otros con crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren abordaje combinado: atención sanitaria y tratamiento psiquiátrico sino también

programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; favoreciendo la integración social efectiva en su entorno.

#### **2. 4. LA DISCAPACIDAD, problema social emergente.**

En tales términos, se refiere el Libro Blanco de la Dependencia (19), asociándolo probablemente al elevado número de pensiones de incapacidad, el incremento en el número de personas en situación de dependencia o el pretendido desarrollo de la coordinación entre los servicios sociales y de salud en el abordaje de las enfermedades crónicas.

Debe conceptuarse, por tanto, el término discapacidad atendiendo a un doble componente de factores personales y ambientales, de tal modo que no se es minusválido o discapacitado, sino ciudadano beneficiario de derechos económicos, servicios o ayudas que los organismos públicos otorguen para conseguir la igualdad real.

La Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, de Naciones Unidas (20) adopta un modelo social de la discapacidad, y entre ellos se describe la discapacidad como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Según la Organización Mundial de la Salud, “discapacidad” significa cualquier restricción o pérdida de la capacidad de llevar a cabo una actividad de la manera que se considera normal para un ser humano con un grado de afectación del funcionamiento personal, laboral y social.

Desde la O. M. S se viene pretendiendo asimismo, una clasificación de la discapacidad universal transcultural, desde la primera clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías CIDDM y hasta su segunda revisión, finalmente denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad, C. I. F. 2001 (21) se introducen nuevos enfoques y terminología.

Existirían una serie de conceptos relacionados con las dimensiones de “discapacidad” como son “deficiencia”, “discapacidad”, “minusvalía”), como base para entender un grupo más amplio de problemas.

Los dos últimos se han venido empleando frecuente y erróneamente como sinónimos, a pesar de las conclusiones de la OMS desde el año 1980.

DEFICIENCIA Anormalidad o pérdida de una estructura o de una función corporal Representa la perspectiva corporal respecto a la discapacidad, Hasta la fecha este concepto es lo que la gente, fuera del ámbito especializado, suele entender erróneamente, por minusvalía.

MINUSVALIA: es toda situación de desventaja para un individuo determinado,... de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desarrollo del rol que es normal en su caso, en función de la edad, el sexo, y factores culturales y sociales.

En su definición por parte de la OMS, se ha decidido abandonar totalmente el uso del término “MINUSVALÍA” y reconvertir el término DISCAPACIDAD o dificultad de un individuo para realizar una actividad ; a ser utilizado, como término genérico global para las tres perspectivas: corporal, individual y social que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la

participación e indicando los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada “condición de salud”) y su factores contextuales (socio/ambientales).

La OMS contempla, además del concepto de discapacidad, una serie de factores relacionados con el entorno de una persona y su estilo de vida; los factores personales, ambientales y los llamados factores contextuales.

Todos ellos pueden suponer una influencia positiva - facilitadora - en la reducción de la discapacidad (ej. uso de tecnología asistencial adecuada, la disponibilidad de servicios de apoyo en áreas como educación, empleo... o negativa- Barreras / obstáculos- cuando limitan el funcionamiento y generan discapacidad.

A través de dicha clasificación las personas con trastorno mental grave son consideradas como uno de los colectivos afectados por esa NUEVA DIMENSION DE SALUD que es la discapacidad. Y es especialmente la CIF la que va a ser utilizada además como referencia obligada de la Ley de Dependencia (SAAD).

#### **2. 4. 1 La DISCAPACIDAD en el T.M.G.**

La discapacidad está muy asociada a los trastornos mentales, tanto desde un aspecto conceptual, como uno de los criterios de TMG, como por sus repercusiones sanitarias, sociales y económicas.

Paralelamente, un significativo cambio de enfoque, muy diferente de la tradicional tanto en lo relativo a sus posibilidades de recuperación personal y social como al papel activo al que se invita a los enfermos (*empowerment*) (22), contribuye a reforzar la consideración de la autonomía personal y la ciudadanía y no el mero cuidado paliativo, como objetivos comunes para la atención sanitaria y social de estas personas.

La definición de TMG se establece en función del diagnóstico clínico, la duración del trastorno (más de dos años de evolución) y exige además la presencia de discapacidad, entendiendo ésta como la disfunción moderada o severa del funcionamiento laboral, social y familiar que requiere una atención preferente, rehabilitación y apoyo social dado la multiplicidad y gravedad de sus problemas.

De tal modo que el grado de discapacidad generado por un trastorno mental no siempre tiene una correlación directa con el diagnóstico aplicado. Sea como fuere, las personas diagnosticadas con T. M. G., a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan discapacidades o déficits expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social responsables de las dificultades de los pacientes para su desempeño en la Comunidad.

Tales dificultades pueden estar causadas, por las condiciones de salud, u otras características personales y del contexto y las áreas afectadas en lo que respecta al desarrollo de actividades necesarias para el funcionamiento cotidiano incluirían:

#### Autocuidado o manejo personal básico (ABVD)

Hace referencia directamente a las funciones relacionadas con habilidades básicas de la vida diaria, se afectan claramente en discapacidades físicas y repercuten en la autonomía de las mismas por lo que son justamente considerados en la ley 39/2006 para determinar los niveles de dependencia., control de esfínteres, alimentación, movilidad, aseo e higiene, vestido, deambulaci3n pero tambi3n, deficiente manejo de su entorno, h3bitos de vida no saludables, etc.

### Actividades Instrumentales para la Vida Diaria (AIVD)

Se trata de una serie de capacidades más complejas referidas a otras funciones también imprescindibles para un desarrollo normal de la vida cotidiana como son la comunicación, manejo del dinero, uso del transporte, la realización de las tareas del hogar, el manejo de la medicación, el cuidado de la salud, las que con independencia de las primeras suelen verse afectadas en personas con trastorno mental graves, con consecuencias igualmente negativas sobre su funcionalidad.

### Actividades avanzadas de la vida diaria. (AAVD)

No son indispensables para el mantenimiento de la independencia, están en relación con el estilo de vida de la persona, y permiten al individuo desarrollar su papel dentro de la sociedad.

Refleja su capacidad de desempeño en la participación social. Además de muchas otras actividades y tareas necesarias para desempeñar un papel social activo y autónomo dentro de la familia y fuera de ella y que incluyen especialmente el empleo, educación, utilización del ocio y tiempo libre, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes...

En relación al empleo u funcionamiento laboral :Dificultad de aprendizaje, expectativas laborales desajustadas, desempleo, de accesibilidad a empleo protegido, falta de hábitos básicos de trabajo, de experiencia laboral pobre, dificultades de manejo sociolaboral, etc.

En cuanto al ocio y tiempo libre (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés) junto a una serie de barreras sociales (estigma, rechazo social, inadecuado manejo de situaciones sociales), cuando no, falta de red social. Con frecuencia,

esta se limita sólo a su familia lo que origina que vivan situaciones de aislamiento social, dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal, conducta social inapropiada, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc., que asociadas a la discapacidad pueden situar a muchas de estas personas en riesgo de desventaja social y marginación.

Existe evidencia suficiente que demuestra, por ejemplo, que el funcionamiento premórbido y el ajuste social tras los primeros episodios de esquizofrenia resulta ser uno de los mejores predictores de la evolución futura, a largo plazo y una de las mayores fuentes de malestar para afectados y familiares.

Entre los instrumentos de valoración del Funcionamiento Social la CIF contempla así áreas de actividad y participación social restringidas en personas con trastornos mentales graves. Se ha propuesto la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning, APA 1987), estableciendo niveles de afectación leve moderado o severo en el funcionamiento social de los evaluados.

Entre las escalas de Discapacidad de la OMS, WHO DAS II (23) (revisión de la WHO DAS 1988 Disability Assessment Schedule (24)), es un instrumento de medida que evalúa discapacidad causada por trastornos mentales, se trata de una versión actualizada del funcionamiento y la discapacidad compatible con la CIF, mediante escala de funcionamiento diario en seis áreas de actividad y que se aplica mediante entrevista semiestructurada.

Mención aparte, aunque íntimamente relacionado, el área de autocontrol y funcionamiento cognitivo Dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información La

falta de recursos de Autocontrol en estos individuos, va a suponer dificultades de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc., siendo personas muy vulnerables debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.

## **2. 5. EPIDEMIOLOGIA del T. M. G.**

La estimación de prevalencia o incidencia de TMG ha tenido que hacer frente a la heterogeneidad de criterios operacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) consciente de este problema lleva años intentando desarrollar una herramienta útil, práctica y precisa, que sea reconocida a nivel internacional, y que ayude en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad asociadas a las condiciones de salud del ser humano.

En diferentes estudios anteriores (Slade, 1996 y Schinnar, 1990) se daba cuenta de la poca consistencia de la definición del TMG en términos prácticos. Otra de las dificultades encontradas a la hora de obtener una estimación cuantitativa de esta población es la metodología utilizada para su cuantificación.

En similares términos, queda recogido en el Cuaderno Técnico núm. 6 de la AEN, sobre Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo (2002) (25), en el que se incluye una revisión histórica de diferentes estudios que pretendieron por una parte homogeneizar, a efectos prácticos el contenido del término Trastorno Mental Grave (en adelante, TMG); por otra parte, estudios destinados a cuantificar el impacto de este sector de población hasta ahora no debidamente identificado.

### **2. 5. 1. Estudios extranjeros.**

En el ámbito de las psicosis, disponemos de una serie de estudios extranjeros a fin de determinar prevalencia de TMG en tanto que dispongan además de un diagnóstico, curso evolutivo de más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes, en dicha población.

Una serie de estudios (25) sobre la población de Londres, incluido el estudio PRISM, arrojaron una prevalencia anual de psicosis en torno a 7, 8 /1000 habitantes. Thornicroft, 1998).no obstante, el mero diagnóstico de psicosis no permitiría incluir a estos sujetos bajo el concepto de T. M. G. De hecho, 31 % de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres pueden considerarse TMG aplicando los tres criterios.

Otros estudios realizados en Verona (Italia) Tansella, 1998) con prevalencia diagnóstica (psicosis) en torno a 3, 41/100 habitantes y americanos (Robins y Regier, 1991) presentaron cifras similares entre ellos. Solo el 40% de ellos, 1, 34/1000 habitantes cumplirían los tres criterios exigidos.

Aplicando los Criterios NIMH, y su concepto tridimensional del T. M. G. la prevalencia de las personas con trastorno mental grave, esquizofrenia y psicosis paranoide, principalmente, oscilaría entre 1, 34 Italia y 2, 55 Reino Unido por cada mil habitantes.

Estos datos identificarían los sujetos psicóticos con T. M. G pero excluirían a su vez otros diagnósticos psiquiátricos crónicos generadores de discapacidad y por tanto también a considerar como T. M. G.

### **2. 5. 2 Estudios españoles.**

En nuestro país se han realizado también estimaciones tomando como base algunos estudios epidemiológicos comunitarios (Santiago, 1998) donde la prevalencia de esquizofrenia y otras psicosis no afectivas estaría en un rango entre el 0,5 y 1, 1/100 habitantes.

Las Estrategias en Salud Mental años 2006 (26) y 2009-2013 (27) no se expresan en términos de prevalencia aplicada a Trastornos mentales graves. Si se han estimado tasas de incidencia para el trastorno esquizofrénico de 0,16 a 0,42 por 1.000 habitantes En estudios a partir del WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders sin diferencias significativas en poblaciones diferentes en términos de incidencia aunque sí a efectos pronósticos.(28)

La frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines estaría alrededor del 7 por 1.000, similar a la hallada en estudios internacionales, en el estudio ESEMED.

En 2002 se pretendió por parte de la Fundación INTRAS para el IMSERSO un estudio en el que, a partir de los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), se intentaba cuantificar la población con enfermedad mental grave y prolongada. La principal dificultad del estudio era que la encuesta citada no recogía ningún criterio característico de acuerdo a la población con trastorno mental grave y prolongado y que fuera estimado en torno a las ochenta mil personas,

En términos globales, (29) podemos concretar que los criterios definidos no son muy específicos, por lo que se incluyen personas que, en sentido estricto, no padecen trastornos mentales crónicos. Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia de

TMG se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño.

### **3. La atención al T. M. G. en España.**

#### **3. 1. INTRODUCCIÓN**

Según datos de la UE (Libro Verde), (30) nos encontramos entre los países que menos esfuerzo económico invierten en salud mental y en gasto social, bastante alejado de la media.

Tomemos como punto de partida (31) el hecho de que históricamente y hasta hace apenas unas décadas la falta de prioridad (y voz) concedida al TMG derivada del desconocimiento acerca de su naturaleza, se traducía en prejuicio y estigmatización social y en una corriente generalizada de pesimismo sobre las reales posibilidades de recuperación funcional y reajuste en la comunidad de estos pacientes.

Y como referencia, los principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental., así como en el Informe sobre la salud en el mundo 2001 que vienen a reafirmarse en los tres principios siguientes:

En el primero de ellos se establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental.

Con arreglo a otro de esos principios, toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Un tercer principio establece que todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos limitador posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y perturbador posible.

A tales necesidades se había pretendido dar respuesta desde los diferentes modelos surgidos (social, comunitario, sociosanitario de salud pública) capaces de acercar y favorecer la vida en comunidad y el mantenimiento de una vida digna para las personas enfermas.

Estas, a su vez iban a requerir una serie de ayudas y soportes que compensasen las dificultades que suelen afectar a estos ciudadanos, a través de un sistema de calidad, equitativo, suficiente y accesible a los ciudadanos. En base a ello, ello puso de manifiesto la necesidad de crear recursos intermedios a caballo entre la hospitalización y las unidades de salud mental para este tipo de pacientes,

### **3. 2. El modelo de atención comunitario.**

#### ***3. 2. 1. Desde la Ley General de Sanidad a la Estrategia de Salud Mental 2006.***

En España, la Ley General de Sanidad 14/86 (6) prometía cambios a este nivel a partir de la total equiparación de la persona con enfermedad mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales: y también sentaba los principios generales de la Reforma Psiquiátrica (art. 20 de la Ley), que nos equiparaba con otros países de Europa (que ya habían hecho las suyas en los años 60 y 70).

Este sistema se desarrollaría en el ámbito comunitario potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los aspectos de prevención primaria y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, los servicios de rehabilitación y reinserción y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

En coordinación con los servicios sociales, que permitiera reducir al máximo posible la necesidad de hospitalización y que en caso de producirse se realizarían en las unidades psiquiátricas de los

hospitales generales, (hay que tener en cuenta que en España, antes de la Ley de Dependencia, los Servicios Sociales, a diferencia de la sanidad (LGS), se carecía de una Ley General – aparte las leyes autonómicas de servicios sociales-que reconocieran el derecho y regulasen el acceso a los servicios sociales especializados de estos sujetos., esto es, no se considera como derecho subjetivo pleno.

Este nuevo modelo, desde el punto de vista asistencial, suponía:

- Crítica del Modelo tradicional hospitalocéntrico y apuesta por la reconversión del hospital psiquiátrico.

Trajo consigo la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos graves y crónicos y su paso de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.

Atrás quedaba la reclusión institucional, su falta de eficacia terapéutica e inadecuación a los fundamentos de una sociedad moderna que contempla a las personas enfermas como ciudadanos y sujetos de derechos.

- Eje de atención desplazado del hospital a la comunidad a través de Servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades de la persona con enfermedad mental

La progresiva desinstitucionalización llevada a cabo desde finales del s. XX requería la existencia, más bien la creación, de dispositivos alternativos a la hospitalización y facilitar su acceso a estos pacientes que, en base a sus diferenciadas necesidades de apoyo, irían adquiriendo habilidades que les permitieran desarrollar una vida autónoma en la comunidad.

- Continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada.

En nuestro país y en un tiempo relativamente corto, se había pasado de un sistema de atención precario a otro caracterizado por un pujante modelo sanitario público, y un creciente de servicios sociales.

Las críticas al modelo se centraron fundamentalmente en su aplicación:

La implantación de una red de atención multisectorial o con capacidad de potenciar la autonomía de los pacientes con trastornos mentales graves, (en tanto su situación de vulnerabilidad social y del riesgo de vivir en situación de dependencia por padecer trastornos discapacitantes de larga evolución iba a requerir de la implantación de una red de atención comunitaria.

La aplicación de este modelo supuso desde un principio, un choque frontal con la falta de recursos comunitarios con los que poner en marcha los principios de la ley; toda vez que la práctica totalidad de los hospitales psiquiátricos iban sufriendo su particular proceso de transformación, cuando no cierre.

En contra de lo previsto la atención en salud mental pasó de los hospitales psiquiátricos a los hogares, recayendo sobre los familiares el peso de su atención, a modo de improvisados *cuidadores no profesionales*.

El desarrollo del Estado de las Autonomías, suponía una reordenación de las competencias y transformaciones en la organización de los servicios añadiendo complejidad al sistema o mejor dicho a los diecisiete sistemas existentes.

### **3. 2. 2. En Cantabria:**

Como apuntaba (33) Luis Morales Noriega en la introducción del libro *Bosquejo de una Sanidad y asistencia psiquiátrica en la provincia de Santander*, en 1974.

“en un orden práctico, y antes de pensar en nuevos gastos, se ha de intentar coordinar en lo posible, todas las actuales Instituciones y personal de la provincia que puedan servir, científicamente, a una Psiquiatría de la comunidad.

La defensa del modelo comunitario por un lado y de las dificultades para llevarlo a cabo quedó plasmada en la revisión del Plan de Salud Mental de Cantabria (34). Se apuesta -sin duda- por el modelo asistencial basado en la filosofía de la reforma psiquiátrica ; sin embargo pone énfasis en las dificultades de la aplicación de este mismo modelo principalmente para coordinar la actuación de los diferentes dispositivos que participan en él, así como la necesidad de contar con un número suficiente de recursos que permitan el normal desenvolvimiento del enfermo mental en la comunidad y proporcionen a las familias el apoyo que también necesitan para ejercer su importante papel de cuidadores informales.

**3. 2. 3. Las bases del modelo de atención a las personas con TMG** (35), en alguna medida, dependientes han exigido a la sociedad abordar dicha problemática desde diferentes frentes.

Modelo de Rehabilitación con un propósito compensador de las funciones afectadas mediante técnicas y medidas de soporte funcional que permita al individuo reintegrarse a la comunidad. Este enfoque arranca en los años 70 en nuestro país ; en Europa mucho antes con motivo de las secuelas a las soldados de SGM inspirando la anteriormente mencionada en Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 (36) y algunos de los preceptos de la psiquiatría comunitaria.

Como referente del modelo de atención a la discapacidad, tomamos la Ley 51/2003, (37) de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) mediante una serie de medidas de acción positiva y medidas contra la discriminación. Las primeras-medidas de acción positiva- tenían como objetivo la compensación de las dificultades a través de prestaciones económicas, ayudas técnicas, servicios especializados y servicios de asistencia personal. Las segundas -medidas- contra la discriminación tratan de evitar una situación de trato desfavorable por motivo de su discapacidad, exigiendo la corrección e incorporación de ajustes razonables en el entorno que compensen la diferencia.

Modelo de igualdad de oportunidades pretende superar el modelo anterior buscando la equiparación de derechos y en el acceso a las prestaciones de servicios, ayudas técnicas y económicas. La promulgación de la Constitución Española de 1978(38) inaugura un cambio en el enfoque jurídico de la discapacidad en nuestro país centrado en este modelo y las normas subsiguientes dirigidas a las personas con discapacidad lo que supone la consolidación de este modelo de igualdad de oportunidades, alcanzando con la LISMI (39) Ley de Integración Social de los Minusválidos su punto álgido. A nivel internacional podemos enmarcarlo en La Declaración Universal de Derechos Humanos 1948 (40), y Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad (PAMPD) aprobado por Naciones Unidas en 1982. (41)

No discriminación Refuerza el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad mediante estrategias de intervención a favor de la accesibilidad y en contra -reprobando- de comportamientos propiciadores de la discriminación (entornos no accesible o con barreras) pero también aquellos productos y servicios capaces de generar discriminación a toda la población.

La colaboración de diferentes profesionales especializados en el sector de la atención, de la gestión, y de los servicios públicos permitió desarrollar el DOCUMENTO DE CONSENSO “MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS con ENFERMEDAD MENTAL GRAVE” (42) y proponer más allá de un modelo de atención.

La armonización de diferentes niveles de la Administración (Central, Autonómica, Local), a través de la coordinación de sus respectivos departamentos (de servicios sanitarios, de servicios de bienestar social).

La confluencia de las cultura sanitaria y social y, a nivel práctico, de los modelos de referencia tradicionales (el modelo de salud mental comunitario, el modelo social comunitario), a los que se incorporaría el recién creado Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, en un modelo que debería ser integrado , ordenado y funcional.

**3. 2. 4. La Estrategia Nacional de Salud, el modelo psicosocial** (26) en el mismo año de la ley L. A.P.A.D. de 2006 ya postulaba un modelo biopsicosocial de base comunitaria, orientado a los beneficiarios /usuarios de la atención desde una concepción integrada de la misma.

Entre sus objetivos y recomendaciones:

Define un modelo de atención a la salud integral, y a las familias, coordinado equitativo y accesible (Objetivo general 4) mediante la continuidad de la asistencia de las personas con trastorno mental grave, reducción del número de hospitalizaciones y la mejora de su funcionamiento social y calidad de vida. Se proponen dos modelos de referencia: el “Tratamiento Asertivo Comunitario” y los “Programas de Continuidad de Cuidados”.

Asimismo, el establecimiento de un sistema organizativo capaz de evitar los abandonos, facilitar la adherencia y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial, Programas comunitarios de rehabilitación en régimen de día, con soporte residencial u hospitalario, incluyendo programas de seguimiento comunitario y/o programas de tratamiento comunitario asertivo, atención domiciliaria Unidad de cuidados prolongados, Comunidad terapéutica, Programas de empleo con apoyo...

- Todo ello reflejado y actualizado por escrito en el historial clínico del paciente dentro del Plan Integrado de Atención individualizada para los TMG (frente a la denominación de Acuerdo Terapéutico, para los pacientes con Trastorno Mental Común) haciendo constar:
- La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
- La programación de intervenciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, con criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
- Intervenciones que serán consensuados entre el equipo de salud mental, y los responsables de otros servicios involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
- Definición de una figura responsable, miembro del equipo responsable de su ejecución (case management) y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.

Entre los requerimientos que debe regir un modelo de asistencia (comunitaria) de calidad.

- Dotación económica y fondos suficientes para sufragar los servicios comunitarios adecuados que reemplacen servicios hospitalarios.
- Una asistencia “equilibrada” entre las estructuras sociales y sanitarias, y de estas con los recursos intermedios, no una fragmentada de los servicios en múltiples actuaciones individuales que puedan favorecer fenómenos como la puerta giratoria, la prolongadas de hospitalización en espera de recursos sociales (alojamiento sobre todo), el colapso de los recursos intermedios, etc.
- Una organización asistencial que apueste firmemente porque los pacientes se mantengan durante más tiempo en su ámbito y entorno sociofamiliar con el mejor funcionamiento posible. Mediante el seguimiento activo de cada paciente con las mejores intervenciones en cada momento, con los mejores resultados.

### **3.3 .El modelo “balanced care”.**

- Se trataría de una adaptación del modelo comunitario propuesto por Thornicroft y Mansella, 2004 (43) que propugna la asistencia equilibrada, esto es, la coordinación entre niveles asistenciales, fundamentalmente ámbitos hospitalario y propiamente comunitario y según el cual la asistencia se produciría fundamentalmente en el entorno comunitario pero donde los hospitales desempeñan un papel ágil en su accesibilidad y de respaldo en aquellos momentos estrictamente necesarios desde el punto de vista clínico.

- Los servicios proporcionados por esta organización funcionan interrelacionados dentro de un sistema global de asistencia, en el que sus servicios deben reflejar varios principios clave.
- El respeto a la autonomía de los pacientes en base a su capacidad de elección y toma de decisiones. (44)
- Continuidad de cuidados: transversal y longitudinal., es decir la capacidad de ofrecer tanto a corto como largo plazo servicios apropiados de forma interdisciplinar La heterogeneidad subyacente en estos sujetos, y el deterioro funcional de gran parte de ellos, muchas veces derivado de la propia institucionalización iba a requerir de estos dispositivos la garantía de una atención continuada social y sanitaria en régimen ambulatorio, de elevada intensidad en el seguimiento del caso, necesaria para favorecer las necesidades de rehabilitación, integración social, autocuidado y prevención de recaídas..
- Proporcionar tratamientos de efectividad probada con Agilidad /Accesibilidad: en la prestación cada servicios que se requiera.
- Los servicios deben ofrecer una atención integral e integrada (horizontal /vertical)para el colectivo afectado atendiendo a sus diferentes grados de severidad así como a la disponibilidad de una serie de cuidados básicos a aplicar a los pacientes candidatos.
- Coordinación de la información y de los servicios en la asistencia a un episodio asistencial.

- Responsabilidad y Eficiencia: utilización y potenciación de los recursos disponibles a fin de obtener el mejor resultado posible y una distribución equitativa de los recursos, o principio de equidad detallando los criterios de priorización en la asignación a los recursos.

#### **4. La LEY 39/2006.**

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

##### **4. 1. ESTRUCTURA DE LA LEY.**

La Ley se estructura en un título preliminar; un título primero con cinco capítulos; un título segundo con cinco capítulos; un título tercero; dieciséis disposiciones adicionales; dos disposiciones transitorias y nueve disposiciones finales.

En su título preliminar recoge las disposiciones que se refieren al objeto de la Ley y los principios que la inspiran, los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, y los titulares de esos derechos.

El Título I de la Ley detalla los aspectos que configuran el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, (SAAD).

- En cuyo **capítulo I**, su finalidad y los niveles de protección establecidos, por la Administración General y las diferentes CCAA. Esta necesaria cooperación entre Administraciones concreta en la creación de un **Consejo Territorial del Sistema**, donde se **acuerdan** los planes, proyectos y programas, se regulan las condiciones y cuantía de las prestaciones del Sistema y el catálogo de servicios, los criterios de participación del beneficiario en el coste de los mismos, del baremo, con los criterios básicos del procedimiento de valoración los órganos valoradores...

- El **capítulo II del título I**, incorpora el Catálogo de servicios, con las prestaciones económicas y servicios de atención (estos con carácter prioritario) frente al carácter excepcional de los primeros..., incluidos en el mismo. Llama la atención en la redacción de la Ley, el hecho de la mención inicial como prestaciones de dependencia en los artículos 13 y 14, pasa a redefinirse como prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en los siguientes.
- El **capítulo III**, se centra en la valoración de dependencia, la aplicación del baremo correspondiente, diferente según la edad y tipo de discapacidad del solicitante (especialmente el baremo DIEM para individuos con discapacidad intelectual /enfermedad mental) y la asignación de grado
- Queda recogido en el **capítulo IV**, el reconocimiento de la condición de dependiente, una vez completado los pasos necesarios según el procedimiento establecido y determinadas las modalidades de intervención dentro del **Programa Individual de Atención.**, así como la posibilidad de solicitar revisión del grado concedido.
- El **capítulo V**, aborda la financiación y el grado de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios concedidos.

El **título II** regula las medidas encaminadas a asegurar la calidad y la eficacia del Sistema SAAD, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores.

En este mismo título se regula el sistema de información de la dependencia se atribuye a la AGE la responsabilidad de establecer un sistema de información (el SISAAD), con vistas a garantizar “la

disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las AAPP, Cuyos contenidos y objetivos deberán ser acordados por el Consejo Territorial ; el Comité y órganos consultivos.

Por último, se regulan en **el título III** las normas sobre infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia

Las **disposiciones adicionales** introducen los cambios necesarios en la normativa estatal que se derivan de la regulación de esta Ley. Como a las referidas en materia de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, disposición adicional cuarta, en la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, la sustitución de término minusválido por personas con minusvalía en la octava.

También en la normativa sobre discapacidad, gran invalidez y necesidad de ayuda de tercera persona, en la Disposición adicional novena

#### **4. 2. Objeto de la ley: El reconocimiento de un derecho a la ciudadanía.**

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece en sus artículos 1. 1.; 4. 1.; y 4. 2. un nuevo derecho subjetivo en nuestro ordenamiento jurídico...

*.. El reconocimiento de un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal, subjetiva y perfecta: el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.*

Por primera vez en el ámbito de los servicios sociales se regula y garantiza, mediante el acceso a un catálogo de servicios y prestaciones, la atención a las personas en situación de dependencia y para ello se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (conocida popularmente como ley de dependencia) reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal subjetivo y exigible ante los tribunales: el derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser protegidas por el estado garantizando una serie de prestaciones y servicios.

En términos de la propia Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), esta tendría como **objetivo**:

*... garantizar la atención a través de un marco estable de servicios y prestaciones de atención a aquellos ciudadanos que por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, van a requerir apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos .*

*... Una norma con carácter de legislación básica estatal que pretende completar el Estado de bienestar, y configura un nuevo modelo de protección social capaz de ampliar la acción protectora del estado y del sistema de seguridad social hasta ahora existente.*

(De hecho, si bien se estudió su inclusión en el sistema de Seguridad Social, finalmente se optó por encajarla en el ámbito de los servicios sociales).

Tal y como se desprende de la EXPOSICIÓN DE MOTIVOS de la propia Ley, la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados

Sin embargo, el fenómeno de la dependencia y las necesidades de atención de estas personas no pueden ni deben considerarse situaciones recientes La variación actual estriba en la forma con que el Estado va a afrontar y abordar estas situaciones asumiendo una nueva una nueva conceptualización de los sistemas de servicios sociales existentes hasta entonces.

#### **4. 3. Trascendencia de la Ley: antes y después.**

Hasta la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, España disponía de un sistema de protección social de la dependencia pero su ordenamiento jurídico no contemplaba ni la definición ni la regulación general de todas las acciones dirigidas a la protección de las personas en situación de dependencia.

Ese sistema anterior de protección venía condicionado por:

- Su carácter asistencial: embargo, la provisión de cuidados se seguía orientando, como tradicionalmente en España, en torno a la ayuda informal prestada principalmente en el ámbito familiar descansando mayoritariamente en el colectivo femenino.
- Un presupuesto de gasto público sensiblemente inferior a los países de nuestro entorno
- Una cobertura garantizada en el ámbito estatal - vía de la Seguridad Social - a través de prestaciones y ayudas económicas: cuya cuantía estaría determinada dependiendo más de

la pensión y recursos económicos de los beneficiarios más que del grado de discapacidad. dependencia objetivada.

- Un modelo de atención fragmentada en diecisiete sistemas autonómicos diferentes y por tanto de un desigual tratamiento de derechos básicos a los ciudadanos.

A partir del 21 de abril de 2006, cuando el consejo de ministros aprueba, con respaldo prácticamente unánime, el proyecto de (ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) lo que hasta entonces se consideraba un asunto privado, pasaba a ser una parte integrante de los derechos sociales y universales; otorgando un nuevo derecho universal para toda la ciudadanía en España, subjetivo y exigible ante los tribunales.

Frente al anterior modelo la Ley configura un sistema integrado, global y accesible para el fenómeno de la dependencia; pretendiendo con ello dar respuesta a las insuficiencias del modelo de atención en España y a su falta de integración de la dimensión socio sanitaria

Añade un nuevo pilar, al estado del bienestar junto a los tres pilares ya existentes (el educativo, el de pensiones y el de salud).

Incorporando, de manera definitiva, la atención a la dependencia al sistema público de protección social nuestro país, con lo que eleva a la categoría de derecho la prestación de estos servicios siempre y cuando a una persona se la reconozca como dependiente en alguno de los grados y niveles que marca la ley.

#### **4. 3. 1. Titulares del derecho.**

Si nos atenemos a la condición de dependiente, van a ostentar tal condición en el estado español y por tanto con derecho a ser protegido con cargo al Sistema Nacional de dependencia (SAAD) todas aquellas personas que no puedan realizar, sin ayuda, alguna de las actividades básicas de la vida diaria.

Los requisitos básicos para ser titular de los derechos establecidos en la Ley como beneficiario del Sistema quedan reflejados en el **artículo 5**.

- Ser español o tener residencia legal en España. durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- Cualquier edad, pero con peculiaridades para los menores de 3 años. Para los menores de cinco años el período de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia
- Encontrarse en situación de dependencia en algunos de los grados establecidos.

Además, la Ley determina que el Gobierno podrá establecer medidas adicionales de protección.

*...En favor de aquellos españoles no residentes en España.*

*...Sobre aquellos que, reuniendo los requisitos anteriores, no tengan la residencia española y que se regirán por ley orgánica 4/2000 del 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social en los tratados internacionales y a los convenios que se establezcan en su país de origen.*

Y previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, las condiciones de acceso al Sistema de Atención a la Dependencia de los emigrantes españoles retornados.

#### **4. 3. 2. Referentes legales**

##### *ÁMBITO INTERNACIONAL*

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve con anterioridad por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como, el Consejo de Europa y la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pero también en el ámbito estatal y autonómico.

El Consejo de Europa, que había venido promoviendo diversas iniciativas a fin de mejorar la situación de las personas dependientes y sus cuidadores, a mediados de la década de los noventa reunió un grupo de expertos con el propósito de elaborar un texto de consenso reconocido internacionalmente por los países miembros del Consejo

Varios años más tarde, en septiembre de 1998, toma forma con su aprobación por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una Recomendación (45) relativa a la dependencia en la que ésta se define como:

*La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana*

O, más detalladamente, como;

*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a*

*fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.*

En tal definición, concurren una serie de factores fundamentales a la hora de considerar una situación de dependencia:

1. La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona;
2. La incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria;
3. La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

En 2002, y bajo presidencia española, la Unión Europea expone los tres criterios rectores que deben seguir las políticas de dependencia de los Estados miembros y, más concretamente, los sistemas que a partir de entonces se implanten: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo.

El Tratado por el que se establece una Constitución para Europa, firmado en Roma el 29 de octubre de 2004 por los Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados miembros de la Unión Europea, establece en el artículo II-94 que:

*La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la **dependencia** o la vejez (...)*

En lo concerniente al tratamiento de la enfermedad mental la propia OMS ha pretendido pasar de una clasificación más centrada en los aspectos psico-biológicos del individuo a otra en la que

incorpore eficazmente el contexto en el que se desenvuelve la persona, pasando pues a un modelo bio-psico-social.

Prueba de ello, la vigente clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada en 2001 con este propósito frente a la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, de 1980 y contribuir a clarificar, simplificar y unificar algunos términos y conceptos relacionados con la valoración de Discapacidad y por ende, de la Dependencia; facilitando su comprensión e interpretación para la administración, profesionales y usuarios.

Así se sustituye el término deficiencia de la CIDDM por *Déficit en el funcionamiento* en tanto que la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental se refiere. Y el término Discapacidad de la CIDDM sustituido a su vez por Limitación en la actividad en tanto que determina los grados de dificultad detectadas en un individuo en la ejecución de actividades respecto a la población sana.

El término minusvalía, tal y como se venía utilizando en la CIDDM se redefine como Restricción en la participación aludiendo a la implicación de diferentes problemáticas vitales sobre el individuo

En la CIF, se van a recoger tres capítulos, bajo la denominación de «Actividades y Participación estrechamente vinculados a la dependencia y cuya correlación con el Baremo de aplicación de la dependencia resulta incuestionable.

El Capítulo 4, va a aludir a la Movilidad, en él se trata sobre el movimiento al cambiar el cuerpo de posición o de lugar; coger, mover o manipular un objeto, al andar, correr o trepar y cuando se

emplean varios medios de transporte, la transferencia corporal y desplazamientos dentro y fuera del hogar.

El Capítulo 5, «Autocuidado», trata del cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud, correspondiendo a los primeros apartados del mismo nombre contenidos en el baremo BVD.

El Capítulo 6, «Vida doméstica», trata sobre cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Las áreas de la vida doméstica incluyen conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas.

En dicha clasificación - CIF – aporta un enfoque global de la discapacidad a través de un esquema conceptual de interacciones entre el sujeto (con las estructuras y funciones alteradas del cuerpo) su potencial actividad y participación real en las mismas y la relación de todos ellos con el contexto medio/ambiental, que puede resultar favorable (ayuda) o actuar como barrera (perjudicial).

También deben tenerse en cuenta los preceptos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmada y ratificada por España y forma parte del derecho interno.

### *ÁMBITO ESTATAL*

La referencia al texto constitucional, es obligada especialmente dirigida hacia sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos.

Constitución Española de 1978. Concretamente:

El artículo 49 CE, refiriéndose a las personas con discapacidad, ordena que «Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos».

Es preciso aclarar que una Ley anterior, correspondiente a Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, había definido los Servicios Sociales adjudicando su gestión al IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). La citada Ley estableció un conjunto de prestaciones que tenían por objeto cubrir estados de necesidad derivados de la discapacidad. Con un Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, (46) por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Hasta 2003 el único marco normativo en políticas sobre discapacidad era: la LISMI: Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, -que supuso un importante avance en materia de dependencia, al profundizar en el reconocimiento de derechos y ampliando las prestaciones para las personas discapacitadas, la promoción de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente (Capítulo primero, art. 6). Recoge los derechos (capítulo primero, art. 10) y obligaciones fundamentales de los usuarios, (capítulo primero, art. 11)

La aplicación de los preceptos de la LISMI se correlaciona con un notable incremento del gasto social, coincide con el proceso de traspaso de funciones y servicios de servicios sociales a las Comunidades Autónomas y la universalización de los principales derechos sociales.

Real Decreto 383/1984, (47) de 1 de febrero, regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la LISMI definiendo con nitidez el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Así contempla el subsidio por ayuda de tercera persona como prestación económica en la asistencia de otra persona para realizar actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. También regula el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte. Otras medidas de este tipo el trato más favorable y los apoyos complementarios, tales como las prestaciones económicas, ayudas técnicas, servicios especializados y servicios de asistencia personal.

La Ley General de Sanidad de 1986 va a garantizar la universalización del derecho a la protección de la salud y el acceso de las personas con discapacidad a la rehabilitación y a la prevención de deficiencias, no habiendo precisado en su desarrollo posterior el contenido y extensión de algunas prestaciones y ayudas y su enfoque preventivo .

El Pacto de Toledo, acuerdo parlamentario del Pleno del Congreso de los Diputados de 6 de abril de 1995 en cuyas conclusiones, se reconocía expresamente el hecho que “siempre han existido ciudadanos en situaciones de dependencia, ya que por razones de edad, enfermedad o deficiencia parte de la población ha necesitado ser ayudada o atendida por terceras personas en el desarrollo cotidiano de las actividades de su vida “por cuanto procede un análisis estructural de la Seguridad Social, planteándose reformas”.

En el contexto nacional, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. 16/2003 (48) incluye por primera vez la salud mental en el catálogo de prestaciones superando una situación de

carencia que no se corresponde con el espíritu de la Ley General de Sanidad de 1986, con lo que se garantiza un adecuado y óptimo nivel de cobertura en todo el territorio nacional,

La Renovación del Pacto de Toledo (2 de Octubre de 2003) asume como uno de sus compromisos a través de Recomendación Adicional 3.ª, La necesidad de crear un sistema integral que aborde en su globalidad el fenómeno de la dependencia con la participación activa de toda la sociedad... En similares términos se pronuncian en las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003 coinciden en la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad.

Dirigido a este colectivo se legisló recientemente con la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. LIONDAU) establecer medidas de acción positiva para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades. Se ha considerado (49) que estos referentes sentaron los cimientos de la futura Ley de dependencia, y punto de partida a la presentación del Libro Blanco, publicado a finales del año 2004 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales y que constituyó un importante paso previo para la elaboración posterior de la Ley de Dependencia.

Su redacción contó con la colaboración de las distintas Administraciones públicas, profesionales y representantes de los sectores de la sociedad implicados y a través de sus doce capítulos

El Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España es un documento en el que se ofrece una amplia panorámica sobre aspectos relevantes dentro de la dependencia como los aspectos demográficos, características y diagnóstico riguroso de la

situación de las personas dependientes los criterios y técnicas de valoración; la atención sanitaria y los recursos disponibles, en clara apuesta por la coordinación sociosanitaria., etc.

#### *ÁMBITO INTERAUTONÓMICO.*

Mientras que la Administración General del Estado, ha ejercido sus competencias, a través de normativas sanitarias, laborales y en materia tributaria.

A partir de comienzos de la década de los ochenta, las CCAA fueron desarrollando su competencia en materia de servicios sociales, dando contenido específico a sus sistemas de atención a las personas en situación de dependencia, sin perjuicio de la que pueda realizar la Seguridad Social en el ejercicio de sus competencias.

Todos los estatutos de autonomía concretan la competencia exclusivas de las Comunidades Autónomas, en materia de servicios sociales así como el acceso a los servicios sociales contienen referencias a la autonomía y a las situaciones de dependencia estableciendo y regulando los derechos de las personas en situación de dependencia.

La normativa autonómica de servicios sociales presta especial atención al nivel primario de intervención como la prevención y, entre otros, a una serie de servicios de *proximidad* (atención domiciliaría, teleasistencia, centros de día, etc.), que van a ser claves para la eficaz aplicación de la LAPAD.

Aunque sin un enfoque global que arrojará resultado satisfactorio, se apuesta por la **coordinación sociosanitaria** en la problemática de la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia...

Prueba de ello, leyes de carácter general, como la Carta de los derechos sociales del País Vasco (50) (Ley10/2000) o la de Navarra (51) (L. Foral. 9/1999), ley de servicios sociales del Principado de Asturias (1/2003) (52), Ley 1/1999, de 31 de marzo, (53) de Atención a las personas con discapacidad de Andalucía. Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat Valenciana (54), sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad y... Cantabria.

#### *En Cantabria...*

El Estatuto de Autonomía, para Cantabria aprobado por Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, en su artículo 24. 22, (55), recoge entre sus competencias exclusivas, la relativa al régimen de servicios sociales, en cuanto a la asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario, tanto para las personas mayores más afectadas por las situaciones de dependencia como para el resto de la población de Cantabria.

Existían una serie de normas precedentes, tales como la Ley de Cantabria 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social (56) defendían hacer efectivo el derecho de los ciudadanos a disfrutar de los niveles básicos de bienestar social, para lo cual se crea un sistema de servicios sociales, o la Ley de Cantabria 1/1996, (5) de 14 de mayo, de Salud Mental.

*“Ante el aumento de las personas en situación de dependencia se hace necesaria una regulación normativa en Cantabria basada en los principios de universalidad, equidad e igualdad, y en la participación, integración y normalización de dicho colectivo, desarrolle un sistema de atención integral e integrada”.*

La Ley de Cantabria 6/2001, (57) de 20 noviembre, de Atención y protección a las personas en situación de dependencia de Cantabria(vigente hasta el 03 de Julio de 2007) ya adoptaba la

definición de la dependencia ya establecida por el Consejo de Europa en 1998, como *«el estado en el que se encuentra una persona que, por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o mental precisa de la atención de otra u otras personas o ayuda importante para realizar actividades de la vida diaria, entendiendo éstas como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial y actos relacionales»*.

En su **art. 1** de la citada Ley se propone (textualmente) como objeto del la misma,

- a) Desarrollar el derecho de las personas dependientes a la protección de su autonomía (que no promoción).
- b) Proteger los derechos fundamentales de libertad y dignidad de las personas dependientes y declaradas legalmente incapaces.
- c) Regular y garantizar la atención a las personas en situación de dependencia, así como la financiación de los centros y servicios sociosanitarios, estableciendo las competencias de las Administraciones Públicas.

En su TÍTULO IV, DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS, en su Artículo 13 se atribuye a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales

*... el ejercicio de las funciones de regulación, autorización y control de los centros, servicios, establecimientos y actividades sociosanitarios, ... a elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Cantabria del plan de acción sociosanitaria de atención a personas en situación de dependencia y también la gestión de los recursos públicos propios de atención a personas dependientes.*

En la misma Ley, 6/2001 se describen los Principios rectores de la protección a la dependencia.

(Art. 6) *(Textualmente)*

a) *Dignidad.* - Reconocimiento del valor intrínseco de las personas en toda circunstancia, respetando su individualidad y circunstancias personales, garantizándose el derecho a la intimidad en toda su extensión.

b) *Autonomía.* - Con el fin de garantizar el principio ético de autonomía, desde las instituciones públicas se prestará la asistencia tutelar necesaria de acuerdo con el grado de dependencia de cada persona.

c) *Participación.* - Derecho a tomar parte en las decisiones que afecten a sus condiciones de vida. Se potenciará la participación social de las personas dependientes.

d) *Integración.* - Derecho de las personas en situación de dependencia a mantenerse activamente el mayor tiempo posible en su ámbito social, político, cultural y familiar, procurando que vivan en su entorno comunitario habitual.

e) *Prevención.* - Se promoverán las medidas tendentes a prevenir las situaciones de dependencia y fomentar la autonomía personal.

f) *Descentralización.* - Favoreciendo la atención de las necesidades y cuidados de las personas en su entorno social.

g) *Responsabilidad pública.* - Los poderes públicos deberán garantizar los recursos financieros, técnicos y humanos que permitan dar una respuesta a las personas en situación de dependencia.

*h) Universalidad, igualdad y equidad. - Facilitando la atención sociosanitaria a las personas dependientes sin discriminación, de forma integral e integrada.*

Estos dos últimos se corresponderían con los principios fundamentales descritos en la LAPAD (art. 3) años más tarde.

- La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad efectiva y la no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley, independientemente de su edad, el origen de la dependencia y situación social, dentro de una Ley de mínimos garantizados dada su condición de ley estatal de carácter normativo básico aseguramiento público.
- Carácter público de la prestación, el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados. con independencia de las formas de financiación con la participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, y cofinanciación por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan con carácter general para toda España.

#### **4. 4. Conceptualización. Terminología de la ley**

##### **4. 4. 1. Autonomía personal vs. dependencia**

Autonomía personal y dependencia son conceptos que reflejan realidades en las que se encuentran o pueden encontrarse las personas a lo largo de su vida.

De hecho, el termino dependiente tiende a contraponerse frente al valido o autónomo, si bien ambos términos nunca deberían considerarse en términos absolutos, sino relativos ya que, a

medida que se pierde irremediablemente autonomía, nos hacemos más dependientes. Se considera que el principio de autonomía para personas dependientes debe ser una guía para toda política relativa a personas en situación de dependencia

Autonomía. Se define como la “Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (tal y como figura en su art. 2. 1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) en aspectos como su cuidado personal, la movilidad esencial y su funcionamiento mental básico, que le permita el conocimiento de personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes e instrucciones sencillas.

Dependencia. Según el diccionario de la R.A.E la dependencia es “La situación de una persona que no puede valerse por sí misma”.

De ahí que las definiciones en torno al término se posicionen bien desde la pérdida de capacidad o funcionalidad, con definiciones dirigidas a la disfuncionalidad (Barthel) en relación con las diferentes actividades de la vida diaria o la de la Asociación Americana de Retraso Mental como "la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas"

Pero también aquellas que se enfocan a la necesidad del individuo de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él, cuando se recurre a un tercero o cuidador para la realización de actividades esenciales de la vida (Pérez, Abanto, Labarta, 1996) (Puga González, MD 2002) o bien hacia un concepto integrador (Sarabia Sánchez, A 2003)

OMS apunta como elemento crucial de la dependencia el no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.

El Consejo de Europa (Oslo, 2000) en su recomendación No R (98)9, define la dependencia como: "Un estado en el que personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias" y, de modo particular, los referentes al cuidado personal

Querejeta González en su libro (49) Discapacidad/Dependencia, editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2004, propone una dependencia como «la situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad».

El marco de referencia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, lo define asimismo el libro blanco de la dependencia- como en la propia definición de dependencia como "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

Se hablará de situación de dependencia cuando concurren tres circunstancias:

1.-La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.

2.- La incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria;

3.- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

#### **4. 4. 2. La dependencia desde la DISCAPACIDAD**

Según la resolución (58) R. 3447 de 9/12/75: Declaración de los derechos de las personas con discapacidad, de Naciones Unidas *"El termino persona con discapacidad designa a toda persona incapacitada de atender por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.*

Expresándose en términos similares a la definición antes referida del Consejo de Europa, también podemos definir la dependencia como: *La situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad.*

Se establece el siguiente binomio. (49)DEPENDENCIA = LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD + AYUDA.

La relación entre dependencia y discapacidad, no siempre ha quedado suficientemente clara máxime cuando la dependencia siempre va a ser consecuencia de un grado severo de discapacidad

Se tiende a considerar la dependencia como un hecho estático, lineal o progresivo propio de la vejez, cuando es en realidad, variable e influenciado por una serie de circunstancias.

La DEPENDENCIA, es en términos empleados en la C. I. F una situación específica de discapacidad en la que interviene el **factor contextual** de ayudas como resultado de la interacción de:

- una limitación del individuo de intensidad variable para realizar una determinada actividad y
- su interacción con "factores contextuales" ambientales, de ayuda personal o técnicos.

La dependencia - al igual que la discapacidad - es propia de diversas situaciones vitales, de salud... aparte de la vejez donde influyen asimismo los factores del contexto, tanto ambiental, ayudas técnicas, entornos accesibles, factores geográficos, vivienda como personal (educación, estado civil, grado de integración social, edad, status económico, sexo... ).

No se exige tener una discapacidad grave o incluso completa para la realización de AVD ni valdría únicamente con tener la discapacidad; solo la concurrencia de ésta, junto con la necesidad de alguna medida de soporte o ayuda para llevarla a cabo, llevaría consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia.

El Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, (59) de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, (reconoce en el capítulo 1, apartado de "Normas generales" que: *"El grado de discapacidad muy grave incluirá a aquellas personas que presenten deficiencias permanentes severas, con síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las AVD"*.

Y continua más adelante... *"Esta clase por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria"*. Por tanto tendremos que considerar que la calificación de Gran Invalidez es conceptualmente equiparable a la situación de dependencia

Pese a ello, y tal como se apunta desde FEAPS, existirían una serie de personas que quedarían fuera del sistema de dependencia, en lo que se ha dado en denominar " umbral de entrada al sistema de dependencia "por no alcanzar el umbral mínimo exigido.

Grupo A criterio cuantitativo. Personas con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria que no necesitan ayuda diariamente.

Grupo B criterio cualitativo. Personas con discapacidad para alguna actividad instrumental de la vida diaria pero no para ninguna actividad básica.

Por contra en el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, se reconoce que la calificación de Gran Invalidez es conceptualmente equiparable a la situación de dependencia

En conclusión, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia pero pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.

#### *Dependencia y la senilidad.*

Se tiende a asociar la dependencia a un sujeto con enfermedades propias de su avanzada edad, con una limitación centradas en las áreas de autocuidado y de movilidad.

El Libro Blanco asume la definición del Consejo de Europa e introduce además un aspecto a tener en cuenta: el hecho de que todas las personas pueden potencialmente, encontrarse en situación de dependencia, y aunque el riesgo tiende a aumentar con la edad, asociado a la aparición creciente de problemas de salud, no puede considerarse exclusivo de las personas mayores.

### *Dependencia e Incapacidad Legal.*

En el ámbito de la discapacidad mental, podemos establecer cierta conexión entre la dependencia y la pérdida de autonomía intelectual o "Dependencia mental".

Se deben considerar como conceptos diferenciados por un lado, la dependencia, como el hecho concreto de necesitar de la ayuda de otra persona, para ciertas actividades de la vida, y por otro lado, la autonomía intelectual, como facultad abstracta de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona).

Frente a las definiciones de dependencia, en torno a la necesidad de recibir ayuda, la incapacitación legal, hace referencia a la capacidad intelectual de gobernarse derivada de la pérdida de capacidad para la toma de decisiones y resolución de problemas. Esta cuestión si podría comprometer el área de valoración de TOMA de DECISIONES del baremo de dependencia para adultos, de ahí que también pudieran ser considerados conceptos relacionados por otra parte. En conclusión:

La necesidad de ser ayudado por otra persona, por muy intensa que sea esta ayuda, no es motivo suficiente para ser considerado legalmente incapaz; para ello deben existir problemas mentales que anulen la capacidad de decisión.

#### **4. 5. CLASIFICACIÓN DE DEPENDENCIA**

Como punto de referencia a la actual clasificación del grado de dependencia, L. A. P. A. D. CAP. III, artículo 26, la propuesta, ya en 1980, por la O. M. S, con la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías **(CIDDM)** (60) y su escala de ocho niveles de gravedad

dentro del grupo de Minusvalía de independencia física, o capacidad del sujeto para llevar una vida independiente de forma efectiva respecto de las ayudas y de la asistencia de otros.

Las categorías de la escala ahí descritas: Independencia en el cuidado personal y sin dependencia de ayudas, o bien dependiente sólo de ayudas menores no esenciales para la independencia.

*1. Independencia con ayuda. Con disposición y uso de una ayuda o dispositivo.*

*2 Independencia adaptada. En un entorno con barreras estructurales o arquitectónicas, susceptible de adaptación.*

*3 Dependencia situacional Dificultad para satisfacer sus necesidades personales pero sin depender en gran medida de otros, en un entorno poco favorecedor de medidas de adaptación.*

*4 Dependencia a intervalo largo con necesidades que surgen cada 24 horas o con una frecuencia menor.*

*5 Dependencia a intervalo corto, con necesidades previsibles, de higiene y del cuidado personal que surgen varias veces al día; así como otras áreas como la movilidad dentro del hogar como tal incluidas.*

*6 Dependencia a intervalo crítico con necesidades que surgen a intervalos cortos e imprevisibles durante el día o que requieren asistencia con disponibilidad continua de otras personas.*

*7 Dependencia de cuidados especiales, esto es, aquellas que requieren supervisión continua y ayuda a lo largo del día/noche y que dan lugar a continuos requerimientos de supervisión y ayudas*

*8 Dependencia de cuidados permanentes e intensivos que requieren en consecuencia la atención constante de otras personas durante las 24 horas.*

*9 Un noveno grupo destinado a aquellas categorías sin especificación.*

Con el fin de conseguir una mayor optimización en la asignación de recursos a necesidades detectadas, el Libro Blanco sobre la dependencia propone que la clasificación de la dependencia se establezca en tres grados, de menor a mayor intensidad.

- **Dependencia severa** (grado 1): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. En las que a su vez habría que distinguir dos grupos

a) El grupo 1. A: aquellas personas con discapacidad moderada para alguna ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) que necesitan ayuda diariamente.

b) El grupo 1. B: personas con discapacidad para algún AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), (movilidad fuera del hogar y tareas domésticas) que ni tienen discapacidad para ninguna ABVD.

- **Dependencia grave** (grado 2): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

- **Gran dependencia** (grado 3): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continua de un cuidador.

El artículo 26 de la L. A. A. D. 39/2006 va a contemplar tres grados de dependencia.

**Grado I de dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

**Grado II de dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día pero no quiere el apoyo extenso y permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal o ayuda de tipo intermitente o limitado para su autonomía personal.

**Grado III de gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

\*Cada uno de estos grados se clasificará a su vez, hasta finales de 2011, en dos niveles en función de la autonomía y atención e intensidad de cuidado que requiere la persona.

#### **4. 6. SUBTIPOS DE DEPENDENCIA**

Podemos clasificar las situaciones de dependencia desde la naturaleza o factor causal de la misma (61)

**ECONÓMICA:** Tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro activo económica y laboralmente, a formar parte de la población inactiva, pasiva o dependiente.

FÍSICA: Pérdida del control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente. (ej, por deterioro de los sistemas biológicos orgánicos ,físicos relacionados con la movilidad ,limitaciones sensoriales, enfermedades crónicas (p. ej., la osteoporosis) o derivados del uso de fármacos polifarmacia ,iatrogenia...

SOCIAL: Derivados del ambiente social (interacciones sociales, expectativas, estereotipos, modelos sociales del entorno, exceso de protección) pero también asociada a la pérdida de personas y relaciones significativas para el individuo.

MENTAL O COGNITIVA; Cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias, van a intervenir factores psicológicos, ligados a la personalidad del individuo, trastornos mentales.

#### **4. 7. CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN**

Pero lo que sin duda va a condicionar la aplicación de la Ley va a ser el calendario de su implantación según un cronograma preestablecido.

Tras su entrada en vigor, el día 1 de enero de 2007, la constitución del Consejo Territorial del SAAD el 22 de enero de 2007 y el establecimiento por parte del Gobierno y las CC. AA del baremo, los servicios y las cuantías de las prestaciones económicas que recibirán las personas beneficiarias, este derecho tendría efecto de aplicación gradual según el grado alcanzado.

En su trazado original:

El primer año 2007, personas valoradas con un Grado III de gran dependencia, niveles 2 y 1.

En el segundo y tercer año 2008-2009, personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 2.

En el tercero y cuarto año 2009-2010, personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 1.

El quinto y sexto año 2011 Y 2012, personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 2.

Entre los años 2013-2014 resto de personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 1.

Sin embargo, el Real Decreto Ley 20/2011 de 30 de diciembre,(61) de medidas urgentes, en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, en su disposición final decimocuarta que modifica este calendario de implantación. A partir del 1 de enero de 2013, se mantendría para los restantes valorados con grado 1, nivel 2. Sería, a partir del 2014, cuando se abriría para el resto de las personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada nivel 1. (Esta fecha ha sido finalmente pospuesta hasta 2015)

#### **4. 8. PROCEDIMIENTO DE ACCESO**

La propia ley establece las **líneas generales del procedimiento** a seguir, y a cada comunidad autónoma, algunos aspectos del mismo a través de su propia normativa, con carácter general.

El procedimiento se inicia mediante la solicitud de toda persona que crea necesitar cuidados para su autonomía personal en la vida diaria (o su representante legal o guardador de hecho) ante

el Órgano Gestor que se determine de la Comunidad Autónoma de residencia del solicitante (en el caso de Ceuta y Melilla será en las Direcciones Territoriales del IMSERSO)

Se formalizara en el modelo normalizado aprobado por la Consejería correspondiente, en materia de servicios sociales: correspondiendo a los Centros de Servicios Sociales y a las Unidades de Trabajo Social de referencia de cada solicitante proporcionar, la información, recepción de solicitudes y presentación de las mismas al órgano de valoración.

La solicitud debe ir acompañada de un informe de salud (Informe condiciones de Salud), del cual existe una plantilla oficial y que debe ser rellenado por su médico de atención primaria (a facilitar en el Centro de Salud de referencia) aunque para algunos colectivos, estaría abierto a otros profesionales médicos.

En él se deberán recoger aquellos diagnósticos, descripción de enfermedades o situaciones de salud que presenta la persona y que le generarían un estado de carácter permanente de necesidad de atención de otras personas o medidas de soporte importantes para realizar las actividades de la vida diaria, esto es, dependencia.

Los informes de salud deben (62) recoger un estado de estabilidad clínica mantenida y en el caso de deficiencias que se deriven de patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en su situación basal o con la máxima mejoría posible. Ésta se estimará de acuerdo con la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.

Informe social, mediante una solicitud estándar facilitada en el Centro de Servicios Sociales de referencia, que incluirá antecedentes sociales, datos de convivencia, las características de los apoyos que recibe y de la vivienda (informe de entorno)

Junto a ello, habrá que presentar certificado de empadronamiento (a solicitar en el Ayuntamiento de residencia, siempre que no se pueda incorporar de oficio por el Centro de Servicios Sociales) y fotocopia del Documento Nacional de Identidad.

Los órganos de valoración (49) tendrán en cuenta los informes sobre la salud y entorno en que vive el solicitante, así como aquellas ayudas técnicas, que, en su caso, le hayan sido prescritas emitiendo un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, especificando además los cuidados que la persona pueda requerir. Se llevará a cabo por medio de equipos profesionales de valoración (art. 27 L. A. P. A. D.) que podrán realizar esta evaluación en el domicilio del solicitante.

Es a cada comunidad autónoma a quien le corresponde determinar el órgano encargado de la valoración, situándose los equipos de valoración en el ámbito de sus competencias. Si bien se insiste, a título general, en la necesidad de formación para la cualificación del personal valorador a través de cursos formativos de especialización que desarrollen los contenidos precisos a fin de garantizar unos criterios comunes de aplicación.

Desde las diferentes comunidades, el criterio más extendido es la constitución de equipos multidisciplinares es que se tiende preferentemente a incorporar titulaciones de medicina, psicología, terapia ocupacional, enfermería, fisioterapia y trabajo social una composición en la que estén representados personal de servicios sociales y personal del ámbito sanitario.

#### **4. 9. EL BAREMO. DESCRIPCIÓN GENERAL.**

La metodología de la valoración deberá basarse en la aplicación de un baremo, un tipo de evaluación funcional que tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF).

El baremo resulta un instrumento fundamental de este nuevo sistema de protección social, determinando el grado y nivel de dependencia-en caso de que la hubiere- con repercusión directa en los servicios y prestaciones a las que tendrán derecho.

El Baremo de Valoración de Dependencia (BVD), junto con la Escala de Valoración Específica (EVE), fueron aprobados como instrumento para establecer el reconocimiento administrativo de los grados y niveles de dependencia a efectos de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Definido en el Consejo Territorial de la Dependencia, con fecha 22 de Enero de 2007, el BVD, fue aprobado mediante el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, en su primera versión.

El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE del 18 de febrero), aprueba un nuevo baremo de valoración de la situación de dependencia, derogando el anterior (63) y de aplicación directa a partir del 18 de Febrero de 2012.

Excepción hecha de aquellos casos que, valorados con anterioridad a la entrada en vigor de este nuevo real decreto, hubieran sido declarados en situación de dependencia con arreglo a lo establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, y que no precisarían de nueva valoración a efectos de los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre hasta

la revisión de dichas valoraciones, bien a instancia de la persona interesada, bien de oficio, en que se aplicará el BVD o la EVE establecido en el nuevo real decreto.

#### **4.10.VALORACION DE DEPENDENCIA.**

Durante el proceso de valoración deberá tenerse en cuenta lo ya apuntado en un apartado anterior, ni la edad, la enfermedad o la discapacidad justificarían por sí mismas el reconocimiento oficial de dependencia.

Solo alcanzarán el umbral de entrada al sistema de dependencia, esto es, el reconocimiento de la situación de dependencia, la adición de estos tres elementos.

Una condición de salud de la persona de carácter permanente, en que no haya posibilidad razonable de restitución o de mejoría en el funcionamiento.

La imposibilidad o grave dificultad para realizar por sí misma, aquellas actividades de la vida diaria que se consideren básicas.

La necesidad prácticamente imprescindible de apoyos ayudas técnicas y/ o personales (asistencia por parte de una tercera persona) para su ejecución

Este baremo, en adelante BVD, se aplica a personas de tres o más años de edad y tiene como pretensión principal; Detectar el grado de dependencia, esto es, según la mayor o menor dificultad para la realización de AVD (actividades de la vida diaria): "aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social".

La aplicación del BVD toma como vías de obtención de información:

Los informes de salud de la persona a valorar. Aportan la información sobre las condiciones de salud del individuo, su interferencia en el funcionamiento en actividades de la vida diaria; y sobre el contexto situacional y ambiental en que estas limitaciones se desarrollan (informes del entorno). Principalmente. :

- Diagnóstico de salud validado por las diferentes Clasificaciones Internacionales de enfermedades. CIE, CIAP (64)., curso evolutivo, pronóstico.
- La entrevista presencial del solicitante, del beneficiario y/ o representante y sus cuidadores Preferentemente en el entorno habitual del evaluado donde esta persona realice regularmente las actividades básicas de la vida diaria, identificándose como hogar el domicilio donde se reside la mayor parte del año.
- La observación y comprobación directa, por parte del equipo evaluador como instrumento complementario a fin de completar y contrastar la información disponible sobre la salud y analizar el entorno en el que se desenvuelve la persona que se valora.
- La aplicación de pruebas a lo largo de la visita de valoración ajustada a cada caso particular.
- La comprobación de las condiciones de accesibilidad y de mantenimiento de la vivienda, movilidad del evaluado, posibles déficit sensoriales o en la esfera cognitiva... y psíquica.

El baremo va a considerar en la cumplimentación del formulario del BVD el desempeño de las tareas consideradas.

Se identificará la naturaleza del problema y nivel de desempeño de todas las tareas consideradas, el grado de supervisión y tipo de apoyo requerido así como la frecuencia de los apoyos necesarios en aquellas tareas en las que quede demostrada una situación de dependencia.

La naturaleza de los diferentes tipos de discapacidad (física, psíquica, mental o intelectual) que impiden una ejecución adecuada de las tareas.

El baremo va a incluir además de Recomendaciones para la valoración de colectivos específicos como los Menores de edad o Personas con limitación visual y/o auditiva y también un sistema de evaluación (puntuación) diferente (DI/EM) sólo en situaciones de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental o con deficiencia en la capacidad perceptivo-cognitiva.

#### Nivel de desempeño

A efectos de aplicación del baremo (BVD) se define desempeño como la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual.

La valoración del desempeño resulta obligada, tanto si no se realiza la acción o se hace con o sin ayudas o productos de soporte.

El baremo de valoración de la situación de dependencia. Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril contempla dos tipos de ayudas: ayudas técnicas (todo aquel producto externo destinado a compensar o aminorar la limitación como p. ej. un bastón, audífono... ) y ayudas personales (incluyendo la supervisión),

Se evalúa en el entorno habitual del solicitante, teniendo en cuenta los pros y contras, de esta medida, esto es, factores facilitadores y barreras.

Según el nivel de desempeño, distinguimos: afirmativo (SI) o negativo (NO) según

**Desempeño positivo:** desempeño adecuado e individual por parte del sujeto de la tarea -aun cuando esta se realice con dificultades en su entorno habitual. En definitiva, la persona valorada es capaz de realizar la tarea sin el apoyo de otra persona. Se considera que la tarea se desarrolla adecuadamente, aunque sea con dificultad, si ésta se realiza con iniciativa, coherencia, orientación y control físico suficiente para la consecución de la finalidad de la actividad correspondiente y sin incurrir en un grave riesgo para la salud.

**Desempeño negativo:** cuando, o no se es capaz de realizar la tarea o bien requiere el apoyo indispensable de otra u otras personas para llevarlo a cabo, en su entorno habitual. RD 174/2011 de 11 febrero. Se tienen que identificar asimismo los problemas de desempeño esto es, las causas de un desempeño negativo, achacables o no a una situación de dependencia, según su relación con el funcionamiento global de la persona valorada.

La revisión del baremo BVD original RD 504/2007 de 20 Abril, por el vigente en la actualidad, RD 174/2011 de 11 febrero ha prestado especial atención a esta cuestión.

De hecho, un fallo en el desempeño no siempre puede obedecer a una situación de dependencia sino a otros factores: culturales de índole social, cultural, familiar, la propia sobreprotección u otras relacionadas con condiciones de salud. Así:

Problemas de **funcionamiento físico**: le impiden ejecutar físicamente la tarea o no ejerce un control adecuado sobre la actividad o sobre las informaciones que reciba para realizarla. F

Problemas de **funcionamiento mental**: la falta de comprensión, coherencia, orientación y/o iniciativa no permiten la realización de la tarea. En este caso, a los evaluados les sería por definición la aplicación del DIEM. (Con valores I si no mostrara iniciativa y C en el resto de los supuestos).

También sería posible, en términos generales que concurrieran ambos problemas de funcionamiento físico y mental.

#### GRADOS DE SUPERVISIÓN Y APOYO

Se distinguirá la **naturaleza del apoyo** que con más frecuencia va a necesitar el sujeto evaluado de entre las siguientes cuyo grado será expresado en el propio baremo mediante coeficientes. (así p.ej. supervisión/preparación SP supondría un coeficiente de 0,90 junto a asistencia física parcial FP, mientras que la asistencia física máxima FM sería 0,95 y asistencia especial ES 1,00).

**SP**. Supervisión/ Preparación. La persona valorada precisa del estímulo verbal (que le oriente, indique...), o gestual, esto es, sin necesidad de contacto físico para la adecuada ejecución de la tarea.

**FP**. Asistencia física parcial. Se requiere la colaboración física de otra persona en la realización correcta de la tarea.

Si precisa la sustitución por otra persona en la ejecución física de la actividad. Asistencia física máxima O Sustitución Máxima. **FM**

**ES. Asistencia especial. Apoyo Especial:** cuando la presencia de trastornos del comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos interfieren obstaculizando la prestación del apoyo de otra persona en la realización de la actividad.

#### Frecuencia de apoyo

Según la frecuencia del apoyo requerido, esto es, expresado en porcentajes, el número de ocasiones en que la persona valorada necesite apoyos personales en la realización de la tarea. La graduación se establece de acuerdo a los intervalos propuestos en la escala genérica de la CIF (OMS, 2001). Casi nunca. 0 – 4 % ;Algunas veces. 5 – 24 % ;Bastantes veces. 25 – 49 % ; Mayoría de las veces. 50 – 95% -,Siempre. 96 – 100%

#### **4.11. EL BAREMO Y LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.**

La puntuación final en el baremo BVD será la obtenida mediante la suma ponderada de los valores asignados a las tareas en que se ha establecido la situación de dependencia, por el coeficiente del tipo de apoyo de otra u otras personas que se requiere en relación con cada una de ellas.

Debe identificarse estrictamente de entre todas las áreas deficitarias frente a aquellas preservadas e incluso destacadas. Ni siquiera se trataría de padecer una enfermedad potencialmente limitante o una discapacidad-reconocida por otras vías- sino la concurrencia de la imposibilidad (total) o (parcial) dificultad grave para realizar aquellas que se consideran básicas. Solo este extremo, llevaría consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia, al umbral de entrada al sistema de dependencia “En definitiva, se trata de especificar el área concreta de actividad o actividades en la que se da la situación de dependencia.

Se tiende a asociar la DEPENDENCIA con una pretendida dificultad para la realización de una serie de actividades de la vida diaria. De hecho, el primer problema que se nos plantea a la hora de estudiar la población dependiente es identificar cuáles de esos actos corrientes de la vida diaria deberían ser tenidos en cuenta y en que magnitud a la hora de evaluar si una persona se encuentra o no en situación de dependencia.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 99) (1)proporciona información sobre las dificultades de la población española para realizar diversas actividades de la vida diaria.

De aplicación desde diferentes ámbitos, como la «actividades de la vida diaria» (en adelante, AVD), reconocen aquellas actividades que una persona ha de realizar de forma rutinaria, (diariamente), para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social.

Son múltiples —y, como ha señalado Querejeta, 2004 a veces bastante confusas— las formas en que los diversos autores han definido y clasificado estas actividades.

En diversos medios, se suelen clasificar u ordenar, de forma solapada, y entre otras en: básicas, instrumentales y avanzadas; funcionales, situacionales y laborales; básicas y domésticas.

Por su parte, la **C.I.F.** -O. M. S. clasifica las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos: La dependencia podrá darse por tanto en cualquiera de los nueve grupos de actividades y con mayor o menor gravedad.

1º Aprendizaje y aplicación del conocimiento

2º Tareas y demandas generales.

3º Comunicación.

4º Movilidad.

5º Autocuidado.

6º Vida doméstica.

7º Interacciones y relaciones personales.

8º Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía).

9º Vida comunitaria, social y cívica.

Lo más habitual es optar en primer término por una clasificación en torno a las llamadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) imprescindibles para poder subsistir de forma independiente y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En tanto que actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, cuya realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, e importantes, sin ser básicas para mantener un funcionamiento normalizado.

En base a la consideración de dependiente, sería necesario concretar qué actividades incluir como básicas y cuales considerar como instrumentales, lo cual no resultaría sencillo dada una variabilidad importante también entre los diferentes estudios/escalas entre qué es básico y qué es instrumental.

Pero también, tener en cuenta un punto crítico en la consideración de dependientes en trastornos mentales y demencias, como es el hecho de la exclusión como básicas, por parte del Libro Blanco de la Dependencia de actividades relacionadas con el funcionamiento mental básico.

Asumamos, por consenso, como Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) aquellas que incluyeran:

- Actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...)
- Funcionamiento físico básico (desplazarse dentro del hogar)
- Funcionamiento mental básico (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) incluirían un amplio grupo de actividades más complejas que las ABVD y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, capacidad de interacción con el medio y para la toma de decisiones.

- Desde realizar actividades domésticas BASICAS hasta administración del hogar y economía doméstica, o la utilización eficaz del teléfono.
- Salud, desde la capacidad de toma de medicación hasta ir al médico. ...
- Movilidad proyectada hacia el exterior, uso de medios de transporte...

- En términos generales, véase Libro Blanco de la Dependencia, aquellas, "actividades de la vida diaria" de algún modo, incluidas en el BVD y que condicionarán la cuantificación de la dependencia serían las siguientes:
- *Actividades relativas al cuidado personal*
- *Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto.*
- *Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.*
- *Vestirse, desvestirse y arreglarse.*
- *Comer y beber.*
- *Movilidad en el hogar*
- *Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo.*
- *Levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado.*
- *Desplazarse dentro del hogar.*
- *Tareas domésticas*
- *Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios.*
- *Cuidarse de las comidas.*
- *Cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa.*
- *Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa.*

- *Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.*
- *Movilidad extra-doméstica.*
- *Deambular sin medio de transporte*

#### Áreas de valoración en el baremo BVD.

Una correcta evaluación (65) en los términos planteados, exige la administración de un cuestionario, junto a la observación directa, por parte de un profesional adiestrado en la materia de los problemas y el nivel de desempeño que tiene la persona valorada en las tareas, y el grado de apoyo de otra persona que requiere la persona valorada para llevar a cabo tales tareas y actividades.

Consideraremos, su aplicación en la edad adulta, debiéndose tener en cuenta en el caso de menores de edad, la necesaria adaptación de tareas a la edad en base a la secuencia del desarrollo durante la infancia.

Aunque en la realización de este trabajo, a los sujetos de estudio se les hubiera aplicado el BVD2007, se establece a continuación un análisis comparativo entre ambos modelos.

Tales áreas de evaluación Autocuidado, movilidad, tareas domésticas, toma de decisiones, se van a organizar a su vez en torno a los diferentes apartados:

#### ***Comer y Beber ( Autocuidado )***

Las actividades de autocuidado correspondientes a comer y beber, son descritas en apartados diferentes en la C. I. F mientras que el BVD 2007 los fusiona como una única actividad.

Según la **CIF** :

*“Comer” consiste en llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos....*

*“Beber” incorpora las siguientes acciones como sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una ayuda instrumental.*

Se evalúan las siguientes acciones:

Emplear nutrición/hidratación artificial

Abrir botellas y latas

Cortar o partir la carne en trozos. \*

Usar cubiertos para llevar la comida a la boca\*.

Sujetar el recipiente de bebida.

Acercarse el recipiente de bebida a la boca. \*

Sorber las bebidas.

El BVD 2011 mantiene los que contienen \* y además Reconocer y/o alcanzar alimentos servidos.

La valoración de las tareas relativas a comer y beber se realizará toda vez que la comida haya sido elaborada y desde el momento de su servicio individual a la persona valorada. De esta forma, se tendrá en cuenta en la valoración de comer y beber que:

De forma implícita se van a incluir en este apartado una serie de tareas motoras coordinadas relacionadas con el comer, ejecución y secuencia correcta de los movimientos (llevarlos a la boca, cortar o partir la comida en trozos abrir botellas, sujetar el vaso, así como el uso, consumo de alimentos de acuerdo al modo local.

Los cubiertos comprenderían el juego compuesto de cuchara y tenedor. En el caso de disponer de ayudas técnicas o personales, su correcta utilización.

También se consignarán la existencia de conductas que repercutan negativamente en el acto de comer/beber. (resistencia, rechazo, agresividad...), la necesidad de indicaciones o se manifiesta falta de coherencia y/o de iniciativa en el resto de tareas de la actividad de acuerdo con la consecución de la finalidad de comer y beber.

Deben consignarse aparte:

La preparación de la comida y el servicio de los alimentos en la mesa o similar se incluye en apartado de las tareas domésticas.

El empleo de espesantes o preparación de dietas especiales como alimentación /hidratación artificial se consignará en la tarea de aplicarse medidas terapéuticas recomendadas, incluida en la actividad de mantenimiento de la salud.

Así como conductas de alimentación inadecuadas que se manifiesten fuera de los alimentos servidos (por ejemplo, transgresiones de la ingesta) que se incluirían en mantenimiento de la salud (evitar situaciones de riesgo dentro o fuera del domicilio).

La actividad se valora tanto dentro como fuera del domicilio habitual, si bien el acceso de la persona al lugar adecuado para comer y beber se contempla en desplazarse dentro y fuera del hogar, dentro del área de movilidad.

Se consignará la existencia de conductas que dificulten la tarea como en anteriores apartados así como la utilización de ayudas técnicas o de otra persona de las que dispone.

### ***Regulación de la micción /defecación (Autocuidado )***

Según la CIF “higiene personal relacionada con la micción y defecación” tales tareas relativas a regulación de la micción y de la defecación se agrupan en una única actividad en el BVD.

Incluiría los siguientes subapartados.

*Acudir a un lugar adecuado.\**

*Manipular la ropa.\**

*Adoptar y abandonar la postura adecuada.\**

*Limpiarse.\**

*Continencia micción.*

*Continencia defecación*

La valoración de la actividad micción/defecación comprendería la capacidad para reconocer la necesidad, el control esfínteres, la elección del espacio, el desplazamiento(corto) al lugar indicado, la adopción de la postura y secuencia adecuada ,la capacidad para limpiarse y manipular la ropa.

Debe consignarse como ya se hiciera en el apartado anterior la existencia de conductas que dificulten el acto de ir al baño(negatividad, agresividad, impulsividad).

También la utilización que hace de las ayudas técnicas de las que dispone. O de ayudas de otra persona a lo largo del proceso de ejecución de la acción.

Se establecen matizaciones del tipo:

Los problemas en la función urinaria o en la de defecación, no se valoran por sí mismos en ningún apartado de esta actividad, la aplicación de pañales o similares se consignará dentro de la **manipulación de la ropa** y la manipulación de dispositivos como estomas ,depósitos de orina o similares, que se trasladaría al apartado de **limpiarse**.

Aparte, la necesidad de apoyo de otra u otras personas para realización de cuidados **terapéuticos** en relación con esta actividad se considerarán en el apartado Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas dentro de la actividad de **Mantenimiento de la salud**.

### ***Lavarse (Autocuidado )***

Según la CIF la actividad de “Lavarse” comprende *el lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo \* ,utilizando agua y materiales y métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla.*

\*La parte inferior y superior del cuerpo corresponde a las áreas comprendida por debajo y por encima de la cintura respectivamente.

Los subapartados siguientes:

*Lavarse las manos.\**

*Lavarse la cara.*

*Lavarse la parte inferior del cuerpo.\**

*Lavarse la parte superior del cuerpo.\**

*El baremo 2011 añade abrir y cerrar grifos, accede a la bañera, ducha o similar*

Incluía la capacidad de lavarse y secarse a iniciativa propia todo o partes del cuerpo ,y capacidad para realizar los movimientos imprescindibles para la realización de las tareas de lavarse y secarse y secuencia correcta de tareas inherentes a la actividad como abrir y cerrar grifos acceder a la bañera, ducha o similar así como aquellos materiales o métodos apropiados de lavado y secado en función de los hábitos, entorno y cultura de la persona que se valora, mientras que el acudir a un lugar adecuado, deberá consignarse en otro apartado dentro del área de movilidad.

Se consignará la existencia de conductas que dificulten la tarea como en anteriores apartados así como la utilización de ayudas técnicas o de otra persona de las que dispone.

### ***Otros cuidados corporales( Autocuidado )***

Según la CIF: "Cuidado de las partes del cuerpo" incluye las acciones y tareas que requieren un nivel de cuidado *mayor que el mero hecho de lavarse y secarse*.

Las tareas relativas a "Otros cuidados corporales" en el BVD incluirían el cuidado de aquellas partes del cuerpo que requieran especial cuidado y atención.

Las áreas y funciones seleccionadas en el apartado son:

Peinarse: Incluye el peinado y cepillado del cabello natural y pelucas. La persona a evaluar es capaz de identificar la necesidad de la acción, muestra iniciativa, utiliza correctamente el instrumental con las ayudas técnicas o personales de que dispone, secuencia los movimientos correctos.

*Cortarse las uñas*: Reconocer la necesidad de aseo y corte de las uñas en pies y manos, por propia iniciativa cuando es necesario y utiliza correctamente los materiales necesarios (cortaúñas, tijeras, limas, etc.) con las ayudas técnicas de las que dispusiera o ayuda de otra persona en algún momento de la acción.

Lavarse el pelo: Reconoce la necesidad relacionadas con el lavado, actúa para ello por propia iniciativa, realiza los movimientos y secuencia correctos, y utiliza correctamente los materiales necesarios (agua, champú...) y/o con ayudas técnicas o de otra persona para completar la acción.

Lavarse los dientes y/o de prótesis, en los mismos términos de apartados anteriores. Y la detección de conductas que dificultan la acción (negatividad, agresividad, rechazó) deben ser consignadas.

## ***Vestirse ( Autocuidado )***

Según la CIF

La actividad de “Vestirse” consiste *en llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse la ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones ropa interior, (...), zapatos, botas, sandalias y zapatillas.*

Calzarse. \*

Abrocharse botones\*.

Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo. \*

Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo. \*

El baremo 2011, incluye reconocer/alcanzar ropa y calzado.

En base a tal definición, supondría la capacidad para coordinar los movimientos encaminados a ponerse o quitarse la ropa y el calzado en la secuencia correcta y de acuerdo con las condiciones climáticas y sociales.

Expresa necesidades relacionadas con la actividad de vestirse todo tipo de prendas, los movimientos imprescindibles y secuencia correcta de la tarea, hacerlo a iniciativa propia, pero también el acceso a su propia ropa, mantener la ropa en orden, la coherencia en la elección de vestimenta en atención a diferentes factores y circunstancias, incluyendo la gestión de la ropa sucia... incluye en la actividad de calzarse, aplicable al calzado habitual.

Debe consignarse si existieran conductas que dificultaran la acción de vestirse (negatividad, agresividad, impulsividad) así como la disponibilidad de ayudas técnicas y/o ayuda personal en algún momento del acto de vestirse y/o desvestirse

### ***Mantenimiento de la salud***

Según la CIF el “Mantenimiento de la salud” consiste en cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesiones de la salud; y evitar riegos para la salud.

Requiere (punto de especial interés en su aplicación al **T. M. G**) por parte del evaluado ser consciente de la necesidad del cuidado de la propia salud y la capacidad para establecer hábitos saludables (dieta equilibrada, higiene del sueño, prevención de enfermedades) frente a su conocimiento de los riesgos para la salud de ciertas conductas o hábitos de vida perjudiciales.

Debe consignarse si precisa ayuda para llevar su propio tratamiento médico, chequeos de control, etc. y/o manifiesta conductas que dificultan el mantenimiento de la salud (negatividad, agresividad, impulsividad).

El BVD, incluye los siguientes subapartados a la hora de evaluar la actividad que por su interés para este trabajo en su aplicación al T. M. G.

- Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas. \*Incluye, entre otras, la toma de medicación, su identificación, dosificación y administración adecuada; el seguimiento de pautas indicada por problemas de salud; (ej. insulina). Excepción hecha de la aplicación de cualquier medida terapéutica de carácter profesional).

- Evitar riesgos dentro del domicilio. \*Ser capaz de percibirlos y prevenirlos incluso con ayudas disponibles, pudiendo reaccionar ante ellos; los más frecuentes según las estadísticas, intoxicaciones, caídas, quemaduras... se considera específicamente riesgos asociados a personas con DI/EM se considera p. ej., también el abrir la puerta a extraños... o la falta de actividad de la persona como un factor de riesgo para evitar y reaccionar ante los riesgos.
- Evitar riesgos fuera del domicilio. \*Los principales riesgos fuera del domicilio son la desorientación, el cruzar la calle sin atención y las caídas frecuentes.
- Pedir ayuda ante una urgencia. \*Capaz de pedir ayuda ante situaciones de emergencia dentro y fuera del domicilio .Incluye comprender la situación de urgencia, comunicarlo de forma efectiva a terceros mediante alguno de los medios que habitualmente estén al alcance de la persona

El baremo 2011, contemplará además el subapartado de Solicitar asistencia terapéutica en tanto que el reconocer situaciones de necesidad que requieran asistencia terapéutica, el contactar con los servicios de salud y exponer con coherencia y de forma comprensiva la situación a terceros.

### ***Transferencias corporales (Movilidad).***

“Cambiar y mantener la posición del cuerpo” en la C. I. F. implica adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en la cama y adoptar o abandonar posiciones determinadas.

Las tareas relativas a Cambiar y mantener la posición del cuerpo se han incluido en el BVD como Transferencias Corporales, se corresponden a las siguientes:

Sentarse.

*Adoptar y abandonar la posición de sentado, permanecer sentado, o cambiar la posición del cuerpo de estar sentado a cualquier otra como estar de pie o tumbarse*

Tumbarse.

*Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de tumbado a sentado, o cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse. \**

Ponerse de pie. *Adoptar y abandonar la posición de estar de pie o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse. \**

Transferir mientras sentado. *Moverse estando sentado, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, como moverse desde una silla a una cama.*

Transferir mientras acostado. *Moverse estando tumbado de un lugar a otro en el mismo o diferente nivel, como pasar de una cama a otra.*

La valoración de las transferencias se realizará teniendo en cuenta la capacidad de ejecución física y mental de la persona en relación con su entorno; teniendo en cuenta de manera excepcional los episodios recurrentes de hiperactividad, así como de extrema inactividad en los casos de enfermedad mental documentados en el informe de salud.

En relación con las transferencias corporales

Se evaluará la detección de la necesidad de la tarea, teniendo conciencia de las partes de su propio cuerpo, la iniciativa en la realización de la tarea, secuencia correcta de movimientos, mantenimiento de la posición, incluyendo las ayudas técnicas disponibles. La aparición de conductas que dificulten la acción deberá ser consignada así como la necesidad de ayuda de otra persona para completar la acción.

El nuevo baremo 2011, lo denomina Cambiar y mantener la posición del cuerpo, cambiando la formulación de los subapartados :permanecer sentado, cambiar de tumbado a sentado en la cama, cambiar de sentado en una silla a estar de pie, cambiar de estar en pie a sentarse en una silla, cambiar el centro de gravedad mientras esta acostado.

### ***Desplazarse dentro del hogar***

Desplazamientos dentro y fuera del hogar viene definido por: andar y/o moverse dentro de la propia casa, caminar y/o moverse cerca o lejos de la propia vivienda y capacidad de utilizar los medios de transporte.

Según la CIF “Desplazarse dentro del hogar” comprende andar y moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación y alrededor de toda la casa o zona de residencia.

Las tareas relativas a “desplazarse dentro del hogar”; esto es, andar y/o moverse dentro de la propia casa, en una misma o en diferentes habitaciones, que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

Desplazamientos vinculados al autocuidado.

Desplazamientos no vinculados al autocuidado.

Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones,

Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside.

El evaluado debe identificar correctamente las diferentes habitaciones del hogar, siendo capaz de desplazarse por propia iniciativa a las diferentes habitaciones del hogar, incluso de varias plantas., con un fin o demanda concreta. Se evalúa la secuencia completa así como la utilización de ayudas técnicas que estén a su disposición o la necesidad de ayuda de otra persona o la presencia de conducta alterada durante la evaluación de esta tarea o en apartados anteriores.

La condición de espacio común viene dado por aquellos destinados a funciones precedentes como comer y beber, regulación de la micción/defecación, lavarse, preparar comidas y dormir. Y estancias no comunes el resto de estancias de la vivienda.

El baremo 2011, modifica sustancialmente este apartado orientándolo hacia funciones específicas dentro del autocuidado como vestirse, comer, lavarse, desplazamiento no vinculado al autocuidado, desplazamiento entre estancias no comunes, y desplazamiento a todas las estancias comunes del hogar.

### ***Desplazamiento fuera del hogar***

Según la CIF

La actividad de “Desplazarse fuera del hogar” incluye caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.

Acceso al exterior. \*

Desplazamiento alrededor del edificio. \*

Desplazamiento cercano. \*

Desplazamiento lejano\*

Utilización de medio transporte.

El nuevo baremo 2011 subdivide los subapartados desplazamientos tanto cercanos como lejanos en entornos conocidos /no conocidos.

Expresa la necesidad de salir del domicilio, hacerlo a iniciativa propia, usa escaleras, ascensor... emprender recorridos cercanos o a distancia, conocidos o desconocidos, en cuanto al uso de transporte si es capaz de realizar la secuencia de pasos necesarios y/o necesidad de acompañamiento /ayuda.

Se toma como consenso que el desplazamiento alrededor del edificio corresponde a aquél que se realiza en un radio inferior a 100 metros desde la puerta principal del edificio donde reside la persona valorada.; mientras que el desplazamiento cercano es el situado en un radio de 1000 metros, a partir de esa distancia desde la puerta principal, se considera desplazamiento lejano. En tanto que entorno conocido, aquellos en los que la persona evaluada se desenvuelve habitualmente; desconocidos si no lo hace anteriormente o de forma ocasional.

### ***Tareas domésticas.***

Según la CIF la “Vida doméstica” consiste en llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Agrupa las actividades siguientes.

- Preparar comidas. La capacidad para prepararse, planificar, organizar y servirse la propia comida, elegir alimentos y cantidades en base a un menú seleccionado.

- Hacer la compra. Va más allá de la adquisición de productos necesarios a cambio de dinero, saber comparar precio/calidad su negociación y pago, elaborar una lista mínima de la compra, hacerla personalmente o encargarla a domicilio.
- Limpiar y cuidar de la vivienda en sus diferentes áreas, utensilios,...
- Lavar y cuidar la ropa. Lavado en sus diferentes modalidades, secado, planchado, mantenerla en orden y guardarla.

El evaluado es capaz de realizar la tarea a iniciativa propia, siendo consciente de la necesidad de hacerlo, utilizando adecuadamente las ayudas externas de que dispone o de otra persona y en qué medida de complejidad dentro de la gestión de la propia vivienda... Incluir la identificación de conductas que dificultan la realización de las tareas domésticas (negatividad, agresividad, impulsividad)

### ***Toma de decisiones***

De capital importancia en el caso de personas cuya condición de salud afectará a su capacidad perceptivo-cognitiva, sus funciones mentales, tales como la discapacidad intelectual, o los trastornos mentales.

Según la CIF La actividad de “Tomar decisiones” incluye elegir una opción entre varias, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos de la elección, y formular opciones alternativas en el caso de que la elección no tuviera los efectos deseados, como por ejemplo seleccionar y comprar un producto en particular, en función del uso que se le vaya a dar, o decidir poner en práctica y realizar una tarea de entre varias que se deben hacer.

Desde el BVD se orienta en torno a la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias., buscar opciones, elegir, actuar y evaluar el resultado de la acción.

Agrupar la toma de decisiones relativas a las actividades de autocuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero y uso de servicios a disposición del público. Este apartado se va a organizar, a su vez, en torno a las diferentes áreas.

- Actividades de autocuidado.
- Actividades de movilidad.
- Tareas domésticas.
- Interacciones interpersonales.
- Usar y gestionar el dinero.
- Uso de servicios a disposición del público.

A partir de 2011, las modificaciones del baremo afectaron muy específicamente a esta área.

Con ello, la valoración de la actividad estaría sujeta a la confirmación diagnóstica por afectación del estado mental a partir del informe de salud correspondiente. Aunque de hecho se apunta en el nuevo Real Decreto, a la no exclusión en estos sujetos de dependencia en las tareas anteriores, por falta de coherencia /iniciativa en el desempeño de la misma.

El nuevo BVD los agruparía en:

*Decidir sobre la alimentación cotidiana sobre el cuándo y el qué comer en relación con las necesidades personales.*

- Dirigir los hábitos de higiene personal orientadas al mantenimiento de las condiciones de higiene personal, reconocer la necesidad de higiene y decidir sobre el desarrollo de la tarea de acuerdo con las preferencias personales.
- Planificar los desplazamientos fuera del hogar la necesidad o intención de realizarlo, escoger itinerario y medios de transporte más adecuados para alcanzar un determinado objetivo, previamente establecido por la propia persona con anterioridad al desarrollo de la propia actividad de realizar desplazamientos fuera del hogar.
- Orientar sus relaciones interpersonales con personas conocidas /desconocidas poniendo en práctica las habilidades necesarias para establecer interacciones personales básicas de manera adecuada, valorando por separadoras relaciones interpersonales con personas conocidas y con personas desconocidas.
- Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano ,ser capaz de abordar las transacciones económicas básicas y asumir el control sobre sus recursos económicos con la intención de garantizar una seguridad económica a corto, medio y largo plazo.
- Disponer de su tiempo y sus actividades cotidianas. Disponer de su tiempo, espacio e instrumentos para llevarlo a cabo, procurando un equilibrio entre las actividades productivas y lúdicas o de ocio.

- Resolver el uso de servicios a disposición del público

#### **4.12. Programa Individualizado de Atención (P. I. A).**

Una vez completada la valoración del solicitante por parte del equipo evaluador, a través del correspondiente baremo,, será la Administración Autonómica o Dirección Territorial del IMSERSO quien emita resolución determinando grado y nivel de dependencia alcanzado y en caso de valoración positiva, la elaboración del correspondiente Programa Individual de Atención. P. I. A. (artículo 28 L. A. P. A. D).

La formulación del Programa Individual de Atención, que incluirá la identificación de los recursos requeridos y asignación de prestaciones adecuadas a su situación de necesidad.

Se van a recoger las modalidades de intervención (servicios y/o prestaciones) que a juicio de los profesionales integrantes, se estimen más adecuados en cada caso de entre los existentes en la comunidad. (66)

La definición del Programa Individual de Atención, en tanto que competencia de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas, requiere por parte de estos, conocer bien no solo la situación de la persona valorada, la disponibilidad de recursos y servicios existentes en cada territorio autonómico y el respeto a la elección del beneficiario entre las alternativas que se propongan aunque contando con la excepcionalidad de la concesión de prestaciones económicas sobre servicios de atención.(67)

Se propondrá, a los beneficiarios y/o sus representantes legales, la libre elección de recursos, en torno a los que les hubieran sido reconocidos, que les resulte más apropiada (artículo LAAD, 29).

La planificación individualizada de los casos va a priorizar la utilización de aquellos servicios que permitan a las personas beneficiarias permanecer en su domicilio y en su entorno.

Es preciso puntualizar que si se aplicara estrictamente la LAPAD, solo llevaría aparejado la concesión inmediata de recurso identificado en el PIA, si el grado de dependencia alcanzado por el solicitante entrará en el calendario de aplicación de la Ley.

Asimismo las personas beneficiarias participarán en el coste de los servicios según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.

Para completar el proceso de valoración, apuntar al carácter dinámico de la situación de dependencia y por tanto el preceptivo seguimiento de las misma. Que se someterá a revisión, de oficio o a instancia de parte, cuando se acredite variaciones significativas en su estado de salud, error de diagnóstico o en la aplicación del baremo, incumplimiento del acuerdo.

#### **4.13. El Sistema de Atención a la Dependencia. (S. A. A. D)**

Las diferentes prestaciones y servicios a quienes tienen derecho los beneficiarios de la L. A. A. D. se van a configurar en torno al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), como tal recogido en el artículo 6 de la propia Ley, que lo define como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados". Más concretamente:

- Los centros públicos de las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales.
- Los centros de referencia estatal de Referencia dirigidos a la promoción de la autonomía personal y atención de las situaciones de dependencia.

- Los Centros privados concertados debidamente acreditados.

La responsabilidad de la gestión de esta red de Centros, va a recaer sobre cada una de las Comunidades Autónomas quienes asumirán, en el ámbito de su territorio, los principios básicos y objetivos sobre los que pivota la atención a la dependencia (Artículo 13).

- Garantizar la cobertura del nuevo derecho, optimizando los recursos públicos y privados disponibles.
- El acceso a una serie de prestaciones de carácter público y universal garantizando un contenido común a lo largo del territorio nacional.
- Facilitar al beneficiario una existencia autónoma en su entorno todo el tiempo que desee y sea posible.
- Mejora de su calidad de vida y la de su familia, con incorporación activa en la comunidad
- Un trato digno en un marco de efectiva igualdad de oportunidades .

#### **4.14. Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.**

Con el fin de promover la autonomía o bien la atención a aquellos beneficiarios con problemas de desempeño de ABVD, la ley va a establecer dos tipos de prestaciones, mediante asignación de servicios o prestaciones económicas. Art. 14 L.A.P.A.D.

- Catálogo de servicios (sección 1\* capítulo IV), que son consideradas de carácter prioritario, y se prestarán a través de la oferta pública de la red de servicios sociales de las diferentes CC. AA

- Las prestaciones económicas (sección 2\* capítulo IV de la ley), de carácter excepcional, restringido a aquellas situaciones que quede así establecido en el correspondiente P. I. A. Y se aseguren condiciones de habitabilidad, convivencia y atención por parte de cuidadores no profesionales en que reuniéndose condiciones para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

La prioridad de acceso la marcará el grado nivel de dependencia alcanzado y después entre iguales, la capacidad económica del beneficiario.

Las prestaciones deben considerar fundamentalmente la prevención de situaciones de dependencia y, por contra, la promoción del mayor grado de autonomía alcanzable desde un enfoque marcadamente rehabilitador.

Se promoverá en la medida de lo posible aquellas prestaciones que mantengan al beneficiario lo más próximo a su entorno comunitario más, y la proximidad domiciliaria

El derecho y participación activa, de todo beneficiario y sus familiares tanto en la elección del recurso como en la planificación de cuidados.

Por último se reduce la concesión simultánea de varias prestaciones, principalmente, prestaciones económicas y los servicios, salvo la teleasistencia en los no residenciados.

El artículo 15 de la Ley incluye bajo la consideración de prestaciones del. S. A. A. D.

Los **servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.**

**Servicio de Teleasistencia.**

**Servicio de Ayuda a domicilio.**

(i) *Atención de las necesidades del hogar.*

(ii) *Cuidados personales.*

**Servicio de Centro de Día y de Noche.**

(i) *Centro de Día para mayores.*

(ii) *Centro de Día para menores de 65 años.*

(iii) *Centro de Día de atención especializada.*

(iv) *Centro de Noche.*

**Servicio de Atención Residencial:**

(i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.

(ii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

El Libro Blanco sobre la Dependencia entre sus conclusiones se apuesta por un catálogo de prestaciones unificado y de mínimos para todo el territorio nacional, que responda a las necesidades específicas de cada caso en cuestión y a las del entorno. Vino a proponer el siguiente catálogo de servicios ligados al Sistema Nacional de Dependencia:

- *De atención de las necesidades del hogar*

- *De cuidados personales*
  
- *Programas de apoyo a familias cuidadoras*
  
- *Servicio de autonomía personal*
  
- *Atención residencial*
  
- *Residencia Asistida*
  
- *Centros de Atención Dependientes Psíquicos*
  
- *Centros de Atención Dependientes Físicos*

### ***En Cantabria...***

Dentro de los servicios existe una ajustada clasificación proveniente de la ley de Cantabria 6/2001, de atención y protección a las personas en situación de dependencia, en su artículo 4. 3. de la misma ley pasa a describir los centros y servicios de atención a las personas dependientes, que podrán utilizarse de forma temporal o permanente, agrupándolos en tres niveles (de protección):

- Primer nivel: servicios de apoyo en el domicilio, de ejecución por la Administración local:

Teleasistencia o tele alarma. Servicio que, a través de líneas telefónicas o de cualquier otro sistema de comunicación a distancia, permite estar a una persona dependiente en contacto permanente con un equipo de apoyo.

Servicio de atención domiciliaria. Recursos de carácter básico de ayuda personal que permita permanecer el mayor tiempo posible a la persona dependiente en su domicilio, recibiendo atenciones que faciliten la recuperación o mantenimiento de su autonomía.

- Segundo nivel: Centros y Servicios de atención diurnas.

Centros de día o servicios de estancias diurnas. Son centros sociosanitarios cuyas funciones son las de apoyar a los cuidadores informales evitando institucionalizaciones innecesarias y no deseadas, facilitando la permanencia de la persona dependiente en su entorno y ofreciendo una atención preventiva, educativa, sociocultural y rehabilitadora durante el día.

- Tercer nivel: centros y servicios de atención continuada de veinticuatro horas.

Centros de atención de veinticuatro horas. Son centros destinados a personas dependientes que precisan una atención continuada, personal y multiprofesional. Existirán distintos centros de acuerdo a los distintos niveles de dependencia, cuyas características se desarrollarán de forma reglamentaria.

- Otro sistema de clasificación permitiría la subdivisión en **dos niveles**:

Primario, general o comunitario: Desde este nivel, las personas dependientes y sus allegados pueden acceder a servicios de proximidad, que aunque con variaciones según las comunidades tienden a incorporar atención domiciliaria, la telealarma, Centros de Día así como ciertos programas comunitarios.

Secundario o especializado: Incluirían servicios diurnos y residenciales, según niveles variables de discapacidad, viviendas tuteladas, compartidas, Residencias-hogar o asistidos de forma permanente o temporal, incluyendo plazas para respiro familiar.

**Los grandes bloques dentro del Catálogo de Servicios de la LAPAD** contemplarían:

Servicio de teleasistencia.

Servicio de ayuda a domicilio.

Servicio de centro de día o de noche.

Servicios residenciales, tanto en estancia permanente como temporal.

*Servicio de Teleasistencia. (Artículo 22)*

Servicio técnico telefónico de asistencia 24 horas, de atención y respuesta al usuario ante situaciones de emergencia o necesidad social.

El servicio incluye:

- La instalación de los equipos, en los domicilios de los usuarios, mantenimiento e información sobre su uso.
- La atención mediante la movilización de recursos comunitarios procedentes ante situaciones de emergencia sanitaria o de situaciones de necesidad social.
- La atención ante demandas concretas con periodicidad preestablecida, recordatorio toma de medicación, consultas médicas, contactos de seguimiento, información sobre recursos sociales existentes...

*Servicio de Ayuda a Domicilio. (Artículo 23).*

En base a la priorización que desde la ley pretende darse a aquellos servicios que posibiliten la permanencia del beneficiario en su entorno, se constituyen dentro de este servicio todas aquellas actuaciones, prestadas por entidades o empresas llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, tanto en lo

relacionado con su atención personalizada en actividades básicas de la vida diaria, como en sus necesidades domésticas o del hogar o incluso el apoyo y atención psicosocial.

*Servicio de Centro de Día y de noche. (Artículo 24)*

El servicio de centro de día o de noche cubriría las necesidades de servicios básicos, manutención transporte..., como especializados asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación, habilitación o atención integral asistencial y personal (aseo, comidas....). Durante el periodo diurno o nocturno a las personas beneficiarias., con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o personas cuidadoras en virtud de su discapacidad.

*Servicio de Atención residencial. (Artículo 25)*

Son servicios que ofrecen estancias residenciales desde servicios básicos de alojamiento, asistencia en ABVD, vacaciones y respiro de las familias y personas cuidadoras. Hasta especializados (que incluyan atención médica, enfermería, programas específicos de intervención con atención continuada de carácter personal y sanitario con carácter permanente o temporal.

*Servicio de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía. (Artículo 21)*

Con el objeto de prevenir el agravamiento del grado y nivel de dependencia, mediante promoción de condiciones de vida saludable y programas específicos de prevención y rehabilitación.

Los programas tendrían pues un carácter preventivo y de rehabilitación, dirigido hacia la reversibilidad y recuperación. Ocupacional, educativo, social... y la promoción de condiciones de vida saludables, exigiendo el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud.

Este servicio englobaría todas aquellas actuaciones focalizadas hacia los tres niveles de prevención, primaria, secundaria y terciaria de la discapacidades/disfuncionalidad.

Mediante la creación de programas específicos de prevención de las situaciones de dependencia, elaborados por las diferentes CC. AA. Cuyos criterios y condiciones mínimas exigibles fueran predeterminados por el Consejo Territorial del S. A. A. D. y actuaciones comunitarias.

(En lo que respecta a las cuantías e intensidad de la protección de las prestaciones económicas\*, estas están reguladas jurídicamente por RD 727/2007 (68) de 8 de junio en sus art 12, 13, 14 y por parte de las CCAA competentes en la materia, los criterios y condiciones de la percepción de la prestación).

*Prestación económica vinculada al servicio.( Artículo 17)*

Destinada a la adquisición de un servicio cuando no exista oferta pública o no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado.

*Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.*

*(Artículo 18).*

De modo EXCEPCIONAL el beneficiario podrá optar por ser atendido en su ámbito familiar, siendo su cuidador recibirá una compensación económica, para ello deberá cumplir con lo establecido en las normas sobre afiliación, alta y cotización a la seguridad social respecto a esa actividad.

*Prestación económica de asistencia personal. (Artículo 19).*

Destinada a contribuir a la contratación de una persona que preste atención personalizada durante un número de horas determinadas y que facilite al beneficiario una vida más autónoma, y accesible en su entorno personal, social, laboral...

\*Paralelamente, la Disposición Adicional Tercera de la Ley, contempla que las Administraciones Públicas pudieran establecer acuerdos para la concesión de ayudas económicas. Además de los servicios básicos estas ayudas o subvenciones, tendrían la finalidad de favorecer una mayor autonomía personal y la permanencia en el domicilio habitual a las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles

Tales ayudas serían complementarias del Catálogo de servicios y de las prestaciones económicas del Sistema, y no se configurarían como derecho, estando sujetas a disponibilidad presupuestaria. Son complementarias del Catálogo de servicios y de las prestaciones económicas del Sistema

Se consideran dos tipos de ayudas:

**Ayuda técnicas:** productos o instrumentos que utilizado por una persona con discapacidad, compensa o atenúa la limitación, p. ej., audífono, facilite la accesibilidad en el hogar y la eliminación de barreras rampas de acceso, ascensores...

**Ayuda personal:** destinada a sufragar la necesaria colaboración de otra persona, en la realización de una actividad de la vida cotidiana. Incluye la necesidad de supervisión.

## **5. T. M. G. y dependencia**

La ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia supuso el reconocimiento de un nuevo derecho a la ciudadanía fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad y una oportunidad excepcional para dar respuesta a las necesidades sociales de las personas con trastorno mental grave (TMG) (69) .

Es un hecho que la dependencia, aun presente en todas las edades de la vida, afecta mayoritariamente al grupo de edad superior a 65 años. Pero no por ello, debe obviar la existencia de otros colectivos, como es el caso del T. M. G. (70)

Como ya se concretó en un apartado anterior, la conceptualización de T. M. G. debe reunir tres elementos:

- Un diagnóstico clínico de patologías que entran fundamentalmente en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno esquizofrénico y Trastorno bipolar).
- Curso evolutivo con una persistencia en el tiempo de 2 o más años.
- Afectación grave en el funcionamiento personal, laboral y social.

La dependencia relacionada con el TMG presenta algunas características especiales que pueden dificultar su evaluación.

- Frecuencia de recaídas alta y marcada heterogeneidad de los casos, una misma patología en diferentes individuos puede dar lugar a grados diferentes de dependencia.
- La falta de conciencia de su enfermedad y discapacidad es otra característica de esta población en el que la sintomatología negativa: apatía, abulia, restricción de intereses, y los cognitivos, son difíciles de valorar, y debe tenerse en cuenta para su correcta apreciación la necesidad de ayuda y supervisión.
- Elevada vulnerabilidad al estrés con reagudizaciones sintomáticas secundarias a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.

- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente, en la realización de las actividades de la vida cotidiana de forma independiente con repercusión funcional variable.

A este respecto, los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) realizada por Instituto Nacional de Estadística-IMSERSO-ONCE en 1999 mediante un análisis específico para las personas con Trastorno Mental Grave, destacarían como áreas deficitarias **más frecuentes** las siguientes:

- Autocuidado (14, 87%)
- Tareas del hogar (72, 86%),
- Desplazarse fuera del hogar (67, 4%).

En otras áreas relacionadas con el **funcionamiento mental básico**: orientación, capacidad ejecutiva, el aprendizaje (54, 92%), no son consideradas propiamente como actividades de la vida diaria, en el baremo de dependencia, lo que para algunos autores, incluido el propio Libro Blanco, estaría la causa de la escasa representación del colectivo T. M. G. , subestimado el número de personas dependientes debido a trastornos mentales y demencias.

El núcleo familiar pasa a desempeñar, un papel muy importante y exigente, donde tiende a generarse por una parte, una relación de mayor dependencia y por otra, un mayor número de situaciones conflictivas.

Dificultades de acceso al mundo laboral, inestabilidad y falta de respuesta a las exigencias del mercado de trabajo de alta tasa de desempleo (estimada entre el 60 y 90%). lo que favorece su marginalidad, suponiendo un obstáculo más para su plena integración social.

La menor expectativa de vida de estos sujetos, de media unos diez años de vida más corta que la población sana, mayores tasas de suicidio, abuso de sustancias, efectos secundarios de tratamientos psicofarmacológicos prolongados o retraso diagnóstico y dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.

En base a sus características, los trastornos mentales graves pueden incluirse en la consideración del “**usuario sociosanitario**”, (31) según el Modelo de Atención al T.M.G., en su doble afectación de problemas de salud y limitaciones funcionales y por tanto resituarse en una visión más amplia de lo estrictamente sanitario, hacia un enfoque que aúne la atención del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales. En este mismo documento también se orientan las intervenciones precisas en cada caso particular, en torno a la Rehabilitación.

### **5.1. La entrevista de valoración.**

Debe ser aplicable a las personas con discapacidad intelectual /enfermedad mental, que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

El cuestionario de valoración se aplicará en forma de entrevista, y se valorará especialmente la necesidad de apoyo y supervisión.

Serán asimismo de crucial importancia para una correcta aplicación del baremo, como fuentes de información, tanto el informe de condiciones de salud de la persona solicitante de evaluación del entorno y la aportación de los informes de los equipos especializados que le atienden.

Otras condiciones a tener en cuenta serían la frecuencia de los brotes de la enfermedad y que se garantice el estado basal del enfermo durante la valoración.

Se va a disponer de un plazo no superior a dos años para la revisión de la valoración y la confirmación de las intervenciones terapéuticas indicadas.

#### La persona a evaluar.

Una circunstancia particular de las personas con TMG es su tendencia a minimizar su déficit de sus limitaciones de funcionamiento en la realización de AVD; llegando a reconocer -erróneamente- que desempeñan actividades del mismo modo que antes de enfermar. La falta de espontaneidad, de interés, de conciencia de enfermedad, la apatía, abulia, sintomatología negativa también puede sesgar significativamente y por defecto la evaluación.

Por contra, también se apunta en el propio MANUAL DE AYUDA A LOS EVALUADORES la posibilidad de engaño, de exageración y/o simulación de las dificultades, con finalidad ganancial, con detección de actitudes sugestivas de simulación: síntomas vagos, mal definidos, exagerados, cuando no teatralizados, inconsistentes o no conformes con los signos y síntomas ya conocidos., basadas en el trabajo de Resnick (71).

Estos aspectos pueden no ser evidentes, a lo largo de la entrevista personal de ahí que juegue un papel primordial la participación del cuidador principal, de existir este o un informante cercano

que pueda ratificar o contrastar los datos obtenidos del usuario. Esta tercera persona con conocimiento ajustado de la situación de la persona con enfermedad actuará como informante complementario(72).

### El evaluador

Desde la Comisión de Valoración de la Discapacidad del CERMI Estatal se sugiere definir un perfil mínimo (técnico) de la persona valoradora, con una visión homogeneizadora, que disminuya las diferencias ínter-evaluador. e incremente la fiabilidad en la valoración.

En relación con los equipos de valoración se apuesta por la colaboración con tales equipos, dentro de la pretendida coordinación, se ha propuesto incluso por parte de esta comisión, la creación de equipos específicos, con conocimientos especializados que, sean los responsables de efectuar las evaluaciones a este sector de población, cuanto menos la coordinación con los equipos de salud mental que constan como referentes en los informes de salud aportados (73).

La evaluación del grado de dependencia del TMG da especial importancia al análisis de los informes sobre la situación de salud de las personas con TMG y los de su entorno; por tanto de garantizar la coherencia y ajustada coordinación entre los equipos de salud y sociales implicados en ambas vertientes respectivamente.

### **5.2. El informe de salud específico de salud mental.**

Los aspectos esenciales que van a aparecer en el informe específico de salud mental en el TMG quedan agrupadas en tres procesos evaluadores: área clínica, área de la evaluación funcional, área de evaluación del entorno. Estaría incluido además de las áreas básicas de evaluación una cuarta con propuestas terapéuticas de soporte y apoyo.

Se parte del hecho de que estos usuarios requieren una atención especializada y toda vez que los Equipos de Atención Primaria de Salud pueden ser insuficientes para conocer la situación actualizada de la persona desde las diferentes áreas de evaluación pretendidas y sus necesidades de atención.

Esta vía de atención se convierte así, en una de las fuentes principales de información sobre la persona con TMG. para el equipo de valoración de la dependencia, al proporcionar datos objetivos de la enfermedad.

Se trataría de la emisión de un informe ESPECÍFICO de salud mental, realizado por los profesionales especialistas que atienden a la persona (18).

Objetivos del informe específico de salud mental.

- Reflejar la realidad clínica, incluida la salud física, social y de su entorno
- Recoger la evaluación individualizada de las necesidades y limitaciones detectadas en la evaluación y en los servicios y recursos de rehabilitación psicosocial que participan en su tratamiento.

### **5.3. La evaluación por áreas.**

#### **5.3.1. Área clínica**

Incluye el **psicodiagnóstico**, esto es, proporciona los datos diagnósticos que han dado lugar a la consideración de trastorno mental grave de la persona solicitante.

- Sintomatología

- Reflejar comorbilidades de patologías físicas que van a influir, en el desempeño, planificación y organización de la actividad diaria, sumando limitaciones a las capacidades y habilidades de la persona con TMG.
- Otros factores comórbidos, el consumo concomitante de tóxicos o la presencia de unos rasgos caracteriales anómalos.
- Curso y evolución de la enfermedad Nº de recaídas/ hospitalizaciones en el último año.
- Factores de riesgo de recaídas consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, tabaco) antecedentes personales y familiares, personalidad premórbida, rasgos de personalidad.
- Tratamiento psicofarmacológico, adherencia y administración de la medicación Tratamiento psicológico/psicoterapéutico, adherencia al mismo (incluyendo si necesita supervisión o no para la toma de la medicación), nivel de conciencia de enfermedad.
- Seguimiento, atención y cuidados que requieren de una vinculación estrecha al CSM (asistencia, atención, memoria, comprensión, orientación, percepción social).

### **5.3.2. Área funcional.**

La evaluación de la capacidad funcional en personas con TMG (31) incluye aspectos relacionados con lo recogido en el área clínica, como:

Las habilidades para el desempeño de actividades de la vida diaria relacionados con el autocuidado (hábitos relacionados con la alimentación, aseo e higiene personal, uso y cuidado adecuado de ropa y enseres personales, de su estado de salud) ocupación y funcionamiento

social, relaciones interpersonales, manejo y uso del dinero, del transporte público y con los recursos de la comunidad.

Evaluación del funcionamiento cognitivo (habilidades conservadas vs deficitarias: memoria, atención, comprensión, coordinación psicomotora, percepción social, orientación, planificación)

Identificación de las dificultades y limitaciones de su autonomía en actividades de la vida diaria así como los recursos, programas y dispositivos idóneos para satisfacer las necesidades de apoyo y supervisión.

Se hace necesaria la organización de la información en parcelas, atendiendo a lo que se ha dado en llamar “áreas vitales” (Fernández Blanco y otros, 2002). Una propuesta de organización en seis áreas sería (74):

- *Área de autonomía y gestión económica: formación, capacitación e inserción laboral.*
- *Área social y de tiempo libre.*
- *Área de convivencia, relaciones familiares y pareja.*
- *Área de autonomía doméstica.*
- *Área de autonomía en el entorno comunitario.*
- *Área de salud: evaluación clínica, prevención de recaídas, uso de drogas, hábitos de salud ...*

### **5.3.3. Área de evaluación del entorno.**

Las relaciones del sujeto con el entorno en sus diferentes ámbitos influyen de manera definitiva en su situación de dependencia, condicionando las posibilidades de su autonomía personal y su proceso de recuperación

Un factor determinante de la discapacidad es la relación entre el nivel de apoyo necesitado y el recibido por el entorno en el que se desenvuelve cada individuo condicionante del estatus y evolución de las personas con TMG.

La evaluación funcional previa detecta las necesidades y limitaciones personales del sujeto mientras que la evaluación del entorno, las posibilidades de éste para afrontar sus discapacidades, para compensar sus limitaciones, teniendo en cuenta los factores facilitadores o barreras asociados.

Por un lado, los recursos personales, familiares y sociales de que dispone el TMG, por otro, los apoyos y soportes eficaces y el nivel de accesibilidad de los recursos comunitarios y de rehabilitación formando parte del tratamiento integral en la atención a estas personas con TMG,

Las características de la relación de la persona con el entorno desde los diferentes ámbitos de intervención se concretan en:

- FACTORES PERSONALES en relación con la actitud personal del sujeto, ante la enfermedad y la discapacidad, ajuste premórbido, adherencia y alianza terapéutica, hábitos de vida saludables...

- FACTORES relacionados con entorno físico y vivienda: condiciones de habitabilidad, accesibilidad, equipamiento y limpieza.
- FACTORES económicos: disponibilidad, soporte y administración/gestión económica.
- FACTORES relacionados con la participación social: soporte social organizado o espontáneo (primario) por parte del entorno familiar (soporte afectivo, carga familiar, convivencia y relaciones familiares,) y apoyo del cuidador principal informal o profesional. Estigma social. Adopción de medidas de protección legal, en el ámbito civil. (Incapacitación)
- FACTORES relacionados con el acceso a RECURSOS Y SERVICIOS necesarios para que la persona pueda tener una evolución positiva hacia la recuperación y/o evitar el deterioro. Disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios sanitarios, sociales, especializados en Rehabilitación Psicosocial, o comunitarios normalizados. Otros apoyos informales significativos en la comunidad.

#### **5. 4. Consideraciones Especiales del Baremo.**

El artículo 27. 4 de la Ley recoge la existencia de un único baremo en todo el Estado español, aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto, para valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

Se trata pues de que este baremo responda con sensibilidad a la discapacidad psíquica, considerada más compleja de valorar que otras más físicas., en el caso de TMG. (75)

Dado que la incorporación de las personas con enfermedad mental grave en el marco general de las prestaciones por dependencia fue realizada en un segundo momento, ello supuso incluir una serie de adaptaciones al proceso de valoración.

Con la denominación DIEM se va a hacer referencia a los colectivos de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental (incluido daño cerebral) u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptiva-cognitiva.

La adaptación de los baremos DIEM supone la configuración sobre la tabla general de una tabla específica para valorar tanto la enfermedad mental como la discapacidad intelectual, con distribución de las escalas de puntuación en base a alcanzar una ponderación más ajustada a las consideraciones de este sector de población; tal forma que será tenida en cuenta, aquella puntuación que resulte más beneficiosa.

De un total de puntos de 100, la propuesta final para el DIEM, distribuirían las puntuaciones comparativamente: comer y beber 10 (17, 4); Regulación de la micción y defecación. 7 (14, 5); lavarse 8 (8, 6); otros cuidados corporales 2 (2, 9); vestirse 11, 6 (11, 6) ; mantenimiento de la salud 11(2, 9); transferencias corporales 2 (7, 2); desplazamiento dentro del hogar 12, 1 (12, 1); desplazamiento fuera del hogar 12, 9 (12, 9); tareas domésticas 8 (8) ; toma de decisiones 15, 4 (10).

Sin embargo, para llegar a esa situación este baremo ha sufrido numerosas modificaciones en relación a su aplicación al TMG.

La propuesta inicial (diciembre 2006) no incluía Toma de decisiones ni tareas domésticas. Comer y beber, regulación de micción y defecación, lavarse, otras actividades corporales, vestirse,

mantenimiento de la salud, transferencias corporales, desplazarse dentro y desplazarse fuera del hogar.

En enero 2007 el Consejo Territorial aprueba la incorporación de una actividad: toma de decisiones en referencia a personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental. Se incorporan:

- Niveles de desempeño de las tareas:” si “, en caso de realizarla por sí mismo; “no”, cuando necesita algún tipo de apoyo para su realización y” NA” cuando no sea aplicable.
- Problemas en el desempeño de las tareas: F (no ejecuta físicamente), C (no la comprende) e I (no muestra iniciativa).
- Grados de apoyo: SP (supervisión/preparación), FP (asistencia física parcial, FM (asistencia física máxima)
- Puntuaciones globales del baremo oscilan de 0 a 100 y de los diferentes grados Grado I ,25-49, Grado II 50-74, Grado III 75-100

El Consejo Territorial, de marzo 2007, establece la denominación del baremo de Valoración de Dependencia (BVD) recogido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril recoge el baremo de valoración para las prestaciones por dependencia. Y la incorporación de otra actividad: tareas domesticas (preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar la ropa. concretamente para las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental :

- Entrevista con participación de persona próxima al beneficiario.
- Se establece un nuevo grado de apoyo: ES asistencia especial

- Doble valoración, general y específica, utilizando la más beneficiosa
- Valoración tendrá lugar en el estado basal o situación habitual.
- Reevaluación anual.

Asimismo, en las conclusiones del Grupo de Trabajo de Directores Generales del SAAD, de mayo de 2009, donde se fijan las bases de la propuesta de nuevos acuerdos del Consejo Territorial del SAAD entre otras cuestiones en materia de valoración y mejora del baremo existente que, cuya reforma sería abordada en 2010. Se hace constar las limitaciones inherentes al baremo, en la identificación del estado de dependencia causada por enfermedad mental, la necesidad de seguimiento del caso, la idoneidad de los servicios ajustados a sus necesidades, se apunta incluso a establecer una figura equivalente al gestor de caso.

Aquí nos referiremos al análisis del baremo inicial, de 2007 si bien a raíz de la modificación posterior en 2011, en la naturaleza de los resultados, en el fallo del desempeño, en la exclusividad de aplicación del ítem Toma de decisiones, para los sujetos con una condición mental alterada.

#### **5. 5. La aplicación del baremo al TMG.**

El sistema para la autonomía y la atención a la dependencia y las personas con trastorno mental a las personas con TMG pueden ejecutar físicamente la acción pero pueden necesitar apoyo de otra persona para comprender y conocer los hechos, circunstancias, así como para evaluar los efectos de sus decisiones.

Señalar si se considera que le falta iniciativa o coherencia para realizar las actividades de la vida cotidiana, o tareas ocupaciones, laborales o lúdicas.

El cuestionario recogerá la valoración del desempeño, por parte del solicitante, de diferentes actividades, en términos **cuantitativos**, a partir de la puntuación global de la actividad. (con valores diferentes en el caso de aplicación DIEM) y tomando como referencia los usos o perfiles de normalidad

**Cualitativamente**, en términos generales, se considerará la etiología del déficit del desempeño en el caso de que le hubiere; por falta de capacidad o competencia física,

- Por falta de competencia psíquica, (capacidad mental o de comprensión en la realización de la tarea) y/o de iniciativa o falta de estímulo para la planificación de la acción...
- En el caso de personas con alteraciones del funcionamiento mental, se observarán los posibles problemas de desempeño relativos a la capacidad de comprender, secuenciar o iniciar las tareas. C y I para el DIEM.
- La cognición (C), o falta de comprensión y/o coherencia y/o desorientación en la ejecución de la tarea. Alrededor de tres cuartas partes de los problemas de desempeño se relacionarían con la iniciativa o comprensión, siendo de menor relevancia los problemas de dependencia relacionados con problemas físicos lo que implicaría ser capaz de evaluar una situación, decidir sobre ella y la planificación de su ejecución.
- La falta de estímulo o, mejor dicho, en la falta de iniciativa (I) en la realización de la tarea. En el TMG, esta falta de iniciativa, anhedonia, abulia y el desinterés ó la apatía presente en muchos de estos enfermos les conduce a no realizar las actividades por no considerarlas necesarias, disponer de una capacidad disminuida para afrontar el estrés y ser capaz de planificar las posibles alternativas y la búsqueda de ayuda.

Mayoritariamente, el **Tipo de apoyo** necesario para compensar la falta de desempeño en el TMG exigiría:

- Necesidad de Supervisión (SP) o estimulación verbal o gestual a la persona valorada en la realización de las tareas domésticas a fin de que las desarrolle adecuadamente, así como la orientación en la toma de decisiones sociolaborales y personales. La mayor parte de los problemas de desempeño en las personas con TMG requieren supervisión.
- Necesidad de asistencia o Apoyo Especial (ES) derivada de la falta de colaboración cuando no resistencia activa opositora u hostil ante la prestación de apoyo en la actividad en aquellos sujetos afectados de trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos.

#### **5. 6. Las áreas de valoración.**

El modelo de atención a personas con enfermedad mental grave (31) apunta hacia unas áreas de valoración que considera especialmente sensibles en este caso para ser tenidas en cuenta:

- *Ejecución de tareas*: iniciativa, secuencia in y comprensión de la tarea.
- *Accesibilidad a servicios* sanitarios, sociales, comunitarios.... su utilización y comprensión de los mismos, incluido el transporte.
- *Mantenimiento de la Salud*, en un sentido amplio del concepto incluyendo no solo la aplicación de tratamientos (incluye la medicación), sino también hábitos de vida, alimentación, capacidad de identificar las propias necesidades y poder comunicarlas para recibir apoyo, sin el cual una persona con TMG no podría desarrollarlas.

- *Uso, valoración y gestión adecuado del dinero*, de vida y transacciones económicas.
- *Interacción social*, capacidad para relacionarse adecuadamente y mantener una imagen social (aseo, vestimenta y presentación) aceptables dado que el aplanamiento afectivo, abulia interpersonal y falta de iniciativa, conducen al aislamiento social, la pérdida de amigos, las relaciones interpersonales.

Vendría a asemejarse el cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II), que evalúa las seis áreas o dominios siguientes:

- Autocuidado
- Movilidad y capacidad para manejarse en el entorno.
- Actividades de la vida diaria domésticas
- Comprensión y comunicación con el mundo.
- Interacción con otras personas.
- Participación en la comunidad

Concretando , en el baremo de dependencia específico, las actividades con menores limitaciones y frecuencia de problemas de desempeño serían aquellas relacionadas con la micción y defecación y cambiar y mantener la posición del cuerpo ;las más afectadas, serían lavarse, otros cuidados corporales, mantenimiento de la salud, desplazamientos fuera del domicilio, tareas domésticas, y tomar decisiones.

En cuanto a este último, cobra particular interés el parámetro de funciones ejecutivas, apartado 11 "toma de decisiones" y su aplicación a diferentes áreas de autocuidado, movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, uso y gestión del dinero y uso de servicios a disposición del público.

## AUTOCUIDADO

Una de las mayores y frecuentes deficiencias en el TMG es la referente a las actividades básicas de la vida diaria: aseo en general, vestirse y cuidado y mantenimiento de la salud habitual. Englobando situaciones diversas, desde la ausencia global o parcial de actividad por la falta de iniciativa o, aún tomando la iniciativa, las dificultades en el tiempo de ejecución, la falta de reconocimiento de tales dificultades o incluso de la necesidad de corregirla.

La mayoría de las personas con enfermedad mental, aun pudiendo ejecutar este tipo de actividades de forma autónoma, sin embargo, en muchas ocasiones van a requerir de apoyo supervisado. Cualitativamente, este tipo de actividades pueden resentirse en tanto relacionadas con el mantenimiento de la imagen social.

### ***Valoración "en comer y beber".***

Las personas con TMG suelen adolecer de la iniciativa para ir a comer y beber, una planificación adecuada del régimen de comidas y horarios y desestructuración de los mismos, bien apenas alimentarse, bien comer en exceso, llevar dietas, poco equilibradas, cuando no francas transgresiones dietéticas, frente a la existencia de problemas de salud, asociados a la alimentación. El nuevo baremo incluirá parte de estos aspectos específicos, en el apartado de tomar decisiones.

Otras desviaciones de la normalidad, ingesta descontrolada de líquidos (dipsomanía), abuso de sustancias excitantes como p. ej. cafeína; cualitativamente, en torno a los usos, interacciones y convenciones sociales en torno a la comida...

***Valoración en “higiene personal relacionada con la micción y defecación”.***

Existiría con frecuencia una falta de continuidad en el mantenimiento de la higiene por la apatía y desinterés provocado por su enfermedad de forma que puede ser necesario un nivel de seguimiento y apoyo (supervisado).

***Valoración en “lavarse”.***

Al igual que en apartados anteriores, la ejecución física de las tareas no suele verse comprometida; el problema radica en la falta de iniciativa para lavarse. A ello se añade la dificultad para establecer este hábito que, no obstante, también puede darse por exceso, por la sobrestimación de las necesidades higiénicas, a través del desarrollo de rituales.

***Valoración en “otros cuidados corporales”.***

Es frecuente la falta de iniciativa, el descuido en todo lo relacionado con cortarse las uñas, higiene bucal, el cabello con la frecuencia adecuada y la necesidad de supervisión en las tareas.

***Valoración en “vestirse”.***

Vestirse de manera socialmente aceptable, cambios de ropa adecuada en la secuencia correcta y de acuerdo a cánones sociales. En consonancia con ello, tienden a necesitar apoyo y supervisión para vestirse con ropa limpia y adecuada al contexto.

### ***Valoración en “mantenimiento de la salud”.***

El autocuidado de la salud tanto física como mental así como la prevención y el seguimiento de pautas sanitarias suelen ser deficitarios.

Debido, fundamentalmente, a la falta de conciencia de enfermedad, las dificultades con el cumplimiento del tratamiento, psiquiátrico o no, tienden a ser frecuentes por defecto, en el TMG pero también por dificultades en el seguimiento de las pautas, ideas erróneas, intolerancia o efectos secundarios atribuidos a la medicación.

Cuidar de la propia salud exige, en términos más amplios, ser capaz de seguir las indicaciones de los profesionales de la salud, evitar riesgo de enfermedades, adopción de medidas preventivas, cuando no evitación de hábitos perjudiciales beber alcohol, consumir otros tóxicos o conductas sexuales de riesgo y el uso irregular (automedicación) y abusivo de determinados psicofármacos.

Las necesidades de apoyo pueden orientarse a maniobras tales como la supervisión de la toma y administración de medicación, de la prescripción de recetas, gestión de la necesidad urgente de ayuda, asistencia y acompañamiento a las consultas médicas.

## **MOVILIDAD**

La movilidad de una persona con TMG no suele verse comprometida por dicha causa de enfermedad. Sin embargo, teniendo en cuenta que la movilidad es consustancial a la mayoría de actividades a valorar, puede verse relacionada con su falta de iniciativa y planificación o la resistencia o evitación fónica hacia cualquier posible traslado hacia algún espacio concreto.

### ***Valoración de “cambiar y mantener la posición del cuerpo”.***

No es frecuente que se observen problemas de la ejecución física para cambiar y mantener posiciones por causa de trastorno mental, sí tendencia a la hipo/hiperactividad motora o sensación de pérdida de control voluntario del propio cuerpo, asociada a pero no significaría una alteración de esa transferencia.

### ***Valoración de “desplazarse dentro del hogar”.***

En el caso de personas con enfermedad mental, estos físicamente no tienen ningún impedimento, pero si falta de iniciativa para hacerlo, su planificación e interacción para desplazarse dentro del hogar, no obstante, se tendrán en cuenta otras circunstancias más propias de este colectivo, como su posible tendencia al aislamiento.

Puede comprometer la realización de otras áreas de autocuidado, al incluir los movimientos para dirigirse al aseo, al lugar donde se encuentra la ropa, a comer...

Incluye en la valoración, su iniciativa a la hora de interactuar con otras personas, integrantes o no de la unidad familiar, vía telefónica, abrir la puerta.

### ***Valoración de “desplazarse fuera del hogar”.***

La deambulación fuera del espacio propio, domiciliario, uso del transporte público o privado.

El aislamiento, la ausencia de red social, la necesidad de acompañamiento en cualquiera de las secuencias del desplazamiento.... Deben tenerse en cuenta para considerar no solo la falta de desempeño sino el grado de apoyo requerido en base a la causa de la deficiencia. (miedo a salir, desorientación....).

## VIDA DOMÉSTICA

En el hogar, dentro de la unidad de convivencia han de realizarse una serie de tareas periódicas de diversa complejidad pero que exigen capacidad física, iniciativa y planificación y de resolución de problemas es una de las facetas más afectadas en el TMG.

### ***Valoración de “tareas domésticas”.***

Valorable en el caso que el sujeto viva solo, la limpieza en general, el cuidado del mobiliario, enseres adquiridos, compras realizadas... Para el cuidado del hogar las personas con TMG lo más habitual es que necesiten de apoyos para la realización de todas las tareas de un modo u otro,...

### ***Valoración de “tomar decisiones”.***

Cualquier dificultad en lo concerniente a la Toma de decisiones lleva consigo una merma en su autonomía máxime en sus periodos de crisis; siendo preciso determinar en qué áreas se concretan los déficits.

La necesidad, en muchos casos, de supervisión y apoyo viene conformándose, ya de antaño, en la figura legal del tutor. Que sean otras personas como tal designadas las que asuman o coparticipes de las decisiones correspondientes al enfermo, en este caso, TMG.

No obstante, durante la valoración de dependencia, deberá determinarse en qué tareas es necesario algún tipo de apoyo pero vinculado a una situación de dependencia.

En base a la enfermedad mental, la anergia y falta de motivación/iniciativa y/o coherencia, comprensión contribuiría a un mayor grado de afectación en esta área ya que como consecuencia

de ello, se condicionaría su ajuste personal, social, laboral, económico. Más exactamente en el baremo inicial 2007 /modificado 2011.

- **Actividades de autocuidado.** Englobaría los ítems del nuevo baremo, Decidir los alimentos y dirigir los hábitos de higiene personal.
- **Actividades de movilidad.** Incluiría planificar desplazamiento fuera del hogar
- **Tareas domésticas.** Su planificación y organización secuenciada de las diferentes tareas incluye la limpieza en general, el cuidado del mobiliario, enseres adquiridos, compras realizadas... Para el cuidado del hogar las personas con TMG lo más habitual es que necesiten de apoyos para la realización de todas las tareas de un modo u otro...
- **Interacciones interpersonales.** Se evalúa si escapar de orientar sus relaciones interpersonales con personas conocidas /desconocidas, valorándolas por separado en base a sus habilidades o falta de ellas; capacidad de comunicarse eficazmente, demostrar sentimientos, afectos, asertividad y respeto a normas sociales, frente a inadecuación, actitudes de descontrol emocional/pulsional, agresividad frecuentemente asociadas a estos enfermos..
- **Usar y gestionar el dinero,** tiende a identificarse un manejo precario del dinero del presupuesto cotidiano siendo, por el contrario, infrecuente una valoración en el caso que el sujeto viva solo.

- **Uso de servicios a disposición del público** ,esto es, cómo resuelve, gestiona y utiliza aquellos servicios a disposición del público, en base a su disponibilidad de tiempo y tanto a nivel de actividades lúdicas como laborales o de rehabilitación.

En el nuevo BVD 2011, incluye las funciones de planificación y gestión de los subgrupos de actividades. Así:

- Decidir sobre la alimentación cotidiana en torno a la actividad de comer y beber según las necesidades personales.
- Dirigir los hábitos de higiene personal orientadas al mantenimiento y decisión de las condiciones de higiene de acuerdo con las preferencias personales.
- Planificar los desplazamientos fuera del hogar incluiría la planificación y organización de la actividad en base a su elección personal de la forma más adecuada a sus objetivos.
- Orientar sus relaciones interpersonales con personas conocidas /desconocidas, valorándolas por separado en base a sus habilidades.
- Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano abordarían las transacciones económicas básicas y asumir el control sobre sus recursos económicos con la intención de garantizar una seguridad económica a corto, medio y largo plazo.
- Disponer de su tiempo y sus actividades cotidianas. Disponer de su tiempo, espacio e instrumentos para llevarlo a cabo, procurando un equilibrio entre las actividades productivas y lúdicas o de ocio.
- Resolver el uso de servicios a disposición del público

### **5. 7. Guía de recursos para TMG dependiente.**

Las personas en situación de dependencia constituyen un grupo de población heterogéneo, englobando a colectivos con diferentes etiologías y necesidades de atención, como los diferentes tipos de demencias, enfermedades raras, entre las que se incluyen las personas con enfermedad mental grave que padecen alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social, que han de ser atendidas en los recursos asistenciales adecuados.

Así pues, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia no hace referencia a situaciones nuevas sino al reconocimiento de un derecho subjetivo al acceso a determinadas prestaciones no sanitarias (sociales) a este colectivo, tradicionalmente marginado.

La prescripción de la LAAD hará especial hincapié en la coordinación entre los equipos de valoración del SAAD y los SSM, de manera que sus respectivas valoraciones y servicios resulten en intervenciones coherentes, sin duplicidades ni vacíos asistenciales.

Pero además, en ese mismo año, la publicación del Documento "Propuesta de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad, 2006 y en sus recomendaciones del Objetivo 6) en ese sentido contemplan "un marco general que determine la implicación y el papel de la "Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia "de las personas con enfermedad mental".

Mediante la implantación, desde las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, del mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre los dispositivos sociales y sanitarios implicados en la atención a los trastornos mentales severos".

### **5. 8. El Plan Individualizado de Atención. P. I. A. vs P. I. R.**

Una vez recogidos los datos de los informes de salud y del entorno, e indicadas las dificultades que cada beneficiario presenta, donde y qué factores son modificables en su interacción con el entorno,

Con expectativas realistas de recuperación será determinante especificar qué recursos y soportes asistenciales van a favorecer la recuperación y autonomía personal y promover la calidad de vida de estas personas con TMG complementando y mejorando la atención que actualmente recibe el usuario.

En esa segunda fase se elabora el Programa Individual de Atención con el diseño de aquellos servicios de atención y prestaciones económicas ajustadas a los específicos requerimientos de cada beneficiario que se deriven de su situación de salud y entorno social así como su participación en la cofinanciación de los mismos en virtud de su capacidad económica.

Tengamos en cuenta que la discapacidad asociada a las enfermedades mentales graves se traduce en una serie de problemáticas compartidas con el resto de la población (higiene, salud, seguridad, apoyo social... pero también específicamente vinculadas a su problemática psiquiátrica y psicosocial. con necesidades heterogéneas y cambiantes.

Existe, por tanto, un concepto pluridimensional de su discapacidad, al tratarse de procesos evolutivos variables y escasamente predecibles lo que exigirá en definitiva, programas de atención complejos y prolongadas en el tiempo que aúnen lo social y sanitario, como eje de la asistencia comunitaria de salud mental desde una perspectiva biopsicosocial, más allá que aportar recursos de alojamiento, centros de día o plazas en centros de empleo.

Específicamente, las necesidades de las personas con un trastorno mental grave se relacionan con los objetivos de la Rehabilitación Psicosocial (RPS); tras un periodo de tiempo variable (en torno al criterio temporal de dos años) si se constata que una persona, pese a la adopción de medidas terapéuticas no se recupera de sus síntomas y comienza a observarse la existencia de discapacidades duraderas, la persona pasa entonces a la red de servicios específicos de Rehabilitación Psicosocial. (Residenciales, laborales, de tiempo libre, de atención domiciliaria, sociales) sin perjuicio de la vinculación sanitaria previamente establecida.

Los candidatos a estos servicios de RPS - vía sanitaria-no presentaban otra limitación de acceso que la propia disponibilidad de los recursos tal y como queda plasmado a partir de la ley general de sanidad - la rehabilitación presente en la cartera de servicios sanitarios de salud mental). Hasta como en planes autonómicos de salud mental, y más recientemente con el RD 1030/2006 (76) por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud admitiéndose su complejidad e insistiéndose en la necesaria coordinación con los servicios sociales.

La creación del SAAD añade otra vía de acceso a servicios y prestaciones sociales que serán necesarios coordinar con la vía de acceso hasta ahora, desde los SSM)

La diferencia estriba en el hecho que solo una fracción de las personas con TMG, tendrán acceso, en calidad de beneficiarios a los servicios del SAAD, satisfaciendo las puntuaciones exigidas del baremo mientras que las prestaciones de RPS estarían garantizadas.

Deben establecerse puentes de colaboración, que no redes paralelas, de coordinación entre la rehabilitación psicosocial y las nuevas posibilidades que pudieran brindarse desde la SAAD.

La ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL 2006 se pronuncia al respecto en su Objetivo General seis y específicos. A fin de promover un marco general para la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental por parte de las CCAA implantando mecanismos de coordinación asistencial entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los trastornos mentales graves.

El TMG accedía a la rehabilitación desde los **servicios sanitarios** de salud mental a partir del diseño del documento guía consensuado por el equipo terapéutico de cada caso, también llamado Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) mediante la evaluación de los aspectos médico-psiquiátricos del problema, desde una perspectiva bio-psico-social.

El **P. I. R.:**

Refleja la coordinación entre diversos programas, acciones y profesionales de ámbitos social y sanitario siguiendo el criterio de continuidad asistencial.

- Implica la detección de situaciones o áreas problema, y acciones intervenciones ligadas a un responsable y a un programa de actuación definido en el propio PIR.
- Planificación de medidas, delimitando un límite temporal en el cumplimiento de objetivos.
- Seguimiento y revisión periódica.

Por tanto, entre el PIR y el PIA son instrumentos de evaluación/intervención resultantes de la coordinación social y sanitaria compatibles entre sí, mediante la asignación de una serie de acciones orientadas a la consecución de objetivos rehabilitadores individualizados en cada caso particular por un tiempo definido y sujetos a reevaluación periódica de los mismos.

Los servicios del PIA serán compatibles con el Programa Individualizado de Rehabilitación PIR, que se viene construyendo desde los Servicios de Rehabilitación PSICOSOCIAL.

De lo que se desprende que, lo que el PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación) suponía y supone desde la Rehabilitación Psicosocial al paciente TMG, el PIA (Plan Individualizado de Atención) al usuario en situación de dependencia.

### **5. 9. Los recursos y el TMG.**

La atención a personas con TMG en un modelo asistencial comunitario requiere de una red equilibrada de recursos hospitalarios y extra hospitalarios, sanitarios y sociales.

Para un número importante de TMG la atención entra y extra hospitalaria de salud mental resulta insuficiente requiriendo una serie de dispositivos específicamente diseñados para ellos y sus necesidades tanto sanitarios como sociales

Tradicionalmente se organizaban en torno a estas áreas:

- Centro de Rehabilitación Psicosocial (con intensidades variables también incluiría centros de atención diurna "psicosociales")
- Servicios de apoyo a la integración laboral del colectivo.
- Servicios de atención residencial y vivienda.

Sin perjuicio, de la utilización dentro de lo posible los servicios comunes a todos los ciudadanos, como por ejemplo los de los servicios sociales o sanitarios generales, los servicios de educación y formación, o los de ocio y cultura, hosteleros, etc.

Estos recursos complementarios, también denominados intermedios, reúnen una serie de actuaciones para personas que ya no requieren de la hospitalización, pero transitoria o permanentemente van a necesitar de otros apoyos para bien recuperar, bien compensar su pérdida de autonomía sin apartarse de su comunidad y favoreciendo su integración social.

Esta atención resultaría un método eficiente en sí mismo, al proporcionar herramientas para la Rehabilitación y al mismo tiempo, evitación de hospitalizaciones innecesarias y/o prolongadas.

Estos recursos deberían reunir una serie de características y especificidades recomendables para el colectivo de personas con TMG.

- Servicios flexibles y adaptables a la heterogeneidad ya apuntada de estos sujetos.
- Financiación o dependencia jerárquica variable desde la sanidad o servicios sociales
- Accesibilidad vía sanitaria o social

Estos dos últimos aspectos van a resultar de extraordinaria relevancia en el caso de aquellas CCAA en que la coordinación socio sanitaria, la comunicación entra ambas jerarquías no permita esa flexibilidad condicionando todo el proceso conjunto de rehabilitación y readaptación, tal es el caso de la comunidad autónoma de Cantabria quien desplazará toda la red de recursos salvo los estrictamente sanitarios a la red de servicios sociales y de ahí, su incorporación íntegra al SAAD como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 39/2006.

#### **5.10. Catálogo de servicios.**

Un objetivo del establecimiento del SAAD, era disponer de una red de servicios suficiente que contribuyera a facilitar una existencia autónoma de las personas dependientes en su medio

habitual superando el modelo existente hasta entonces, centrado en los cuidados informales familiares.

Tanto la LAPAD pero también en las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la “Estrategia en Salud Mental del Sistema nacional de Salud 2006”, y de sociedades científicas, como la AEN Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones (AEN, 2002) plantean la necesidad de la definición y catalogación de aquellos servicios y prestaciones sociales a los que las personas con TMG pudieran tener acceso con carácter general o específico.

Se hace necesario por tanto definir un catálogo general de los servicios que fueron estimados necesarios para un Modelo de Atención que aspire a satisfacer las necesidades de las personas con TMG.

Se identifican una serie de dificultades (72) para la cuantificación de tales servicios :

- Su relativa indefinición dado que la cartera de servicios de la LAPAD está definida para personas dependientes en general, y no en su aplicación a personas dependientes por T. M. G. (especificidad)
- Falta de consenso en la denominación y fijación del contenido de los dispositivos entre las diferentes regiones. (cualitativo)
- Una distribución geográfica de los recursos tanto a nivel nacional como autonómico, muy desigual. (Cuantitativo).

Cada Comunidad Autónoma tiene la capacidad otorgada por Ley de planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de atención a las personas con TMG en situación de dependencia. En particular, para la Comunidad Autónoma de Cantabria, la Orden SAN/26/2007, de 7 de mayo, que regula los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, estableció el mecanismo para acceder a la protección social. Real Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, (77) por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria. (Modificada por (78) Orden SAN 16 / 2012 de 18 de Abril).

Pero atendiendo a la particularidad expresada en la comunidad objeto de estudio, pasemos a definir e, con las limitaciones apuntadas, los diferentes recursos existentes tanto desde el espacio sanitario o social, toda vez que el pretendido espacio sociosanitario queda sin definirse y, por tanto sin proporcionar acogida a propuestas autonómicas de tipo integrador como la elaborada por la Comisión Mixta Regional en Castilla -León por parte de Junta de Castilla y León, Servicios Sociales y el SACyL.(79) o la de la Federación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)(80).

### **5. 10. 1. EL ESPACIO SANITARIO**

#### *UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN*

La atención sanitaria de las personas con trastornos mentales está integrada en el Sistema Nacional de Salud. Y cuando se produce la fase aguda de la enfermedad la asistencia de dispensa mayoritariamente en Unidades Hospitalarias.

Si bien con el enfoque de atención comunitaria se confirma la tendencia a la disminución del número de camas hospitalarias, el desarrollo de servicios ambulatorios hizo pensar en su práctica desaparición.

En la actualidad, Reajustados los objetivos iniciales si se apuesta por periodos de Hospitalización más breves o alternativos, que no desvinculen al paciente de su entorno, evitando la estigmatización, sin que por ello se invierta la tendencia al conocido fenómeno de puerta giratoria, con incremento exponencial del número de ingresos frente a la menor duración de las estancias.

El período de hospitalización será variable y dependerá, entre otros factores, de la gravedad y cronicidad de la enfermedad. Las estructuras hospitalarias podrían subdividirse en:

- Unidades de Hospitalización a Parcial u hospital de día
- Unidades de hospitalización completa:
- Unidades de Corta Estancia o de hospitalización Breve.
- Unidades de Media estancia vs. Rehabilitación
- Unidades de Larga Estancia.

#### Hospital de Día

Se trata de un dispositivo sanitario han demostrado su eficacia para evitar la institucionalización, como alternativa a la hospitalización en momentos de crisis dirigido a enfermos graves que necesitan un nivel de atención importante aunque, no lo suficiente para requerir atención a tiempo completo pero insuficiente para la que pudiera proporcionársele desde Centro de Salud Mental.

Ofrecen tratamiento intensivo de fisioterapia y terapia ocupacional, programas de atención a problemas de deterioro cognitivo y del comportamiento, cuidados de enfermería, apoyo social... por parte de un equipo interdisciplinar, psiquiatra, psicólogo, DUE, terapeuta ocupacional, trabajador social... que posibilite a cada paciente, en un plazo determinado la continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorio en su Servicio de Salud Mental.

No obstante, existen variaciones en sus contenidos entre CC. AA, su carácter público o concertado, su especialización hacia patologías específicas, trastornos alimentarios, infante-juvenil, el abordaje psicoterapéutico.

CRITERIOS de acceso:

- Capacidad mínima de autocontrol por parte del paciente.

Soporte familiar y/o social que proporcione suficiente de contención y de apoyo en cada caso.

Según la AEN, se estiman necesarias entre 10 y 19 plazas por 100. 000 habitantes, pudiendo llegar a cubrir entre un 30 y un 40% de los pacientes que ingresan en unidades de agudos.

Preciso diferenciar de Centro de Día, un recurso considerado más dependiente de los servicios sociales que de los sanitarios, y que se abordará en el siguiente apartado.

A fecha de publicación del Atlas de Salud Mental en Cantabria 2008 (80) junto a la escasez de recursos de día para pacientes agudos de alta intensidad, no existían dispositivos de hospitalización aguda a tiempo parcial, en la actualidad hay dos; en conclusiones de los autores, se matiza el déficit en base a la existencia de una red de servicios sociales de atención de día como son los centros de rehabilitación psicosocial.

#### Unidades de corta estancia.

Es un dispositivo de Hospitalización o internamiento Breve, equivalente a lo establecido para otras especialidades médicas en el Hospital General que atiende, en régimen de hospitalización completa, a pacientes con episodios agudos y en situaciones de riesgo, con estancias en torno a 10-20 días que requieren cuidados intensivos médicos y de enfermería durante todo el tiempo de estancia. Si bien en algunas CCAA, se mantienen unidades de hospitalización breve en hospitales monográficos.

Las estimaciones (81), recogido por la AEN en Cuadernos Técnicos, detecta necesidades de plazas de hospitalización breve completa de adultos, estándar deseable entre un 12 y un 15 x100. 000 habitantes. La media en las CCAA se sitúa en torno al 9, 95. Si bien en casi todas las CCAA existan Unidades Específicas para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En Cantabria, según Atlas de Salud Mental en Cantabria, 2008 la disponibilidad de camas en unidades de Psiquiatría en Hospital general era de 5, 84 camas por 100000 habitantes. Siendo una de las comunidades con menor número de camas de hospitalización breve por habitante.

#### Unidades de media estancia UME

Se trata de unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación (UHTR), en algunas Comunidades Autónomas denominadas unidades de media estancia (UME), se define como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento, rehabilitación y contención. En la línea de otros hospitales no psiquiátricos de media estancia o de convalecencia que tienen por objetivo la recuperación funcional de los pacientes con déficits reversibles h aquellos cuidados dirigidos a la incapacidad.

Históricamente, se pretendió con este recurso la readaptación y salida a la comunidad de pacientes largamente institucionalizados lo que, por otra parte, disminuiría el fenómeno de “puerta giratoria” para pacientes de clínica severa ,que impidiera su adaptación en un entorno social normal.

Orientado a aquellos pacientes refractarios a diversos tratamientos, en los que la persistencia y gravedad clínica dificulta en gran medida, su adaptación a un entorno social normalizado, puedan mantenerse integrados en la comunidad con la mayor autonomía posible.

Sin embargo, tienden a diferenciarse entre:

**Camas Hospitalarias de Media Estancia** (o Subagudos) : Ofrecen cobertura hospitalaria a personas con síntomas persistentes graves y problemas de conducta que requieren una hospitalización más prolongada una vez superada la estancia en Unidades de Agudos,, con estancias medias de entre dos y seis meses.

**Camas Hospitalarias de Rehabilitación:** Dirigidas al tratamiento, en régimen de hospitalización, de personas con evolución crónica y graves déficits funcionales que precisan programas de rehabilitación intensiva, la adquisición de habilidades y soporte psicosocial, de cara a su reintegración comunitaria, durante un período determinado. Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, son necesarias unas 8-10 plazas por 100. 000 habitantes.

Disponen asimismo de un equipo multidisciplinar: psiquiatra, psicólogo Clínico, DUE, terapeuta ocupacional, trabajador social y monitor/auxiliar psiquiátrico.

La línea de trabajo de rehabilitación definirá un plan individualizado de intervención y la designación de un responsable.

No debe confundirse este recurso sanitario con los centros de rehabilitación psicosocial, más adelante expuestos, si bien una adecuada coordinación sociosanitaria permitiría una optimización del mismo.

#### Unidades de larga estancia

Son unidades específicas de internamiento con cuidados sanitarios en donde las previsiones de alta se alargan en el tiempo, aunque no indefinidos.

Destinado a la atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidos en el domicilio.

Dispositivo asistencial en extinción, su permanencia en algunas CC. AA asociada a la escasez de recursos comunitarios, y de características más residenciales que terapéuticas.

#### *DISPOSITIVOS AMBULATORIOS*

##### Unidades/Centros de Salud Mental.

Son los servicios sanitarios (del Sistema Nacional de Salud en el primer nivel de atención especializada)

También llamados Unidades de salud mental comunitaria, se crearon con la intención de centralizar la atención a los enfermos mentales, a través de sus servicios generales o desarrollando programas especiales.

Se trata de un servicio sectorizado que atiende a los ciudadanos residentes en su área al que se accede desde los servicios de salud de atención primaria,

Disponen de una plantilla compuesta por Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros, Auxiliares de Clínica y, en algunos casos, trabajadores sociales y Terapeutas Ocupacionales con sustanciales variaciones entre CC. A. A tanto en la dotación y carga asistencial. Proporcionan servicios especializados en su área detectando las necesidades de su población.

Sus funciones:

- Detección de necesidades de la población de personas con Trastornos mentales del sector o área de atención.
- Proporcionar los servicios médicos especializados: diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.
- Coordinación de casos y el acceso a otros dispositivos sociales y sanitarios según sus necesidades en cada caso .

Desde estas Unidades se coordinan una serie de Programas asistenciales:

-Con otros servicios, muy especialmente con la Atención Primaria de Salud, pero también con Unidades de Drogodependencias, (algunas integrados en la propia estructura).

-Específicos: de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

**Modelo de Gestión de Casos.** Representado en la figura del gestor de casos, que va a llevar a cabo un seguimiento de los tratamientos, asegura la correcta comunicación entre profesionales y

servicios, (82) moviliza recursos, dentro de un plan integrado de atención, adaptado a las necesidades de la persona con enfermedad mental, mantiene estrecho contacto con el equipo terapéutico, en la coordinación y movilización de recursos, favoreciendo la continuidad de cuidados.

Los programas de **Tratamiento Asertivo Comunitario**, proporcionando todos los servicios actuaciones posibles, buscan ofrecer la mayor cobertura a pacientes más graves, incluido el domicilio, que evite su desconexión de la red. (83)

**Programas de Atención Precoz**, orientado hacia la detección precoz de síntomas, de situaciones de riesgo, tratamiento y seguimiento de casos, apoyo y colaboración con familias. Tratan de establecer estrategias preventivas durante la fase prodrómica de la enfermedad mental, y su impacto favorable sobre el deterioro psicosocial que tienen estas intervenciones (84) (85).

En Cantabria en base a los resultados publicados en el Atlas de Salud Mental en Cantabria 2008 con 1, 03, nos situaríamos por debajo del 1, 26 centros de salud mental por cada 100. 000 habitantes a nivel estatal del observatorio de salud mental AEN2007.

### **5. 10. 2. EL ESPACIO SOCIAL**

La Cartera de Servicios Sociales, elaborada por el ministerio de sanidad servicios sociales y de igualdad, Gobierno de España fue aprobada por el consejo territorial y del SAAD, de 16 de enero de 2013., publicada bajo el epígrafe de CATÁLOGO DE REFERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES (86)

Se trata, en definitiva, del catálogo de referencia de servicios sociales elaborado teniendo en cuenta la diversidad existente entre diferentes territorios en términos conceptuales, organizativos, administrativos y sometidos a diversidad legislativa autonómica.

Un esquema básico de sus actuaciones vendría definido así:

- Información, orientación y asesoramiento, tanto en servicio sociales básicos como especializados, lo que incluiría entre otros el procedimiento de valoración del grado de dependencia.
- Autonomía personal, atención domiciliaria y respiro familiar: incluiría teleasistencia y ayuda domicilio incluye estancias diurnas/nocturna para discapacitados, dependientes y personas mayores,, para personas sin hogar, actuaciones de prevención dependencia y promoción de la autonomía para población general y sectores específicos, mayores, discapacitados, dependientes, centros ocupacionales y de rehabilitación, atención psicosocial a víctimas de violencia de género, apoyo de vida independiente, con programas específicos de carácter preventivo y rehabilitador....
- Intervención y orientación socio familiar.
- Protección de menores
- Atención residencial; incluiría múltiples opciones residenciales; alojamiento de urgencia social... para sin techo... para víctimas de violencia de género, para mayores, dependientes..., residencias, viviendas tuteladas, alojamiento para personas con discapacidad.
- Prevención e inclusión social
- Protección jurídica

- Prestaciones económicas como la renta mínima de inserción, ayudas a víctimas de violencias género, para personas con dependencia...

Desde el SAAD se responde genéricamente con cinco clases de servicios (prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche y atención residencial) y tres prestaciones (prestación económica vinculada al servicio, prestación económica para cuidados en el entorno familiar y prestación económica de asistencia personal).

Además, se establecen ayudas económicas para facilitar la autonomía personal y de las que serían beneficiarios los reconocimientos en grado I.

#### *Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.*

La dependencia no es un estado estático sino dinámico, las intervenciones deben ir orientadas hacia la prevención o minimización de aquellas situaciones generadoras de dependencia y la promoción, rehabilitación, mantenimiento y recuperación de la persona.

Tal y como se describe en el artículo 21 de la LAPAD define aquellos recursos aptos para la prevención de discapacidades.

El Catálogo de servicios viene reflejado en el art. 15 LAPAD en primer lugar y conjuntamente ambos servicios: prevención de las situaciones dependencia y promoción de la autonomía personal. Y en la sección 3 art. 21 Sección III, dentro de los servicios de promoción de la autónomo personal y de atención y cuidado se incluye la Prevención de las situaciones de dependencia con el objeto de prevenir el agravamiento del grado y nivel de dependencia, mediante promoción de condiciones de vida saludable y programas específicos de prevención y rehabilitación

encargándose el consejo territorial del SAAD de establecer las condiciones mínimas que deben reunir los planes de rehabilitación que deben cumplir las diferentes comunidades autónomas

El RD 727/2007 de 8 de junio (modificado en primer lugar por 175/2007 y posteriormente modificado por RD 570/2011 de 20 de abril, define los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la ley. LAPAD BOE núm. 138 de 9 de junio 2007 para grados y nivel de dependencia que correspondan a grados II y III.

En ambos grados se incluyen servicio de prevención de dependencia y promoción de la autonomía personal en un mismo apartado

El artículo 5 acerca de la Intensidad del servicio de prevención apunta que las personas en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos, recibirá servicios de prevención el agravamiento de grado, incluyendo esta atención asimismo en programas de Teleasistencia, asistencia a domicilio, centro de día y centro residencial. los planes de prevención para prevenir.

La aparición de situaciones de dependencia y su agravamiento elaborados por diferentes comunidades autónomas que determinarán las intensidades de los servicios de prevención en su ámbito territorial. incluye Teleasistencia, asistencia domiciliaria, centro de residencial, centro de día noche, Centro día, y noche, incluye transporte adaptado, aun centro de día y noche.

El artículo 6 define la intensidad de los servicios de autonomía personal como aquellos cuya finalidad es "...desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo a las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de ABVD". Lo constituyen servicios de asesoramiento, orientación, asistencia formación

y tecnología de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de ABVD, los de habilitación, los de terapia ocupacional, así como otros programas de intervención.

Otros referentes legales en torno al particular serían el Acuerdo de Consejo Territorial de 28 de octubre de 2010, por el que se aprueban los criterios para determinar intensidades de protección para el grado 1 desarrollado por la comisión delegada en reunión de 26 de enero 2011 desarrollando el contenido de servicios de promoción de la autonomía personal mediante, la aprobación del Acuerdo sobre la determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidas a las personas reconocidas en situación de dependencia grado 1.

El RD 175/2011 de 11 de febrero, va a definir define los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas en grado I (87), incluye básicamente todos los servicios del catálogo a excepción del centro residencial. Para grado I todos los servicios menos Atención residencial y no se menciona prevención de dependencia.

En cuanto a los servicios promoción de la autonomía personal destacan: Habilitación psicosocial y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción mantenimiento y recuperación de la autonomía personal, apoyos personales y cuidados en viviendas tuteladas para personas con enfermedad mental, o discapacidad intelectual.

La Resolución de 3 de agosto de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo,(88) En base a sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado 1. Estos tendrían por finalidad desarrollar y mantener la capacidad de la persona en el control de su propia vida y facilitar la ejecución de ABVD mediante servicios de promoción, mantenimiento y

recuperación de la autonomía y de apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas), la atención temprana, (estimulación cognitiva, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual).

EL Real Decreto 1051/2013 de 27 diciembre por el que se regulan las prestaciones del SAAD. (89)(De conformidad al acuerdo de fecha 16 de enero de 2013 adoptado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales) se modifican y unifican todas las normas relativas a prestaciones y servicios y determina las intensidades de protección de los servicios, asegurando la EXCEPCIONALIDAD DE CUIDADOS NO PROFESIONALES, e incorporando separadamente A y B sendos servicios.

#### **A. Promoción de la autonomía personal.**

Para grupo II y III se incluye recurso residencial. Pero también entre el resto de servicios del catálogo se destaca en estos casos la intensidad de servicios de autonomía personal como el asesoramiento, acompañamiento, activo, orientación, asistencia, y formación en tecnología de apoyo, y adaptación que contribuya a facilitar la realización de las ABVD.

Los reconocidos con grado moderado de dependencia, o grado I, podrían acceder a todos aquellos servicios menos recurso residencial. En cuanto a los servicios promoción de la autonomía personal destacan:

- Habilidad y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción mantenimiento y recuperación de la autonomía personal.

- **Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental, o discapacidad intelectual.**  
Apoyos personales, y cuidados en alojamientos especiales, de soporte a la integración comunitaria.

### **B. Servicio prevención de dependencia.**

Con el fin de evitar agravamiento, en su situación de dependencia, esta atención se incluiría en los programas de Teleasistencia, asistencia domiciliaria, centro de día y atención residencial en virtud de los planes de prevención elaborados por cada administración o CCAA.

Para el **grado I**, dependientes moderados, la prevención se ha considerado prioritaria.

Mediante Resolución del 31 de julio 2014, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad y del S.A.A.D., por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del S.A.A.D.sobre criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía, para las personas reconocidas con **grado II y III**. (90)

RD291/2015 de 17 de abril (91) por el que se modifica el RD 1051/2013 de 27 de diciembre por el que se regulan prestaciones del SAAD donde se corrige el concepto de viviendas tuteladas a alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria y se determinan horas de dedicación a diferentes grados y definición de diferentes programas entre los que no se encuentran la habilitación psicosocial.

Los TMG, presentan en su mayoría déficit recuperable, promoción y rehabilitación. La falta de recuperación de tales déficits se traduce en términos de dependencia, los servicios asistenciales son los que ha de recibir la persona dependiente para su atención y cuidado personal, en la

realización de actividades de la vida diaria, así como los que tienen como finalidad la promoción de su autonomía personal.

Tanto desde los servicios de prevención de dependencia como de los servicios de promoción de autonomía personal específicamente en los TMG se debe contar con servicios de prevención y rehabilitación y más concretamente para el grado I aquellas actividades de Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental, o discapacidad intelectual, apoyos personales, y cuidados en alojamientos especiales, de soporte a la integración comunitaria. Los primeros concentrarían un conjunto de actuaciones encaminadas a prestar apoyos transitoria o permanentemente a estos sujetos con actuaciones individuales y grupales en entrenamiento en habilidades sociales y personales, reforzar aspectos psicoeducativas, desarrollo de redes sociales y de apoyo con participación de familias y apoyo a la inserción laboral.

En el caso del TMG, aquellas actividades estarían incluidas plenamente en la rehabilitación psicosocial. (92)

Algunas propuestas (42) de áreas que requieren una formación de mayor requerimiento dentro del campo de la rehabilitación en TMG serían:( textualmente)

- Intervención familiar (unifamiliar y multifamiliar).
- Rehabilitación neuropsicológica.
- Intervención precoz en la esquizofrenia y otros trastornos mentales graves.

- Intervenciones psicoterapéuticas en RPS (entendiendo el término de psicoterapia en su sentido más restringido, especializado en determinadas técnicas, ya que en su acepción más amplia cualquier intervención de rehabilitación psicosocial sería psicoterapéutica).
- Programas de prevención de recaídas.
- Rehabilitación e inserción formativo-laboral.
- Detección, evaluación y tratamiento del trastorno dual por abuso de drogas y EMGD.
- Diseño y técnicas de Evaluación en RPS. (93)
- Programas de Habilidades Sociales con personas con EMGD.
- Técnicas de Psicoeducación. Conducción y supervisión de grupos, etc.

#### **Servicio de promoción de la autonomía personal.**

Dada la merma que sobre su autonomía presentan las personas con TMG los modelos asistenciales recientes (94) estaban reorientando sus esfuerzos hacia la estimulación y potenciación de las capacidades de las personas dotando de mayor peso a programas de formación, rehabilitación e integración sociolaboral.

Los recursos necesarios para los TMG están en constante cambio, a medida que se prolonga la vida de la persona, en base a las limitaciones funcionales y cambios generados en su vida personal, académica, laboral... implica la revisión de recursos adecuadas a las circunstancias de cada momento.

De entre la oferta incluida en el Catálogo general en lo que respecta al TMG.

- Habilitación y terapia ocupacional
- Estimulación cognitiva
- Atención temprana
- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal
- Habilitación psicosocial
- Apoyos personales, supervisión y cuidados en alojamientos viviendas tuteladas.

Se dispone específicamente del Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual con dificultades en el desempeño de comprensión C o Iniciativa.

- **Centros de rehabilitación psicosocial.**

El desarrollo comunitario a partir del movimiento de Reforma Psiquiátrica, se refleja en esta prestación que aborda el deterioro funcional y social de los TMG en general.

Son centros especializados y específicos destinados a favorecer el ajuste psicosocial, la rehabilitación funcional personal y social de las personas con discapacidad por enfermedad mental en situación o no de dependencia.

El CRPS representa el espacio desde donde se prestan técnicas especializadas de rehabilitación psicosocial, además del apoyo brindado al entorno familiar del usuario y comunitario para evitar el deterioro y la marginación.(95)

Se van a desarrollar:

- ✓ Programas de Psicoeducación. Identificación de situaciones de riesgo, pródromos, prevención de recaídas y conciencia de su enfermedad, uso adecuado de recursos ante una urgencia.
- ✓ Intervenciones con familias. (unifamiliar y multifamiliar). Efectiva para reducir las recaídas de los pacientes, sus síntomas psicóticos, o el aumento de la competencia de los familiares en el manejo de la enfermedad de contrastada efectividad.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales. Entrenamiento en percepción social frente a la tendencia al aislamiento y falta de asertividad.
- ✓ Rehabilitación y estimulación cognitiva en áreas especialmente afectadas en el TMG, atención, memoria, razonamiento, resolución de problemas, capacidades de planificación, aprendizaje y aplicación de conocimiento, de relación social...
- ✓ Psicomotricidad y expresión corporal
- ✓ Actividades de la vida diaria (básica e instrumental).
- ✓ Actividades de expresión artística y creativa.
- ✓ Ocio e Integración comunitaria
- ✓ Manejo de estrés. Estrategias de relajación, autocontrol y modulación emocional.

En definitiva:

- Históricamente, la Ley General de Sanidad había contemplado la Rehabilitación Psicosocial como prestación sanitaria, y el acceso al CRPS, derivado desde su Centro de salud mental de

referencia, y un periodo de evaluación inicial se diseña para cada usuario el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR, PIT).

- Sin embargo, en la mayor parte de las CCAA no dependerían administrativamente de las Consejerías de Sanidad y en el caso de Cantabria directamente del sistema de servicios sociales.
- La práctica diaria demuestra que mayoritariamente son usuarios que no se encuentran en situación de dependencia y que no podrían acceder a un recurso necesario por no superar la condición o aun cuando alcanzarán el grado I, pero no se habría llegado al periodo de implantación de la Ley.
- La nomenclatura de este tipo de recursos, difiere de unas áreas a otras, CRPS, URA, etc., englobando a veces también la Rehabilitación e inserción formativo-laboral (CRPSL), Centro de Día, Programa, Unidad y/o Centro de Rehabilitación. A partir de ello, se van diversificando los dispositivos y especializando en áreas más concretas.

- **Servicios de facilitación de acceso al empleo.**

El acceso al mercado laboral resulta un componente crítico en la normalización de estos usuarios para facilitar su autonomía, e integración social, sus dificultades para encontrar empleo y mantenerlo,

Aunque en el caso de las personas con TMG estas tienen mayores dificultades (96) que otros colectivos con discapacidad para acceder al empleo, el objetivo primordial, en la medida de lo posible, va a ser el acceso a puestos de trabajo del mercado ordinario, incluso en la Administración pposable, va a ser el acceso a puestos de trabajo del mercado ordinario, incluso en la

Administración con la obligación de efectuar la reserva de un cupo no menor al 5% de las plazas de oferta pública de empleo para personas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 %. (97).

Actualmente, tras la superación de la fase aguda de enfermedad, se apuesta por el paso directo e individualizado a la inserción laboral, Empleo con apoyo, dentro del modelo "Individual Placement and Support", (IPS), limitando al máximo la demora en su reincorporación laboral .(98)

Cuando ello no fuera posible, los programas y equipos de rehabilitación laboral bien directamente, bien desde la rehabilitación psicosocial trataría de establecer un Programa estructurado de rehabilitación que proporcionen orientación a este nivel.

Incorpora por tanto, entre sus intervenciones:

- Orientación vocacional. Asesoramiento y apoyo sobre posibilidades de empleo y/o actividad ocupacional en base a exploración de conocimientos, habilidades, expectativas reales e intereses.
- Formación profesional, cursos de formación o capacitación profesional y ocupacional de carácter general o a través de cursos específicos para este colectivo, dedicados a mejorar la capacidad del paciente para el empleo.
- Servicios de apoyo al empleo, como aquellos programas que permiten combinar formación con empleo en proyectos formativo-empresariales, Escuelas taller, casas de oficios...
- Adquisición y/o refuerzo de hábitos laborales que les permitan su incorporación y mantenimiento en el trabajo .

Dentro de la disparidad de recursos /denominaciones dirigidas al **área laboral**:

Clubes de Empleo. Orientada a la formación en habilidades y destrezas para buscar y obtener empleo (preparar un curriculum, una entrevista, etc.).

Talleres Ocupacionales. Buscan la adquisición de hábitos y habilidades de trabajo, así como habilidades relacionadas, de comunicación, de cara a la inserción laboral bien normalizada, bien protegida.

Centros Ocupacionales. Prestan servicios especializados, terapia ocupacional o laborterapia, a sujetos con dificultades para acceder al empleo desde su discapacidad, y no alcanzan el nivel requerido para incluirse en el Centro especial de Empleo. Según el Libro Blanco, este tipo de recursos tiende a ser acaparado por usuarios con discapacidad intelectual.

Centro de Rehabilitación Laboral. Recurso sujeto a variantes en su conceptualización, en las diferentes CCAA, pudiendo Funcionar como recurso en sí mismo o vinculado a otras estructuras de rehabilitación, como CRPS. Orientado a potenciar las posibilidades de formación y empleo de cada usuario, en un entorno normalizado.

Centros de Recuperación Profesional aunque más orientado hacia la discapacidad intelectual en torno a un conjunto idóneo de instalaciones y de profesionales destinados a facilitar, su adaptación y recuperación profesional de personas con cualquier tipo de discapacidad, así como apoyo en el proceso de inserción laboral.

Centros especiales de empleo y empresas sociales, orientados a la inserción laboral de personas con enfermedad mental dentro del empleo protegido , disponen de puestos de trabajo

específicamente dirigido para personas con trastornos mentales graves y cuyo objetivo principal es proporcionar a los trabajadores con discapacidad un trabajo remunerado, adecuado a sus características.

- **Programa de relaciones sociales y gestión del tiempo libre.**

Mediante recursos de apoyos sociales dirigidos a favorecer la interacción social y el empleo del tiempo libre, en dispositivos específicos para aquellos pacientes con trastorno mental grave que tienen mayores dificultades de desenvolvimiento para integrarse en ambientes normalizados

Tales limitaciones en la competencia social, en pacientes con TMG, son abordados en dispositivos integrados en la comunidad, tipo club social o similares, encaminados a corregir su aislamiento, facilitando el uso de recursos comunitarios y organización de ocio saludable.

Los Centros de Convivencia y Ocio se mantienen en la línea del anterior, pero más orientado hacia la promoción de actividades de ocio y tiempo libre normalizado de personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual.

- **OTROS PROGRAMAS** ya apuntados anteriormente y que pudieran correlacionarse con la cartera de referencia de servicios sociales.

Tutela jurídica, ante la falta de capacidad de autogestión de aspectos básicos de la. Ida diaria de forma crónica siendo asumida en su nombre por las Instituciones Tutelares, por defecto de aceptación del núcleo familiar. Estas figuras legales tienen como objetivo la integración y normalización de los incapacitados, por lo que las actuaciones de estas agencias han de estar en

estrecha coordinación y complementariedad a las del resto de los recursos terapéuticos y rehabilitación.

Programas de intervención desde el movimiento asociativo. Asimismo, cabe destacar todos los esfuerzos que se ofrecen desde el movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y familiares, tanto de parte de las asociaciones regionales, como de las federaciones o de la Confederación Estatal FEFES.

- Programas de intervención para personas con TMG en prisión.
- Programas para personas con T. M. G. sin hogar.
- Programa de comorbilidad física.(99) La prevalencia de algunos trastornos somáticos, cardiovasculares, endocrino, con diabetes de tipo II, significativamente mayor en las personas con trastornos mentales graves que en la población general.

#### *Servicio de atención domiciliaria.*

Se trata de un tipo de servicios ofrecido por la Administración Pública bien directa o indirectamente. Son servicios que basan su función en la permanencia del usuario en su propia vivienda, con cobertura externa de personal de apoyo, durante un número de horas al día, ajustado al perfil de necesidad estimada según cada caso., una modalidad adecuada para personas con perfiles afines a los usuarios de los de las viviendas tuteladas pero con posibilidad de residencia propia y/o familiar

Entre los servicios de atención domiciliaria se incluyen, entre otros, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y los servicios de comidas a domicilio.

## TELEASISTENCIA

Servicio de atención telefónica ininterrumpido para personas con discapacidad

La utilización de un recurso técnico que permita establecer un contacto inmediato con un centro de atención, con un equipamiento de comunicaciones e informática específicos, preparado para situaciones de necesidad o emergencia o para resolver contingencias que pudieran producirse en el domicilio. Se trata de un servicio ofrecido también por parte de los municipios, paralelo a la LAPAD.

Este servicio ofrece seguridad ante situaciones de riesgo, permitiendo la permanencia en el domicilio de unos usuarios que de otra forma deberían ser atendidos en estructuras fuera del domicilio.

## AYUDA A DOMICILIO.

Dirigido a personas que pueden estar en la comunidad pero precisan mejorar su autonomía y funcionamiento, y/o facilitar la incorporación de estos usuarios a los dispositivos comunitarios.

Suelen entenderse por este servicio, incluido en la LAPAD, la atención dispensada de prestación de servicios directos de índole doméstica, limpieza, lavado y planchado de ropa, cocina e higiene.

Sin embargo, en virtud del diferente perfil de discapacidad también pueden proporcionarse ayudas de carácter sociocomunitario, rehabilitador, integrador mediante la aportación de ayudas técnicas / adaptativas del hogar o psicosocial por dependiente en función del grado y nivel.

## Atención a domicilio especializado.

Sin embargo, en base a que el tipo de necesidades de atención en el hogar de personas con T. M. G. no dependen tanto de discapacidades de tipo físico sino cognitivas o de iniciativa, se formula un tipo de atención basada más en la supervisión que en la mera sustitución o desplazamiento de funciones.

En su aplicación más específica al TMG pudieran ofrecer, una atención integrada y ambulatoria en el domicilio del paciente, concebidos como programas de soporte a la autonomía específicos para personas con TMG donde se proporciona asimismo apoyo a la unidad convivencial.

Se prestan una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, doméstico y técnico a familias y personas con dificultades para el autocuidado pero también para mejorar su calidad de vida psicológica, y social.

Permite que la persona permanezca en su entorno habitual, favorecer su movilización funcional y social, el acceso a los profesionales de la salud mental y la continuidad en la medicación.

Están formados por equipos interdisciplinarios (psicólogos, educadores y trabajadores sociales) orientados específicamente a la atención de personas con TMG.

Una vertiente de este servicio domiciliario aunque en el ámbito sanitaria, sería la, Asistencia sanitaria en el domicilio.

Presta los cuidados de salud integral y en su domicilio a las personas con necesidades sanitarias y Servicio de Rehabilitación de mantenimiento, orientado a evitar el deterioro funcional de la persona y, por otra, a mejorar su autonomía personal.

También podría incluirse la hospitalización a domicilio. Atención en el domicilio proporcionada por un equipo del hospital capaz de desplazarse al domicilio del paciente, desde el hospital de referencia, a determinados usuarios con necesidades sanitarias específicas, durante un tiempo limitado y siempre bajo la supervisión y el apoyo de profesionales sanitarios.

Con ellos se evitan los sobre costes de estancias hospitalarias, pero al mismo tiempo proporcionando una menor distorsión en la vida del paciente y en la de su familia o cuidadores.

Esta modalidad de atención se incluiría entre las prestaciones sanitarias y, por tanto, no estarían incluidas en el catálogo de servicios SAAD.

#### *Centro de Día/Noche.*

Existen dispositivos a horario parcial, en su mayoría diurnos (Cantabria no dispondría p. ej. de Centro de Noche) con funciones diferenciadas.

#### CENTRO DE NOCHE.

Existe pobre experiencias no España en este tipo de dispositivos, máxime si son específicos para TMG, suele incorporar a aquellos en situación de exclusión social, sin techo, marginación o con grandes dificultades para la vinculación social.

Cubriría, no obstante, una serie de servicios adicionales a la cobertura meramente hotelera, relacionados con la medicación, medidas de higiene, mantenimiento de la salud y autocuidado en general.

#### CENTROS DE DÍA

Son aquellos Centros/Servicios descrito como sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de discapacidad.

Su **finalidad** pasa por facilitar al usuario en régimen de dedicación diurna, un mayor nivel de autonomía desde diferentes tipos de discapacidad, así como un apoyo al cuidador principal y al entorno familiar promoviendo la permanencia en su entorno habitual.

Entre sus **programas básicos de soporte** que en este tipo de recursos se desarrollan durante todo el día programas orientados al abordaje de sus dificultades en distintas áreas mediante actividades de organización del tiempo libre ,actividades de la vida diaria, soporte básico y a familias y cuidadores frente a la sobrecarga y la claudicación.

Sus funciones, objetivos y programas no estaría claramente definidas y resultarían variables según las CCAA. Así, para unos supone la condición de mantenimiento de la situación funcional y de una cierta descarga de los cuidadores, en otros casos se les atribuye la atención intensiva - en la línea del centro de rehabilitación psicosocial. Pasando por aquellos usuarios que una vez truncadas las posibilidades de integración laboral tras completar el programa de rehabilitación intensiva y paso por el CRPS, se re dirigieran esfuerzos hacia el mantenimiento, rehabilitación y formación prelaboral menos intensiva.

Dos colectivos de personas con discapacidad copan más del 81% de las plazas en Centros de Día: intelectual (46,76%) y enfermedad mental (24,39%), ambos mayoritariamente en situación de dependencia. Los centros de atención diurna, puede tener consideración específica para diversos

sectores de la población, por rangos de edad o patologías específicas, incluida el trastorno mental.

Centro de Día de Atención Especializada.

En lo que respecta a la atención al T. M. G. Existe controversia sobre si incluir el centro de rehabilitación psicosocial dentro de la consideración de este recurso o bien aparte. Podríamos incluirlo como un Centro diurno especializado, o dentro de los servicios de promoción de autonomía personal según la LAPAD.

*Servicios de Atención Residencial o recursos comunitarios de convivencia y vivienda.*

Resulta difícil apostar por la integración social y comunitaria de cualquier usuario, cuando no se dispone de un alojamiento apropiado y un marco estable de convivencia.

Y es que, si bien en teoría se pretende con este tipo de recursos, que facilite el acceso progresivo y continuado a niveles de mayor autonomía, e integración lo más normalizada posible de las personas con TMG, esta opción constituye en la actualidad el recurso más socorrido a la falta de alojamiento. Por contra, la falta de cobertura a este nivel:

- Contribuye a aumentar la cifra de reingresos hospitalarios.
- Contribuye a la institucionalización o a la prolongación innecesaria de estancias hospitalarias.
- Aumento la marginalidad y el estigma asociada a la enfermedad mental.
- Agrava el desgaste de la red de soporte familiar, como consecuencia de la carga del cuidado. y convivencia.

Entre los aspectos más críticos:

- La falta de recursos a este nivel disponibles por parte de las CCAA. Integrado en la red y alternativos al centro residencial estricto
- Se echa en falta una organización de recursos residenciales con contenido específico y claros objetivos de rehabilitación psicosocial y no únicamente alojamiento y manutención.
- El servicio de atención residencial para menores de 65 años (31) se cifra en torno a un 5% del total de plazas existentes. En ellos que se incluirían, centros residenciales para personas con discapacidad física y los Centros de Atención a Discapacitados intelectuales así como los centros psiquiátricos.

Presentan diversa tipología en virtud del perfil de usuario a que van dirigido, adaptándose a distintos de dependencia, incluido los no dependientes.

Los centros residenciales se han convertido en el paradigma de los programas de recursos comunitarios de convivencia y vivienda.

**Centros y servicios de respiro familiar.** Destinados a prestar servicios de atención integral pero temporal, por un período limitado de tiempo al usuario, con el fin de permitir a sus familiares y cuidadores un periodo definido de descanso de la actividad, o delegación temporal por circunstancias excepcionales.

**Sistemas de alojamiento alternativo.** Representan opciones de alojamiento, con distintos niveles de supervisión y tutela. Tienden a localizarse en medios comunitarios normalizados, mayoritariamente, dirigidos a los colectivos de discapacidad intelectual y enfermedad mental

(DIEM). Estos perfiles de usuario, serían candidatos en paralelo a otros recursos de rehabilitación psicosocial, laboral,... orientados a la recuperación de un estilo de vida lo más independiente posible y a medio largo plazo a otros recursos -de alojamiento incluidos- más exigentes. Aunque sin existir consenso en las denominaciones.

**Pensiones tuteladas/concertadas.** Dentro de la comunidad, cubren las necesidades de alojamiento mediante plazas en pensiones en personas con amplia autonomía y/o dificultades para adaptarse a otros modelos de convivencia. El refuerzo desde la red se debería redirigir a los propietarios o responsables de estas estructuras.

**Mini-residencias.** Son estructuras asistidas de carácter abierto, temporal o indefinido, para usuarios con evolución crónica y deterioro psicosocial, que proporcionan alojamiento temporal o indefinido, manutención, rehabilitación y supervisión profesional durante 24 horas los 365 días del año, con cobertura reducida para 30-40 plazas. Pisos Terapéuticos Estas estructuras reducidas están dotados de mayor autonomía que las Residencias, encontrándose a caballo entre el hospital y la comunidad. No suelen superar los 4-5 usuarios por estructura.

**Pisos supervisados y tutelados.** Son pisos comunitarios destinados a la convivencia de personas con trastorno mental grave. Cuentan con el apoyo y supervisión por parte de monitores /educadores con un nivel de protección variables donde se trabajan y organizan aspectos básicos de convivencia y cotidianos.

**Alojamiento en familias.** Medio de alojamiento, en familias particulares, poco extendido en España, no así en Centroeuropa, de acogida y apoyo por parte de familias voluntarias.

Existe una distinción, no siempre bien definida, entre alojamientos supervisados y tutelados (24 horas) según las comunidades, proporcionando un menor nivel o intensidad de atención en el primero y a su vez, dotando de una mayor autonomía en la gestión y administración del piso por parte de sus inquilinos frente al piso tutelado.

**Pisos autónomos/normalizados.** Frente a los anteriores, supone la variante de alojamiento más autónoma. Incorpora la autogestión de la vivienda por parte de sus inquilinos, por lo que se identifica con un perfil de usuario, aun con TMG, alto y/o con procesos de rehabilitación ya avanzados, esto es, no dependientes.

#### *Prestación vinculada por servicio.*

En esta alternativa, a las personas en situación de dependencia se les garantizaría la prestación de los servicios que necesitan (como actualmente sucede con los servicios sanitarios) con los recursos propios o concertados de que el Sistema disponga.

La red existente de servicios de dependencia puede no responder completamente a las necesidades de un caso en particular, de ahí que la Administración contemple como alternativa, esta prestación.

En su interés en garantizar el mejor servicio posible adecuado a las necesidades de cada usuario, cuando esto no sea posible, por lejanía, nivel de especialización del servicio, etc.... Cabe la posibilidad de solicitar esta prestación cuyo abono podría realizarse bien al beneficiario, una vez acredite que se ha prestado el servicio, o bien directamente al prestador del servicio.

La prestación por servicio, que tendría carácter económico, iría destinada íntegramente a su financiación del servicio en cuestión que deberá haber sido prestado previamente al pago del

mismo., irá destinada íntegramente a su financiación del servicio en cuestión que deberá haber sido prestado previamente al pago del mismo.

#### *Prestación económica para asistente personal.*

El artículo 19.1 de la LAPAD, contempla una de sus prestaciones destinada a la contratación de una persona que preste servicios de asistencia personal.

La figura del asistente personal cubre funciones de acompañamiento y ocasionalmente de soporte, contribuyendo a facilitar una vida más autónoma y de mayor calidad del beneficiario.

Es cuestionable como recurso a aplicar a TMG, en base a cubrir labor de asistencia y supervisión en áreas predefinidas, por ej. Exposiciones fuera del domicilio, acompañamiento a centro sanitario.

#### *Prestación por cuidados no profesionales.*

Podemos definir los cuidados informales, como aquellos prestados por figuras del entorno inmediato de la persona dependiente, familiar o asimilada, dentro de su red social que dedican una parte de su jornada a su atención y cuidado; frente a ello, los Cuidadores Profesionales, de perfil técnico diverso, encargados de promover la autonomía funcional y atención directa pero por parte de trabajadores procedentes de una institución o centro destinados a tal fin.

El desarrollo insuficiente, cuando no, prácticamente inexistente de la red de dispositivos y servicios específicos con los que se pretendía atender a la población desinstitucionalizada tras la reforma psiquiátrica generó en nuestra sociedad un desplazamiento de la atención hacia el medio familiar de estos pacientes.

Paralelamente, el papel de la familia en el tratamiento de enfermedad mental resulta clave en la recuperación de una enfermedad mental. Puesto que aporta información y actúa de soporte en el seguimiento de la línea de tratamiento propuesto por el especialista, frente a la tendencia al incumplimiento y abandono así como en la supervisión de otros hábitos de salud no menos importantes.

Los estudios disponibles coinciden en señalar porcentajes elevados de carga asociada a la prestación de cuidados. El cuidador o cuidadora principal, condiciona hasta en un 44,8 % de los casos su rutina diaria, a estos pacientes repercutiendo en su vida personal 58,87%, familiar 42,16 % y sociolaboral (25,56%).

Se describe en España esta prestación, supondría el 88% del total de la atención dispensada. Y más concretamente la Encuesta Nacional de Discapacidad (INE, 1999) apunta en lo referente a la población con trastorno mental grave, que fue el 100% de los encuestados participantes reconocían cuidados de parte de sus familiares, siendo la presencia de una cuidadora o cuidador formal anecdótica respecto a la proporcionada por su red familiar directa.

El Art. 18 de la LAPAD va a reconocer a las personas atendidas en el medio familiar por cuidadores no profesionales debiendo darse para ello las condiciones del apartado 14.4 de la LAPAD (“que se den las condiciones de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca el PIA”) así como la necesidad de que la atención dispensada sea la ajustada a las necesidades específicas del dependiente y dentro del domicilio de éste.

Pese a tales requisitos, la ley contempla que la prestación económica sea inferior en cuantía y con ello se pretende desincentivar la generalización de una medida que se propone sea excepcional.

También exige que cuidador o cuidadores familiares debieran ajustarse a la normativa vigente en materia de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social, por las horas de prestación. Aunque la cotización debería estar bonificada en parte o en su totalidad.

#### ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA PRESTACIÓN:

Los Cuidadores informales que prestan cuidados a un familiar con un trastorno mental, también se ha denominado “carga familiar”.

Que la mitad de estos cuidadores presentan niveles elevados de preocupación y estrés, derivadas de las dificultades de manejo en la atención directa de estos pacientes, con datos la morbilidad psiquiátrica en este grupo de población al doble de lo esperado

Necesidad de apoyo a la familia y/o cuidador por parte de los profesionales y los servicios de salud mental y establecimiento de periodos de descanso y respiro. (100)

El perfil característico de la persona cuidadora: ser mujer, madre (frente cónyuge o hija en el resto de patologías), ama de casa y con un nivel cultural medio.

La LAPAD Art. 18. 4) que el Consejo Interterritorial del SAAD promoverá acciones de apoyo a los cuidadores que incorporen programas de formación, información y periodos de descanso. La Formación de cuidadores en el entorno familiar y cuidadores no profesionales ha de estar organizada en función del grado de intervención y la proximidad con la persona dependiente o discapacitada.

Sin embargo, tal y como se recoge en el documento ejecutivo del Consejo Económico y Social, La aplicación de la Ley de Dependencia en España, (3) esta prestación cumpliría varios cometidos. Por

un lado, satisfacer el interés mayoritariamente de los dependientes de ser cuidados por sus familiares; pero por otro, suplen las deficiencias desigualdades del S.A.A.D por parte de las diferentes CC.AA.

## **6. Situación actual de la cuestión.**

Sobre Ley de Dependencia, se han formulado críticas, desde diferentes sectores cuestionando su idoneidad y aplicabilidad objetiva en el caso del enfermo mental frente al enfermo más físico.

Al margen de su propia psicopatología que suele caracterizarse por la escasa conciencia de enfermedad, estos enfermos, con notables dificultades de las funciones ejecutivas y de su integración en la comunidad, a nivel psicosocial, tampoco acostumbran a ser los más demandantes de atención psiquiátrica especializada.

En términos globales la población dependiente estimada para España supone, en un 2,4 % del total; estimándose para el 2005 en 1. 125. 190 personas .De ellos:

- ✓ 194. 508 tendrían un grado 3 (gran dependencia)
- ✓ 370. 603 tendrían un grado 2 (dependencia severa)
- ✓ 560. 080 tendrían un grado 1 (dependencia moderada)

Aunque admitiendo la no necesaria coincidencia entre la discapacidad y la dependencia, lo cierto es que esta posible subestimación de dependientes realizada por el Libro Blanco al menos en parte pudiera estar justificada por la inclusión tardía durante la tramitación de la ley de los dependientes por enfermedad mental, y no fueran previstos en sus estimaciones iniciales.

Por contra, en el momento de inicio de este trabajo, desde FEAFES se transmitía que las solicitudes de dependencia por parte de enfermos mentales representarían menos del 1% del total y que, Apenas figuraban en el sistema de dependencia entre un 1% y un 4% (dependiendo del tipo y gravedad de enfermedad mental que se considere) del total de las personas que padecen estas enfermedades en España.

Sea como fuere, ley había sido vista como un camino a la financiación de los necesarios recursos sociosanitarios y con ello se abrían nuevas posibilidades de apoyo a las personas enfermas, y también a los familiares que las atienden y en el caso de las personas con enfermedad mental grave y de los propios profesionales que las atienden.

Dos hechos marcaron el desarrollo de este trabajo:

Por un lado la inminente modificación del baremo de aplicación de dependencia (RD 174/2011) de 11 de Febrero, pretendiendo alcanzar una mayor precisión, afinación en las puntuaciones y a la presión de grupos de opinión. Las personas valoradas antes de la entrada en vigor de este baremo no tuvieron que ser valoradas de nuevo, dado que las modificaciones introducidas no implicarían el aumento o disminución del número de personas beneficiarias sino una mejora en la fiabilidad y aplicación del baremo en relación con el concepto y clasificación de las situaciones de dependencia establecidas en la Ley.

El otro hecho en cuestión sobrevino en plena elaboración del mismo con la reforma en materia presupuestaria de la aplicación de la Ley en julio de 2012, (decreto ley de 13 de julio de medidas anti déficit que establece, entre otras cosas, una reforma del sistema de dependencia con recortes en las prestaciones y aumentó del copago. (98).Pero también:

- Que las prestaciones por cuidados familiares no profesionales pierden las cotizaciones a la Seguridad social abonadas antes el Gobierno. Además se les rebaja de un 15 % hasta un margen del 85% en las cuantías económicas destinadas a los cuidadores; a partir de ahora, se les exigirá cumplir con unos conocimientos básicos para atender al dependiente así como también que convivan con las personas.
- Se amplía el plazo, de los seis meses a los dos años, el tiempo de espera, para que las comunidades atiendan a sus dependientes sin generar retroactividad.
- Se simplifican los grados de reconocimiento de dependencia. Hasta ahora había seis niveles y con la reforma pasarían a tres grados: gran dependiente, severo y dependiente moderado. Se pospone a 2015 la incorporación de nuevos usuarios de grado I ,grado prevalente en el colectivo que nos ocupa como veremos-que son los dependientes moderados.
- Se eliminan las compatibilidades entre servicios como p. ej. Centro de Día y recibir ayuda a domicilio.
- El Gobierno también rebaja en un 13% el llamado nivel mínimo, el dinero que recién las comunidades autónomas por cada dependiente.
- También habrá cambios en el sistema de financiación, un copago que podrá ser hasta del 90% del precio del servicio que esté recibiendo, en función de las rentas y del patrimonio. Y la hipoteca inversa los dependientes mayores que estén en residencias ingresados si su pensión no da para cubrir el coste su vivienda se utilizará como aval.

Por último, el Centro de referencia estatal de atención al TMG en Valencia sigue sin abrir sus puertas tras más de cinco años de su construcción. (101)

El X dictamen del Observatorio de la dependencia (99) en enero 2013 recogía cuatro aspectos preocupantes en la aplicación de la LAPAD, bajo el epígrafe Del inicio de una nueva etapa en la protección social en España hasta la incertidumbre creada en 2012.

- El tiempo de espera, también llamado *limbo de la dependencia*, que en Cantabria se estimaba en un 10,7 % los que estaban pendientes de asignación de recurso entre los disponibles.
- Un modelo de financiación crónicamente desigual en lo territorial, pero también coyunturalmente insuficiente.
- El *sobredimensionamiento* de la prestación económica para cuidados familiares
- La falta de " *transparencia informativa*".

El VII Dictamen del Observatorio de la dependencia (103), junio 2011, más coincidente en fechas con la recogida de datos de este estudio, apuntaba hacia un desequilibrio a nivel nacional, entre prestaciones y servicios a favor de las primeras, con una media nacional de 64'5%. (En Cantabria era de un 60'4 % a favor de las prestaciones sobre los servicios). También se recogía el hecho que 16'2% de los expedientes en Cantabria, estaban pendientes, a la espera de prestación frente a la media nacional de 30'5%.

La inversión de la tendencia es clara a partir del Dictamen correspondiente a Diciembre 2011 cuando los “servicios” consiguieron invertir la tendencia y suponían ya un 54. 6% por encima de la prestación económica por cuidados familiares no profesionales ya *únicamente*, un 45'40%.

A fecha 31 de Julio de 2011, desde el propio observatorios cuando los servicios pasaban a representar el 62, 13 % del total de prestaciones reconocidas y las prestaciones económicas supondrían el 37'87 %.

Existen pocas o prácticamente referencias estadísticas a la dependencia por grupos diagnósticos que no sean por edad, bien en personas mayores y edad infantil.

En la base de datos del sistema de información del SAAD de 1 de abril de 2012 constaban 563167 dictámenes a los que se les había aplicado el baremo DIEM en todo el territorio nacional.

Existen escasas referencias a estudios estadísticos centrados en la patología mental (excluyendo resto de discapacidades beneficiadas del DIEM. En la revista Actas de la dependencia editada por la Fundación Casar se recogen resultados de una muestra extraída (104) de 70000 dictámenes DIEM, 38'41 % de los cuales se habían correspondido con una enfermedad mental (resto se desprende a discapacidad intelectual).

Las estimaciones sobre el total serían por tanto de 216312 sujetos con trastorno mental. (100)

Pero estos datos incluirían los que siendo valorados no habrían obtenido la puntuación suficiente para el reconocimiento de grado, esto es 25 puntos. Como punto de corte. Ellos en 27. 406 casos no les fuera reconoció grado, lo que haría un total de 188906, distribuidos de la siguiente manera:

- ✓ 53213 grado I 28'16%
- ✓ 68679 grado II 36, 35, %.
- ✓ 67014 grado III 35, 47%

En lo que respecta a población adulta con trastorno mental y para Cantabria en particular el realizado por Asociación Cántabra Pro Salud Mental ASCASAM-FEAFES en 2012,(105) sobre la situación de la enfermedad mental en el contexto de la ley de dependencia en Cantabria, con algunas particularidades diferenciales sobre el actual.

En primer lugar se parte de una selección muestra de 196 usuarios, siendo sujetos ya incorporados a su entidad y por tanto en sus propios recursos dejando al margen los no propios, recogido directamente de los municipios donde disponen de recursos Santander Reinosa Camargo y Laredo.

- ✓ Distribución por edades y sexo: Edades comprendidas entre 17 y 69 años, 131 varones, (66%) y 63 mujeres (32 %).
- ✓ Convivencia: Vivían solos un 15% del total el resto con diferentes figuras con vínculos familiares mayoritariamente (85%). del total, un 15% 15% no contaban con figura de apoyo
- ✓ Los diagnósticos prevalentes eran esquizofrenias en sus diversos subtipos comprendían un 68, 8 % de la muestra, padeciendo un 26% del total algún tipo de comorbilidad física.
- ✓ Entre la preferencia de recurso solicitado el CRPS, Centro de Rehabilitación Psicosocial, fue el principal, solicitado por un 46% de la muestra, mientras que un 15% le fuera denegado este recurso. El 8% de ellos interpusieron un recurso de alzada

- ✓ Del total, a un 78 % de ellos les fuera reconocido grado de dependencia y el 21 % de ellos les fuera denegado, y un 3% pendiente de asignación.
- ✓ La distribución por grados/ niveles fueron (28) 1, 2. ;(20) 1, 1. ; (35) 2. 1; (8) 2. 2. ;(7) 3, 1. ; (1) 3, 2.

En cuanto a la oferta de recursos disponemos de los informes mensuales de las Estadísticas del SAAD en Cantabria publicados en la página web del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS), o a través de la red nacional ([servicios sociales. org](http://servicios sociales. org)) desde 2012 registrando la actividad de servicios de Teleasistencia, Ayuda a domicilio, Centro de día y Centro residencial, prestación económica por cuidados no profesionales en el entorno familiar (ECEEF). En Diciembre de ese mismo año, el Observatorio “suspendía” a Cantabria por primea vez en la aplicación de la Ley de Dependencia , con un 4,2 frente al 5,8 del año anterior; sin embargo, seguía situándose en un puesto destacado con menor lista de espera en la concesión de prestación o servicio, tan solo detrás de Navarra; con el mismo puesto-segundo- en la mayor aportación de gasto público por habitante y año En 2013 se incorpora asistencia personal vigente a 1septiembre 2015, pero no figura la prestación vinculada a servicio y, más aún, servicio de prevención de situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.

Desde el ICASS, se contemplan las siguientes prestaciones: una vez reconocido el grado de dependencia.

- Prestación económica vinculada al servicio
- Prestación económica vinculada al cuidado no profesional en el entorno familiar, Servicio residencial permanente.

- Servicio de Teleasistencia domiciliaria
- Servicio de ayuda a domicilio en personas con dependencia.
- Servicio de centro de noche
- Servicio de atención diurno que incluiría:

Centro ocupacional

Centro de día.

Centro de Rehabilitación Psicosocial. (Diurno). \*

\*A este respecto, este es el único recurso que se define específicamente para trastornos mentales graves y crónicos, a fin de mejorar o mantener lo más posible el grado de autonomía de estos sujetos. Para ello, paradójicamente, tienen que satisfacer el requisito, de reconocimiento positivo de grado de dependencia.

Esta circunstancia supondría obstaculizar, cuando no bloquear, el acceso a esta prestación a aquellos casos que potencialmente, se beneficiarían en mayor medida de un programa de rehabilitación intensiva.

Todo ello, sin perjuicio del beneficio que para determinado perfil de estos sujetos supone en el caso de dependencias moderadas y graves de un centro de atención diurna de contenido Psicosocial con unas expectativas más ajustadas al mantenimiento que a una mejoría significativa funcional que lo resitúe en el entorno comunitario.



## Justificación

La atención al enfermo mental crónico, ha corrido paralela al devenir histórico; amoldándose no sin dificultad a las diferentes corrientes sociopolíticas vigentes en cada momento.

Paralelamente, se modifica conceptualmente a estos enfermos; permitiendo su categorización en base a su evolución aguda/ crónica y especialmente, en estos últimos, la delimitación de un colectivo, TMG, aquellos que padecen trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multisectorial frente a aquellos otros desórdenes, que aun siendo crónicos, presentan un nivel de discapacidad y disfuncionalidad menor.

Con Terapias cada vez más eficaces fruto de un mayor conocimiento y reconocimiento de la Psiquiatría. como ciencia, y frente a un modelo de atención / reclusión institucional, desacreditado por su ineficacia terapéutica y su inadecuación a los preceptos de una sociedad moderna, se abre un nuevo paradigma. en la atención al TMG que muy especialmente han pasado de constituir uno de los colectivos peor comprendidos y más discriminados de la historia a tener la consideración, al menos sobre el papel, de sujetos en igualdad de derechos que el resto de la población

Se sientan las bases de un pretendido enfoque global para estos enfermos, desde lo que se ha dado en llamar perspectiva bio-psico-social. una apuesta firme por su recuperación para la comunidad para quienes su única posibilidad hasta entonces había sido la institucionalización, Y que aboga por ofrecer a estos sujetos una vida digna acorde a sus posibilidades y en su entorno.

Esta corriente, no se ha visto exenta de dificultades, al requerir, para su materialización, de un sistema complejo de ayudas y soportes de recursos intermedios de calidad, a caballo entre la hospitalización y las unidades de salud mental ,accesible y equitativo, suficiente a ser

proporcionadas desde el ámbito, social, sociosanitario, de salud pública... y que compensen los déficits detectados en estos ciudadanos.

En España, incorporada tardíamente a esta corriente internacional, llamada psiquiatría comunitaria, este sistema de soporte resultaba y resulta, en términos generales, insuficiente para la magnitud del problema; siempre dependiente de la inversión económica efectuada, a la organización estructural de los servicios sanitarios y su coordinación con los recursos sociales. Pese a contar con un sistema sanitario estatal capaz de integrar la atención psiquiátrica dentro del sistema asistencial general, (LGS 14/1986) quedaba pendiente consolidar un modelo de atención social.

La defensa del modelo comunitario por un lado y de las dificultades para llevarlo a cabo queda plasmada en la revisión del Plan Salud Mental Cantabria. Se apuesta -sin duda- por el modelo asistencial basado en la filosofía de la reforma psiquiátrica, considerado adecuado por todos los que participan en dicha actividad asistencial. Sin embargo pone especial énfasis en las dificultades de la aplicación de este mismo modelo principalmente. Para coordinar la actuación de los diferentes dispositivos que participan en él, así como la necesidad de contar con un número suficiente de recursos que permitan el normal desenvolvimiento del enfermo mental en la comunidad y proporcionen a las familias el apoyo que también necesitan para ejercer su importante papel de cuidadores informales.

La popularmente conocida como Ley de Dependencia, (LAPAD) con su aprobación en 2006, incorpora nuevas posibilidades y oportunidades, ya que reconoce a los ciudadanos un nuevo

derecho el acceso a las prestaciones de su cartera de servicios sociales a aquellos individuos con limitaciones funcionales, incluidas las que padecen las personas con TMG.

De ahí las grandes expectativas que este colectivo, y de modo especial sus familias cuidadoras, tiene depositadas en el establecimiento en el Estado español de un Sistema de Atención a la Dependencia con los recursos pertinentes. Y con ello la pronta consolidación de un modelo adecuado que satisfaga la demanda de servicios de esta índole por parte de la ciudadanía.

Preciso hacer constar que es desde Servicios Sociales donde parte la iniciativa y con ello necesidad de identificar por un lado las deficiencias, pérdidas de función asociadas a la existencia de desórdenes crónicos y permanentes ;lo que se materializa en el desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia pero interesando, en este sector de la población que nos ocupa especialmente, una apuesta firme por la promoción de la autonomía personal ; facilitando la reinserción y reintegración social de usuarios con enfermedad mental crónica grave.

Dadas las expectativas puestas en la ley, que permitían augurar un avance significativo en el marco de la coordinación sociosanitaria en general y en salud mental en particular. ; el objeto de este estudio se basa en evaluar los resultados de la aplicación de la misma en mi comunidad autónoma; su concordancia con los preceptos del modelo de asistencia psiquiátrica comunitaria y en qué medida responden los recursos disponibles ofertados a las necesidades reales y o percibidas por el paciente y su entorno.

## OBJETIVOS

- Determinar la correspondencia entre la conceptualización de TMG y reconocimiento de situación de dependencia en los términos contemplados por la Ley.
- Definir el perfil sociodemográfico y legal de los usuarios con TMG reconocidos por la Ley en su condición de dependientes.
- Identificar los grupos síndrómicos más prevalentes en el reconocimiento de dependencia por enfermedad mental, así como su comorbilidad con otras enfermedades.
- Reconocer, a través del estudio pormenorizado de las puntuaciones individuales del baremo, entre las áreas de funcionamiento personal, aquellas más deficitarias en el caso de enfermos mentales graves como tales reconocidos como dependientes.
- Identificar el grado de correspondencia entre las demandas de recursos de apoyo priorizados por el usuario y su entorno, de entre los contemplados en la Ley, a aquellos finalmente concedidos.
- Delimitar el papel del facultativo de atención primaria vs. especializada y su respectiva implicación en la evaluación de dependencia.
- A partir de las valoraciones resueltas favorablemente en el reconocimiento del grado de dependencia, nos permita determinar, -tal es nuestro objetivo- las áreas funcionalmente más deficitarias, así como la asignación, entre aquellos recursos comunitarios disponibles, los que mejor respondieran a las necesidades de estos usuarios.

- Ante la aparente precariedad de recursos para atender a este colectivo a raíz de la desinstitucionalización psiquiátrica; identificar cuáles son las alternativas que realmente se están ofreciendo desde la comunidad a estos pacientes y su entorno; su eficiencia y problemática coyuntural así como la introducción de elementos de mejora que permita la optimización de los recursos disponibles.
- Con la entrada en vigor de la LAPAD evaluar si se ha respondido en su globalidad a las expectativas de atención integral sanitaria y social, en la atención a los enfermos mentales.

## **HIPÓTESIS**

### 1. Hipótesis nula primera.

- El grado de reconocimiento de la situación de dependiente en el T. M. G no se ve influido por factores de perfil sociodemográfico de estos sujetos.

### 2. Hipótesis nula segunda.

- El grado de reconocimiento de la situación de dependiente en el T. M. G no se ve influido por variables de perfil clínico de estos sujetos.

### 3. Hipótesis nula tercera

- El grado de reconocimiento de la situación de dependiente en el T. M. G no se ve influido por factores de perfil funcional de estos sujetos

3.1. El grado de reconocimiento de la situación de dependiente en el T. M. G. no se ve influido por el nivel de desempeño de actividades del baremo BVD.

3.2. El grado de reconocimiento de la situación de dependiente en el T. M. G. no se ve influido por la naturaleza del fallo desempeño de actividades del baremo BVD.

3.3. El grado de reconocimiento de la situación de dependiente en el T. M. G. no se ve influido por el grado de soporte de actividades del baremo BVD.

#### 4. Hipótesis nula cuarta

- La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. MG no se ve influido por factores sociodemográficos.

#### 5. Hipótesis nula quinta.

- La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T.M.G. no se ve influido por variables de perfil clínico.

#### 6. Hipótesis nula sexta.

- La preferencia en la demanda de determinada prestación/servicio por el dependiente con T. M. G no se ve influido por variables de perfil funcional.

6. 1 La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. M. G. no se ve influido por el nivel de desempeño de actividades del baremo BVD.

6. 2 La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. M. G. no se ve influido por la naturaleza del fallo desempeño de actividades del baremo BVD.

6. 3 La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. M. G. no se ve influido por el grado de soporte de actividades del baremo BVD.

7. Hipótesis nula séptima.

- La prestación /recurso asignado al TMG dependiente, no se ve influido por factores sociodemográficos.

8. Hipótesis nula octava.

- La prestación /recurso asignado al TMG dependiente no se ve influido por variables de perfil clínico.

9. Hipótesis nula novena.

- La prestación /recurso asignado al TMG dependiente no se ve influido por variables de perfil funcional.

9. 1 La prestación /recurso asignado al TMG dependiente, no se ve influido por el nivel de desempeño de actividades del baremo BVD.

9. 2 La prestación /recurso asignado al TMG dependiente, no se ve influido por la naturaleza del fallo desempeño de actividades del baremo BVD.

9. 3 La prestación /recurso asignado al TMG dependiente, no se ve influido por el grado de soporte de actividades del baremo BVD.

10. Hipótesis nula décima.

- La asignación de recurso final al TMG dependiente, no se ve influido por la preferencia del solicitante.

11. Hipótesis nula undécima.

- El diagnóstico psiquiátrico no influiría en el perfil funcional del sujeto con T. M. G.

11.1 El diagnóstico psiquiátrico, no influiría en el nivel de desempeño de actividades del baremo BVD.

11.2 El diagnóstico psiquiátrico, no influirías en la naturaleza del fallo desempeño de actividades del baremo BVD.

11.3 El diagnóstico psiquiátrico, no se ve influido por el grado de soporte necesario para el desempeño de las actividades del baremo BVD.

12. Hipótesis nula duodécima.

- El diagnóstico psiquiátrico, no influye en la preferencia de elección de prestación/recurso por parte del TMG dependiente.

13. Hipótesis nula decimotercera.

- El diagnóstico psiquiátrico, no influye en la asignación del recurso final al sujeto T. M. G. dependiente.

**Hipótesis alternativas**

El grado de dependencia estaría influenciado por una serie de factores:

I. Hipótesis alternativa primera. Factores socio demográfico de estos usuarios influirían en el grado de dependencia alcanzado.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

II. Hipótesis alternativa segunda. Los factores clínicos de estos sujetos influirían en el grado de dependencia alcanzado

Diagnostico psiquiátrico principal.

Diagnósticos psiquiátricos comórbidos.

Comorbilidad problemas de salud física.

Presencia de recaídas.

Recibir tratamiento psicofarmacológico

Recibir de tratamiento rehabilitador.

Recibir tratamiento psicoterapéutico.

III. Hipótesis alternativa tercera. El perfil funcional del evaluado influiría a la hora de establecer la condición de dependiente.

- El nivel de desempeño en diferentes actividades de la vida diaria influiría en la valoración del grado de dependencia.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influido por su nivel de desempeño en comer y beber.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influido por su nivel de desempeño en MICCION DEFECACION

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influido por su nivel de desempeño en Lavarse

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influido por su nivel de desempeño en Otros cuidados corporales.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por su nivel de desempeño en Vestirse

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por su nivel de desempeño en Mantenimiento de la Salud.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por su nivel de desempeño en Transferencias Corporales

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por su nivel de desempeño en Desplazamiento dentro del hogar

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por su nivel de desempeño en Desplazamiento fuera del hogar

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influido por su nivel de desempeño en TAREAS DOMESTICAS

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por su nivel de desempeño en TOMA DE DECISIONES.

- La **naturaleza** del fallo de desempeño en diferentes actividades de la vida diaria influiría en la valoración del grado de dependencia.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en comer y beber.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en MICCION DEFECACION.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en Lavarse.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en Otros cuidados corporales.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en Vestirse.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en APLICACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en PEDIR AYUDA ANTE LA URGENCIA (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en TRANSFERENCIAS CORPORALES.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en TAREAS DOMESTICAS

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en TOMA DE DECISIONES.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en ACTIVIDADES DE MOVILIDAD (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en TAREAS DOMÉSTICAS (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño de la función USAR Y GESTIONAR EL DINERO (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por la naturaleza del fallo de desempeño en USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO (TOMA DE DECISIONES).

- El **grado de soporte** requerido en la tarea, en diferentes actividades de la vida diaria influiría en la valoración del grado de dependencia.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de Comer y beber.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de Micción Defecación.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de Lavarse.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de Otros cuidados corporales

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de Vestirse.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de actividades relacionadas con el MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de APLICACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de tarea EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de PEDIR AYUDA ANTE LA URGENCIA (MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de TRANSFERENCIAS CORPORALES.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de TAREAS DOMESTICAS.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de TOMA DE DECISIONES.

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño ACTIVIDADES DE MOVILIDAD (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de TAREAS DOMÉSTICAS (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de USAR Y GESTIONAR EL DINERO (TOMA DE DECISIONES).

La valoración del grado de dependencia de estos sujetos estaría influida por el grado de soporte requerido en el desempeño de USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO (TOMA DE DECISIONES).

#### IV. Hipótesis alternativa cuarta.

- La preferencia en la elección de las prestaciones del SAAD estaría influida por factores socio demográficos.

La preferencia en la elección de TELEASISTENCIA no estaría influida por factores sociodemográficos.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

La preferencia en la elección de ASISTENCIA DOMICILIARIA estaría influida por factores sociodemográficos.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

La preferencia en la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE no estaría influido por factores sociodemográficos.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

La preferencia en la elección de CENTRO RESIDENCIAL estaría influido por factores sociodemográficos.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

La preferencia en la elección de PRESTACIÓN POR SERVICIO estaría influido por factores sociodemográficos.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

La preferencia en la elección de prestación económica por CUIDADOS NO PROFESIONALES en el entorno familiar, estaría influido por factores sociodemográficos.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

La preferencia en la elección del servicio de Prevención de situaciones de DEPENDENCIA no estaría influido por factores sociodemográficos.

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad

#### V. Hipótesis alternativa quinta

- La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. M. G se ve influido por variables de perfil clínico.

#### VI. Hipótesis alternativa sexta.

- La preferencia en la demanda de determinada prestación/servicio por el dependiente con T. M. G se ve influido por variables de perfil funcional.

La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. M. G. se ve influido por el nivel de desempeño de actividades del baremo BVD.

La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. M. G. se ve influido por la naturaleza del fallo desempeño de actividades del baremo BVD.

La preferencia en la demanda de prestación/servicio por el dependiente con T. M. G. se ve influido por el grado de soporte de actividades del baremo BVD.

## VII. Hipótesis alternativa séptima

- La asignación de prestación tras reconocimiento de dependencia estaría influido por variables sociodemográficas

Lugar de residencia

Nivel de convivencia.

Estatus legal

Figura de soporte /CUIDADOR

Recibir algún tipo de asistencia previa.

Sexo

Edad.

- La asignación de prestación tras reconocimiento de dependencia estaría influido por el perfil funcional del solicitante en las diferentes áreas de valoración.
- La asignación de prestación tras reconocimiento de dependencia estaría influida por la preferencia del solicitante.

## VIII. Hipótesis alternativa octava.

- La asignación de prestación tras reconocimiento de dependencia estaría influida por el perfil clínico del solicitante.

IX. Hipótesis alternativa novena.

- La asignación de prestación tras reconocimiento de dependencia estaría influida por el perfil funcional de los sujetos con TMG evaluado. (Principal. Áreas de valoración, mantenimiento de la salud, toma de decisiones, tareas domésticas).

La prestación /recurso asignado al TMG dependiente, se ve influido por el nivel de desempeño de actividades del baremo BVD.

La prestación /recurso asignado al TMG dependiente, se ve influido por la naturaleza del fallo desempeño de actividades del baremo BVD.

La prestación /recurso asignado al TMG dependiente, se ve influido por el grado de soporte de actividades del baremo BVD.

X. Hipótesis alternativa décima.

- La asignación de recurso final al TMG dependiente, se ve influido por la preferencia del solicitante.

XI. Hipótesis alternativa undécima.

- El diagnóstico psiquiátrico influiría en el perfil funcional del sujeto con T. M. G.

El diagnóstico psiquiátrico, influiría en el nivel de desempeño de actividades del baremo BVD.

El diagnóstico psiquiátrico, influiría en la naturaleza del fallo desempeño de actividades del baremo BVD.

El diagnóstico psiquiátrico, influiría en el grado de soporte necesario para el desempeño de las actividades del baremo BVD.

XII. Hipótesis alternativa duodécima.

- El diagnóstico psiquiátrico, influye en la preferencia de elección de prestación/recurso por parte del TMG dependiente.

XIII. Hipótesis alternativa decimotercera.

- El diagnóstico psiquiátrico, influye en la asignación del recurso final al sujeto T. M. G. dependiente.

XIV. Hipótesis alternativa decimocuarta.

- Existe una correlación entre la puntuación del Baremo BVD y la puntuación específica DIEM.
- Existe una correlación entre la puntuación global de desempeño en cada área de valoración con respecto a la puntuación global del resto de áreas del Baremo DIEM.



## Material y métodos

### MUESTRA

- Estudio observacional retrospectivo consistente en la recapitulación y análisis de los expedientes de valoración del grado de dependencia, comprendidos desde el inicio de la aplicación de la Ley 39/2006 hasta el año 2011, (fecha de publicación del nuevo baremo según RD 174/2011 de 11 de Febrero), en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Mediante acceso - autorizado por parte de los Servicios Jurídicos del Instituto Cántabro de Servicios Sociales – a la base de datos SIPSS creado por dicho Instituto (ICASS).
- La informatización de los datos se ha llevado a cabo con el programa Microsoft Excel \* y el análisis descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS.
- En el momento de realización del estudio se disponía de un total de 29485 expedientes abiertos, ordenados cronológicamente según fecha cursada de la solicitud ante el Instituto Cántabro de Servicios Sociales, en orden creciente a partir de la entrada en vigor de la Ley, por lo que actuaría como número de referencia anónima de caso.
- En el momento del volcado de datos para la realización del estudio a lo largo del 2010, primer trimestre, que permitieran fueran resueltos a lo largo del 2010, se habían alcanzado un total de 29485, justo antes de la entrada en vigor del nuevo baremo en RD 174/ 2011, de 11 de Febrero.
- Se seleccionaron los casos siguiendo los siguientes criterios:

Perfil de edad entre 25 y 60 años en el momento de la evaluación.

Sujetos a los que se les aplicará el baremo DIEM.

Reconocimiento positivo de grado de dependencia en cualquiera de sus grados (y niveles)

Obteniéndose inicialmente una muestra de 1297 sujetos, a los que les fuera aplicado como criterio de inclusión, o no exclusión, el hecho de disponer de un diagnóstico principal psiquiátrico, excepción hecha de demencias y/o retraso mental como diagnóstico principal. (Si se incluyeron aquellos sujetos con diagnóstico comórbidos de retraso mental leve y/o otra patología mental principal.

Tras el cribado, se obtuvo una muestra de 385 expedientes que respondieran a los requisitos del estudio.

## **VARIABLES**

Para la realización del estudio se extrajeron una serie de variables, mayoritariamente variables descriptivas cualitativas, que fueran resignadas numéricamente y que, en base a una mejor organización de los resultados, se subdividieron en:

- Variables socio demográficas
- Variables relacionadas con la salud.
- Variables relacionadas con la aplicación del baremo.
- Variables relacionadas con la oferta y demanda de servicios.

### **Variables sociodemográficas.**

1. Nº expediente. En orden cronológico, entre 1 y 29485 por solicitud de acceso a la dependencia a partir de la entrada en vigor de la Ley. Relacionadas con los factores sociodemográficos.
2. SEXO del solicitante, si es mujer 1; 2, si es hombre.
3. RANGO DE EDAD. Según el año de nacimiento del solicitante se agruparon por tramos de edad comprendidos entre :
  - i. ... - 1954. Sería valor 1
  - ii. 1955-1964 sería valor 2
  - iii. 1965-1974 sería valor 3
  - iv. 1975-1986 sería valor 4
4. AREA GEOGRÁFICA. Partiendo de los diferentes códigos postales de residencia, cuyos dos primeros números del código postal (39) corresponden a la comunidad autónoma de Cantabria serían 39XXX. Así, el tercer dígito nos permitiría la subdivisión en diferentes áreas, así:390XX (1) correspondería al área de Santander, 392XX Reinoso (2), 393XX Torrelavega (3), 397XX área Laredo y Colindres (4). Fuera de estas zonas, el valor asignado sería de 5. Dada el escaso número de casos correspondientes a área Reinoso, se agruparon áreas de Torrelavega y Reinoso, más próximas y dependientes del mismo área de salud de la siguiente forma:
  - i. Área Santander sería valor 1

ii.Área Torrelavega-Reinosa sería valor 2

iii.Área Laredo-Colindres sería valor 4

iv.Resto de áreas sería valor 5

5. CONVIVENCIA SI O NO. Si el solicitante viviera solo, tomaría el valor de 1, en caso contrario tomaría el valor de 2.
6. ¿Recibían asistencia previa, dentro de catálogo de servicios, a nivel social comunitario antes de solicitar dependencia?. En caso afirmativo 1, en caso negativo, 0
7. Disponen de un CUIDADOR en el momento de solicitar la valoración, SI O NO. Si no se dispone de cuidador, será 0, en caso afirmativo 1.
8. Situación legal. Capacitado civilmente 1, con figura de guardador de hecho 2 incapacitado mediante sentencia y con representante o tutor legal 3.

#### **Variables relacionadas con el trastorno mental.**

9. Atención, esto es, si la solicitud fue tramitada a instancias de Atención Primaria sería valor 1, Atención Especializada sería 2; 3 si procediera de dispositivo hospitalario y 0 si procediera de otras vías.
10. Diagnóstico psiquiátrico principal. Se emplearon diferentes sistemas clasificatorios (CIE, DSM, CIAP): el empleo de la CIAP desde Atención Primaria, DSM y CIE serían consideradas de referencia en atención especializada. Se ordenaron por categorías diagnósticas en diferentes sub-grupos incardinando ambas clasificaciones anteriormente citadas.

Asimismo, en base a la menor especificidad diagnóstica de la CIAP se ha tomado esta como referencia.

\* 1 Correspondería a (p71), trastornos mentales de tipo orgánico.

\* 2 (p72) esquizofrenia y otras psicosis.

\* 3 (p73) trastornos bipolares y esquizoafectivos.

\* 4 (p74) trastornos por ansiedad.

\* 5 (p75) trastornos por somatización / conversivos.

\* 6 (p76) depresión

\* 7 (p77) trastornos del sueño

\* 8 (p78) otros trastornos neuróticos

\* 9 (p79) T. O. C.

\* 10 trastornos de la personalidad

\* 11 trastornos hipercinéticos.

\* 12 (p85) retraso mental.

\* 13 (p86) trastornos de la conducta alimentaria

\* 14 abuso de drogas excepto alcohol.

\* 15 abuso de alcohol y manifestaciones secundarias.

\*99 otros trastornos no clasificables.

11. **Diagnósticos prevalentes.** Dada la baja frecuencia de algunos trastornos se operatividad reagrupándolos por grupo síndrómicos, de la siguiente forma:

- i. Trastornos de base orgánica serían 1
- ii. Trastornos psicóticos serían 2
- iii. Trastornos bipolares, esquizoafectivos serían 3
- iv. Trastornos neuróticos serían 4.
- v. Trastornos de personalidad serían 5
- vi. Otros trastornos serían 6.

12. **Comorbilidad con otra patología psiquiátrica.** En caso de no existir otra patología psiquiátrica asociada el valor sería 0; en caso afirmativo, el valor numérico asignado se corresponderá con el código numérico que según la clasificación anterior. (Los valores de la muestra se concentran entre 10 y 15).

13. Comorbilidad con otra **patología física.** En caso afirmativo 1, en caso negativo, 0.

14. Recibe **tratamiento psicofarmacológico.** En caso afirmativo sería 1, en caso negativo se le asignará 0.

15. ¿Ha presentado **recaídas** en último año? Si no hubiera presentado recaídas en este tiempo, sería 0; en caso afirmativo, las hubiera habido 1; para aquellos casos en que no se haya respondido, se asignará una puntuación de 2.

16. Recibe **tratamiento psicoterapéutico**. Se incluirán aquí cualquier terapia no farmacológica reglada o no proporcionada por un profesional cualificado desde salud mental con valor 2, 1 si no reciben psicoterapia.
17. ¿Recibe **tratamiento rehabilitador** en el momento de solicitud? En caso afirmativo, 1; en caso negativo, 0.

**Variables relacionadas con la aplicación del baremo.**

18. **BVD**. Puntuación alcanzada BVD aplicando el Baremo general para adultos. (Baremo de valoración de dependencia) cuyos valores oscilan entre 0 a 100.
19. BVD-DIEM corregida. Puntuación alcanzada **DIEM**, se trata de una escala corregida aplicable a solicitantes con Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental, que oscila en torno a valores entre 0 y 100 aunque distribuciones de pesos diferentes del Baremo general y además la incorporación del ítem Toma de decisiones.
20. GRADO/NIVEL DEPENDENCIA alcanzado. Se define una variable ordinal que conjuga grado y niveles, atendiendo a la **clasificación de la dependencia** -descrita desde el Libro Blanco se establezca en tres grados, de menor a mayor intensidad, ajustando con ello de un modo más eficiente la asignación de recursos y prestaciones, a las necesidades y, matizados aun más si cabe con la incorporación a posteriori de niveles (actualmente retirados). Según las puntuaciones obtenidas de la aplicación del baremo en su versión específica DIEM:

- i. Valor 1. Entre 25 y 39..... 1/1

- ii. Valor 2. Entre 40 y 49..... 1/2
- iii. Valor 3. Entre 50 y 64..... 2/1
- iv. Valor 4. Entre 65 y 74..... 2/2
- v. Valor 5. Entre 75 y 89..... 3/1
- vi. Valor 6. Entre 90 y 100..... 3/2

De los 11 ítems de que consta el baremo de aplicación de la Ley, en dos de ellos, Mantenimiento de la salud y Toma de decisiones se han recogido íntegramente la información de los subítems, por entender su contenido se acerca más específicamente a las características y posibles déficits derivados de los sujetos con T. M. G.

21. DIEM 1D. Identifica la **puntuación numérica global** en la ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo BVD DIEM en el ítem 1 Comer y beber oscilando entre valor 0 si desempeño positivo y 10 desempeño nulo agrupada a su vez en subgrupos.

- i. Valor 0 desempeño positivo
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-2, 5
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 2, 6-5
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 5, 1-7, 5
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 7, 6-10.

22. DIEM 1B. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función Comer y beber y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems(C, F e I)

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación.(C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

23. DIEM 1C. Identifica el **grado de soporte** requerido en las tarea Comer y beber, de forma mayoritaria Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa residual en estos perfiles. los valores oscilarán entre 0 y 3.

- 0 no precisa soporte.
- i. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM.
- ii. 2 requiere supervisión /preparación. SP
- iii. 3 requiere asistencia especial. ES.

24. DIEM 2 D. Identifica la puntuación numérica globalen la ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **MICCIONDEFECACION** con valores entre 0 y 7.

- i. Valor 0 desempeño positivo
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-1, 1, 8
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 1, 9-3, 6
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 3, 7- 5, 4
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 5, 5-7

25. DIEM 2 B. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **MICCIÓN y DEFECACION** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

26. DIEM 2 C. Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **MICCIÓN DEFECACION**, de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte. 0

- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

27. DIEM 3 D. Identifica la puntuación numérica global ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **Lavarse** con comprendidos entre 0 y 8.

- i. Valor 0 desempeño positivo 0
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-2
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 2, 1-4
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 5, 1-6
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 6, 1-8

28. DIEM 3 B Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **Lavarse** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño. 0
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)

iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

29. DIEM 3 C Identifica el **grado de soporte** requerido en las tarea Lavarse de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

i. 0 no precisa soporte.

ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM.

iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.

iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

30. DIEM 4 D. Identifica la **puntuación numérica global** ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **Otros cuidados corporales** valores comprendidos entre 0 y 2.

i. Valor 0 desempeño positivo. 0

ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-0,5

iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 0,6-1

iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 1, 1-1, 5

v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 1, 6-2.

31. DIEM 4 B. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **Otros cuidados corporales.** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

32. DIEM 4 C Identifica el **grado de soporte** requerido en las tarea **Otros cuidados corporales,** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

33. DIEM 5 D. Identifica la **puntuación numérica global** ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **Vestirse** entre 0 y 11, 6.

- i. Valor 0 desempeño positivo 0
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-2, 9
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 3-5, 8
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 5, 9b-7, 8
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 7, 9-...

34. DIEM 5 B Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **Vestirse** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

35. DIEM 5 C Identifica el **grado de soporte** requerido en las tarea **Vestirse** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.

- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

36. DIEM 6 D MSALUD. Identifica la **puntuación numérica global** ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **MANTENIMIENTO DE LA SALUD** Con valores comprendidos entre 0 y 11.

- i. Valor 0 desempeño positivo 0
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-2, 9
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 3, 5, 8
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 5, 9- 8
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 8, 1-11

37. MS-DE-1. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **APLICACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.

- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

38. MS-AP-1 Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **APLICACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

39. MS-DE-2. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** y su posible causa.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)

iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)

iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

40. MS-AP-2. Identifica el **grado de soporte** requerido en las tarea **EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

i. 0 no precisa soporte.

ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).

iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.

iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

41. MS -DE-3. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **EVITAR RIESGOS FUERADEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.

ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)

iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)

iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

42. MS- AP -3. Identifica el **grado de soporte** requerido en las tarea **EVITAR RIESGOS FUERADEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

i. 0 no precisa soporte.

ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).

iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.

iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

43. MS-DE- 4. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **PEDIR AYUDA ANTE LA URGENCIA (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.

- i. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- ii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iii. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

44. MS -AP -4. Identifica el **grado de soporte** requerido en las tarea **PEDIR AYUDA ANTE UNAURGENCIA (MANTENIMIENTO DE LA SALUD)** de forma mayoritaria.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

45. DIEM 7 D. Identifica la **puntuación numérica global** ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **TRANSFERENCIAS CORPORALES** valores comprendidos entre 0 y 2.

- i. Valor 0 desempeño positivo 0
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-0,5
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 0,6-1

iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 1, 1-1, 5

v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 1, 6-2

46. DIEM 7 B. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **TRANSFERENCIAS CORPORALES** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.

ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)

iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)

iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

47. DIEM 7 C. Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **TRANSFERENCIAS CORPORALES** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

i. 0 no precisa soporte.

ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).

iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.

iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

48. DIEM 8 D Identifica la **puntuación numérica global** en la ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR**. Valores comprendidos entre 0 y 12, 1.

- i. Valor 0 desempeño positivo 0
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño.
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño.
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño.

49. DIEM 8 B Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

50. DIEM 8 C. Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de

soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

51. DIEM 9 D Identifica la **puntuación numérica global** en la ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR** valores comprendidos entre 0 y 12, 9.

- i. Valor 0 desempeño positivo. 0
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-3, 2
- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 3, 3-6, 4
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 6, 5- 9, 6
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 9, 7-12, 9

52. DIEM 9 B. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

53. DIEM 9 C Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea DESPLAZAMIENTO FUERA DEL EL HOGAR de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

54. DIEM 10 D Identifica la **puntuación numérica global** en la ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **TAREAS DOMESTICAS**, con valores comprendidos entre 0 y 8.

- i. Valor 0 desempeño positivo
- ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-2

- iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 2, 1-4
- iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 4, 1-6
- v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 6, 1-8

55. DIEM 10 B Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **TAREAS DOMESTICAS** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

56. DIEM 10 C Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **TAREAS DOMESTICAS** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.

iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

57. DIEM 11 TD Identifica la **puntuación numérica global** ESCALA FALLO DESEMPEÑO en el baremo DIEM en el ítem **TOMA DE DECISIONES** valores comprendidos entre 0 y 15, 4.

i. Valor 0 desempeño positivo

ii. Valor 1 fallo leve en desempeño. 0,1-3, 8

iii. Valor 2 fallo, moderado en desempeño. 3, 9-7, 6

iv. Valor 3 fallo grave en desempeño. 7, 7-11, 4

v. Valor 4 fallo severo en desempeño. 11, 5-15, 4

58. TD-DE-1. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **ACTIVIDADES DE AUTOCAUIDADO (TOMA DE DECISIONES)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.

ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)

iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)

iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

59. TD-AP-1 Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **ACTIVIDADES DE AUTOCAUIDADO (TOMA DE DECISIONES)** de forma mayoritariamente. Los valores FP y FM,

que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

60. TD-DE-2 Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **ACTIVIDADES DE MOVILIDAD (TOMA DE DECISIONES)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

61. TD-AP-2 Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **ACTIVIDADES DE MOVILIDAD (TOMA DE DECISIONES)** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican

necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

62. TD-DE-3. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **TAREAS DOMÉSTICAS (TOMA DE DECISIONES)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

63. TD-AP-3 Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **TAREAS DOMÉSTICAS (TOMA DE DECISIONES)** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

64. TD-DE-4. Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS (TOMA DE DECISIONES)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

65. TD-AP-4. Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS (TOMA DE DECISIONES)** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

66. TD-DE-5 Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **USAR Y GESTIONAR EL DINERO (TOMA DE DECISIONES)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

- i. Valor 0 si no existe fallo de desempeño.
- ii. Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)
- iii. Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. (C)
- iv. Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

67. TD-AP- 5 Identifica **el grado de soporte** requerido en las tarea **USAR Y GESTIONAR EL DINERO (TOMA DE DECISIONES)** de forma mayoritaria. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

68. TD-DE-6 Identifica si existe **fallo en el desempeño** de la función **USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO (TOMA DE DECISIONES)** y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.

Valor 0 si no existe fallo de desempeño.

Valor 1 si no ejecuta físicamente la tarea (F)

Valor 2 si no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación.

(C)

Valor 3 si no muestra iniciativa para la realización de la tarea. (I).

69. TD- AP-6 Identifica el **grado de soporte** requerido en la tarea **USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO (TOMA DE DECISIONES)** de forma mayoritaria. Los valores FP y FM, que identifican necesidad de soporte físico parcial y máximo respectivamente fueron agrupadas al entender sería una causa *residual* en estos perfiles. Los valores oscilarán entre 0 y 3.

- i. 0 no precisa soporte.
- ii. 1 requiere asistencia física (incluiría cualquier grado de apoyo físico parcial o máximo FP/FM).
- iii. 2 requiere supervisión /preparación. SP.
- iv. 3 requiere asistencia especial. ES.

**Variables relacionadas con la oferta y demanda de servicios.**

70. TELEASISTENCIA. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular.
71. ASISTENCIA DOMICILIARIA. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular.
72. CENTRO DE DÍA /NOCHE. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular.
73. CENTRO RESIDENCIAL. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular.
74. PRESTACIÓN POR SERVICIO. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular.
75. CUIDADORES NO PROFESIONALES. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular.

76. ASISTENTE PERSONAL. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular.

77. PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA. Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular..

78. RECURSO ASIGNADO El recurso finalmente asignado pudiera no coincidir o si con el solicitado por el dependiente. En base a ello, será 1 si coincidiera 2 si no coincidiera. 0 si estuviera pendiente de aceptación.

79. RECURSO CONCEDIDO en última instancia.

Valor 0 ,si estuviera pendiente de asignación.

1. Servicio de teleasistencia.\*
2. Ayuda a domicilio.\*
3. Centro de día/noche.
4. Centro residencial.
5. Prestación vinculada a servicio.
6. Prestación de cuidados no profesionales.
7. Prestación por asistencia personal.
8. Servicio de prevención de situaciones de dependencia.
9. No aplicable por rechazo, éxitus....

\*dada la baja frecuencia de asignación de Teleasistencia y Ayuda a domicilio estos datos se agruparon en torno al Servicio de atención en domicilio.

## **CONTROL DE SEGOS**

- **Sesgos asociados a la selección muestral :**

Que, al tratarse de un reconocimiento de la prestación de forma escalonada según un calendario de implantación preestablecido, la población que solicita la valoración de dependencia, sea la más discapacitada.

Que no solicitaran la dependencia aquellos que .temiendo no alcanzar reconocimiento de dependencia, correrían con el riesgo de perder el recurso concedido con anterioridad.

Que el rango de edad establecido, entre 25 y 60 años, supusiera:

- Por una parte, la exclusión de aquellos sujetos más jóvenes y con menores déficits asociados, frente al curso deterior ante de la enfermedad mental grave padecida.
- Por otra, que la horquilla de edad por arriba supusiera la pérdida de casos, al excluir el perfil de usuario mayor, pero no geriátrico.

La muestra puede estar sesgada porque los pacientes más graves no suelen reconocer su enfermedad y, por tanto, tienden a no solicitar la valoración.

La muestra puede estar sesgada porque, al menos al, principio de la aplicación de la Ley, pudieran acceder a ella aquellos ya beneficiarios de alguna prestación social, más cercanos al Sistema.

Sesgos asociados a la identificación de casos, ya que los trastornos mentales identificados a partir de la CIAP -Clasificación desde Atención Primaria-son genéricos.

Se ha considerado directamente como diagnóstico principal, el de etiología psiquiátrica. (En realidad, no porque el criterio de selección pasa por la aplicación directa del DIEM.

Que no la solicitaban los que estuvieran en peor situación solos sin apoyos y sin conciencia de enfermedad.

Que solo solicitarán dependencia aquellos con apoyos para dirigirles a ellos.

- **Sesgos durante el proceso.**

Asociados al entrevistador y su capacidad para la aplicación del baremo, en base a la diferente cualificación profesional de los valoradores. (Fisioterapeuta, trabajador social,...).

- **Sesgos de resultado.**

Que al tratarse de una comunidad autónoma uniprovincial y con una distribución limitada de recursos concentrados en el área litoral, los resultados no fueran extrapolables al grupo nacional.

O bien, una dotación de recursos sociales, insuficiente en términos cuantitativos y cualitativos podría en el área geográfica.

No se han recogido más que los resultados favorables, esto es, los reconocidos como dependientes en menor o mayor grado.

Con la entrada en vigor del nuevo baremo, los resultados de la valoración podrían haberse modificado sustancialmente.

# RESULTADOS

## Análisis estadístico descriptivo

### Variables relacionadas con los factores socio-demográficos.

- **SEXO** De los 385 expedientes favorables, un 57,4% fueron varones (221) y el 42,6% restante mujeres (164). (Tabla I)

**Sexo (Tabla I)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hombre	221	57,4	57,4	57,4
Mujer	164	42,6	42,6	100,0
Total	385	100,0	100,0	

- **RANGO DE EDAD.** Hemos convenido un margen de edad entre 25 y 60 años en el momento de la solicitud, en base a considerar un perfil de búsqueda susceptible de beneficiarse eficientemente medidas rehabilitación funcional intensiva, preventiva de situaciones de dependencia y promotora de su autonomía personal. Posteriormente, para facilitar un análisis de frecuencias y estadístico posterior fueron agrupados por tramos de edad en base a su año de nacimiento, de tal forma que. Ver tabla II.

(Nacidos anteriores al 1954 un 20,8% (80) ;entre 1955-1964. 35,1 % (135) entre.1965-1974. 27,0 % (104) .Y entre 1975-1998 17,1 %) (66)

**Edades. Tabla II**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ... -1954	80	20,8	20,8	20,8
1955-1964	135	35,1	35,1	55,8
1965-1974	104	27,0	27,0	82,9
1975-1986	66	17,1	17,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	

- **ÁREA GEOGRÁFICA** de residencia de los solicitantes se distribuirían del siguiente modo:

Área 1 Santander 34% (131)

Área 2 y 3. Reinosá-Torrelavega. 12,2 % (47)

Área 4 Laredo-Colindres 13,2 % (51)

Área 5 Fuera de áreas principales.40,5% (156)

**Área geográfica .Tabla III**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Área Santander	131	34,0	34,0	34,0
Área Torrelavega-Reinosá	47	12,2	12,2	46,2
Válidos Área Laredo-Colindres	51	13,2	13,2	59,5
Fuera de áreas	156	40,5	40,5	100,0
Total	385	100,0	100,0	

\*(En el área de Reinos, solo se disponían de 2 casos por lo que se asoció al área de Torrelavega, con quien a su vez coincide en área de salud).

- **CONVIVENCIA.** Un 26,2% (101) de la muestra vivían solos, el 73 % (284) restante convivían con otra/s personas. (Tabla IV).

**Núcleo de convivencia .Tabla IV.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
vive solo	101	26,2	26,2	26,2
Válidos convive	284	73,8	73,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

- Si recibían **asistencia previa** antes de solicitar dependencia y por tanto beneficiarios con anterioridad de algún tipo de recurso social. el 31,4 % (121) frente al 68,6 % (264) de los sujetos que no recibía ningún tipo de asistencia antes de la solicitud de valoración de dependencia.(Tabla V)

**Beneficiario de recurso previamente .Tabla V.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no recibía asistencia	264	68,6	68,6	68,6
recibía asistencia	121	31,4	31,4	100,0
Total	385	100,0	100,0	

- En cuanto a la disponibilidad de CUIDADOR, 68,1% (262) reconocían la existencia de un cuidador de referencia frente al 31,9% de los sujetos de estudio (123) que no disponían o no tenían reconocida tal figura.(Tabla VI)

**Dispone de cuidador habitual. Tabla VI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no tiene cuidador	123	31,9	31,9	31,9
tiene cuidador	262	68,1	68,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	

- Estatus legal, el 17,9 % (69) se encontraban incapacitados legalmente, si bien desconociéndose los términos de cada sentencia en particular. En un 16,6% (64) de la muestra se disponían de guardador de hecho, mientras que el 65,5 % (252) estaban capacitados civilmente *de derecho*.(Tabla VII)

**Situación civil de capacidad (Tabla VII)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos capacitado	252	65,5	65,5	65,5
guardador de hecho	64	16,6	16,6	82,1
tutor legal	69	17,9	17,9	100,0
Total	385	100,0	100,0	

#### **Variables relacionadas con el trastorno mental.**

- **Atención Primaria Vs. especializada.**

Mayoritariamente, en un 81% (312) de los casos, las solicitudes procedieron de Atención Primaria. Únicamente en un 12,2. %(47) de los casos, se había promovida la valoración desde Atención Especializada. En una tercera vía, minoritaria, se habían articulado las solicitudes desde los dispositivos hospitalarios de la región, concretamente en un 6% (23) de los casos. Una cuarta vía, tres casos, 0,8%, apenas el 1 % de los casos, lo integraban solicitudes a instancia de mutualidades médicas. (Tabla VIII)

**Atención médica responsable de la solicitud. Tabla VIII**

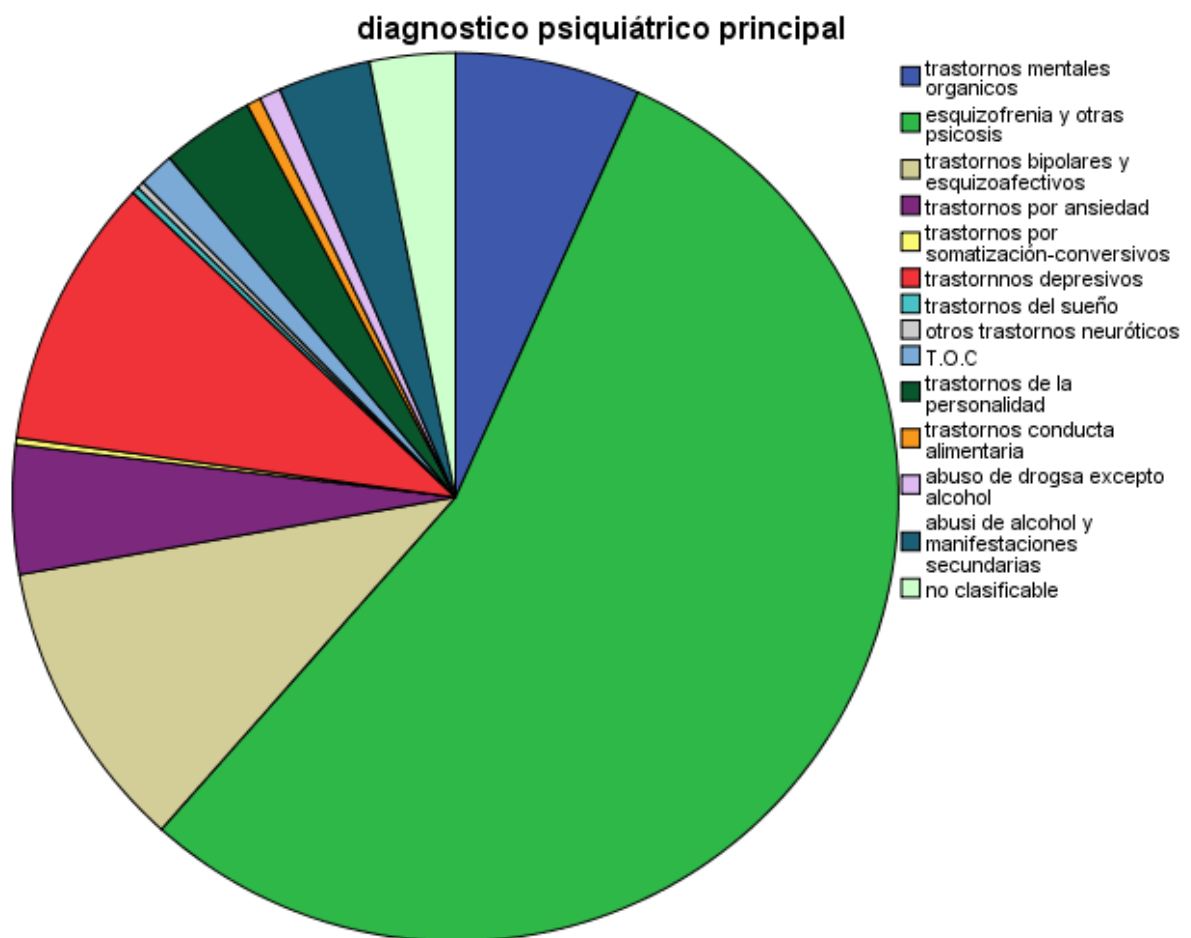
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
otras vías	3	,8	,8	,8
atención primaria	312	81,0	81,0	81,8
Válidos atención especializada	47	12,2	12,2	94,0
atención hospitalaria	23	6,0	6,0	100,0
Total	385	100,0	100,0	

- **Diagnóstico psiquiátrico principal.**

Se recogieron por frecuencias en base a las diferentes categorías diagnósticas CIAP, DSM, CIE...)\* Una parte de ellos, concretamente 12 de ellos no se respondía a categoría diagnóstica, p.ej. ideación autolítica persistente lo que llevó a incluirles en el subgrupo de no clasificables. (Tabla IX)

**Diagnostico psiquiátrico principal. Tabla IX.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
trastornos mentales orgánicos	26	6,8	6,8	6,8
esquizofrenia y otras psicosis	211	54,8	54,8	61,6
trastornos bipolares y esquizoafectivos	41	10,6	10,6	72,2
trastornos por ansiedad	18	4,7	4,7	76,9
trastornos por somatización- conversivos	1	,3	,3	77,1
trastornos depresivos	38	9,9	9,9	87,0
trastornos del sueño	1	,3	,3	87,3
otros trastornos neuróticos	1	,3	,3	87,5
Válidos T.O.C	5	1,3	1,3	88,8
trastornos de la personalidad	13	3,4	3,4	92,2
trastornos conducta alimentaria	2	,5	,5	92,7
abuso de drogas excepto alcohol	3	,8	,8	93,5
abuso de alcohol y manifestaciones secundarias	13	3,4	3,4	96,9
no clasificable	12	3,1	3,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	



\*Se optó, posteriormente, por la reagrupación de los diagnósticos psiquiátricos anteriores para favorecer el análisis posterior de resultados en grupos síndrómicos, confirmándose un 54,8% (211) de **trastornos psicóticos** en sus diferentes variantes...El siguiente grupo en importancia lo conformarían los trastornos del *espectro neurótico* 16,6 %(64). Los **trastornos de personalidad**, con un 11,2% (43), seguido por **bipolares-esquizoafectivos** 10,6% (41) y los trastornos psiquiátricos de **base orgánica** 6,8%(26).De este modo (Tabla X).

**Diagnósticos más prevalentes. Tabla X**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
trastornos orgánicos	26	6,8	6,8	6,8
psicosis	211	54,8	54,8	61,6
Bipolares- esquizoafectivos	41	10,6	10,6	72,2
Válidos trastornos neuróticos	64	16,6	16,6	88,8
t. personalidad	43	11,2	11,2	100,0
Total	385	100,0	100,0	

### **Psicosis**

Sobre el grupo diagnóstico más prevalente en la muestra, las psicosis, con 211 casos sobre el total de 385, permiten identificar mediante tabla de frecuencias el perfil de déficits detectados y necesidades de soporte requeridas para este su grupo en las dos áreas de valoración más comprometidas.

#### **Mantenimiento de la salud.**

El 46,4% precisaban supervisión en la aplicación de medidas terapéuticas.

El 45,5 % precisaban supervisión para evitar riesgos dentro del domicilio.

El 52,6 % precisaban supervisión para evitar riesgos fuera del domicilio.

El 34,1 % precisaban supervisión para pedir ayuda ante una urgencia.

El 66,4% precisaban supervisión para el desplazamiento fuera del hogar.

El 64,5% precisaban soporte físico en tareas domésticas.

#### **Toma de decisiones.**

El 64,5 % precisa supervisión actividades de autocuidado

El 46, % precisa supervisión en Actividades de movilidad

El 55,9% precisa supervisión en interacciones básicas y complejas

El 61,6 % precisa supervisión en el uso y gestión del dinero.

El 67,8% precisaron supervisión en el uso de servicios a disposición del público.

#### **Trastornos del espectro neurótico**

Frente a ello, el perfil prevalente bajo el diagnóstico de trastornos del espectro neurótico sería:

#### **Mantenimiento de la salud.**

El 54,7 % precisaron supervisión en la aplicación de medidas terapéuticas.

El 42,2% precisaron supervisión para evitar riesgos dentro del domicilio.

El 50 % precisaron supervisión para evitar riesgos fuera domicilio.

El 34% no precisaban soporte para pedir ayuda ante una urgencia.

El 56,3% precisaron supervisión en su desplazamiento fuera hogar

El 79,7% precisaban soporte físico en tareas domésticas.

#### **Toma de decisiones.**

El 60,9 % precisa supervisión en actividades de autocuidado

El 46,9 % precisa supervisión en Actividades de movilidad.

El 59,4% precisa supervisión en interacciones básicas y complejas.

El 64,1 % precisa. Supervisión en el uso y gestión del dinero.

El 67,2% precisa supervisión en el uso de servicios a disposición del público.

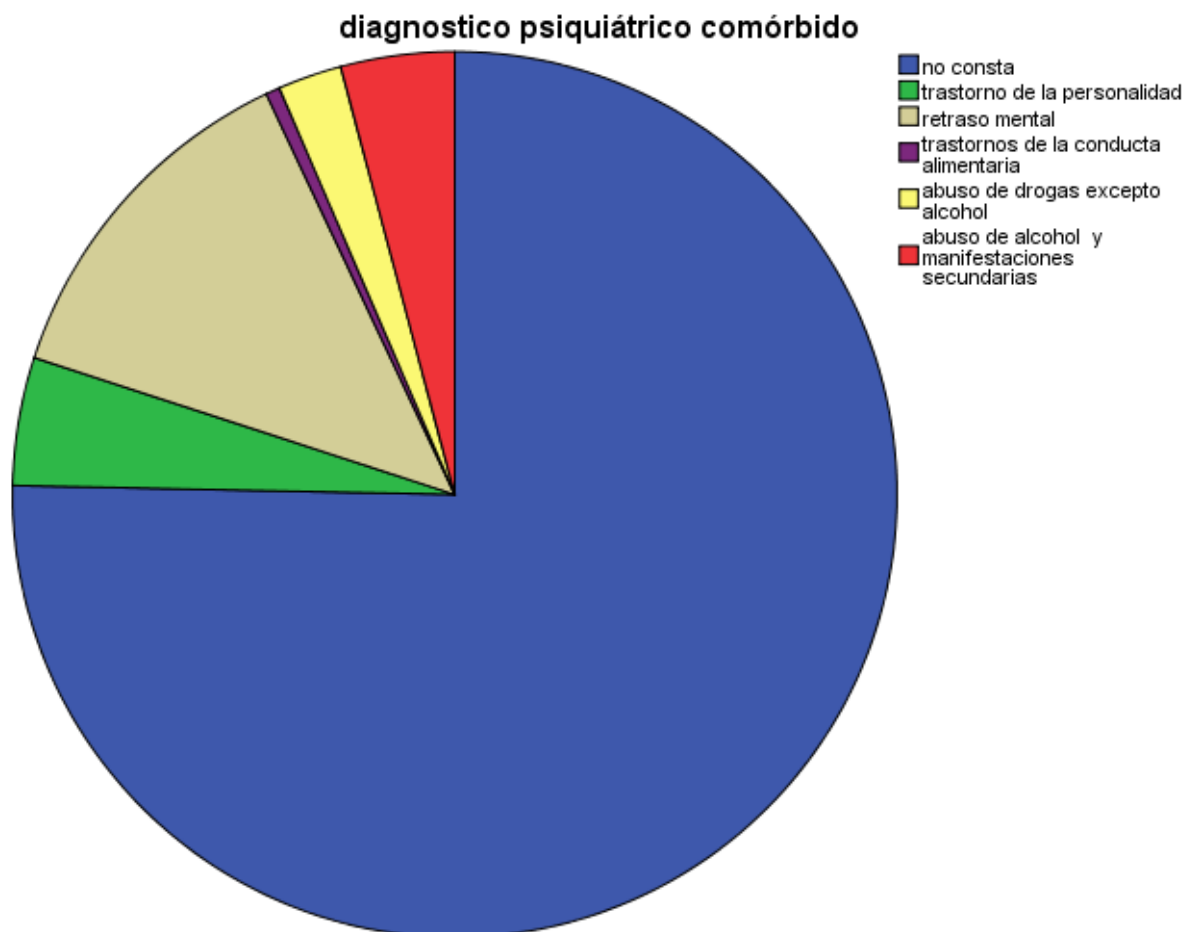
▪ **Comorbilidad con otra patología psiquiátrica.**

En el 75,3% de los casos, no consta la existencia de otro trastorno psiquiátrico comórbido, eje II incluido. El resto de resultados minoritarios se exponen en el siguiente cuadro.(Tabla XI)(Gráfico I)

**Diagnóstico psiquiátrico comórbido .Tabla XI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no consta	290	75,3	75,3	75,3
trastorno de la personalidad	18	4,7	4,7	80,0
retraso mental	50	13,0	13,0	93,0
trastornos de la conducta alimentaria	2	,5	,5	93,5
Válidos				
abuso de drogas excepto alcohol	9	2,3	2,3	95,8
abuso de alcohol y manifestaciones secundarias	16	4,2	4,2	100,0
Total	385	100,0	100,0	

GRÁFICO 1:



▪ **Comorbilidad con otra patología física.**

En el 50,1 % de los casos se registró la existencia de comorbilidad con alguna patología física y como tal recogido en el preceptivo informe de condiciones de salud; prácticamente en la misma medida, 49,9% de aquellos en los que no constaba dicha comorbilidad. (Tabla XII)

### Diagnósticos no psiquiátrico comórbidos Tabla XII

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No comorbilidad física	192	49,9	49,9
	Comorbilidad física	193	50,1	100,0
	Total	385	100,0	100,0

#### ▪ Recibe tratamiento psicofarmacológico

El 93,5 de los casos recibían en el momento de la evaluación, el 93,5% (360) recibían algún tipo de tratamiento psicofarmacológico. Frente a un 6,5%(25) que no lo recibían.(Tabla XIII)

### Tratamiento psicofarmacológico. Tabla XIII.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no recibe tratamiento psicofarmacológico	25	6,5	6,5
	recibe tratamiento psicofarmacológico	360	93,5	100,0
	Total	385	100,0	100,0

#### ▪ ¿Ha presentado **recaídas** en último año?

En el 75,6 %(291) no constaban recaídas en el último año, frente a un 23,1% que si las tuvieron, y un 1,3% en que no se recogió tal incidencia.(Tabla XIV)

#### Número de recaídas en el último año. Tabla XIV.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no presenta recaídas	291	75,6	75,6	75,6
si presenta recaídas	89	23,1	23,1	98,7
Válidos no se recoge	5	1,3	1,3	100,0
Total	385	100,0	100,0	

#### ▪ Recibe **psicoterapia**

En 218 de los 385 casos, los usuarios no recibían psicoterapia, esto es, en un 56,6% mientras que el 42,6%(164) sí recibía esta línea de tratamiento. En tres casos, no se recogió este dato.

(Tabla XV)

#### Tratamiento psicoterapéutico. Tabla XV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no se recoge	3	,8	,8	,8
no recibe psicoterapia	218	56,6	56,6	57,4
Válidos recibe psicoterapia	164	42,6	42,6	100,0
Total	385	100,0	100,0	

#### ▪ ¿Recibe tratamiento **rehabilitador** en el momento de solicitud?

El 73,2% (282) de los sujetos objeto de estudio, no recibían tratamiento de rehabilitación, mientras que apenas el 26,8% (103) se beneficiaban de esta línea de tratamiento.(Tabla XVI)

**Tratamiento rehabilitador. Tabla XVI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no recibe rehabilitación	282	73,2	73,2	73,2
Válidos recibe rehabilitación	103	26,8	26,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

**Variables relacionadas con el perfil funcional.**

**COMER Y BEBER**

1. **(DIEM 1D).** Las puntuaciones globales para esta actividad oscilarán entre 0 en caso de no detectarse fallo en el desempeño y 10, fallo completo, a todos aquellos que les fuera de aplicación la escala. Se estratificaron las puntuaciones según rangos de menor a mayor déficit, en cuatro niveles., tal y como figura en la Tabla y en adelante (Tabla XVII).

0 sin fallo en el desempeño (desempeño positivo). 49,1%(189)

1 fallo leve, 12,5%(48)

2 fallo moderado, 18,4% (71)

3 fallo grave, 6,5%(25)

4 fallo severo.13'5% (52)

**Escala fallo desempeño comer beber. Tabla XVII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
desempeño positivo	190	49,4	49,4	49,4
fallo leve	47	12,2	12,2	61,6
fallo moderado	71	18,4	18,4	80,0
Válidos fallo grave	25	6,5	6,5	86,5
fallo severo	52	13,5	13,5	100,0
Total	385	100,0	100,0	

2. **(DIEM 1B).** La naturaleza del fallo de desempeño en la función Comer y beber y su posible causa.

No existía fallo desempeño o no se identificaba causa del fallo en el 54,8% (211)

FALLO FÍSICO No ejecuta físicamente la tarea en el 14,5% (56)

FALLO COGNITIVO No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. 21,8% (84).

FALLO PSÍQUICO No muestra iniciativa para la realización de la tarea. 8, 8% (34).

3. **(DIEM 1C).** El grado de soporte requerido en las tarea Comer y beber, de forma mayoritaria entre los subítems.(Tabla XVIII)

**COMER Y BEBER. Grado de soporte-Tabla XVIII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	189	49,1	49,1	49,1
precisa soporte físico *	71	18,4	18,4	67,5
precisa supervisión	117	30,4	30,4	97,9
requiere apoyo especial	8	2,1	2,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	

\*parcial o máximo

**MICCIÓN/DEFECACIÓN**

4. **(DIEM 2D).** Las puntuaciones globales para esta actividad oscilarán entre 0 en caso de no detectarse fallo en el desempeño y 7, fallo completo a aquel que les fuera de aplicación la escala. Se estratificaron las puntuaciones según rangos de menor a mayor déficit, en cuatro niveles.(Tabla XIX)

**MICCIÓN Y DEFECACIÓN. Escala fallo desempeño. Tabla XIX.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no fallo	183	47,5	47,5	47,5
fallo desempeño leve	68	17,7	17,7	65,2
fallo desempeño moderado	52	13,5	13,5	78,7
Válidos fallo desempeño grave	51	13,2	13,2	91,9
fallo desempeño grave	31	8,1	8,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	

5. **(DIEM 2 B).** La naturaleza del fallo de desempeño en la función Micción defecación y su posible causa.

No existía fallo desempeño o no se identificaba causa del fallo en el 53,5 % (206)

FALLO FÍSICO No ejecuta físicamente la tarea en el 10,1 % (39)

FALLO COGNITIVO No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. 28,6 % (110).

FALLO PSÍQUICO No muestra iniciativa para la realización de la tarea. 7,8 % (30).

6. **DIEM 2 C.** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea MICCION DEFECACION, de forma mayoritariamente. 0 no precisa, 1 FP asistencia física parcial FM asistencia física máxima. 2 SP supervisión /preparación. 3 ES asistencia especial. (Tabla XX)

**MICCION Y DEFECACION. Grado de soporte. Tabla XX.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	182	47,3	47,3	47,3
requiera soporte físico *	50	13,0	13,0	60,3
requiere supervisión	146	37,9	37,9	98,2
requiere apoyo especial	7	1,8	1,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

\*parcial o máximo

## LAVARSE

7. **DIEM 3D.** Las puntuaciones globales DIEM para esta actividad LAVARSE oscilarán entre 0 en caso de no detectarse fallo en el desempeño y 8, fallo completo a todos aquellos que les fuera de aplicación la escala. Se estratificaron las puntuaciones según rangos de menor a mayor déficit, en cuatro niveles.(Tabla XXI)

**Escala fallo desempeño lavarse. (Tabla XXI)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
desempeño positivo	40	10,4	10,4	10,4
fallo desempeño moderado	2	,5	,5	10,9
Válidos fallo desempeño grave	112	29,1	29,1	40,0
fallo desempeño severo	231	60,0	60,0	100,0
Total	385	100,0	100,0	

8. **DIEM 3B** La naturaleza del fallo de desempeño en la función LAVARSE y su posible causa.

No existía fallo desempeño o no se identificaba causa del fallo en el 17,4 % (67)

FALLO FÍSICO No ejecuta físicamente la tarea en el 14,3 % (55)

FALLO COGNITIVO No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. 41,6 % (160).

FALLO PSÍQUICO No muestra iniciativa para la realización de la tarea.26, 8 % (103).

9. **DIEM 3C.** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea Lavarse de forma mayoritaria.(Tabla XXII).

**LAVARSE. Grado de soporte. Tabla XXII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	39	10,1	10,1	10,1
precisa soporte físico*	88	22,9	22,9	33,0
precisa supervisión	225	58,4	58,4	91,4
precisa apoyo especial	33	8,6	8,6	100,0
Total	385	100,0	100,0	

\*parcial o máximo.

**OTROS CUIDADOS CORPORALES.**

10. **DIEM 4D.** Las puntuaciones globales DIEM para esta actividad OTROS CUIDADOS CORPORALES oscilarán entre 0 en caso de no detectarse fallo en el desempeño y 2, fallo completo a todos aquellos que les fuera de aplicación la escala. Se estratificaron las puntuaciones según rangos de menor a mayor déficit, en cuatro niveles.

0 Sin fallo en el desempeño (desempeño positivo), 8,3 %(32)

1 fallo leve, 7,3%(28)

2 fallo moderado, 16,1% (62)

3 fallo grave, 17,4 %(67)

4 fallo severo.50, 9% (196)

11. **DIEM 4B** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función Otros cuidados corporales y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.(Tabla XXIII)

**OTROS CUIDADOS CORPORALES. Causa fallo desempeño.Tabla XXIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	60	15,6	15,6	15,6
falla ejecución física	60	15,6	15,6	31,2
falla coherencia y/o comprensión	161	41,8	41,8	73,0
falla iniciativa	104	27,0	27,0	100,0
Total	385	100,0	100,0	

12. **DIEM 4C** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea Otros cuidados corporales.  
(Tabla XXIV)

**OTROS CUIDADOS CORPORALES. Grado de soporte. Tabla XXIV.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	34	8,8	8,8	8,8
precisa soporte físico	104	27,0	27,0	35,8
precisa supervisión	217	56,4	56,4	92,2
precisa apoyo especial	30	7,8	7,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

## VESTIRSE

13. **DIEM 5D** Identifica la puntuación numérica global en el baremo DIEM en el ítem Vestirse entre 0 y 8.

0 sin fallo en el desempeño (desempeño positivo) 25,2 % (97)

1 fallo leve, 1,3 % (5)

2 fallo moderado, 2,6 % (10)

3 fallo grave, 15,6% (60)

4 fallo severo.55, 3 % (213)

14. **DIEM 5B** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función Vestirse y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.(Tabla XXV)

**VESTIRSE. Causa fallo desempeño. Tabla XXV**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	121	31,4	31,4	31,4
falla ejecución física	51	13,2	13,2	44,7
falla coherencia y/o comprensión	153	39,7	39,7	84,4
falla iniciativa	60	15,6	15,6	100,0
Total	385	100,0	100,0	

15. **DIEM 5C** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea Vestirse de forma mayoritaria.(Tabla XXVI)

**VESTIRSE. Grado de soporte. Tabla XXVI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	98	25,5	25,5	25,5
precisa soporte físico	70	18,2	18,2	43,6
precisa supervisión	204	53,0	53,0	96,6
precisa apoyo especial	13	3,4	3,4	100,0
Total	385	100,0	100,0	

**MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**

16. **DIEM 6D** MSALUD. Identifica la puntuación numérica global en el baremo DIEM en el ítem MANTENIMIENTO DE LA SALUD .Con valores comprendidos entre 0 y 11.

0 sin fallo en el desempeño(desempeño positivo 8,1 % (31)

1 fallo leve. 6,5 % ( 25 )

2 fallo moderado.11,4 %(44 )

3 fallo grave. 20,3% (78)

4 fallo severo.53,8% (207)

17. MS-DE-1. Identifica si existe fallo en el desempeño de la función APLICACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS (MANTENIMIENTO DE LA SALUD) y su posible causa. (Tabla XXVII)

**APLICACIÓN DE MEDIDAS TERAPEUTICAS. Causa fallo desempeño. Tabla XXVII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	52	13,5	13,5	13,5
falla ejecución física	24	6,2	6,2	19,7
falla coherencia y/o comprensión	241	62,6	62,6	82,3
falla iniciativa	68	17,7	17,7	100,0
Total	385	100,0	100,0	

18. MS-AP-1 Identifica el grado de soporte requerido en la tarea APLICACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS (MANTENIMIENTO DE LA SALUD) de forma mayoritaria. (Tabla XXVIII).

**APLICACIÓN DE MEDIDAS TERAPEUTICAS. Grado de soporte (Tabla XXVIII)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	28	7,3	7,3	7,3
precisa soporte físico	129	33,5	33,5	40,8
precisa supervisión	186	48,3	48,3	89,1
precisa apoyo especial	42	10,9	10,9	100,0
Total	385	100,0	100,0	

19. **MS-DE-2.** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD) y su posible causa.(Tabla XXIX)

**EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO. Causa fallo desempeño. Tabla XXIX.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	114	29,6	29,6	29,6
falla ejecución física	27	7,0	7,0	36,6
falla coherencia/comprensión	195	50,6	50,6	87,3
falla iniciativa	49	12,7	12,7	100,0
Total	385	100,0	100,0	

20. **MS-AP-2.** Identifica el grado de soporte requerido en la tarea EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD) de forma mayoritaria.(Tabla XXX)

**EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO. Grado de soporte. Tabla XXX**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	89	23,1	23,1	23,1
precisa soporte físico	103	26,8	26,8	49,9
precisa supervisión	166	43,1	43,1	93,0
precisa apoyo especial	27	7,0	7,0	100,0
Total	385	100,0	100,0	

21. **MS -DE-3.** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD) y su posible causa.

No existía fallo desempeño o no se identificaba causa del fallo en el 19,5 % (75)

FALLO FÍSICO No ejecuta físicamente la tarea en el 8,8 % (34)

FALLO COGNITIVO No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. 57,9 % (223).

FALLO PSÍQUICO No muestra iniciativa para la realización de la tarea.13, 9 % (53).

22. **MS- AP -3.** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO (MANTENIMIENTO DE LA SALUD )de forma mayoritaria.(Tabla XXXI)

**EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO. Grado de soporte. Tabla XXXI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	46	11,9	11,9	11,9
precisa soporte físico	123	31,9	31,9	43,9
precisa supervisión	187	48,6	48,6	92,5
precisa apoyo especial	29	7,5	7,5	100,0
Total	385	100,0	100,0	

23. **MS-DE- 4.**Identifica si existe fallo en el desempeño de la función PEDIR AYUDA ANTE LA URGENCIA (MANTENIMIENTO DE LA SALUD )y su posible causa.(Tabla XXXII)

**PEDIR AYUDA ANTE UNA URGENCIA. Causa fallo desempeño. Tabla XXXII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	152	39,5	39,5	39,5
falla ejecución física	22	5,7	5,7	45,2
falla coherencia /comprensión	172	44,7	44,7	89,9
falla iniciativa	39	10,1	10,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	

24. **MS -AP -4.**Identifica el grado de soporte requerido en las tarea PEDIR AYUDA ANTE UNA URGENCIA (MANTENIMIENTO DE LA SALUD) de forma mayoritaria.(Tabla XXXIII)

**PEDIR AYUDA ANTE UNA URGENCIA. Grado de soporte. Tabla XXXIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	129	33,5	33,5	33,5
precisa soporte físico	108	28,1	28,1	61,6
precisa supervisión	122	31,7	31,7	93,2
precisa apoyo especial	26	6,8	6,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

## TRANSFERENCIAS CORPORALES

25. **DIEM 7D.** Identifica la puntuación numérica global en el baremo Diem en el ítem TRANSFERENCIAS CORPORALES valores comprendidos entre 0 y 2.

1 sin fallo en el desempeño(desempeño positivo). 82,9 %(319)

2 fallo leve. 4,7%(18)

3 fallo moderado. 2,3 % (9)

4 fallo grave. 2,6 %(10)

5 fallo severo.7, 5 % (29)

26. **DIEM 7B.** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función TRANSFERENCIAS CORPORALES y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.(Tabla XXXIV)

### TRANSFERENCIAS CORPORALES. Causa fallo desempeño. Tabla XXXIV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	327	84,9	84,9	84,9
falla ejecución física	22	5,7	5,7	90,6
fallo comprensión coherencia	22	5,7	5,7	96,4
falla iniciativa	14	3,6	3,6	100,0
Total	385	100,0	100,0	

27. **DIEM 7C.** Identifica el grado de soporte requerido en la tarea TRANSFERENCIAS CORPORALES de forma mayoritaria.(Tabla XXXV)

**TRANSFERENCIAS CORPORALES. Grado de soporte. Tabla XXXV**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	319	82,9	82,9	82,9
precisa soporte físico	29	7,5	7,5	90,4
precisa supervisión	31	8,1	8,1	98,4
precisa apoyo especial	6	1,6	1,6	100,0
Total	385	100,0	100,0	

**DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR**

28. **DIEM 8D.** Identifica la puntuación numérica global en el baremo DIEM en el ítem DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR

0 sin fallo en el desempeño(desempeño positivo),40 %(154)

1 fallo leve.10, 9%(42)

2 fallo moderado, 11,2% (43)

3 fallo grave.10, 1 %(39)

4 fallo severo.27, 8 % (107)

29. **DIEM 8B.** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.(Tabla XXXVII)

**DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR. Causa fallo desempeño. Tabla XXXVII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	172	44,7	44,7	44,7
falla ejecución física	51	13,2	13,2	57,9
falla comprensión coherencia	114	29,6	29,6	87,5
fallo iniciativa	48	12,5	12,5	100,0
Total	385	100,0	100,0	

30. **DIEM 8C.** Identifica el grado de soporte requerido en la tarea DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR de forma mayoritariamente. (Tabla XXXVIII).

**DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR. Grado de soporte. Tabla XXXVIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	154	40,0	40,0	40,0
precisa soporte físico	59	15,3	15,3	55,3
precisa supervisión	164	42,6	42,6	97,9
precisa apoyo especial	8	2,1	2,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	

## DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR

31. **DIEM 9D.** Identifica la puntuación numérica global en el baremo DIEM en el ítem DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR valores comprendidos entre 0 y 12,9.

0 sin fallo en el desempeño(desempeño positivo). 5,5 %(21)

1 fallo leve. 6,2 %(24)

2 fallo moderado. 25,7% (99)

3 fallo grave. 6,8%(26)

4 fallo severo. 55,8% (215)

32. **DIEM 9B.** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.(Tabla XXXIX)

### DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR. Causa fallo desempeño. Tabla XXXIX.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	51	13,2	13,2	13,2
fallo ejecución física	39	10,1	10,1	23,4
falla comprensión coherencia	204	53,0	53,0	76,4
falla iniciativa	91	23,6	23,6	100,0
Total	385	100,0	100,0	

33. DIEM 9C Identifica el grado de soporte requerido en las tarea DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR de forma mayoritaria.(Tabla XL)

**DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR. Grado de soporte. Tabla XL.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	21	5,5	5,5	5,5
precisa soporte físico	86	22,3	22,3	27,8
precisa supervisión	248	64,4	64,4	92,2
precisa apoyo especial	30	7,8	7,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

## TAREAS DOMÉSTICAS

34. **DIEM 10D.** Identifica la puntuación numérica global en el baremo DIEM en el ítem TAREAS DOMESTICAS CON valores comprendidos entre 0 y 8.

0,sin fallo en el desempeño(desempeño positivo), 0,8 %(3)

1 fallo leve 0,3 % (1)

2 fallo moderado 1,6 % (6)

3 fallo grave, 0,8 %(3)

4 fallo severo.96, 6 % (372)

35. **DIEM 10B** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función TAREAS DOMESTICAS y su posible causa. Se asignará en caso de existir fallo en el desempeño el código mayoritario entre los subítems.(Tabla XLI)

**TAREAS DOMÉSTICAS. Causa fallo desempeño. Tabla XLI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no falla desempeño	32	8,3	8,3	8,3
falla ejecución física	42	10,9	10,9	19,2
falla comprensión coherencia	218	56,6	56,6	75,8
falla iniciativa	93	24,2	24,2	100,0
Total	385	100,0	100,0	

36. **DIEM 10C** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea TAREAS DOMESTICAS de forma mayoritaria. (Tabla XLII)

**Tareas domésticas. Grado de soporte. Tabla XLII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	2	,5	,5	,5
precisa soporte físico	273	70,9	70,9	71,4
precisa supervisión	84	21,8	21,8	93,2
precisa apoyo especial	26	6,8	6,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

**TOMA DE DECISIONES.**

37. **DIEM 11D TD** Identifica la puntuación numérica global en el baremo Diem en el ítem TOMA DE DECISIONES valores comprendidos entre 0 y 15,4.

0, sin fallo en el desempeño(desempeño positivo).0,8% %(3)

1 fallo leve, 1,8 %(7)

2 fallo moderado, 9,4 % (36)

3 fallo grave. 35,1 %(135)

4 fallo severo. 53 % (204)

38. **TD-DE-1** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO (TOMA DE DECISIONES) y su posible causa.(Tabla XLIII)

**ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO. Causa fallo desempeño. Tabla XLIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no fallo desempeño	70	18,2	18,2	18,2
fallo ejecución física	5	1,3	1,3	19,5
fallo comprensión coherencia	222	57,7	57,7	77,1
fallo iniciativa	88	22,9	22,9	100,0
Total	385	100,0	100,0	

39. **TD-AP-1** Identifica el grado de soporte requerido en la tarea ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO (TOMA DE DECISIONES).(Tabla XLIV)

**ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO. Grado de soporte. Tabla XLIV**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	37	9,6	9,6	9,6
precisa soporte físico	44	11,4	11,4	21,0
precisa supervisión	247	64,2	64,2	85,2
precisa apoyo especial	57	14,8	14,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

40. **TD-DE-2** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función ACTIVIDADES DE MOVILIDAD (TOMA DE DECISIONES) y su posible causa.(Tabla XLV).

**ACTIVIDADES DE MOVILIDAD. Causa fallo desempeño. Tabla XLV.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no fallo desempeño	196	50,9	50,9	50,9
fallo ejecución física	5	1,3	1,3	52,2
fallo comprensión coherencia	129	33,5	33,5	85,7
fallo iniciativa	55	14,3	14,3	100,0
Total	385	100,0	100,0	

41. **TD-AP-2.** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea ACTIVIDADES DE MOVILIDAD (TOMA DE DECISIONES).(Tabla XLVI)

**ACTIVIDADES DE MOVILIDAD. Grado de soporte. Tabla XLVI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	161	41,8	41,8	41,8
precisa soporte físico	28	7,3	7,3	49,1
precisa supervisión	170	44,2	44,2	93,2
precisa apoyo especial	26	6,8	6,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

42. **TD-DE- 3.** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función TAREAS DOMÉSTICAS (TOMA DE DECISIONES) y su posible causa.(Tabla XLVII)

**TAREAS DOMÉSTICAS. Causa fallo desempeño. Tabla XLVII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no fallo desempeño	45	11,7	11,7	11,7
fallo ejecución física	4	1,0	1,0	12,7
fallo coherencia comprensión	239	62,1	62,1	74,8
fallo iniciativa	97	25,2	25,2	100,0
Total	385	100,0	100,0	

43. TD-AP-3. Identifica el grado de soporte requerido en la tarea TAREAS DOMÉSTICAS (TOMA DE DECISIONES).(Tabla XLVIII)

**TAREAS DOMÉSTICAS. Grado de soporte. Tabla XLVIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	10	2,6	2,6	2,6
precisa soporte físico	75	19,5	19,5	22,1
precisa supervisión	256	66,5	66,5	88,6
precisa apoyo especial	44	11,4	11,4	100,0
Total	385	100,0	100,0	

44. **TD-DE-4.** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS (TOMA DE DECISIONES) y su posible causa.

No existía fallo desempeño/no se identificaba causa del fallo en el 24,9% (96)

FALLO FÍSICO No ejecuta físicamente la tarea en el 0,8 % (3)

FALLO COGNITIVO No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. 57,1 % (220).

FALLO PSÍQUICO No muestra iniciativa para la realización de la tarea.17, 1 % (66).

45. **TD-AP-4.** Identifica el grado de soporte requerido en la tarea INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS (TOMA DE DECISIONES).(Tabla XLIX)

**INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS. Grado de soporte.**

**Tabla XLIX**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	71	18,4	18,4	18,4
precisa soporte físico	45	11,7	11,7	30,1
precisa supervisión	210	54,5	54,5	84,7
precisa apoyo especial	59	15,3	15,3	100,0
Total	385	100,0	100,0	

46. **TD-DE-5** Identifica si existe fallo en el desempeño de la función USAR Y GESTIONAR EL DINERO (TOMA DE DECISIONES) y su posible causa.

No existía fallo desempeño o no se identificaba causa del fallo en el 21 % (81)

FALLO FÍSICO No ejecuta físicamente la tarea en el 0,3 % (1)

FALLO COGNITIVO No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. 61,6 % (237).

FALLO PSÍQUICO No muestra iniciativa para la realización de la tarea. 17,1 % (66).

47. **TD-AP-5** Identifica el grado de soporte requerido en las tarea USAR Y GESTIONAR EL DINERO (TOMA DE DECISIONES). (Tabla L)

**USAR Y GESTIONAR EL DINERO. Grado de soporte.(Tabla L)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	48	12,5	12,5	12,5
precisa soporte físico	49	12,7	12,7	25,2
precisa supervisión	238	61,8	61,8	87,0
precisa apoyo especial	50	13,0	13,0	100,0
Total	385	100,0	100,0	

48. **TD-DE-6.**Identifica si existe fallo en el desempeño de la función USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO (TOMA DE DECISIONES) y su posible causa.

No existía fallo desempeño o no se identificaba causa del fallo en el 15,1 % (58)

FALLO FÍSICO No ejecuta físicamente la tarea en el 1 % (4)

FALLO COGNITIVO No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. 62,6 % (241).

FALLO PSÍQUICO No muestra iniciativa para la realización de la tarea.21,3 % (82).

49. **TD- AP-6.**Identifica el grado de soporte requerido en la tarea USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DE EL PÚBLICO (TOMA DE DECISIONES).(Tabla LI)

**USO DE SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO. Grado de soporte. Tabla LI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no precisa soporte	24	6,2	6,2	6,2
precisa asistencia física	58	15,1	15,1	21,3
precisa supervisión	256	66,5	66,5	87,8
precisa apoyo especial	47	12,2	12,2	100,0
Total	385	100,0	100,0	

**VARIABLES RELACIONADAS CON LA OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS.**

50. **TELEASISTENCIA.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue mayoritariamente elegida como **segunda opción** 70,1%.de las ocho posibles. La opción de Teleasistencia nunca fue elegida como primera opción.(Tabla LII)

**Servicio de teleasistencia (Tabla LII)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2	270	70,1	70,1	70,1
3	17	4,4	4,4	74,5
4	19	4,9	4,9	79,5
5	12	3,1	3,1	82,6
6	16	4,2	4,2	86,8
7	19	4,9	4,9	91,7
8	32	8,3	8,3	100,0
Total	385	100,0	100,0	

51. **ASISTENCIA DOMICILIARIA.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue mayoritariamente la **tercera opción** más elegida con un 79,7%.(Tabla LIII)

**Asistencia domiciliaria .Tabla LIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	24	6,2	6,2	6,2
2	25	6,5	6,5	12,7
3	307	79,7	79,7	92,5
4	8	2,1	2,1	94,5
5	4	1,0	1,0	95,6
6	6	1,6	1,6	97,1
7	8	2,1	2,1	99,2
8	3	,8	,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

52. **CENTRO DE DÍA /NOCHE.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue mayoritariamente elegida en **cuarto lugar** con un 75,6 %.(Tabla LIV)

**CENTRO DE DIA /NOCHE .Tabla LIV**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	42	10,9	10,9	10,9
2	16	4,2	4,2	15,1
3	6	1,6	1,6	16,6
4	291	75,6	75,6	92,2
5	12	3,1	3,1	95,3
6	7	1,8	1,8	97,1
7	8	2,1	2,1	99,2
8	3	,8	,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

53. **CENTRO RESIDENCIAL.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue elegida en **quinto lugar** con un 63,9% de las solicitudes y un 27 % en primer lugar.(Tabla LV)

**CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS (Tabla LV)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	104	27,0	27,0	27,0
2	8	2,1	2,1	29,1
3	3	,8	,8	29,9
4	3	,8	,8	30,6
5	246	63,9	63,9	94,5
6	6	1,6	1,6	96,1
7	11	2,9	2,9	99,0
8	4	1,0	1,0	100,0
Total	385	100,0	100,0	

54. **PRESTACIÓN POR SERVICIO.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue mayoritariamente solicitada en sexto lugar, con un 87,5% de las solicitudes.(Tabla LVI)

**PRESTACION VINCULADA AL SERVICIO. Tabla LVI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	2	,5	,5	,5
2	16	4,2	4,2	4,7
3	12	3,1	3,1	7,8
4	9	2,3	2,3	10,1
5	4	1,0	1,0	11,2
6	337	87,5	87,5	98,7
7	3	,8	,8	99,5
8	2	,5	,5	100,0
Total	385	100,0	100,0	

55. **CUIDADORES NO PROFESIONALES.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue mayoritariamente elegida en **primer lugar** en un 54,8 % de las solicitudes.(211) y la séptima en el 34,5% de los casos.(Tabla LVII)

**CUIDADOR NO PROFESIONAL .Tabla LVII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	211	54,8	54,8	54,8
2	13	3,4	3,4	58,2
3	10	2,6	2,6	60,8
4	9	2,3	2,3	63,1
5	8	2,1	2,1	65,2
6	1	,3	,3	65,5
7	133	34,5	34,5	100,0
Total	385	100,0	100,0	

56. **ASISTENTE PERSONAL.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor, en orden creciente que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue mayoritariamente, elegida en el 83,4 (321) % en último lugar 8.el 9,4% (36) en segundo lugar.(Tabla LVIII).

**Asistencia personal. Tabla LVIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	2	,5	,5	,5
2	36	9,4	9,4	9,9
3	6	1,6	1,6	11,4
4	5	1,3	1,3	12,7
5	8	2,1	2,1	14,8
6	4	1,0	1,0	15,8
7	3	,8	,8	16,6
8	321	83,4	83,4	100,0
Total	385	100,0	100,0	

57. **PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA.** Se les asignará un número de 1 a 8 según la prioridad de mayor a menor que se dé por parte del solicitante a este recurso en particular. Fue mayoritariamente elegida en **séptimo lugar** en el 52,5% (202) y en segundo lugar el 24,2% (93).(Tabla LIX)

**PREVENCION DE DEPENDENCIA. Tabla LIX**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2	1	,3	,3	,3
3	24	6,2	6,2	6,5
4	37	9,6	9,6	16,1
5	93	24,2	24,2	40,3
6	8	2,1	2,1	42,3
7	202	52,5	52,5	94,8
8	20	5,2	5,2	100,0
Total	385	100,0	100,0	

**Variables relacionadas con la aplicación del baremo.**

58. **BVD.** Puntuación alcanzada BVD (baremo de valoración de dependencia) de 0 a 100. Con la aplicación del baremo convencional para adultos, los valores de la muestra oscilan entre puntuaciones de 10 y 96, con una media de 47,02, y una desviación típica de 19,752. (Tabla LX)

### Correlación baremos BVD-DIEM. Tabla LX

	Media	Desviación típica	N
puntuación BVD obtenida	47,02	19,752	385
puntuación BVD-DIEM corregida	58,97	17,698	385

El 13,25 % (51) de los sujetos habrían alcanzado grado de dependencia en base a la aplicación de DIEM, con puntuaciones a partir de los 25 puntos requeridos para el grado I.

#### 59. Puntuación alcanzada **DIEM** (corregida).

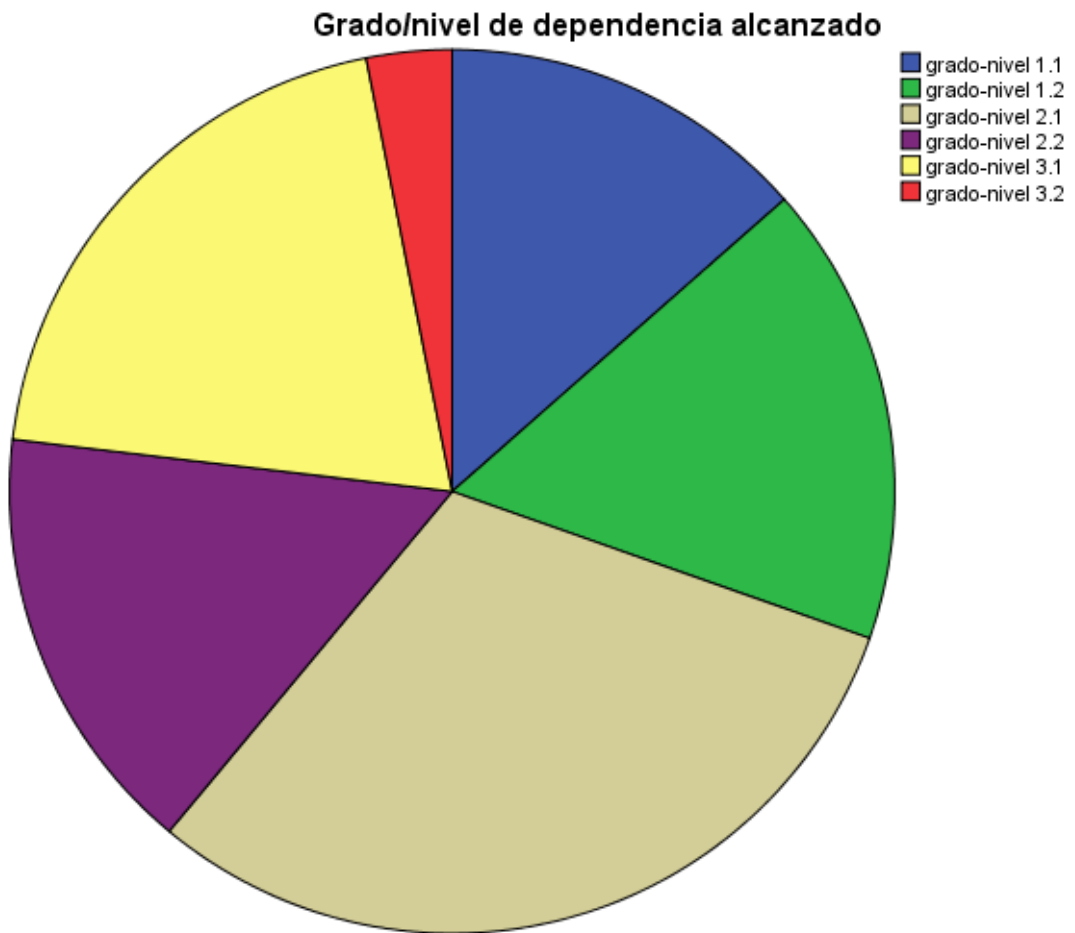
Se trata de una escala corregida aplicable a solicitantes con Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental, de 0 a 100.

Con la aplicación de la tabla de pesos para baremo DIEM para los mismos sujetos, los valores oscilarían entre 25 y 97, con una media de 59,97 y una desviación típica de 17,698.

#### 60. **GRADO/NIVEL DEPENDENCIA** alcanzado.

Se define una variable ordinal de tal modo que se conjugan grado y niveles. El Libro Blanco propone que la **clasificación de la dependencia** se establezca en tres grados, de menor a mayor intensidad, ajustando con ello de un modo más eficiente la asignación de recursos y prestaciones, a las necesidades y matizados, aun más si cabe, con la incorporación a posteriori de niveles \* dentro de cada grado. las puntuaciones globales obtenidas de la aplicación del baremo en su versión definitiva DIEM. (Tabla LXI). \*los niveles fueron suprimidos mediante Decreto Ley de 13 de julio de 2012, de medidas anti déficits.

**GRAFICO 2**



**Grado /nivel de dependencia. Tabla LXI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos grado-nivel 1.1	52	13,5	13,5	13,5
grado-nivel 1.2	65	16,9	16,9	30,4
grado-nivel 2.1	118	30,6	30,6	61,0
grado-nivel 2.2	61	15,8	15,8	76,9
grado-nivel 3.1	77	20,0	20,0	96,9
grado-nivel 3.2	12	3,1	3,1	100,0
Total	385	100,0	100,0	

61. **RECURSO concedido (en orden decreciente).** Estos fueron los recursos finalmente asignados, los servicios de prevención y asistencia personal no obtuvieron resultado ó resultado 0.(Tabla LXII)(Gráfico 3).\*Se agruparon en un mismo recurso bajo la denominación de Atención domiciliaria dada la baja frecuencia de los mismos en la muestra.

PRESTACIÓN POR CUIDADOS NO PROFESIONALES.36,4% (140)

CENTRO RESIDENCIAL fue asignado al 22,9 %(88)

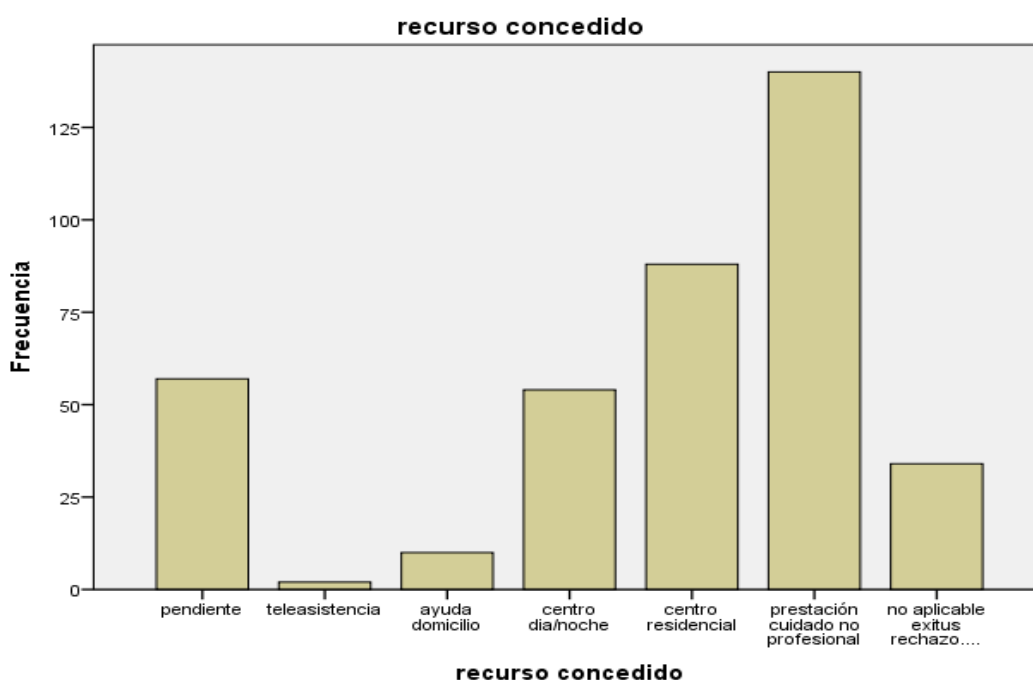
TELEASISTENCIA fue asignado en el 14,8% (57) de los casos.\*

CENTRO DE DÍA/NOCHE fue asignado al 14 % (54)

AYUDA A DOMICILIO fue asignado al 2,6% (10)\*

No aplicable 8,8% (34), éxitus./Pendiente de asignación 14,8%(57)

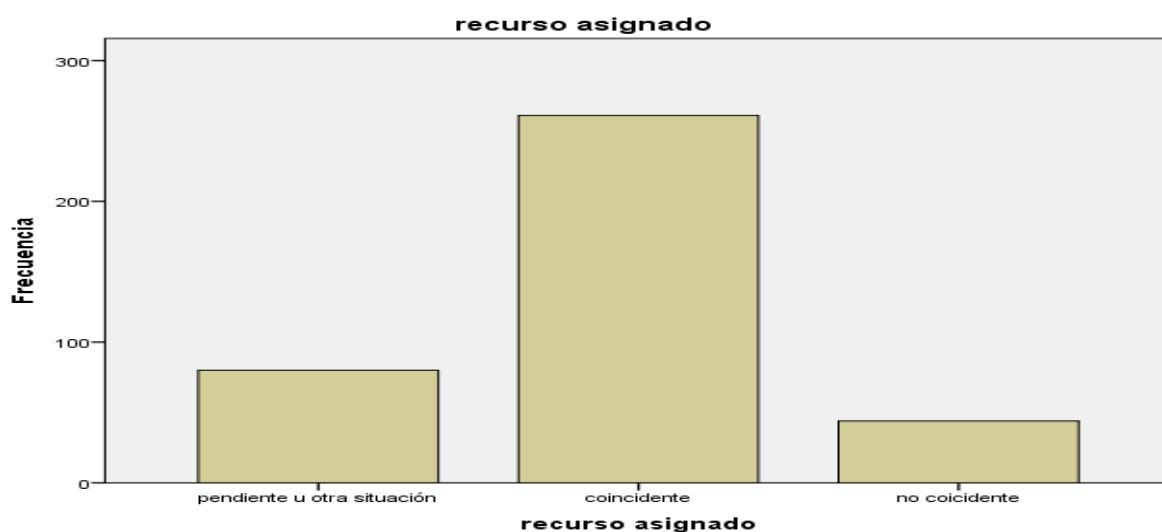
**GRAFICO 3**



### Recurso concedido (Tabla LXII)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos pendiente	57	14,8	14,8	14,8
Teleasistencia*	2	,5	,5	15,3
ayuda domicilio*	10	2,6	2,6	17,9
centro día/noche	54	14,0	14,0	31,9
centro residencial	88	22,9	22,9	54,8
prestación cuidado no profesional	140	36,4	36,4	91,2
no aplicable : éxitus rechazo....	34	8,8	8,8	100,0
Total	385	100,0	100,0	

62. RECURSO ASIGNADO la coincidencia en la asignación de recurso con la demanda por parte del solicitante fue de un 67,8 %(261) mientras que no coincidieron en un 11,4% (44).El



20,8% restante estaban en suspenso pendientes de asignación, éxitus, rechazo...

## Análisis estadístico.

### Sobre relación entre variables sociodemográficos y clínicas de los sujetos TMG dependientes.

- **Sexo**

**No** existe relación estadísticamente significativa entre las variables sexo y el haber recibido asistencia previamente a la solicitud. (Chi-cuadrado 0,105 p=0,746).

**No** existe relación estadísticamente significativa entre las variables Convivencia y Sexo. (Chi-cuadrado 0,214 P=0,643).

- **Edad.**

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Edad y beneficiario de Asistencia previa (Chi-cuadrado 2,472 p=0,433).

**Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Edad y nivel de convivencia (Chi-cuadrado 10,601 p=0,014).

**Existe** relación estadísticamente significativas significativamente estadísticas entre las variables Edad y Comorbilidad Física (Chi-cuadrado 7,838 p=0,049). (Tabla LXIII)

**Tabla LXIII**

	Diagnóstico no psiquiátrico comórbido		Total
	No comorbilidad física	comorbilidad física	
... -1954	33	47	80
1955-1964	62	73	135
1965-1974	56	48	104
1975-1986	41	25	66
Total	192	193	385

**. Área GEOGRÁFICA**

**Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables Área geográfica el hecho de recibir asistencia previamente. (Chi-cuadrado 15,673 p=0,001).

**Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Área geográfica y tipo de atención médica responsable de la valoración (Chi-cuadrado 18,841 p=0,000...).(Tabla LXIV)

**Tabla LXIV.**

	Atención medica responsable de la valoración		
	otras vías	atención primaria	atención especializada
Área Santander	2	91	17
Área Torrelavega-Reinosa	0	43	3
Área Laredo-Colindres	1	46	4
Fuera de áreas	0	132	23
Total	3	312	47

**. CONVIVENCIA**

**Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables nivel de convivencia y Área Geográfica (Chi-cuadrado 7,957 p=0,047.)

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables CONVIVENCIA Y ESTATUS LEGAL (Chi-cuadrado 5,313 p=0,07).

- ¿Recibían **asistencia previa**, dentro de catálogo de servicios, a nivel social comunitario antes de solicitar dependencia?

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables Asistencia previa y haber tenido recaídas en el último año (Chi-cuadrado 1,715 p=0,190.)

**Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Asistencia previa y Tratamiento rehabilitador.( Chi-cuadrado 50,409 p=0,000).

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Asistencia previa y Rango de edad.(Chi-cuadrado 2,742 p=0,433).

- Disponen de un **CUIDADOR**

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables Cuidador previa y Edad.( Chi-cuadrado 2,853 p=0,415).

**Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables Cuidador previo y núcleo de convivencia. (Chi-cuadrado 112,733 p=0,000...)

- **Estatus legal**

Estatus legal y grado de soporte requerido en los diferentes subítems de toma de decisiones y tareas domésticas. No existen diferencias estadísticamente significativas entre su situación legal civil y el tipo de soporte requerido en:

- área de uso y gestión del dinero Chi-cuadrado 10,467 p=0,106
- área de autocuidado Chi-cuadrado 9,075 p=0,169
- interacciones básicas y complejas Chi-cuadrado 2,137 p=0,907
- uso de servicios a disposición del público Chi-cuadrado 11,253. p=0,081

- tareas domésticas Chi-cuadrado 3,828 p=0,7000

**Existen** relaciones estadísticamente significativas entre las variables Estatus legal y disponer de cuidador previo (Chi-cuadrado 14,877 p=0,001).

• **Atención médica responsable de la solicitud**, Atención primaria vs. Especializada.

**Existen** asociación estadísticamente significativas entre las variables nivel de Atención y comorbilidad física (Chi-cuadrado 18,620 p=0,000).

**Existen** relación estadísticamente significativas entre las variables Atención primaria especializada y área geográfica (Chi-cuadrado 18,841 p=0,000.).

- **Recaídas**

No existen relación estadísticamente significativas entre las variables recaídas en el último año y el ser beneficiario de asistencia previa (Chi-cuadrado 1,715 p=0,190).

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables recaídas en el último año y el disponer de cuidador previamente (Chi-cuadrado 0,165 p=0,685).

- Recibe **tratamiento psicofarmacológico** de las líneas de tratamiento existentes

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables Tratamiento psicofarmacológico y el ser beneficiario de asistencia previa (Chi-cuadrado 0,146 p=0,703)

- ¿Recibe **tratamiento rehabilitador** en el momento de solicitud?

**Existen** relación estadísticamente significativas entre las variables: recibir tratamiento rehabilitado y haber recibido asistencia previa (Chi-cuadrado 50,409 p=0,000).

### **Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y variables sociodemográficos**

No existen relación estadísticamente significativa entre las variables recaídas en el último año y el disponer de cuidador previamente (Chi-cuadrado 0,165 p=0,685).

**Existen** relación estadísticamente significativas entre las variables Nivel de convivencia y diagnostico prevalente (Chi-cuadrado 17,373 p=0,002.).

**Existen** relación estadísticamente significativas entre las variables Asistencia previa y Diagnóstico psiquiátrico.( Chi-cuadrado 25,479 p=0,000).

**Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Diagnostico psiquiátrico y disponer de cuidador previa (Chi-cuadrado 11,188 p=0,025).

### **Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y variables clínicas**

- **Existen** relación estadísticamente significativa entre las variables Diagnostico psiquiátrico y Tratamiento psicofarmacológico. Por frecuencias bajas extremas no resultaba valida la Chi-cuadrado, a tener en consideración que entre los que no recibían tratamito farmacológico había 4 trastornos orgánicos, cinco psicosis, dos bipolares esquizoafectivos, diez neuróticos y 25 trastornos de personalidad).
- No existen relación estadísticamente significativas entre las variables Asociación diagnóstico principal agrupado y Tratamiento psicoterapéutico (Chi-cuadrado 3,480. p=0,481.).
- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Asociación diagnóstico principal agrupado y Tratamiento rehabilitador. (Chi-cuadrado 3,802 p=0,433).

- **Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Diagnostico psiquiátrico principal y Comorbilidad física (Chi-cuadrado 11, 840 p=0,019)
- No existe relación estadísticamente significativas entre las variables recaídas en el último año y el diagnóstico psiquiátrico (Chi-cuadrado 7,027 p=0,134).
- No existe asociación estadísticamente significativa entre las variables Nivel de Atención y diagnóstico psiquiátrico principal (Chi-cuadrado 8,331 p=0,080).

### **Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y perfil funcional**

#### **SOBRE FALLO DE DESEMPEÑO vs. DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO.**

Se encontraron resultados válidos y diferencias estadísticamente significativos entre la causa de fallo de desempeño y diagnósticos psiquiátricos prevalentes en las siguientes áreas.

- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable Diagnósticos psiquiátricos prevalentes y la causa de fallo de desempeño de las actividades de EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO (Chi-cuadrado 41,066.p= 0,000.) dentro del área de MANTENIMIENTO DE LA SALUD.
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable Diagnósticos psiquiátricos prevalentes y causa del fallo en el desempeño de las actividades de COMER Y BEBER (Chi-cuadrado p= 0,001).
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable Diagnósticos psiquiátricos prevalentes y la causa del fallo en el desempeño de las actividades de MICCION DEFECACION (Chi-cuadrado 24,276 p=0,019.)

- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable Diagnósticos psiquiátricos prevalentes y causa del fallo en el desempeño de las actividades de LAVARSE (Chi-cuadrado 30,963 p=0,002)
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable Diagnósticos psiquiátricos prevalentes y causa del fallo en el desempeño de las actividades de Otros cuidados corporales (Chi-cuadrado 26,564. p=0,009.)
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable Diagnósticos psiquiátricos prevalentes y causa del fallo en el desempeño de las actividades de VESTIRSE (Chi-cuadrado 31,714 p=0,002)
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable Diagnósticos psiquiátrico prevalentes causa del fallo en el desempeño de las actividades de DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR (Chi-cuadrado 29,504 p=0,009).
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre la variable diagnóstico psiquiátricos prevalentes y causa del fallo en el desempeño de las actividades de DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR (Chi-cuadrado 32,847. p=0,001)

#### SOBRE EL TIPO DE SOPORTE NECESARIO vs. DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO

- No existieron diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico psiquiátrico y el grado de soporte necesario en el desempeño de las actividades de INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS. Chi-cuadrado 17692 p=0,125.
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico psiquiátrico y el grado de soporte necesario en el desempeño de las actividades de USAR Y GESTIONAR EL DINERO Chi-cuadrado 22,900 p=0,029.

- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico psiquiátrico y el grado de soporte necesario en el desempeño de las actividades de EVITAR RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO (Chi-cuadrado) 25,384 p=0'013.
- **Existen** diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico psiquiátrico y el grado de soporte necesario en el desempeño de las actividades de PEDIR AYUDA ANTE LA URGENCIA (Chi-cuadrado p=0,046.) 21,313.

### **Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico vs. preferencia demanda recurso.**

Las variables correspondientes a los recursos ofertados en rango de mayor o menor preferencia por el solicitante no presentan una distribución normal, tras la aplicación de la prueba de Kolmogorov -Smirnov. Se aplica la prueba H de Kruskall -Wallis y específicamente la U de Mann Whitney.

Entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos, tan solo existieron diferencias estadísticamente significativas en la preferencia a la hora de elegir **Centro residencial**. Chi-cuadrado 9,690 p=0,046 y **Prestación por cuidados no profesionales**. Chi-cuadrado 13,258 p=0,010.

### **TRASTORNOS NEURÓTICOS Y T.PERSONALIDAD**

- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 1291,500 p=0,498.
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad **NO** existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA DOMICILIARIAU de Mann-Whitney 1282,000 p=0,413.

- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA/NOCHE U de Mann-Whitney 1250,000  $p=0,264$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 1121,500  $p=0,048$
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U de Mann-Whitney 1301,000  $p=0,430$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN DE CUIDADOS NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 964,000  $p=0,003$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENTE PERSONAL U de Mann-Whitney 1324,500  $p=0,615$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de Servicios de PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 1190,500  $p=0,199$ .

### **TRASTORNOS BIPOLARES VS. NEURÓTICOS**

- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 1178,000  $p=0,269$ .

- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia domicilio U de Mann-Whitney 1204,000  $p=0,334$
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE U de Mann-Whitney 11236,500  $p=0,485$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 1289,500  $p=0,847$
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 1299,500  $p=0,896$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 1282,000  $p=0,813$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 1287,000  $p=0,810$ .
- Entre los diagnósticos de síndromes neuróticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 1216,000  $p=0,462$ .

## TRASTORNOS BIPOLARES VS. TRASTORNO DE PERSONALIDAD

- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 839,500  $p=0,654$
- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia domicilio U de Mann-Whitney 866,500  $p=0,857$
- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE U de Mann-Whitney 751,500  $p=0,112$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 693,000  $p=0,036$
- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 826,500  $p=0,43$
- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 568,500  $p=0,002$
- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 835,000  $p=0,521$

- Entre los diagnósticos de trastornos bipolares/esquizoafectivos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 714,000  $p=0,101$ .

### **Trastornos psicóticos VS. Bipolares/esquizoafectivos**

- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA T U de Mann-Whitney 4014,500  $p=0,369$
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia domicilio U de Mann-Whitney 3762,500  $p=0,058$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE U de Mann-Whitney 3799,500  $p=0,109$
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 3551,500  $p=0,034$
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 4230,000  $p=0,686$ .

- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos trastornos bipolares/esquizoafectivos **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 3543,000 p=0,041.
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 4111,500 p=0,435
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 3821,000 p=0,196.

#### **TRASTORNOS PSICÓTICOS VS. TRASTORNOS NEURÓTICOS.**

- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neuróticosNO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA T U de Mann-Whitney 6517,500 p=0,596
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia domicilio U de Mann-Whitney 6437,000 p=0,415
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE U de Mann-Whitney 6314,000 p=0,301.
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neuróticos **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 5744,500 p=0,034.

- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 6643,000  $p=0,722$
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 5818,500  $p=0,059$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neurótico NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 6523,500  $p=0,524$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 6395,000  $p=0,484$ .

#### **TRASTORNOS PSICÓTICOS VS. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 4417,000  $p=0,737$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia domicilio U de Mann-Whitney 4000,000  $p=0,078$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE U de Mann-Whitney 4409  $p=0,706$ .

- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 4401,500  $p=0,723$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 4347,500  $p=0,428$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 3788,500  $p=0,060$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 4504,500  $p=0,907$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 4168,500  $p=0,367$ .

#### **TRASTORNOS ORGÁNICOS VS TPERSONALIDAD**

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA T U de Mann-Whitney 533,000  $p=0,701$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia domicilio U de Mann-Whitney 522,500  $p=0,520$ .

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE U de Mann-Whitney 524,000 p=0,557.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 548,500 p=0,880.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 553,500 p=0,911.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad SI existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 483,000 p=0,295.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 532,500 p=0,606.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos de personalidad NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 519,500 p=0,605.

#### **TRASTORNOS ORGÁNICOS VS. PSICOSIS.**

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos psicosis NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 2548,000 p=0,465.

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y psicosis NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia domicilio U de Mann-Whitney 2583,500  $p=0,476$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y psicosis NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA /NOCHE U de Mann-Whitney 2654,000  $p=0,727$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos psicóticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 2613,000  $p=0,651$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos psicóticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 2599,000  $p=0,421$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos psicóticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 2687,000  $p=0,850$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos psicóticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 2625,000  $p=0,575$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos psicóticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIAU de Mann-Whitney 2686,500  $p=0,853$ .

## TRASTORNOS ORGÁNICOS VS. NEURÓTICOS

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 746,500  $p=0,335$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia a domicilio U de Mann-Whitney 826,000  $p=0,939$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA/NOCHE U de Mann-Whitney 806,000  $p=0,745$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 665,500  $p=0,072$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 777,500  $p=0,427$ .
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 707,500  $p=0,190$
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 621,500  $p=0,891$

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos neuróticos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 758,500 p=0,467.

### TRASTORNOS ORGÁNICOS VS. BIPOLARES

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 532,500p=0,994.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de asistencia a domicilio U de Mann-Whitney 491,000 p=0,446.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO DE DÍA/NOCHE U de Mann-Whitney 484,000 p=0,387.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 410,000 p 0'049.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 494,500 p=0,442.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 433,000 p=0,138.

- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 529,500 p=0,948.
- Entre los diagnósticos de trastornos orgánicos y trastornos bipolares/esquizoafectivos NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 447,500 p=0,213.

**Sobre la relación entre el grado de dependencia vs factores sociodemográficos.**

• SEXO

No existen relaciones estadísticamente significativas entre las variables sexo y grado/nivel de dependencia alcanzado. (Chi-cuadrado 4, 013 p=0,547).

• AÑO NACIMIENTO (seleccionados los nacidos entre 1948 y 1986, agrupados en rangos de edad.)

Existe relación estadísticamente significativas entre las variables EDAD y GRADO DE DEPENDENCIA alcanzado (Chi-cuadrado 29,982 p=0,012).(Tabla LXIV).

**Tabla de contingencia. Grupos de edad vs. Recurso concedido .Tabla LXV.**

	recurso concedido				
	pendiente	teleasistencia	ayuda domicilio	centro día/noche	centro residencial
... -1954	7	1	5	4	23
1955-1964	19	1	5	12	35
1965-1974	17	0	0	20	25
1975-1986	14	0	0	18	5
Total	57	2	10	54	88

- Área GEOGRÁFICA

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables Áreas GEOGRÁFICA Y GRADO DE DEPENDENCIA alcanzado (Chi-cuadrado 10,762  $p=0,096$ ).

- CONVIVENCIA

No existen relación estadísticamente significativas entre las variables CONVIVENCIA y grado dependencia (Chi-cuadrado 0,499  $p=0,779$ ).

- ¿Recibían Asistencia previa, dentro de catálogo de servicios ,a nivel social comunitario antes de solicitar dependencia?

Existe relación estadísticamente significativas entre las variables Asistencia previa y Grado de dependencia (Chi-cuadrado 6,557  $p=0,038$ .)

- Disponen de un CUIDADOR

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables CUIDADOR habitual y que el recurso final coincida o no con preferencia por parte del solicitante (Chi-cuadrado 2,862  $p=0,239$ ).

- Estatus LEGAL

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables Estatus LEGAL y Grado de dependencia (Chi-cuadrado 9,429  $p=0,051$ ).

**Sobre la relación entre el grado de dependencia vs. factores clínicos.**

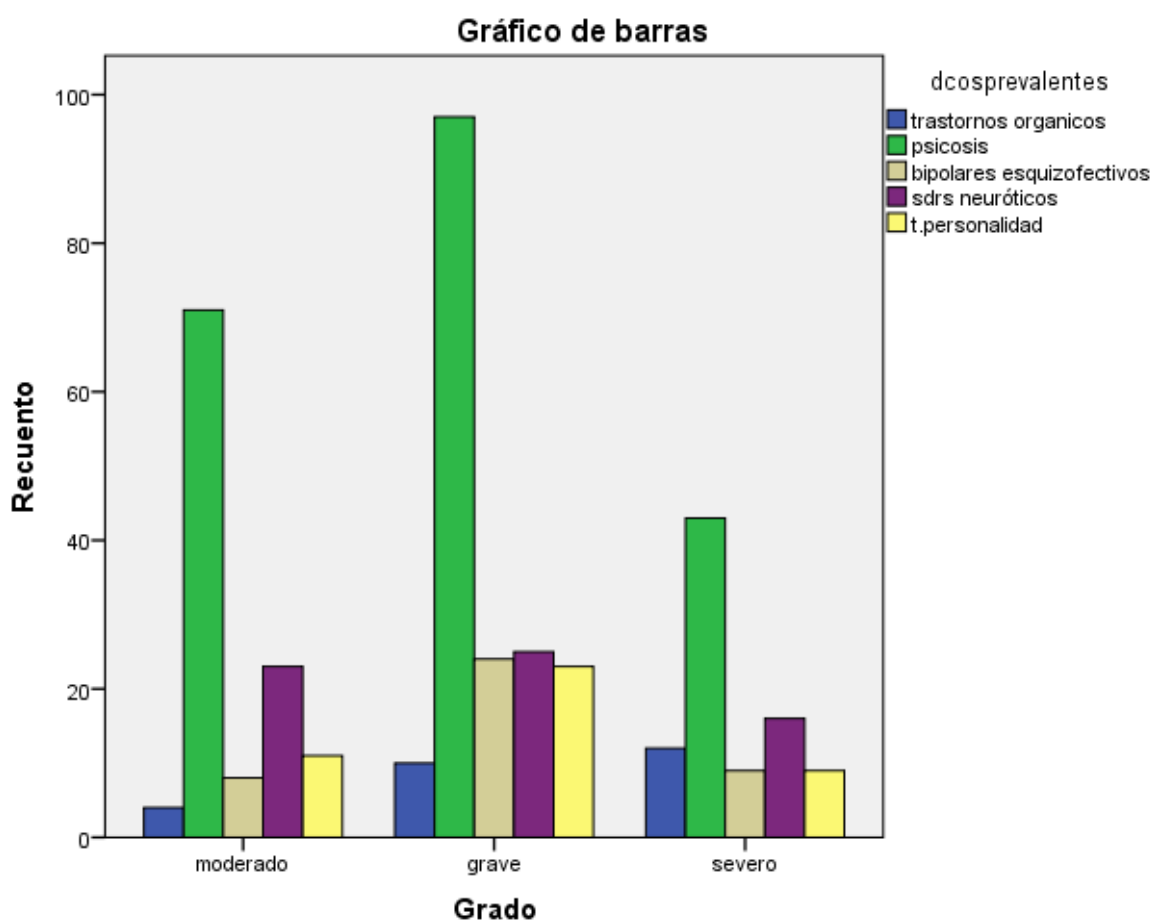
- **Atención médica responsable de la solicitud, Atención primaria vs. Especializada.**

No existe relación estadísticamente significativa, entre Atención médica responsable de la solicitud (Atención primaria vs. Especializada) y Grado de dependencia alcanzado.

• **Diagnostico psiquiátrico principal.**

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Diagnóstico psiquiátrico principal y nivel de gravedad creciente de dependencia. (Chi-cuadrado 14,965 p=0,060).Gráfico 4.

**GRAFICO 4**



• **Comorbilidad física.**

No existen relación estadísticamente significativas entre las variables comorbilidad física y grado de dependencia Chi-cuadrado 4,506 p=0,105.

• ¿Ha presentado **recaídas** en último año?

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables recaídas en el último año y grado dependencia. (Chi-cuadrado 0,345 p=0,842).

- ¿Recibe tratamiento **psicofarmacológico**?

Existe relación estadísticamente significativas entre las variables Tratamiento psicofarmacológico y el grado de dependencia (Chi-cuadrado 7,108 p=0,029).

- ¿Recibe tratamiento **psicoterapéutico**?

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables. Tratamiento psicoterapéutico y diagnóstico psiquiátrico principal (Chi-cuadrado 2,596 p=0,273).

- ¿Recibe tratamiento **rehabilitador** en el momento de solicitud?

No existe relación estadísticamente significativas entre las variables Asociación recibir tratamiento rehabilitador y haber recibido asistencia previa (Chi-cuadrado 3,997 p=0,136).

### **Sobre la relación entre el grado de dependencia vs recurso final.**

- **Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Grado y recurso final (Chi-cuadrado 151,938 p=0,000).

- **Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Grado de dependencia y el hecho de que se coincida en la asignación de recurso según sus preferencias (Chi-cuadrado 131,726 p=0,000).

### **Sobre la relación entre el grado de dependencia y la preferencia de elección de recurso.**

Mediante la prueba de Kruskal- Wallis, tan solo existieron diferencias estadísticamente significativas entre grados de dependencia, en la preferencia a la hora de elegir **centro de**

día.(Chi-cuadrado 9,690 p=0,046)y prestación por cuidados no profesionales.(Chi-cuadrado 13,258 p=0,010.)

### **Grados moderado y grave de dependencia.**

- Entre los grados moderado y grave de dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 9920,000 p=0,343.
- Entre los grados moderado y grave de dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de asistencia a domicilio U de Mann-Whitney 9677,500 p=0,121.
- Entre los grados moderado y grave de dependencia **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CENTRO DE DÍA/NOCHE U de Mann-Whitney 8711,000 p=0,001.
- Entre los grados moderado y grave de dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 9729,500 p=0,223.
- Entre los grados moderado y grave de dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 10464,500 p=0,985.
- Entre los grados moderado y grave de dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 10215,000 p=0,688.

- Entre los grados moderado y grave de dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 10073,500  $p=0,392$ .
- Entre los grados moderado y grave de dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 10044,500  $p=0,516$ .

### **Grados de dependencia moderado y gran dependencia.**

- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 5056,000  $p=0,654$ .
- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de asistencia a domicilio U de Mann-Whitney 4614,500  $p=0,039$ .
- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CENTRO DE DÍA/NOCHE U de Mann-Whitney 4885,500  $p=0,313$ .
- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H U de Mann-Whitney 4595,000  $p=0,075$ .
- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 4740,500  $p=0,048$ .

- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia **existen** diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CUIDADOR NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 5032,500  $p=0,644$ .
- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 621,500  $p=0,620$ .
- Entre los grados de dependencia moderado y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 4883,500  $p=0,405$ .

#### **Grado de dependencia grave y gran dependencia.**

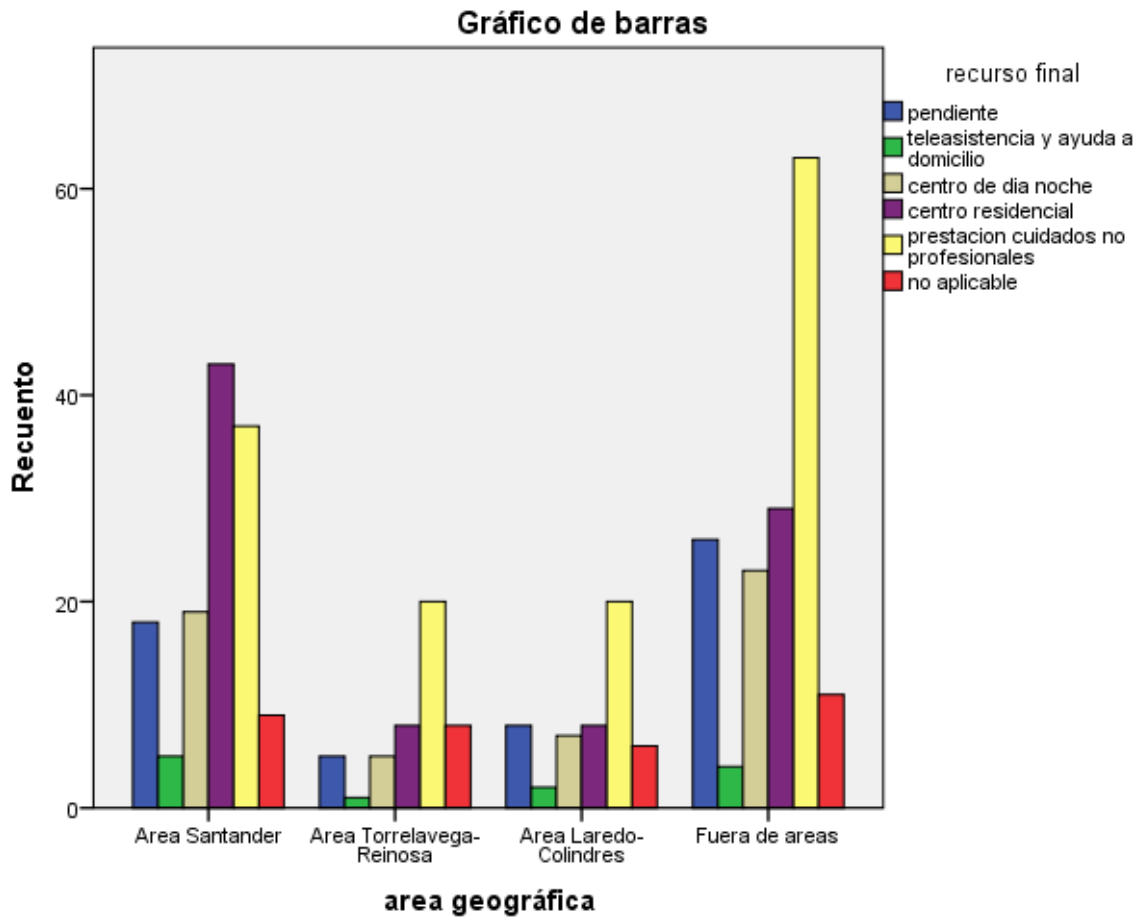
- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de TELEASISTENCIA U de Mann-Whitney 7755,500  $p=0,669$ .
- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de asistencia a domicilio U de Mann-Whitney 7664,000  $p=0,478$ .
- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CENTRO DE DÍA/NOCHE. U de Mann-Whitney 7119,500  $p=0,062$ .
- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CENTRO RESIDENCIAL 24H . U de Mann-Whitney 7623,000  $p=0,512$ .

- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO U de Mann-Whitney 7262,000 p=0,055.
- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de elección de CUIDADOD NO PROFESIONALES U de Mann-Whitney 7479,000 p=0,190.
- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de ASISTENCIA PERSONAL U de Mann-Whitney 7874,000 p=0,891.
- Entre los grados de dependencia grave y gran dependencia NO existen diferencias estadísticamente significativas en la preferencia de la elección de SERVICIO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U de Mann-Whitney 7807,000 p=0,773.

#### **Sobre la relación entre el recurso concedido vs. Variables sociodemográficos/clínicas.**

- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y Recurso finalmente concedido (Chi-cuadrado 8,298).p=0,141
- **Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables Edad y Recurso finalmente concedido (Chi-cuadrado 43,013).p=0,000.
- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Área geográfica y Recurso asignado en coincidencia o no con el recurso solicitado. (Chi-cuadrado 3,787 p=0,705).(Gráfico 5)

GRAFICO 5



- **Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables CONVIVENCIA y RECURSO FINAL. (Chi-cuadrado 136,340 p=0,000...).
- No existe relación estadísticamente significativas entre las variables nivel de convivencia y coincidencia en la asignación del recurso Chi-cuadrado 2,763 p=0,251
- **Existen** relación estadísticamente significativas entre las variables ASISTENCIA PREVIA y tipo de RECURSO Final(Chi-cuadrado 131,928 p=0,000...).
- **Existe** relación estadísticamente significativas entre las variables Cuidador habitual y el recurso final concedido (Chi-cuadrado 113,916 p=0,000...).

- No existe relación estadísticamente significativas entre las variables Cuidador habitual y el recurso final coincide o no con preferencia (Chi-cuadrado 0'943 p=0,624...).
- **Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables Estatus **legal** y el recurso finalmente concedido (Chi-cuadrado 28,134 p=0,002).
- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Estatus legal y coincidencia demanda y oferta recurso final (Chi-cuadrado 8,349 p=0,080).
- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Diagnóstico principal agrupado y Recurso concedido (con frecuencias bajas, en la asignación de ciertos recursos).
- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables Diagnóstico principal agrupado y Recurso coincidente o no Chi-cuadrado 6,237 p=0,621.

### **Sobre la relación entre el recurso concedido vs. perfil funcional**

#### **SOBRE LA CAUSA DEL FALLO DE DESEMPEÑO y/o tipo de soporte requerido.**

##### Perfil de usuario beneficiario de centro día/noche

A partir de los ítems más comprometidos en el caso del enfermo mental, Mantenimiento de la Salud y Toma de decisiones se trata de identificar si de ellos se puede extraer un perfil de necesidades para cada recurso en particular. (Tablas LXVI - LVXXVI)

**Aplicación de medidas terapéuticas. Grado de soporte. Tabla LXVI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	4	7,4	7,4	7,4
precisa soporte físico	25	46,3	46,3	53,7
Válidos precisa supervisión	20	37,0	37,0	90,7
precisa apoyo especial	5	9,3	9,3	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Evitar riesgos dentro del domicilio. Grado de soporte. Tabla LXVII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	10	18,5	18,5	18,5
precisa soporte físico	17	31,5	31,5	50,0
Válidos precisa supervisión	22	40,7	40,7	90,7
precisa apoyo especial	5	9,3	9,3	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Evitar riesgos fuera del domicilio. Grado de soporte. Tabla LXVIII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	4	7,4	7,4	7,4
precisa soporte físico	21	38,9	38,9	46,3
Válidos precisa supervisión	23	42,6	42,6	88,9
precisa apoyo especial	6	11,1	11,1	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Tareas domésticas .Grado de soporte. Tabla LXIX.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
precisa soporte físico	37	68,5	68,5	68,5
precisa supervisión	12	22,2	22,2	90,7
Válidos precisa apoyo especial	5	9,3	9,3	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Pedir ayuda ante una urgencia. Grado de soporte. Tabla LXX**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	11	20,4	20,4	20,4
precisa soporte físico	21	38,9	38,9	59,3
Válidos precisa supervisión	17	31,5	31,5	90,7
precisa apoyo especial	5	9,3	9,3	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Desplazamiento fuera del hogar. Grado de soporte .Tabla LXXI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	2	3,7	3,7	3,7
precisa soporte físico	13	24,1	24,1	27,8
Válidos precisa supervisión	35	64,8	64,8	92,6
precisa apoyo especial	4	7,4	7,4	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Actividades de autocuidado. Grado de soporte. Tabla LXXII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
no precisa soporte	2	3,7	3,7	3,7
precisa soporte física	6	11,1	11,1	14,8
precisa supervisión	38	70,4	70,4	85,2
precisa apoyo especial	8	14,8	14,8	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Interacciones interpersonales básicas y complejas. Grado de soporte. Tabla LXXIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
no precisa soporte	8	14,8	14,8	14,8
precisa soporte físico	8	14,8	14,8	29,6
precisa supervisión	29	53,7	53,7	83,3
precisa apoyo especial	9	16,7	16,7	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Usar y gestionar el dinero. Grado de soporte. Tabla LXXIV**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
no precisa soporte	3	5,6	5,6	5,6
precisa soporte físico	7	13,0	13,0	18,5
precisa supervisión	34	63,0	63,0	81,5
precisa apoyo especial	10	18,5	18,5	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Uso de servicios a disposición del público. Grado de soporte. Tabla LXXV**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	2	3,7	3,7	3,7
precisa asistencia física	7	13,0	13,0	16,7
Válidos precisa supervisión	37	68,5	68,5	85,2
precisa apoyo especial	8	14,8	14,8	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**Actividades de movilidad. Grado de soporte. Tabla LXXVI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	21	38,9	38,9	38,9
precisa soporte físico	4	7,4	7,4	46,3
Válidos precisa supervisión	26	48,1	48,1	94,4
precisa apoyo especial	3	5,6	5,6	100,0
Total	54	100,0	100,0	

*Perfil de usuario beneficiario de Centro residencial*

A partir de los ítems más comprometidos en el caso del enfermo mental, Mantenimiento de la Salud y Toma de decisiones se trata de identificar si de ellos se puede extraer un perfil de necesidades para cada recurso en particular.(Tablas LXXVII-LXXXVII)

**Aplicación de medidas terapéuticas. Grado de soporte. Tabla LXXVII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	2	2,3	2,3	2,3
precisa soporte físico	29	33,0	33,0	35,2
Válidos precisa supervisión	48	54,5	54,5	89,8
precisa apoyo especial	9	10,2	10,2	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Evitar riesgos dentro del domicilio. Grado de soporte. Tabla LXXVIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	16	18,2	18,2	18,2
precisa soporte físico	22	25,0	25,0	43,2
Válidos precisa supervisión	45	51,1	51,1	94,3
precisa apoyo especial	5	5,7	5,7	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Evitar riesgos fuera del domicilio. Grado de soporte. Tabla LXXIX.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	3	3,4	3,4	3,4
precisa soporte físico	27	30,7	30,7	34,1
Válidos precisa supervisión	53	60,2	60,2	94,3
precisa apoyo especial	5	5,7	5,7	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Pedir ayuda ante una urgencia. grado de soporte .Tabla LXXX**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	26	29,5	29,5	29,5
precisa soporte físico	20	22,7	22,7	52,3
Válidos precisa supervisión	38	43,2	43,2	95,5
precisa apoyo especial	4	4,5	4,5	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Desplazamiento fuera del hogar. Grado de soporte. Tabla LXXXI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	2	2,3	2,3	2,3
precisa soporte físico	11	12,5	12,5	14,8
Válidos precisa supervisión	71	80,7	80,7	95,5
precisa apoyo especial	4	4,5	4,5	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Tareas domésticas. Grado de soporte. Tabla LXXXII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
precisa soporte físico	60	68,2	68,2	68,2
precisa supervisión	25	28,4	28,4	96,6
Válidos precisa apoyo especial	3	3,4	3,4	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Actividades de autocuidado. Grado de soporte. Tabla LXXXIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	3	3,4	3,4	3,4
precisa soporte física	9	10,2	10,2	13,6
Válidos precisa supervisión	62	70,5	70,5	84,1
precisa apoyo especial	14	15,9	15,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Interacciones interpersonales básicas y complejas. Grado de soporte. Tabla LXXXIV.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	15	17,0	17,0	17,0
precisa soporte físico	10	11,4	11,4	28,4
Válidos precisa supervisión	50	56,8	56,8	85,2
precisa apoyo especial	13	14,8	14,8	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Usar y gestionar el dinero. Grado de soporte. Tabla LXXXV.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
no precisa soporte	4	4,5	4,5	4,5
precisa soporte físico	12	13,6	13,6	18,2
precisa supervisión	60	68,2	68,2	86,4
precisa apoyo especial	12	13,6	13,6	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Uso de servicios a disposición del público. Grado de soporte. Tabla LXXXVI.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
precisa asistencia física	16	18,2	18,2	18,2
precisa supervisión	63	71,6	71,6	89,8
precisa apoyo especial	9	10,2	10,2	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Actividades de movilidad. Grado de soporte. Tabla LXXXVII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	39	44,3	44,3	44,3
precisa soporte físico	4	4,5	4,5	48,9
Válidos precisa supervisión	41	46,6	46,6	95,5
precisa apoyo especial	4	4,5	4,5	100,0
Total	88	100,0	100,0	

Cuidados no profesionales .Perfil de usuario beneficiario de esta prestación

- Sobre el recurso concedido mayoritario (140), a su vez el más demandado, la prestación económica por cuidados no profesionales en el entorno familiar y el perfil de déficits y necesidades de los potenciales beneficiarios y que deben satisfacer los prestatarios. (Tablas LXXXVIII .- XCVIII)

• **MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**

**Aplicación de medidas terapéuticas. Grado de soporte. Tabla LXXXVIII**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	9	6,4	6,4	6,4
precisa soporte físico	53	37,9	37,9	44,3
Válidos precisa supervisión	63	45,0	45,0	89,3
precisa apoyo especial	15	10,7	10,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El 45 % precisaron supervisión en la Aplicación de medidas terapéuticas.

**Evitar riesgos dentro del domicilio. Grado de soporte. Tabla LXXXIX**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	22	15,7	15,7	15,7
precisa soporte físico	45	32,1	32,1	47,9
Válidos precisa supervisión	62	44,3	44,3	92,1
precisa apoyo especial	11	7,9	7,9	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El 45,4% precisaron supervisión para evitar riesgos dentro del domicilio

**Evitar riesgos fuera del domicilio. Grado de soporte. Tabla XC.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	12	8,6	8,6	8,6
precisa soporte físico	48	34,3	34,3	42,9
Válidos precisa supervisión	67	47,9	47,9	90,7
precisa apoyo especial	13	9,3	9,3	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El 47,9% precisaron supervisión para evitar riesgos fuera del domicilio.

**Pedir ayuda ante una urgencia. Grado de soporte. Tabla XCI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	36	25,7	25,7	25,7
precisa soporte físico	48	34,3	34,3	60,0
Válidos precisa supervisión	44	31,4	31,4	91,4
precisa apoyo especial	12	8,6	8,6	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El 34,3 % precisaron supervisión para pedir ayuda ante una urgencia.

**Desplazamiento fuera del hogar. Grado de soporte. Tabla XCII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	3	2,1	2,1	2,1
precisa soporte físico	33	23,6	23,6	25,7
Válidos precisa supervisión	89	63,6	63,6	89,3
precisa apoyo especial	15	10,7	10,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El 63,6% precisaron supervisión para el desplazamiento fuera del hogar.

**Tareas domésticas. Grado de soporte. Tabla XCIII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	2	1,4	1,4	1,4
precisa soporte físico	112	80,0	80,0	81,4
Válidos precisa supervisión	16	11,4	11,4	92,9
precisa apoyo especial	10	7,1	7,1	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El 80% precisaban soporte físico en **tareas domésticas**.

- **TOMA DE DECISIONES.**

**Actividades de autocuidado..Grado de soporte. Tabla XCIV.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	12	8,6	8,6	8,6
precisa soporte física	20	14,3	14,3	22,9
Válidos precisa supervisión	88	62,9	62,9	85,7
precisa apoyo especial	20	14,3	14,3	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El **62,9 %** precisaron supervisión para actividades de autocuidado.

**Actividades de movilidad. Grado de soporte. Tabla XCV.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	45	32,1	32,1	32,1
precisa soporte físico	14	10,0	10,0	42,1
Válidos precisa supervisión	68	48,6	48,6	90,7
precisa apoyo especial	13	9,3	9,3	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El **48,6 %** precisaron supervisión en Actividades de movilidad

**Interacciones interpersonales básicas y complejas. Grado de soporte. Tabla XCVI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	22	15,7	15,7	15,7
precisa soporte físico	18	12,9	12,9	28,6
Válidos precisa supervisión	75	53,6	53,6	82,1
precisa apoyo especial	25	17,9	17,9	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El **53,6%** precisaron supervisión en interacciones básicas y complejas

**Usar y gestionar el dinero. Grado de soporte. Tabla XCVII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	22	15,7	15,7	15,7
precisa soporte físico	21	15,0	15,0	30,7
Válidos precisa supervisión	81	57,9	57,9	88,6
precisa apoyo especial	16	11,4	11,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El **57,9%** precisaron supervisión en el uso y gestión del dinero.

**Uso de servicios a disposición del público. Grado de soporte. Tabla XCVIII.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no precisa soporte	8	5,7	5,7	5,7
precisa asistencia física	22	15,7	15,7	21,4
Válidos precisa supervisión	94	67,1	67,1	88,6
precisa apoyo especial	16	11,4	11,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

El **67,1%** precisaron supervisión en el uso de servicios a disposición del público.

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el recurso concedido y causa del fallo en el desempeño de las actividades de Otros cuidados corporales Chi-cuadrado 37,027 p=0,001

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable recurso concedido de dependencia y tipo de soporte requerido para el desempeño en las actividades de INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS Chi-cuadrado 14,393 p=0,496.

#### **Sobre la preferencia en la elección de recurso y variables sociodemográficas y clínicas.**

- No existen relación estadísticamente significativa entre las variables **SEXO** y la preferencia en la elección de recursos.

TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 17060,000 p=0,224

ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 17135,000 p=0,193

CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 17531,500 p=0,468

CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 17724,500 p=0,664

PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 17564,000p=0,368

CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 17688,000 p=0,652

ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 17595,000 p=0,451

PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 18108,500 p=0,989

- Existe relación estadísticamente significativa entre las variables **EDAD** y Nivel de preferencia por los recursos en grupos de edad extremos.

...1954 /1975-1986

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 2335,500 p=0,143

- ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 2438,000 p=0,266
- **CENTRO DE DÍA/NOCHE** U DE MANN-WHITNEY. 2115,000 p=0,008
- CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 2273,000 p=0,082
- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 2566,500 p=0,621
- CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 2469,000 p=0,439
- ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 2382,500 p=0,128
- PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 2379,000 p=0,263

- **¿Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables ÁREA GEOGRÁFICA y Preferencia en la demanda de recursos?

**Entre área Santander y Laredo-Colindres.**

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 6551,000 p=0,148
- ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 7033,000 p=0,523
- CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY 6869,000 p=0,355
- **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS** U DE MANN-WHITNEY. 4129,000 p=0,000
- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 6825, 000 p=0,180
- **CUIDADO NO PROFESIONAL** U DE MANN-WHITNEY. 4428, 500 p=0,000
- ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 6631,500 p=0,106
- **PREVENCION DE DEPENDENCIA** U DE MANN-WHITNEY. 4829, 000 p=0,000

### Entre área de Santander y fuera de áreas

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 9557,000 p=0,244
- ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 100222,500 p=0,692
- CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY 9802,000 p=0,435
- **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS** U DE MANN-WHITNEY. 8406,500 p=0,003
- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 10160,000 p=0,884
- **CUIDADO NO PROFESIONAL** U DE MANN-WHITNEY. 8390,000 p=0,004
- ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 10002,000 p=0,619
- **PREVENCION DE DEPENDENCIA** U DE MANN-WHITNEY. 8884,000 p=0,039

### Entre áreas de Santander y Torrelavega.

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 2983,500 p=0,708
- ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 2995,500 p=0,710
- CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 2851,500 p=0,330
- **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS** U DE MANN-WHITNEY. 2401,500 p=0,011
- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 3031,500 p=0,786
- **CUIDADO NO PROFESIONAL** U DE MANN-WHITNEY. 2298,000 p=0,005
- ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 2795,500 p=0,146
- **PREVENCION DE DEPENDENCIA** U DE MANN-WHITNEY. 2389,500 p=0,015

### **Entre área Torrelavega -Reinosa y fuera de áreas**

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 3551,500 p=0,678
- ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 3501,000 p=0,501
- CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 3547,500. p=0,635
- CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 3505,500 p=0,570
- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 3588,500 p=0,710
- CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 3410,000 p=0,400
- ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 3408,500 p=0,273
- PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 3261,000 p=0,194

### **Entre áreas de Torrelavega-Reinosa y Laredo.**

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 1187,000 p=0,919
- ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 1176,000 p=0,817
- CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 1153,500 p=0,661
- CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 1188,000 p=0,926
- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 1192,000 p=0,937
- CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 1091,000 p=0,373
- ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 1154,500 p=0,662
- PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 991,000 p=0,098.

### Entre Laredo-Colindres y fuera de áreas.

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 3818,500  $p=0,583$
  - ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 3867,500  $p=0,656$
  - CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 3944,000  $p=0,901$
  - CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 3845,500  $p=0,659$
  - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 3870,000  $p=0,613$
  - CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 3893,000  $p=0,792$
  - ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 3841,500  $p=0,573$
  - PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 3679,000  $p=0,369$ .
- **¿Existen** asociación estadísticamente significativas entre las variables **nivel de convivencia** y preferencia en la demanda de ...
    - **TELEASISTENCIA.** U DE MANN-WHITNEY. 12267,000  $p=0,008$
    - **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS** U DE MANN-WHITNEY. 5111,500  $p=0,000$
    - **CUIDADO NO PROFESIONAL**U DE MANN-WHITNEY. 6171,500  $p=0,000$
    - **ASISTENTE PERSONAL** U DE MANN-WHITNEY. 12574,000  $p=0,004$
    - **PREVENCION DE DEPENDENCIA** U DE MANN-WHITNEY. 8582,000  $p=0,000$

Pero no existieron diferencias entre:

- ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 14247,000  $p=0,888$
- CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 13890,000  $p=0,532$

- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 13581,000 p=0,167
- **Existen** relaciones estadísticamente significativas entre las variables Estatuslegal y preferencia elección de recurso? Existieron tales diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estatus legales de los solicitantes, con respecto a los siguientes recursos marcados en negrita.

GUARDADOR DE HECHO VS.TUTOR LEGAL

- \* **TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 1703,000 p=0,004**
- \* ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 2177,500 p=0,855
- \* CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 2173,000 p=0,838
- \* **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 1745,000 p=0,019**
- \* **PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 1803,500 p=0,002**
- \* **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 1498,500 p=0,000**
- \* **ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 1900,000 p=0,014**
- \* PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 1825,000 p=0,065.

TUTOR LEGAL VS CAPACITADO

- \* TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 8091,000 p=0,288
- \* **ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 7980,000 p=0,141**
- \* CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 8621,000 p=0,889
- \* **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 6633,500 p=0,000**

- \* **PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 7808,000 p=0,032**
- \* **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 6415,500 p=0,000**
- \* ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 8675,000 p=0,968
- \* **PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY 7187,000 p=0,017**

CAPACITADO VS GUARDADOR DE HECHO

- \* **TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 6832,500 p=0,017**
- \* ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 7274,500 p=0,071
- \* CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY 7861,000 p=0,668
- \* CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 7745,500 p=0,552
- \* PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 7458,500 p=0,085
- \* CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 7622,500 p=0,435
- \* **ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 6937,500 p=0,007**
- \* PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. No valido 1.

• **Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables **nivel de atención** sanitaria solicitante de la demanda y su orden de preferencia en la elección de recurso para cuidados no profesionales, centro residencial y prevención de dependencia.

- \* TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 6551,000 p=0,148
- \* ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 7033,000 p=0,523
- \* CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY6869, 000 p=0,355

- \* **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 4129,000 p=0,000**
- \* PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 6825, 000 p=0,180
- \* **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY.4428, 500 p=0,000**
- \* ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 6631,500 p=0,106
- \* **PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY.4829, 000 p=0,000**

• Existe relación estadísticamente significativa entre las variables **Asistencia previa** y su preferencia en la demanda de recursos? Existe en relación entre la citada variable y la preferencia de elección de los recursos señalados en negrita.

- \* TELEASISTENCIA U DE MANN-WHITNEY. 15829,500 p=0,862
- \* ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 15887,000 p=0,905
- \* **CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 13461,000 p=0,001**
- \* **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 8907,500 p=0,000**
- \* PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY 15968,000 p=0,180
- \* **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 7155,000 p=0,000**
- \* ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 15326,500 p=0,326
- \* **PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 10282,000 p=0,000**

• Existe relación estadísticamente significativa entre las variables disponer de **Cuidador** habitual y su orden de preferencia en la demanda de recursos para cuidados no profesionales y residenciales, junto con prevención de dependencia aunque en este caso en frecuencias bajas

- \* TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 14804,000  $p=0,112$
- \* ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 15777,500  $p=0,639$
- \* CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 15055,000  $p=0,167$
- \* **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 7641,000  $p=0,000$**
- \* PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 15989,500  $p=0,833$
- \* **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 6073,000  $p=0,000$**
- \* ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 15173,500  $p=0,154$
- \* **PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 9465,000  $p=0,000$**

• **Existe** relación estadísticamente significativa entre las variables , Recibir **tratamiento rehabilitador** y preferencia en la demanda de ciertos recursos.

- \* TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 13997,500  $p=0,501$
- \* ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY 13921,000  $p=0,375$
- \* CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY 13323,000  $p=0,099$
- \* **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 10007,000  $p=0,000$**
- \* PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 14171,500  $p=0,526$
- \* **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 9789,500  $p=0,000$**
- \* ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 13511,000  $p=0,106$
- \* **PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 11630,500  $p=0,001$**

## **SOBRE LA PREFERENCIA DE ELECCIÓN DE RECURSO Y RECURSO CONCEDIDO**

Entre aquellos que les fueran concedidos diferentes recursos determinar si existen diferencias significativas en su preferencia por cada uno de los recursos ofertados.

- Entre aquellos que les fuera concedido TELEASISTENCIA o Centro día noche, NO existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos, salvo en aquellos recursos recogidos en negrita.
  - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 46,500 0,703
  - ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 49,000 p=0,790
  - **CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 13,000 p=0,044**
  - CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 26,000 p=0,112
  - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 30,000 p=0,065
  - CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 16,000 p=0,071
  - ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 37,000p=0,309
  - PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 42,500 p=0,629
  
- Entre aquellos que les fuera concedido Teleasistencia o Prestación por cuidados no profesionales, NO existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos.
  - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 111,000p=0,511
  - ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 137,000 p=0,932
  - CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 72,500 p=0,053

- CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 80,000 p=0,052
  - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 82,000 p=0,067
  - CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 133,000p=0,747
  - ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 94,000 p=0,250
  - PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 75,000 p=0,074
- Entre aquellos que les fuera concedido Teleasistencia o Ayuda a domicilio, NO existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos.
    - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 9,500 p=0,904
    - ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 6,000 p=0,371
    - CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 5,500 p=0,137
    - CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 4,500 p0'186
    - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 6,000 p=0,259
    - CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 4,000 p=0,151
    - ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 6,000 p=0,85
    - PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 10,000 p= 1. No valido
- Entre aquellos que les fuera concedido Centro residencial o Asistencia a domicilio, NO existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos
    - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 377,000 p=0,341
    - CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 410,500 p=0,580

- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 392,500 p=0,344
- ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 434,000 p=0,888
- PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 395,000 p=0,501

**Salvo en:**

- **ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 273,000 p=0,004**
- **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 288,000 p=0,016**
- **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 135,500 p0'000**
- Entre aquellos que les fuera concedido Teleasistencia o Centro residencial, no existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos.
  - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 69,500 p=0,509
  - ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 85,000 p=0,899
  - CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 45,000 p=0,070
  - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 57,000 p=0,151
  - PREGENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 79,500 p=0,819

**Salvo en:**

- **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 6,500 p0'000**
- **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 7,000 p=0,002**
- **ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 50,000 p=0,046**

- Entre aquellos que les fuera concedido ASISTENCIA A DOMICILIO O CENTRO DE DÍA /NOCHE, no existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos.
  - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 261,000 p=0,848
  - CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 254,000 p=0,708
  - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 255,000 p=0,629
  - CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 258,000 p=0,810
  - ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 239,000 p=0,414
  - PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 219,000 p=0,327

**Salvo en:**

- **ASISTENCIA DOMICILIARIA U DE MANN-WHITNEY. 177,000 p=0,042**
- **CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 117,500. p=0,002**
- Entre aquellos que les fuera concedido Centro residencial o Prestación cuidados no profesionales NO existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos.
  - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 6.087,000 p=0,843
  - ASISTENCIA DOMICILIARIA U DE MANN-WHITNEY. 6,095 p=0,822
  - CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 6069,500 p=0,760
  - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 5.873,000 p=0,283

**Salvo:**

- **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 669,000 p=0,000**
  - **ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 5511,000 p=0,033**
  - **PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 1.957,000 p=0,000**
  - **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 612,500 p=0'000**
- Entre aquellos que les fuera concedido Centro de día vs. Cuidador no profesional, NO existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos.
    - TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 3395,500 p=0,167
    - ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 3646,000 p=0,564
    - PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 3752,000 p=0,882
    - ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 3691,500 p=0,718

**Salvo:**

- **PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 2193,000 p=0,000**
  - **CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 1778,500 p=0,000**
  - **CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 3135,000 p=0'003**
  - **CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 1274,000 p=0,000**
- Entre aquellos que les fuera concedido Ayuda a domicilio o Prestación cuidado no profesional NO existieron diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos.

- TELEASISTENCIA. U DE MANN-WHITNEY. 608,500 0,371
- CENTRO DE DÍA/NOCHE U DE MANN-WHITNEY. 663,000 p=0,637
- PREVENCION DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. 2369,000 p=0,974
- PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO U DE MANN-WHITNEY. 655,000 p=0,538

**Salvo:**

**CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS U DE MANN-WHITNEY. 540,500 p=0,033**

**CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY. 1564,000 p=0,000**

**ASISTENTE PERSONAL U DE MANN-WHITNEY. 2065,000 p=0,031**

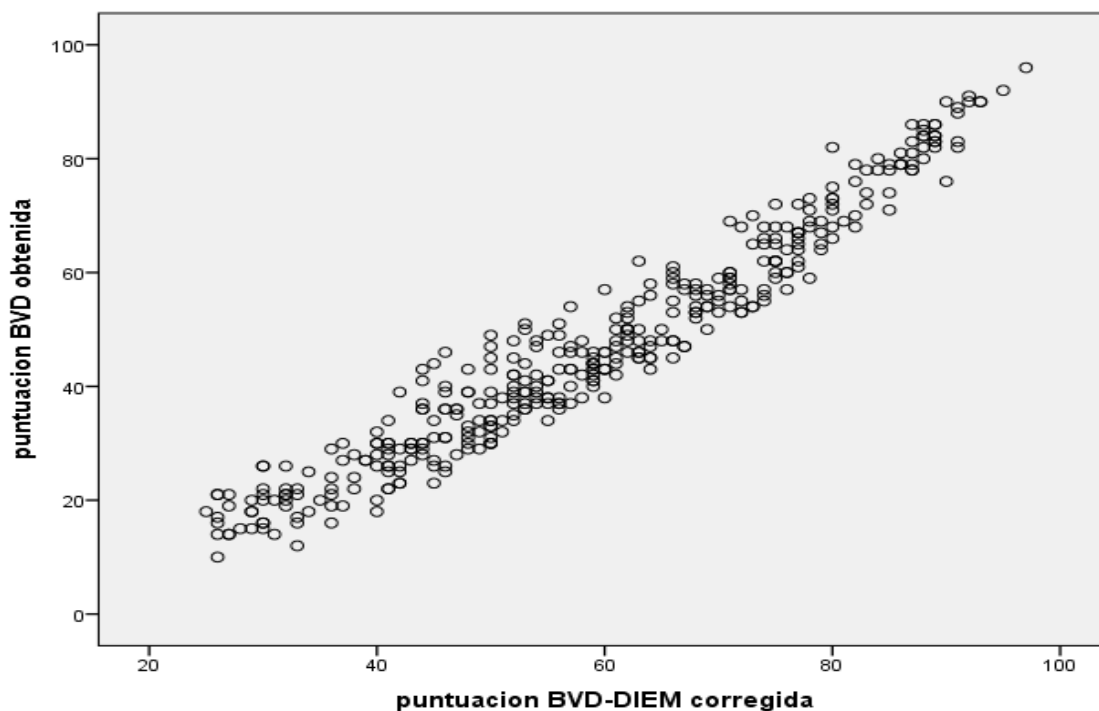
**ASISTENCIA DOMICILIARIAU DE MANN-WHITNEY. 429,000 p=0,001**

**Sobre la relación entre las puntuaciones globales del baremo.**

- **SOBRE LA PUNTUACIONES BVD Y BVD-DIEM CORREGIDA.** Existe una correlación fuertemente positiva -casi lineal - r: 0,967 entre ambas variables cuantitativas continuas.

		puntuación BVD	puntuación BVD-DIEM corregida
puntuación BVD obtenida	Correlación de Pearson	1	,967**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
puntuación BVD-DIEM corregida	Correlación de Pearson	,967**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385

El gráfico de dispersión correspondiente:



**Sobre la correlación existente entre las diferentes actividades del baremo.**

#### **COMER Y BEBER**

- Presenta una correlación moderadamente positiva con MICCIÓN Y DEFECACION. 0,348. 0,000 y DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,318. 0,00
- Y mayoritariamente DÉBIL CON EL RESTO DE ACTIVIDADES.
  - TRANSFERENCIAS CORPORALES 0,269 p=0,000
  - OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,260. p=0,000
  - VESTIRSE 0,256. p=0,000
  - LAVARSE. 0,211. p=0,000
  - DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,186 p=0,000
  - TOMA DE DE DECISIONES. 0,183 p=0,000
  - MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,138. p=0,007
  - TAREAS DOMÉSTICAS 0,067 p= 0'191

## MICCIÓN Y DEFECACION

- Presenta una CORRELACIÓN moderadamente positiva con:
  - DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,483 p=0,000
  - TRANSFERENCIAS CORPORALES 0,469 p=0,000
  - VESTIRSE 0,388 p=0,000
  - COMER Y BEBER 0,348 p=0,000
  - OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,338. p=0,000
  - LAVARSE. 0,319 p=0,000
  - DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,315 p=0,000
- Y débilmente positiva para el resto de actividades.
  - TOMA DE DE DECISIONES. 0,248. p=0,000
  - MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,180. p=0,000
  - TAREAS DOMÉSTICAS 0,159 p=0,002

## LAVARSE

- Presenta una correlación FUERTEMENTE positiva con OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,686. 0,000 y VESTIRSE 0,461 p=0,000.
- Presenta una correlación moderadamente positiva con MICCION Y DEFECACION. 0,319 p=0,000.
- Y débilmente positiva con:

- DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,259 p=0,000
- COMER Y BEBER 0,211 p=0,000
- MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,199. p=0,000
- TOMA DE DE DECISIONES. 0,195. p=0,000
- DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,175 p=0,001
- TRANSFERENCIAS CORPORALES 0,172 p=0,001
- TAREAS DOMÉSTICAS 0,108. p=0'034

#### **OTROS CUIDADOS CORPORALES**

- Presenta una correlación fuertemente positiva con LAVARSE. 0,686 p=0,000
- Presenta una correlación moderadamente positiva con VESTIRSE 0,544 p=0,000, MICCION Y DEFECACION 0,338 p=0,000, DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,326 p=0,000 y TOMA DE DE DECISIONES. 0,315. p= 0,000
- Y débilmente positiva con:
  - COMER Y BEBER 0,260 p=0,000
  - MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,232. p=0,000
  - DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,273 p=0,001
  - TRANSFERENCIAS CORPORALES 0,172 p=0,001
  - TAREAS DOMÉSTICAS 0,149. p=0'003

## VESTIRSE

- Presenta una correlación moderadamente positiva con LAVARSE. 0,461  $p=0,000$ , OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,544.  $p=0,000$ , MICCIÓN Y DEFECACIÓN 0,388  $p=0,000$ , DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,363  $p=0,000$ .
- Y mayoritariamente débil con el resto de actividades.
  - TRANSFERENCIAS CORPORALES 0,292  $p=0,000$
  - DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,270  $p=0,001$
  - COMER Y BEBER 0,256  $p=0,000$
  - MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,225.  $p=0,000$
  - TAREAS DOMÉSTICAS 0,212.  $p=0,003$
  - TOMA DE DE DECISIONES. 0,173.  $p=0,001$

## MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

- Presenta una correlación débil con el resto de actividades.
  - DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,286  $p=0,000$
  - OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,232.  $p=0,000$
  - VESTIRSE 0,225.  $p=0,000$
  - TOMA DE DE DECISIONES. 0,224.  $p=0,000$
  - TRANSFERENCIAS CORPORALES 0,224  $p=0,000$
  - LAVARSE. 0,199  $p=0,000$
  - DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,197  $p=0,000$
  - MICCIÓN Y DEFECACIÓN 0,180  $p=0,000$

- COMER Y BEBER 0,138 p=0,007
- TAREAS DOMÉSTICAS 0,041. 0'421

### **TRANSFERENCIAS CORPORALES**

- Presenta una correlación moderadamente positiva con MICCIÓN Y DEFECACIÓN 0,469 p=0,000, DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,435. p=0,000, DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,301 p=0,000.
- Y mayoritariamente débil con el resto de actividades.
  - VESTIRSE 0,292 p=0,000
  - COMER Y BEBER 0,269 p= 0,000
  - MANTENIMIENTO DE LA SALUD. 0,224p=0,000
  - TOMA DE DE DECISIONES. 0,218 p=0,000
  - LAVARSE. 0,172 p=0,001
  - OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,172. p=0,001
  - TAREAS DOMÉSTICAS 0,085. p=0'095.(no estadísticamente significativa).

### **DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR**

- Presenta una correlación moderadamente positiva con DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,493 p=0,000, MICCIÓN Y DEFECACIÓN 0,483 p=0,000 y TRANSFERENCIAS CORPORALES. 0,435 p=0,000, VESTIRSE 0,363 p=0,000; OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,326 p=0,001, COMER Y BEBER 0,318 p=0,000.

- Y mayoritariamente débil con el resto de actividades.
  - MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,286 p=0,000
  - TOMA DE DE DECISIONES. 0,282 p=0,000
  - LAVARSE. 0,259 p=0,001
  - TAREAS DOMÉSTICAS 0,114. p=0'026

### **DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR**

Presenta una correlación moderadamente positiva con DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,493 p=0,000, MICCIÓN Y DEFECACIÓN 0,315 p=0,000, TRANSFERENCIAS CORPORALES. 0,301 p=0,000 .Y mayoritariamente débil con el resto de actividades.

- OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,273 p=0,001
- VESTIRSE 0,270 p=0,000
- TOMA DE DE DECISIONES. 0,242 p=0,000
- MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,197 p=0,000
- COMER Y BEBER 0,186 p=0,000
- LAVARSE. 0,175 p=0,001
- TAREAS DOMÉSTICAS 0,130. p=0'011

### **TAREAS DOMÉSTICAS**

Presenta una correlación débil y mayoritariamente positiva, con el resto de actividades.

- VESTIRSE 0,212 p=0,000
- TOMA DE DE DECISIONES. 0,196 p=0,000

- MICCIÓN Y DEFECACION 0,159 p=0,002
- OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,149 p= 0,003
- DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,130 p=0,011
- DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,114 p=0,026
- LAVARSE. 0,108 p=0,034.

No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre TAREAS DOMESTICAS y :

TRANSFERENCIAS CORPORALES. 0,085 p=0,095

COMER Y BEBER 0,067 p=0,191

MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,041 p=0,421

### **TOMA DE DECISIONES**

Presenta una correlación moderadamente positiva con OTROS CUIDADOS CORPORALES 0,315 0,001. Y mayoritariamente débil con el resto de actividades.

MICCIÓN Y DEFECACION 0,248 p=0,000

DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR 0,282 p=0,000

DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR 0,242 p=0,000

COMER Y BEBER 0,183 p=0,000

MANTENIMIENTO DE LA SALUD 0,224 p=0,000

TRANSFERENCIAS CORPORALES. 0,218 p=0,000

TAREAS DOMÉSTICAS 0,196. p=0'000

LAVARSE. 0,195 p=0,000

VESTIRSE 0,173 p=0,001

## **DISCUSIÓN**

De cara a la interpretación de resultados se agruparon los puntos de discusión en torno a:

### **I. Variables sociodemográficas.**

- **SEXO**

Los porcentajes entre sexos arrojan un predominio de varones sobre mujeres 57, 4% frente a un 42, 6% en la muestra recogida de sujetos con trastorno mental como diagnóstico principal y a los que se les hubo reconocido grado de dependencia. No disponemos del número total de solicitudes de este colectivo restante, esto es, a los que se les hubiera valorado pero no entraran en la condición de beneficiarios, esto es, los grado 0. No había diferencias entre dicha variable, ser hombre o mujer y haber sido beneficiario de algún recurso de asistencia social con anterioridad a la Ley. Tampoco era un factor que influyera en su estatus convivencial, (vivir solo o en compañía) Con todo, tampoco el sexo estableció diferencias estadísticamente significativas con el grado de dependencia de los solicitantes.

- **AÑO NACIMIENTO (por RANGO DE EDAD)**

El margen de edad entre 25 y 60 años en el momento de recogida de datos, durante el año 2011 no fue establecido al azar. Actualmente, entre 30 y 65 años (25-60 en el momento de extracción de los expedientes) comprenderían una horquilla de edad, candidata a beneficiarse en toda su extensión de las diferentes medidas de soporte y ayudas brindados por la Ley, tanto o más de aquellas que promocionaren activamente la autonomía personal como también atendieran a la protección y atención de las situaciones de dependencia generadas.

En otras palabras, se trata de considerar un perfil de búsqueda susceptible de beneficiarse eficientemente de medidas rehabilitación funcional intensiva, *preventiva de situaciones de dependencia y promotora de su autonomía personal*.

El análisis descriptivo de frecuencias concentra más de la mitad de los casos, el 55,9% de ellos nacidos con anterioridad al desarrollo histórico del movimiento de psiquiatría comunitaria pero al mismo tiempo, candidatos en su edad adulta a beneficiarse de su implantación tardía, en nuestro país, claramente a partir de la entrada en vigor de la Ley 14/86, General de Sanidad por un lado, y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Anecdóticamente, el año de punto de corte de este estudio. 1986.

Al igual que en la variable sexo, el haber recibido asistencia o recurso social previo a la solicitud de la Ley no presentó diferencias estadísticamente significativas por el rango de edad. Sin embargo, sí lo fue la variable edad en cuanto a su nivel de convivencia y en comorbilidad física.

Se confirma asimismo la asociación estadísticamente significativa entre edad y grado de dependencia específicamente si comparamos los grupos extremos de edad del estudio.

Ello confirma el hecho que con la edad se agrava la dependencia de los individuos, con ello la dificultad para manejarse solo en la rutina diaria (vivir solo) y en la aparición y agravamiento de la condición física de salud.

- **CODIGO POSTAL-ÁREA GEOGRÁFICA.**

La Comunidad Autónoma de Cantabria, de carácter uniprovincial debe aunar en su territorio toda la complejidad de recursos sanitarios y sociales de los residentes en su territorio. Llama la atención la concentración de ambos recursos en el área costera y su proximidad, principalmente en

SANTANDER y TORRELAVEGA, en donde se concentran los mayores núcleos de población. Añadir como agravante a la dispersión geográfica, una orografía compleja y deficiente en infraestructuras de transporte.

Confirma el Atlas de Salud Mental en Cantabria (106), el hecho que los recursos en salud mental de la región se concentrarían específicamente en Área Santander, Torrelavega, Laredo y Reinosa agrupadas en las áreas de salud Santander-Laredo y Torrelavega -Reinosa.

La procedencia de las solicitudes en base a los dígitos de su código postal, confirma una concentración mayoritaria en torno a las áreas consideradas más accesibles a servicios.

Si bien del área de Reinosa, reunificada a Torrelavega por dependencia administrativa únicamente dispuso de dos solicitudes.

Lo particularmente, más llamativo, el espacio ajeno o fuera de la influencia directa de estas áreas, con 156 de las 385 solicitudes, un 40,5 % de los casos.

El área geográfica de residencia condicionó el hecho de haber recibido asistencia con anterioridad a la Ley y el tipo de Atención médica que fuera responsable de la solicitud.

La dispersión geográfica de algunas áreas -fuera de Áreas- puede repercutir en su menor accesibilidad a recursos antes de la Ley. La Atención Primaria de salud, aun siendo con mucho mayoritaria lo es más si cabe si se reside en estas áreas.

- **CONVIVENCIA**

A la hora de establecer un perfil socio demográfico de la muestra de estudio, resulta interesante conocer si cada beneficiario vivía solo o en compañía cuanto menos de otro adulto.

Aproximadamente una 1/4 parte de los cuales vivían solos, por tanto de una figura de cuidador de forma continuada.

El estatus convivencial, vivir solo o acompañado, vino influenciado a su vez por el área geográfica de residencia, desprendiéndose una mayor vinculación al medio familiar en núcleos más rurales y desprovistos de recursos alternativos.

Con respecto a la posible asociación entre ciertos diagnósticos y su estatus de convivencia llama poderosamente la atención que sean los trastornos psicóticos junto a los trastornos de personalidad en los que se tiende a vivir más en soledad.

- Si recibieron **asistencia previa** antes de solicitar dependencia.

Con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley, los servicios de atención a estos enfermos en la región eran accesibles a través de la denominada *vía socio sanitaria*, de tal forma que por parte de los responsables sanitarios del caso se formulaba la correspondiente solicitud de recurso, proporcionados y a cargo, de la Administración autonómica en materia de servicios sociales. Esta circunstancia de *ubicación* al margen del sector sanitario como prestador universal de servicios, suponía, en consecuencia, la necesidad de un copago.

Esta variable en sí misma supone un medidor de impacto de la LAPAD, y de punto de partida en su aplicación, teniendo en cuenta que el 68,6% de los casos pasarían a ser beneficiados, *de novo*, por la Ley.

El haber estado beneficiándose de algún recurso social previo a la Ley, al menos según el papel, debería contribuir a mejorar la evolución de la enfermedad; sin embargo, no se asociaron diferencias estadísticamente significativas con la presencia o no de recaídas en el último año.

Por contra, el haber recibido tratamiento rehabilitador si se relacionó con el hecho de haber recibido esa asistencia previa. Y de igual modo que el diagnóstico psiquiátrico si influyó en su condición de beneficiario de esa prestación pasada.

La edad no supuso una mayor o menor frecuencia de ser beneficiario de algún tipo de asistencia social con anterioridad.

- Si disponen de un **CUIDADOR**.

Como veremos más adelante, los cuidados no profesionales pasarían a cubrir una parte de las prestaciones del S. A. A. D. Se trataría, de lo que se ha dado en llamar hasta ahora de cuidados informales, esto es, de la carga de cuidados que hasta ahora habían desempeñado las familias de estos enfermos, muy especialmente a partir de los fenómenos de *desinstitucionalización* psiquiátrica. Este peso resultó ser asumido, *de facto*, por la familia, pudiendo identificarse esa figura presente en un 68,1% (262) de los casos. de la muestra.

La edad del beneficiario no influyó en la existencia de una figura de cuidador, pero sí su estatus convivencial y la variable diagnóstica para trastornos de gravedad clínica.

- **Estatus legal**

La adopción de medidas de protección legal en el ámbito civil, suelen ser frecuentes en sujetos con enfermedades mentales.

Entre la condición de capacidad de hecho /derecho. La incapacidad se encuentra regulada por el Código Civil en sus artículos 303 ss. Dentro de la muestra de este estudio, el 17, 9% estaban incapacitados de derecho.

Los Art. 303, 304 y 306 del Código Civil regulan, además, a figura del Guardador de hecho, esto es:

*...quien careciendo de sentencia legal y sin nombramiento ejerciera alguna de las funciones propias de las entidades tutelares sin que se le hubiera realizado nombramiento de tutela, protección o gestión de sus intereses y administración de su patrimonio.*

El 16, 6% (64/385) de los casos se encontraban en esta situación, lo que permitiría iniciar la solicitud de valoración de dependencia en representación de un individuo que, como en el caso de la enfermedad mental y el propio baremo contempla, tendría mermadas sus capacidades para reconocer su enfermedad, sus limitaciones y, por tanto, la necesidad de servicios que paliaran esta situación.

Sin embargo, y a partir de la aplicación del baremo NO se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre su situación legal en el ámbito civil y el tipo de soporte requerido en los diferentes subítems de toma de decisiones, y tareas domésticas. Concretamente, estas:

- área de uso y gestión del dinero
- área de autocuidado
- interacciones básicas y complejas.
- uso de servicios a disposición del público.
- tareas domésticas.

Por otra parte, si se estableció asociación estadísticamente significativa entre las variables Estatus legal y el hecho de que el solicitante reconocido como dependiente, dispusiera de la figura de cuidador habitual.

Se desconoce si se ha realizado una identificación entre la figura de cuidador y tutor/guardador; como también no se documenta los términos de la Incapacidad, en caso de los incapacitados de derecho.

## **II. Variables relacionadas con el trastorno mental.**

### **• Atención.**

La participación del profesional sanitario (107), aún ajeno a la aplicación del baremo, resulta requisito indispensable en el momento de cursar solicitud de reconocimiento de grado de dependencia se exige la cumplimentación, por parte del médico responsable del enfermo, de un Informe de condiciones de salud.

No hay indicación expresa de que la emisión del correspondiente informe sea realizado bien por su responsable médico en Atención Primaria o el de Especializada, ; si bien se consideró *a posteriori* la conveniencia de que ,al entender el peso específico de su enfermedad mental en estos sujetos de estudio, se adjuntara un informe específico de salud mental por parte de sus especialistas de referencia..

Podemos concluir que las solicitudes procedieron mayoritariamente desde la Atención Primaria, en un 81%(312) de los casos. El resto, procedente de médicos especialistas (psiquiatras) desde el ámbito ambulatorio, en 47 casos (12, 2% de la muestra). Procedentes directamente del ámbito

hospitalario en un 6% de los casos; mientras que resultaron excepcionales la procedencia de solicitudes desde otras vías: a través de determinadas mutualidades médicas,... apenas el 1% (0,8%).

En los últimos años, se ha venido proponiendo un modelo específico de salud dirigido a la enfermedad mental, de desarrollo por las diferentes comunidades autónomas, que recoja de primera mano las particularidades de cada caso que pudieran comprometer aspectos de la valoración posterior. Se trataría no tanto de la precisión diagnóstica de cada caso (la clasificación de enfermedades de atención primaria-llamada CIAP en su aplicación a los trastornos mentales resulta generalista y se limita a grupos síndrómicos) sino a la evolución de cada caso, sus limitaciones p. ej en torno a la adherencia al tratamiento, índice de re ingresos y disfuncionalidad en áreas de desarrollo personal, laboral pero también familiar, social.,.....

La elección mayoritaria desde **Atención Primaria**, vendría asociada a la mayor accesibilidad al usuario de este tipo de Atención, la disponibilidad de una mayor cercanía sensibilidad hacia *lo social* de este nivel de Atención, que cuentan asimismo en los mismos dispositivos con trabajadores sociales capaces de detectar las necesidades de asistencia social de los enfermos bien directamente o a través de sus cuidadores y/o familiares.

Resulta altamente significativo, en aquellos expedientes instados desde la Atención Primaria de Salud, asociada a una clasificación como la CIAP, que paralelamente a una menor especificidad diagnóstica –psiquiátrica-se confirma una mayor *sensibilidad* en la detección de comorbilidad física.

- **Comorbilidad con otra patología psiquiátrica.**

Apenas en un 25 % de los casos disponía de un diagnóstico psiquiátrico comórbido, bien de eje II, consumo de sustancias,... Preciso aclarar en torno a la posible coexistencia con retraso intelectual en la muestra de sujetos, el hecho de que fueran excluidos, expresamente, aquellos retrasos mentales que actuarán por su gravedad moderada-grave como factor determinante en su funcionalidad.

- **Comorbilidad con otra patología física.**

Existe cada vez una mayor preocupación por la salud física de los enfermos mentales, en base a sus limitaciones, cuando no resistencia para acceder a los dispositivos sanitarios, o su desinterés, apatía y falta de iniciativa para hacerlo. En el informe de condiciones de salud, se incorpora este dato a registrar considerándolo un factor sobreañadido de vulnerabilidad, poniéndose de manifiesto de nuevo hacia una mayor compromiso y sensibilización, disposición hacia este apartado desde la Atención Primaria.

Se detecta un perfil equilibrado en la distribución de la variable, prácticamente de empate las patologías somáticas fueron de diversa índole y no se consideró su análisis prioritario para los objetivos de este estudio, pero si fueron predominantes -fuera del ámbito del estudio- la patología cardiorrespiratoria y endocrino-metabólica.

- Recibe tratamiento **psicofarmacológico**

Era esperable que aquellos trastornos mentales graves beneficiarios de la Ley, requirieran dentro de su línea de tratamiento la farmacología. Sin embargo, un 6% de los mismos no recibían

tratamiento psicofarmacológico., concretamente entre los que no recibían esta línea de tratamiento pertenecían al grupo de trastornos mentales orgánicos, cuatro sujetos ; cinco psicosis, dos enfermos trastornos bipolares- esquizoafectivos, diez casos dentro del espectro neurótico , y veinticinco trastornos de personalidad.

Por otra parte el hecho de Recibir tratamiento psicofarmacológico No influyó en el hecho de haber recibido asistencia previa. Si bien el escaso número de sujetos perteneciente a este grupo tendía a invalidar la comparativa con el grupo mayoritario.

- ¿Ha presentado **recaídas** en último año.

La presencia de recaídas ,que no necesariamente de ingresos hospitalarios, nos aproxima a la dimensión evolutiva de TMG.

En el 75, 6 %(291) de los casos no constaban episodios de recaídas en el último año, frente a un 23, 1% que sí las tuvieron, y un 1, 3% en que no se recogió tal incidencia.

Sorprende la baja incidencia de las mismas, bien por omisión o por desconocimiento del dato, posiblemente asociado a que la transmisión de información clínica de atención Primaria y Especializada no estuviera todavía debidamente instaurada.

De los resultados obtenidos no puede desprenderse el pretendido papel protector de la presencia de un cuidador o su vinculación a un recurso previamente.

- ¿Recibe **psicoterapia**?

Se incluirá aquí cualquier terapia no farmacológica, reglada o no, proporcionada por un profesional debidamente cualificado desde salud mental.

En 218 de los 385 casos, los usuarios no recibían psicoterapia, esto es, en un 56, 6% mientras que el 42, 6%(164) sí recibía esta línea de tratamiento. En tres casos, no se recogió este dato.

- Recibe **rehabilitación** en el momento de solicitud?

En cuanto a la consideración del TMG y sus posibilidades de rehabilitación funcional se trata de identificar en qué proporción de los sujetos evaluados ya se había iniciado dicha línea de tratamiento para completar la acción integrada en perspectiva biopsicosocial.

El hecho resultante es que apenas el 26, 8% (103) se beneficiaban de esta línea de tratamiento, lo que daría muestra del bajo peso específico concedido a la rehabilitación de estos sujetos.

De forma significativa, resulto coincidente el hecho que aquellos sujetos de la muestra que reconocieron recibir asistencia con anterioridad a la solicitud, también reconocieron que habían recibido tratamiento rehabilitador.

### **Diagnostico psiquiátrico principal.**

Recogidos los datos correspondientes a los diferentes diagnósticos psiquiátricos principales, se confirma una clara heterogeneidad diagnóstica de la muestra (ver tabla IX)

Para facilitar la interpretación de los datos, se reagruparon en torno a los diagnósticos mas prevalentes, obteniéndose un su grupo minoritario de 12 casos, con entidades diagnósticos *atípicas* incluidos en el apartado no clasificable.

El grupo mayoritario lo conformarían las denominadas psicosis, así habíase contemplado cuando se trataba el concepto de Trastorno mental grave. Sin embargo, no puede hablarse de *exclusividad*, al haber alcanzado reconocimiento *como dependientes* otros sujetos aquejados de diagnósticos psiquiátricos considerados *menos graves*; como los trastornos del espectro neurótico, trastornos depresivos crónicos, de ansiedad, agorafobia....que supusieron el 16,6 % (64) de los casos. También los trastornos de personalidad, con un 11,2% (43), seguido por bipolares-esquizoafectivos 10,6% (41) y los trastornos psiquiátricos de base orgánica 6,8%(26).

El diagnóstico clínico pudo ejercer influencia sobre el estatus sociodemográfico actual de los afectados pero no en el reconocimiento de grado de dependencia; actuando como variables, en este caso, independientes.

### **III. Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y variables sociodemográficas y clínicas.**

Se detecta una relación estadísticamente significativa entre las variables diagnóstico prevalente y el estatus convivencial de los sujetos del estudio, esto es, que vivieran o no solos. La circunstancia llamativa es el hecho que aquellas patologías en teoría, más deficitarias, tendían a vivir solos como los trastornos psicóticos o con mayores complicaciones de manejo, como los trastornos de personalidad (Chi-cuadrado 17,373 p=0,002.).

También el diagnóstico psiquiátrico pudo influir de manera estadísticamente significativas en que los sujetos se hubieran podido beneficiar de algún tipo de recurso con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley (Chi-cuadrado 25,479 p=0,000); así como también en que dispusieran de la figura de un cuidador (Chi-cuadrado 11,188 p=0,025).

No resultó válida la Chi cuadrado al contar con frecuencias bajas y pretender establecer la existencia de asociación entre las variables diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico.(esta circunstancia ya se comentó en el apartado anterior)

El padecer uno u otro diagnóstico psiquiátrico principal no condicionó, de forma estadísticamente significativa, una mayor frecuencia de tratamientos psicoterapéuticos, ni de rehabilitación. Tampoco un mayor impacto o menor de recaídas. Si, sin embargo, una mayor infrecuencia de patología física comórbida, a favor, precisamente de los neuróticos.

Claro está., que esta diferencia puede estar motivada por un mejor registro y atención en estos casos frente a la no detección ni registro por parte del resto de patologías.

No hubo diferencias estadísticamente significativa en cuanto a que la procedencia de la solicitud de dependencia, desde Atención Primaria Vs. Especializada y que el sujeto tuviera un diagnóstico u otro.

#### **IV. Sobre la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y perfil funcional.**

SOBRE FALLO DE DESEMPEÑO vs. DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO.

Se encontraron resultados válidos y diferencias estadísticamente significativos entre la causa de fallo de desempeño y diagnósticos psiquiátricos prevalentes subdivididos entre trastornos neuróticos, psicóticos, bipolares-esquizoafectivos y trastornos de base orgánico. ;que confirman la heterogeneidad disfuncional del colectivo para la mayoría de actividades del baremo;sin embargo, aquellas áreas presumiblemente más comprometidas, en teoría, se apunta hacia una afectación general del colectivo en su conjunto.

Las diferencias -estadísticamente significativas-entre diagnósticos psiquiátricos afectaron a aquellas áreas de valoración correspondientes a la parte más general y física del baremo: COMER Y BEBER, MICCIÓN DEFECACION, LAVARSE, OTROS CUIDADOS CORPORALES, VESTIRSE, DESPLAZAMIENTO DENTRO y FUERA DEL HOGAR y dentro del subítem de MANTENIMIENTO DE LA SALUD, el fallo de desempeño a la hora de EVITAR RIESGOS FUERA DEL DOMICILIO,

Puede deducirse que el fallo de desempeño y su causa en el ítem TOMA DE DECISIONES, y en su mayoría del MANTENIMIENTO DE LA SALUD tendrían una afectación de distribución más homogénea entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos.

#### SOBRE EL TIPO DE SOPORTE NECESARIO vs. DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos en el soporte requerido para el USO Y GESTIÓN DEL DINERO., en la PETICIÓN DE AYUDA ANTE UNA URGENCIA, y la EVITACIÓN DE RIESGOS DENTRO DEL DOMICILIO.

Sin embargo, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes diagnósticos y la necesidad de soporte requerido para el desarrollo de INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS dentro del ítem TOMA DE DECISIONES.

#### **V. Variables relacionadas con la aplicación del baremo.**

Como resultado de la aplicación del baremo, globalmente, los fallos de desempeño detectados suelen afectar en mayor o menor grado a todas las áreas del funcionamiento con desigualdad en la naturaleza del fallo en el caso de detectarse y en el tipo de soporte requerido para corregirlo. Si bien causa mayoritaria de fallo de desempeño fue la falta de coherencia /comprensión por encima

de la física e iniciativa. Y el grado de soporte requerido fue la necesidad de supervisión de la actividad.

Se confirmaría la heterogeneidad funcional, también incorporada al concepto de Trastorno Mental Grave, T.M.G.

Con respecto a este particular, la necesidad del carácter individualizador que se pretende con el diseño del Programa Individual de Atención diseñado desde el Sistema de Atención a la dependencia con el fin de ofertar aquellos servicios que mejor se prestarían a subsanar las deficiencias detectadas. Desde la Rehabilitación Psicosocial, estaba ya instaurada la intervención del P.I.R. (o P.I.R.I.) Programa Individualizado de Rehabilitación, donde se integran aquellos déficits potencialmente recuperables, con una serie de objetivos razonables y razonados así como la secuencia de intervenciones destinadas a la consecución de tales objetivos. En cierta medida, tanto el P.I.R. como el P.I.A comparten al menos el planteamiento inicial pudiendo ser compatibles e incluso asimilables, como base para la integración social y sanitaria de este sector de la población.

A la enfermedad mental entre otras, se le aplica una escala corregida, que llamaremos BVD-DIEM, también de 0 a 100 puntos de calificación, pero que reorganiza los pesos concedidos a las diferentes actividades iniciales con el fin de destinar un 15,4% de la puntuación global al ítem TOMA DE DECISIONES.

Se pretende con ello, alcanzar una puntuación más ajustada a los requerimientos específicos del colectivo. De tal forma que:

Con la aplicación del baremo convencional para adultos, los valores de la muestra oscilan entre 10 y 96, con una puntuación media de 47, 02, con una desviación típica de 19, 752. Con la aplicación de la tabla de pesos para el baremo DIEM y para los mismos sujetos, los valores oscilarían entre 25 y 97, con una media de 59, 97 y una desviación típica de 17, 698.

Se puede determinar que en torno al 13, 25% de los sujetos pasarían a tener reconocimiento de grado toda vez que hubieran quedado fuera del Sistema de haberseles aplicado el baremo convencional B.V.D .Esto es, un 13,25% sujetos de la muestra que hubieran alcanzado puntuaciones globales inferiores a veinticinco puntos, superarían este punto de corte con la aplicación del baremo específico DIEM. Ello permitiría atenuar, al menos en parte, las críticas que desde diferentes sectores de la opinión pública critican la falta de idoneidad del baremo al colectivo de enfermos mentales ampliando, frente a las críticas, la incorporando de este porcentaje de sujetos que de lo contrario hubieran quedado excluidos de la Ley.

- ❖ SOBRE LA PUNTUACIONES BVD Y BVD-DIEM CORREGIDA. Derivadas de la aplicación de las diferentes tablas de pesos del baremo así como del ítem. De TOMA DE DECISIONES se desprende una correlación fuertemente positiva -casi lineal -  $r: 0,967$  entre ambas variables cuantitativas continuas.

## **VI. Sobre la correlación existente entre las diferentes actividades del baremo.**

El grupo de actividades ,compuesto por Tareas domésticas ,Mantenimiento de la salud y también Toma de decisiones fueron las que menor correlación presentaron con cada una del resto de actividades incluidas en el baremo.

COMER Y BEBER Presentaba una mayor correlación con los ítems de Micción y defecación y los desplazamientos dentro del hogar y muy baja con el resto de actividades.

MICCIÓN Y DEFECACION presentaba una correlación mayor con los desplazamientos dentro del hogar y las transferencias corporales. (Otras actividades relacionadas con el autocuidado VESTIRSE, COMER Y BEBER, OTROS CUIDADOS CORPORALES, LAVARSE. y de movilidad como desplazamiento fuera del hogar)

LAVARSE se relacionó fuertemente con OTROS CUIDADOS CORPORALES y MICCION Y DEFECACION OTROS CUIDADOS CORPORALES fuertemente positiva con LAVARSE y moderadamente VESTIRSE, MICCION Y DEFECACION dentro de las actividades de autocuidado.

VESTIRSE presenta correlación con el resto de actividades de autocuidado, LAVARSE., OTROS CUIDADOS CORPORALES, MICCION Y DEFECACION y los DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR.

MANTENIMIENTO DE LA SALUD presenta una correlación DÉBIL con el resto de actividades, pudiendo considerarse una variable mayoritariamente independiente.

TRANSFERENCIAS CORPORALES se correlaciona con MICCION Y DEFECACION, DESPLAZAMIENTO DENTRO y FUERA DEL HOGAR.

DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR se relacionaría más estrechamente con las actividades de movilidad como el DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR, TRANSFERENCIAS CORPORALES y Autocuidado MICCION Y DEFECACION Y, VESTIRSE OTROS CUIDADOS CORPORALES COMER Y BEBER.

DESPLAZAMIENTO FUERA DEL HOGAR se correlacionaría más fuertemente con DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL HOGAR, TRANSFERENCIAS CORPORALES y dentro de autocuidado MICCIÓN Y DEFECACION.

TAREAS DOMÉSTICAS presentaría una correlación positivamente débil con el resto de actividades. (No resultaron estadísticamente significativas las correlaciones entre TAREAS DOMESTICAS y TRANSFERENCIAS CORPORALES, COMER Y BEBER y MANTENIMIENTO DE LA SALUD).

TOMA DE DECISIONES presentó una correlación mayoritariamente pobre con el resto de actividades.

Llama la atención que aquellas actividades que pudieran ser consideradas a priori más significativas a la hora de evaluar el funcionamiento de los enfermos mentales, como son el desempeño en Toma de decisiones, pero también el de Mantenimiento de la salud y el desempeño de Tareas domésticas se definen y relacionan con mayor independencia frente a las demás.

### **GRADO/NIVEL DEPENDENCIA**

El grado mayoritario fue el grado II severo, obtenido en un 46,4% de los sujetos de la muestra, 30,4% para el grado I ,moderado y 23,1% para el grado III o gran dependencia en niveles similares a otros estudios.

Es preciso dejar constancia que ,como no podía ser de otro modo, la puntuación obtenida en el baremo fruto de su aplicación y déficits de desempeño en las actividades contenidas en el

,guardaban relación directa con el grado alcanzado por lo que no era menester analizar la relación entre ambas variables , grado de dependencia y perfil funcional .

Por otra parte, mencionar que el grado de dependencia si se asoció estadísticamente con la oferta y/o demanda de ciertos recursos, que como en el caso de Centro Residencial, derivados de la aplicación de la Ley eran privativos de algún grado en particular , excluyendo en este en particular a los grados I , de dependencia moderada de su concesión.

## **VII. Sobre la relación entre grado de dependencia vs factores sociodemográficos.**

La obtención de grado de dependencia no mostró diferencias significativas en cuanto al sexo de los solicitantes.

Tampoco con respecto al área geográfica de residencia de los solicitantes, ni con su estatus convivencial.

El estatus legal, su condición de capacidad, no influyó en diferencias en el reconocimiento de grado.

Por el contrario, el hecho de que recibieran algún tipo de asistencia con anterioridad y el reconocimiento de grado sí presentaron diferencias estadísticamente significativas . (pudiendo interpretarse en términos de “consolidación”)

## VIII. Sobre la relación entre el grado de dependencia vs factores clínicos.

- En cuanto a la Atención médica responsable de la solicitud, no influyó en el reconocimiento del grado de dependencia el hecho que la solicitud hubiera sido instada desde. Atención primaria vs. Especializada.
- Diagnostico psiquiátrico principal. El hecho de contar con un diagnóstico psiquiátrico u otro, no influyó en sí mismo para el reconocimiento de grado de dependencia. En otras palabras, el grado de dependencia obtenido a partir de las puntuaciones del baremo, lo fue independientemente de etiquetas diagnósticos-otro de las consideraciones de la Ley L.A.P.A.D, derivado del concepto de dependencia, o mejor dicho , de la condición de dependiente primando las dificultades en desempeño de Actividades de la Vida Diaria, pero también del concepto de *T. M. G.*, en su dimensión clínico-diagnóstica
- Comorbilidad física. Contar con un diagnóstico comórbido de tipo físico no influyó significativamente en su reconocimiento de grado.
- ¿Ha presentado recaídas en último año ?Tampoco el haber presentado recaídas influyó en el reconocimiento de grado de dependencia.
- Tratamiento psicofarmacológico. Por el contrario, si se puede establecer una relación estadísticamente significativa entre encontrarse recibiendo tratamiento psicofarmacológico y el reconocimiento de grado de dependencia.

## IX. Variables relacionadas con la demanda de recursos.

El Libro Blanco de la Dependencia ,en 2004 aboga, entre sus conclusiones por un Catálogo de prestaciones, que permitiera su ajuste a las características personales, familiares y sociales de cada caso, así como del entorno, teniendo en cuenta las peculiaridades de los que viven en grandes ciudades y en las zonas rurales aisladas. Sin embargo, la normativa podría priorizarse algún tipo de prestaciones, como por ejemplo, aquéllas que posibilitan la permanencia en el domicilio. Por otra parte, para lograr la efectividad todas estas prestaciones deben ir acompañadas de programas preventivos y actuaciones comunitarias.

- Sin embargo, las prestaciones por cuidados no profesionales fue el recurso más demandado y concedido en términos globales, un 36, 4 % del total de solicitudes (140 de los sujetos de estudio), un 47, 6% de los recursos asignados? Este dato llama poderosamente la atención por su contradicción con uno de los principios de aplicación de la Ley, que prima a la concesión de recursos sobre las prestaciones económicas. Siendo tales resultados extrapolables a la media nacional, habida cuenta de los datos estadísticos extraídos en diferentes Dictámenes del Observatorio de la Dependencia.
- Llama la atención la falta de preferencia en todos los grados, de los servicios de prevención de dependencia (actualmente, no disponibles en Cantabria), o en el caso de las prestaciones ,la vinculada a servicio en aquellas áreas geográficas más apartadas y por tanto , menos accesibles a recursos. ( facilidades de transporte ...).Este dato denota una actitud reduccionista de cara a futuras ofertas de recursos por parte de la Administración y podría comprometer en el corto

plazo una planificación de recursos que se pretende adaptada a la atención psicosocial de los enfermos mentales y orientada a su integración en comunidad.

#### Sobre la preferencia en la elección de recurso y variables sociodemográficas y clínicas.

- ❖ La variable sexo no influyó en la preferencia de elección de ninguno de los recursos ofertados por parte del beneficiario.
- ❖ En cuanto a la variable Edad, el agrupamiento en rangos de edad y únicamente cuando se estableciera la comparación entre grupos extremos (entre los sujetos de la muestra nacidos con anterioridad a.. 1954 de edad frente a los nacidos entre 1975-1986, si se detectaron diferencias estadísticamente significativas en torno a su preferencia por Centro de día/noche.
- ❖ ¿Existe relación estadísticamente significativas entre las variables ÁREA GEOGRÁFICA y Preferencia en la demanda de recursos. ?

Entre área Santander y Laredo-Colindres.

Se observaron diferencias significativas en torno a su preferencia por CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS PRESTACIÓN POR CUIDADO NO PROFESIONAL. SERVICIO DE PREVENCIÓN DE SITUACIONES DE DEPENDENCIA

Entre área de Santander y fuera de áreas.

La prestación por cuidados no profesionales fue el único recurso-junto a la prevención de situaciones de dependencia, que presentó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la preferencia detectado por los beneficiarios de ambas áreas.

Entre áreas de Santander y Torrelavega.

La prestación por cuidados no profesionales fue el único recurso-junto a la prevención de situaciones de dependencia, que presentó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la preferencia detectado por los beneficiarios de ambas áreas.

Entre área Torrelavega -Reinosa y fuera de áreas

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los beneficiarios de ambas áreas en su preferencia a cerca de cada una de los recursos disponibles.

Entre áreas de Torrelavega-Reinosa y Laredo.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los beneficiarios de ambas áreas en su preferencia a cerca de cada una de los recursos disponibles.

Entre Laredo-Colindres y fuera de áreas.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los beneficiarios de ambas áreas en su preferencia a cerca de cada una de los recursos disponibles.

En conclusión, tan solo en las comparativas que incluían el área de Santander y limítrofes se apreciaron diferencias significativas con respecto a cualquiera de las otras áreas en cuanto a la demanda de prestación por parte del usuario o su entorno de cuidados no profesionales en el entorno familiar. Hay que consideración el condicionamiento que tendría residir en el área de Santander, que aglutina mayoritariamente los recursos para estos enfermos (ver Atlas de salud Mental en Cantabria, 2008) (107) frente a otras áreas menos dotadas o con peor accesibilidad a las

mismas en los que la ¿única opción aceptable? sería la prestación antes citada, lo que justificaría el peso específico de ésta y no otras en la demanda por parte del usuario.

Los servicios de prevención de dependencia también estarían incluidos, sin embargo su demanda prioritaria puede considerarse excepcional, no figurando en ninguno de los expedientes como primera opción y en realidad, nunca fuera asignado como recurso.

- ❖ ¿Existen diferencias estadísticamente significativas según el nivel de convivencia en cuanto a la preferencia en la demanda de ...

TELEASISTENCIA. CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS CUIDADO NO PROFESIONAL ,ASISTENTE PERSONAL y PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA

Pero no existieron diferencias entre:

ASISTENCIA DOMICILIARIA, CENTRO DE DÍA/NOCHE y PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO

Llama la atención que el hecho de vivir solo no suponga una mayor inclinación a ayuda domiciliaria. Se puede considerar que el servicio tuviera un enfoque de Apoyo Especializado; sin embargo, a día, de hoy, estaría pendiente de dotarse para su puesta en funcionamiento .

Sí por el contrario, la Teleasistencia o *tele alarma* especialmente indicada para personas en general que permanecen solas gran parte del día y la noche.

- ❖ ¿Existe relación estadísticamente significativas entre las variables Estatus legal. Y preferencia elección de recurso. ?.

Entre disponer de GUARDADOR DE HECHO o TUTOR LEGAL, se aprecian tales diferencias en la preferencia del beneficiario o su entorno, para TELEASISTENCIA., CENTRO RESIDENCIAL PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO CUIDADO NO PROFESIONAL y ASISTENTE PERSONAL.

Entre disponer de Tutor legal vs. Estar capacitado, se aprecian diferencias significativas en la preferencia por una serie de recursos tales como CENTRO RESIDENCIAL, PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO, CUIDADO NO PROFESIONAL y PREVENCION DE DEPENDENCIA.

Entre encontrarse Capacitado o disponer de GUARDADOR DE HECHO se aprecian diferencias significativas en la preferencia por una serie de recursos, más reducida, tales como TELEASISTENCIA. y ASISTENTE PERSONAL .

De lo que se desprende que la situación de Incapacidad dista en sus preferencias a la hora de solicitar un recurso sobre las otras dos condiciones de Capacidad y guarda de hecho.; marcando la diferencia hacia un abanico más amplio de posibilidades a la hora de elegir.

- ❖ Existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables nivel de atención sanitaria solicitante de la demanda y preferencia en la demanda de recursos. Únicamente para los recursos de CENTRO RESIDENCIAL 24 horas, CUIDADOS NO PROFESIONALES., que son los que polarizan el interés de los usuarios.
- ❖ ¿Existe relación estadísticamente significativa entre las variables Recibir asistencia previa y su preferencia en la demanda de recursos? el hecho de haberse beneficiado o no de algún tipo de recurso o asistencia social previa, si condicionó diferencias en la preferencia por determinados recursos CENTRO DE DÍA/NOCHE, CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS, CUIDADO NO PROFESIONAL y PREVENCION DE DEPENDENCIA. El hecho que la asistencia previa se hubiera traducido en tratamiento rehabilitador habría favorecido la inclusión de

aquellos recursos de perfil más rehabilitador, con la inclusión del recurso de Centro de Día, donde se hubiera optado organizativamente por incluir los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Por otra parte, aquellos sujetos ya beneficiados con un recurso residencial, reforzaron su vinculación al mismo solicitando evaluación de grado , desde una postura conservadora.

Los cuidados no profesionales y prevención de dependencia presentaron valores extremos y opuestos a lo largo del estudio en términos de preferencia por parte del usuario.

- ❖ Existe relación estadísticamente significativas entre las variables Disponer de cuidador habitual y su preferencia en la demanda de recursos hacia la prestación de cuidados no profesionales en el entorno. Esto es ,el disponer de una figura reconocida como cuidador o no , sí supuso diferencias estadísticamente significativas en la preferencia por CUIDADO NO PROFESIONAL, pero también a la *inversa* por la opción deCENTRO RESIDENCIAL 24 HORASfalta de cuidador o , existiendo este , por sobrecarga o desgaste.
- ❖ Existe relación estadísticamente significativa entre las variables recibir tratamiento rehabilitador y preferencia en la demanda de recursos ?El estar recibiendo tratamiento rehabilitador o no si supuso diferencias estadísticamente significativas en la preferencia por CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS, CUIDADO NO PROFESIONAL Y PREVENCION DE DEPENDENCIA. Según la LAPAD y sus posteriores articulados, la prevención de dependencia, en sentido estricto ,los programas de rehabilitación , también serían aplicables en recursos residenciales (máxime si las mini-residencias y otros recursos de alojamiento se hubieron incluidos bajo este epígrafe.

## **X. Sobre la preferencia de elección de recurso y grado de dependencia.**

Al contrastar a la vez los diferentes grados de dependencia en cuanto a su preferencia en la demanda de recursos mediante la prueba de Kruskal- Wallis, (al no disponer estas variables de distribución normal) solo existieron diferencias estadísticamente significativas entre grados de dependencia, en la preferencia a la hora de elegir centro de día y prestación por cuidados no profesionales, en términos generales

Mediante la prueba U de Mann -Whitney, establecimos un marco comparativo entre las combinaciones de dos grados diferentes de dependencia en su predilección por un recurso determinado de los disponibles del SAAD. Así:

### Entre los Grados moderado I y severo II de dependencia.

No hubieron variaciones en su predilección por servicios de atención domiciliaria, como teleasistencia y Ayuda a domicilio, ni por centro residencial 24 horas o por la prestación de cuidados no profesionales.

Si existieron diferencias significativas entre los beneficiarios de ambos grados y su preferencia por el recurso de **Centro de Día\***. Los servicios de asistencia personal, prestación vinculados a servicio y servicio de prevención de situaciones de dependencia tampoco se detectaron diferencias significativas en la preferencia (sin embargo, su baja incidencia tampoco se consideraría de relevancia. \*tener en consideración la inclusión en este dispositivo también de la actividad rehabilitadora CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial)

### Grados de dependencia moderado y gran dependencia.

Al comparar grados de dependencia extremos, la ayuda a domicilio si presentaría diferencias en su predilección entre ambos grupos.(al tratarse de un recurso que requeriría unos niveles de

dependencia moderada e incluso severa pero alejados para la situación de grandes dependientes, que no podrían satisfacer los requisitos mínimos de acceso.

Mención aparte, la prestación vinculada al servicio si se ajustaría también, a pesar de su baja incidencia. Hay que considerar el hecho de esta prestación circunscrita a becar aquellos servicios no disponibles en la comunidad.

No existirían diferencias marcadamente significativas en la predilección por el resto de recursos ofertados.

#### Grado de dependencia grave y gran dependencia.

Entre los grados II y III ningún no se detectaron diferencias en las preferencias por ninguno de los diversos recursos ofertados

### **XI. Sobre la preferencia de elección de recurso y diagnóstico psiquiátrico.**

Las variables correspondientes a los recursos ofertados en rango de mayor o menor preferencia por el solicitante no presentan una distribución normal, tras la aplicación de la prueba de Kolmogorov -Smirnov. Se aplica la prueba H de Kruskall Wallis y específicamente la U de Mann Whitney.

Se trataría de determinar si la preferencia en la elección de recurso no estaría condicionada o influenciada por el diagnóstico psiquiátrico principal.

En términos generales, evaluados a la vez los diferentes diagnósticos psiquiátricos, tan solo existieron diferencias estadísticamente significativas en la preferencia a la hora de elegir centro

residencial y prestación por cuidados no profesionales. ,esto es , los recursos ,polarizaron el interés de la muestra de estudio. Podríamos hablar de un enfoque reduccionista *dicotómico* donde los sujetos beneficiarios se decantarían hacia régimen residencial en caso de vivir solo (como apuntamos anteriormente) u otros factores que se tradujeran en falta de apoyos necesarios en su entorno, mientras que los que aún disponían de figuras de apoyo , se decantaban por la prestación compensatoria del servicio

En esa misma línea se comportaron cuando los diagnósticos a comparar fueron: Trastornos neuróticos vs. Trastorno de Personalidad. ;Trastornos bipolares vs. Trastorno de personalidad; Trastornos psicóticos vs. bipolares/esquizoafectivos ;Trastornos psicóticos vs. Trastornos neuróticos.

Mientras que entre los Trastornos Orgánicos Vs. Bipolares se detectaron diferencias estadísticamente significativas en su preferencia por Centro residencial 24 horas , entendido a favor de los primeros.

Por el contrario, entre :Trastornos Bipolares Vs. Neuróticos Trastornos Psicóticos Vs. Trastornos De Personalidad, Trastornos Orgánicos Vs T.personalidad, Trastornos Orgánicos Vs. Psicosis, Trastornos Orgánicos Vs. Neuróticos no se apreciaron diferencias en la predilección de los diferentes recursos.

## **XII. Sobre la preferencia de elección de recurso y recurso concedido.**

Se trató de determinar si entre aquellos que les fueran concedido diferentes recursos determinar si existen diferencias significativas en su preferencia por cada uno de los recursos ofertados.

- Entre aquellos que les fuera concedido TELEASISTENCIA o Centro día noche, NO EXISTIERON diferencias significativas en su predilección por cada uno de los diferentes recursos disponibles
- Entre aquellos que les fuera concedido CENTRO RESIDENCIAL O ASISTENCIA A DOMICILIO, NO EXISTIERON diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos Salvo para ASISTENCIA DOMICILIARIA CUIDADO NO PROFESIONAL, CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS.
- Entre aquellos que les fuera concedido TELEASISTENCIA O CENTRO RESIDENCIAL, NO EXISTIERON diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos salvo en: CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS CUIDADO NO PROFESIONAL y ASISTENTE PERSONAL.
- Entre aquellos que les fuera concedido ASISTENCIA A DOMICILIO O CENTRO DE DÍA /NOCHE, NO EXISTIERON diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos salvo en: ASISTENCIA DOMICILIARIA, CENTRO DE DÍA/NOCHE.
- Entre aquellos que les fuera concedido CENTRO RESIDENCIAL O PRESTACIÓN CUIDADO NO PROFESIONAL., NO EXISTIERON diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos Salvo: CUIDADO NO PROFESIONAL !ASISTENTE PERSONAL, PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA, CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS .
- Entre aquellos que les fuera concedido CENTRO DE DÍA VS. CUIDADO NO PROFESIONAL, NO EXISTIERON diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos. Salvo: PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA U DE MANN-WHITNEY. CENTRO DE DÍA/NOCHE. CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS, CUIDADO NO PROFESIONAL U DE MANN-WHITNEY.

- Entre aquellos que les fuera concedido AYUDA A DOMICILIO O PRESTACIÓN CUIDADO NO PROFESIONAL., NO EXISTIERON diferencias significativas en su predilección por los diferentes recursos. Salvo: CENTRO RESIDENCIAL 24 HORAS, CUIDADO NO PROFESIONAL, ASISTENTE PERSONAL, ASISTENCIA DOMICILIARIA.
- En términos generales, la preferencia por un recurso u otro estaba significativamente asociado al recurso concedido finalmente, de lo que se desprende que la preferencia por un recurso, sería un factor determinante globalmente para la concesión posterior de ese recurso en particular.

### **XIII. Variables relacionados con la oferta de recursos.**

- ❖ PRESTACIÓN POR CUIDADOS NO PROFESIONALES. 36, 4% (140). Sobre el recurso concedido mayoritario (140), a su vez el más demandado, la prestación económica por cuidados no profesionales en el entorno familiar y el perfil de déficits y necesidades de los potenciales beneficiarios y que deben satisfacer los prestatarios. se concentraba en torno a la necesidad de supervisión en múltiples áreas principalmente relacionadas con el mantenimiento de la salud. evitación de riesgos, aplicación de medidas terapéuticas, petición de ayuda ante una urgencia,, desplazamientos fuera del domicilio, y toma de decisiones relacionadas con el desempeño de diferentes actividades, autocuidado, movilidad, en interacciones básicas y complejas usar y gestionar el dinero. uso de servicios a disposición del público. ;sin embargo, contrasta con la necesidad de medidas de soporte físico para el desempeño de tareas domésticas.

- ❖ CENTRO RESIDENCIAL Fue asignado al 22, 9 %(88)
- ❖ TELEASISTENCIA fue asignado en el 14, 8% (57) de los casos. \*
- ❖ CENTRO DE DÍA/NOCHE fue asignado al 14 % (54)
- ❖ AYUDA A DOMICILIO fue asignado al 2, 6% (10)\*
- ❖ Los no aplicables , y principalmente los casos pendientes(el limbo de la dependencia o la lista de espera) afectaría en mayor grado y más gravemente con un 14, 8%(57) del total muestral .

#### **XIV. Sobre el recurso concedido y variables sociodemograficas y clínicas.**

El sexo no influyó en la asignación de un determinado recurso.

Mientras que la edad, el nivel de convivencia, disponer de un cuidador y su estatus legal si influyeron en la concesión de recurso.

#### **XV. Sobre el recurso concedido y el perfil funcional.**

Se trataba de detectar si el recurso concedido respondía a un determinado perfil de usuario, sin que se obtuvieran resultados estadísticamente significativos en la mayoría de los ítems a excepción de un apartado residual como único elemento diferencial, el área de otros cuidados corporales. Para ello , se extrajo en el apartado de resultados los perfiles correspondientes a los

usuarios a los que se concedieron , respectivamente, prestación por cuidados no profesionales, centro residencial y centro de día.

Por el contrario, en un ítem considerado teóricamente de especial relevancia, como la capacidad del individuo para desempeñar actividades de INTERACCIONES INTERPERSONALES BÁSICAS Y COMPLEJAS no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de recurso concedido (incluida prestación)

## **XVI. Sobre el recurso concedido y grado de dependencia**

- ❖ El grado de dependencia si influyó a la hora de la concesión de determinados recursos. Para ello debemos tener en cuenta que de la aplicación de la Ley se desprende que algunos recursos serán específicos de un grado determinado, pero también derivados del hecho que los grado 1 permanecen a la espera o pendientes en gran parte de los casos de asignación de recursos específicos.

RECURSO ASIGNADO. Se analizó el hecho de que la concesión final de recurso coincidiera con la preferencia 1º de recurso por parte del solicitante. La coincidencia en la asignación de recurso con la demanda por parte del solicitante fue de un 67, 8 %(261) mientras que no coincidieron en un 11, 4% (44). El 20,8% restante estaban en suspenso pendientes de asignación, éxitus, rechazo del recurso,...

- ❖ Tal coincidencia no pudo asociarse a variables sociodemográficos como el nivel de convivencia, disponer de cuidador habitual, estatus legal, diagnóstico clínico.

- ❖ El grado de dependencia si influyó asimismo en que se produjera mayor o menor coincidencia del recurso solicitado demandado y el finalmente ofertado. (tengamos en cuenta que una parte del grado I, además de tener acceso limitado a ciertos recursos ,se encontraban en el limbo de la dependencia .a la espera de concesión efectivo del recurso.

## CONCLUSIONES

- Los enfermos mentales a los que se les hubiera reconocido grado de dependencia se ajustarían al concepto de trastorno mental grave (T. M. G).
- ✓ La condición de enfermo mental en sí misma no permitiría el acceso a la ley de dependencia del mismo modo que el mero diagnóstico de enfermedad mental no entraría en la catalogación de TMG. (Únicamente satisfarían la dimensión diagnóstica de este concepto, que aún hoy está pendiente de ser consensuado).
- ✓ El criterio temporal de cronicidad -dimensión evolutiva de T. M. G- sería prácticamente coincidente, a su vez, con uno de los requisitos de acceso a la solicitud de reconocimiento de dependencia.
- ✓ Quedaría por tanto la tercera dimensión de discapacidad, para cumplir las exigencias del término pero también desde el reconocimiento de dependencia donde el perfil de funcionalidad -o, mejor dicho- de disfuncionalidad sería imprescindible para el reconocimiento de grado y, por tanto de acceso a las diferentes prestaciones y recursos del (SAAD) Sistema de Atención a la Dependencia.
- Asumir estas premisas sería reconocer que superado el punto de corte como resultado de la aplicación del baremo de dependencia a estos sujetos, y su acceso al Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), se les podría confirmar en su condición de TMG.
- Sin embargo, es ese punto de corte lo que generaría más controversia si como se viene criticando desde diferentes ámbitos sociales -y sanitarios- estarían quedando excluidos de

la Ley un número indeterminado de sujetos con déficits reales, pero no suficientes para reconocerles el derecho subjetivo reconocido por la Ley (L. A. P. A. D).

- Como resultado de este estudio, que recoge una muestra de sujetos con enfermedad mental como diagnóstico principal, en su condición de beneficiarios en la Ley, en sus diferentes grados, se puede inferir :
  - ✓ Una marcada heterogeneidad clínico-diagnóstica (con preferencia hacia los trastornos del espectro psicótico) y de funcionamiento psicosocial de los casos.
  - ✓ Los enfermos mentales vieron aumentadas en un 13 % las posibilidades de alcanzar grado de dependencia sobre el resto de colectivos, a través de la específica redistribución de pesos del baremo BVD-DIEM.
  - ✓ El grado de dependencia no estuvo ligado a factores diagnósticos. La Atención Primaria asumió el mayor % de solicitudes. La supervisión fue el tipo de soporte más requerido
  - ✓ En las áreas más dispersas geográficamente y de limitada disponibilidad de recursos, el cuidado no profesional y la ayuda domicilio se llevaron el mayor porcentaje de asignaciones.
  - ✓ En cuanto a la demanda de servicios por el solicitante y/o su entorno de cuidado, se confirma una extendida corriente por parte de los beneficiarios de la Ley que apuestan indiscriminadamente por el mismo orden de preferencia de recursos (Se optó, mayoritariamente, por la misma secuencia en la priorización de demanda de recursos. cuidados no profesionales, teleasistencia , asistencia domiciliaria, centro de día /noche,

centro residencial, prestación vinculada por servicio, y en últimos lugares servicio de prevención de dependencia y asistente personal. )

- ✓ El factor que más fuertemente influyó en la concesión de un recurso fue la preferencia del solicitante.
- ✓ El predominio de servicios concedidos han sido prestaciones económicas, concretamente de cuidados no profesionales, en el entorno familiar.
- ✓ Por contra, los servicios de prevención de dependencia cuando no aquellos que directamente promuevan la autonomía personal, han quedado relegados en los sujetos evaluados a su mínima expresión.
- ✓ La oferta oficial de recursos resulta claramente coincidente con la primera elección del solicitante y/o su entorno, independiente del diagnóstico que tuvieran los sujetos dependiente Y del grado alcanzado como resultado de la aplicación del baremo.
- ✓ Existe un porcentaje no despreciable de casos pendientes de asignación de recursos, bien por lo que se ha dado en llamar *limbo de la dependencia*, bien debido a la planificación - cronograma de implantación de la Ley-, en torno al grado I (La efectividad del derecho a las prestaciones de la Ley en el caso del grado 1, será a partir del 1 de Julio de 2015. Solo a quienes les fuera reconocido la prestación hasta 31 de diciembre de 2011 se habrían beneficiado de recurso concedido.
- Dada la heterogeneidad subyacente a este colectivo, que se mueve en márgenes amplios de edad y discapacidad (debut precoz e índices altos de años de calidad de vida perdidos

por discapacidad) serían exigibles programas claramente individualizados de intervención y atención que difieran de los diseñados para la población geriátrica, principal grupo humano al que va dirigida la ley.

- En base a esta consideración, sobre la dotación de recursos, los apartados genéricos en los que la ley subclasifica los diferentes recursos del SAAD exigirían una readaptación formal y en contenido a las especificidades de este grupo poblacional.
- Sería necesario un catálogo específico de prestaciones y recursos destinados al colectivo. en el que se integren las diferentes denominaciones y contenidos. Estructuras como las mini residencias, centros de rehabilitación psicosocial y laboral, pisos tutelados específicos que no pueden ni deben tener la misma consideración que las residencias, centros de día y viviendas o alojamientos protegidos. Una mejor explicación a la ciudadanía de los diferentes recursos mentales para hacer una solicitud elección más certera y guiada profesionalmente.
- Cabe preguntarse si desde la consideración de TMG vs. TMG dependiente al amparo de la ley de dependencia. se cumple otro de los apartados de la Ley, articular medidas de prevención y promoción de la autonomía personal, antes de que la falta de intervención suponga en sí misma, la irrecuperabilidad de los déficits detectados en aquellos sujetos con mayores posibilidades de alcanzar una integración plena en la comunidad.
- Sobre la prestación más demandada y finalmente ofertada pudiera desprenderse una vinculación más estrecha al enfermo por parte de un cuidador de por sí sobrecargado y no profesional; frente a los objetivos que desde la rehabilitación promueven su reapertura a

la comunidad. Asimismo se desconoce la existencia de registros sobre planificación de cuidados y los objetivos que se pretenden con esta prestación.

- Que desde los servicios de promoción de la autonomía personal recogidos en la Ley, se disponga -en base a su carácter preventivo- de un acceso universal, que los grados 0 (no reconocidos como dependientes) puedan beneficiarse de medidas efectivas de rehabilitación en sus déficits incipientes con objetivos aproximados a la normalización.
- Por último, quizás no haya sido sea casual haber recurrido insistentemente al concepto de dependencia durante el desarrollo y presentación de este trabajo; lo que supondría que inconscientemente ,estaríamos “recortando” una Ley , que fuera definida en sus orígenes en términos de *Promoción de la Autonomía Personal –primero- y atención a las personas en situación de dependencia* y con ello estaríamos desestimando -entre todos -cualquier posibilidad de promocionar la autonomía personal de los trastornos mentales graves en particular.



## BIBLIOGRAFIA:

1. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. (EDDES 99) Instituto Nacional de Estadística Madrid ,1999.
2. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Instituto Nacional de Estadística .Madrid ,2008.
3. González Ortega S., (resp). La aplicación de la Ley de Dependencia en España. Resumen ejecutivo. Consejo Económico y Social .España 2012.
4. Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS 2001. ([www.who.int/whr/2001/es/](http://www.who.int/whr/2001/es/)).
5. Ley 1/1996, de 14 de Mayo, de Salud Mental de Cantabria .BOE num.171, de 16 de Julio de 1996.
6. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad .BOE Num.102. 29 de Abril 1986.
7. Salvador -Carulla L., Bulbena A, Vázquez- Barquero J.L y otros. Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP), La salud mental en España: Cien años en el País de las Maravillas. Capítulo 15. Informe SESPAS, 2002.
8. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia y a las familias. BOE num.299 15 de diciembre 2006.
9. Real Decreto 174/2011 ,de 11 de Febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 ,de Promoción de la

Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia  
[www.boe.es/días/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf](http://www.boe.es/días/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf)

10. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature ; review of definition of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1602-8
11. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bissofi G, Tansella. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000 Aug;177;149-55  
  
Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based health service intervention. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006; Jun 41(6):457-63. Epub 2006 Mar 25.
12. Slade, M .Powell R & Strathdee, G 1996 Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32,177-184.
13. Goldman H., Gatozzi A. y Tanbe C. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 1981, pp.22
14. Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave. Documento de Consenso. Madrid. 2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
15. Rodríguez González A. Organización de cuidados comunitarios .el papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica. (Ponencia). Congreso Rehabilitación en Salud Mental: Atención comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Salamanca, 19-22 Noviembre 2003. Url:<http://sid.usal.es/6655/8-4-2>

16. Proceso asistencial para el TMG desde el Sistema Andaluz De Salud [www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/resumida/index.html](http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/resumida/index.html)
17. CIE- 10 .Trastornos mentales y del comportamiento .OMS .Madrid. Masson .1992.
18. López M, Laviana M. , López A ,Tirado C . López. El Sistema para la autonomía y la atención a la dependencia y las personas con TMG. Rehabilitación psicosocial 2007; 4; 11-27.
19. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. España. 2004.
20. Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Nueva York. Organización de las Naciones Unidas (ONU)[www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot.s.pdf](http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot.s.pdf)
21. O.M.S ,2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIF)
22. User empowerment in mental health –a statement by the WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.
23. WHO-DAS II. Psychiatric Disability Assessment Schedule. <http://www.who.int/icidadh/whodas>. O. M. S, 2006 (Dic.)
24. .WHO-DAS (Disability Assessment Schedule .O.M.S. Geneve 1988.

25. Cuadernos Técnicos núm. 6. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. AEN 2002.
26. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
27. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Sanidad 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
28. Sartorius N., Jablensky A, Korten A., Ernberg G., Anker M., Cooper J.E. and Day R., Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures : A preliminary report of the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 16 .pp. 909-928.
29. Gisbert Aguilar C.(Coord.) (2003): Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Madrid. AEN.
30. Sánchez Fierro, L (2004): Libro Verde sobre la dependencia en España. Madrid: Ergón. Fundación Astra Zéneca.
31. MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad. Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos. IMSERSO ,2007. [www.segsocial.es/imsero/documentacion/atenenfermedadmental.pdf](http://www.segsocial.es/imsero/documentacion/atenenfermedadmental.pdf)

32. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 46/119, de 17 de Diciembre de 1991. la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.
33. Morales Noriega L., Bosquejo de una Sanidad y asistencia psiquiátrica en la provincia de Santander. (Psiquiatría de la Comunidad) Servicios de Higiene Mental de la Jefatura Provincial de Sanidad. Diputación Provincial de Santander 1974.
34. Plan Regional de Salud Mental de Cantabria y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria 1998-2000. Un modelo de atención a los problemas de Salud Mental. Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
35. Lluch E. Documento General y recomendaciones para la reforma Psiquiátrica y la atención a la salud mental. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (Abril 1985) .Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría .Vol. V. Nº13.1985.
36. Ley 193/1963 , de 28 de Diciembre , sobre Bases de la Seguridad Social .BOE num.312 ,de 30 de diciembre 1963,pp18181-90.(BOE-A-1963-22667)
37. Ley 51/2003, de 2 de diciembre , de Igualdad de oportunidades ,no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).BOE num.289, de 3 diciembre 2003.(BOE-A-2003-22066)
38. Constitución Española, 1978 .BOE núm. 311,de 29 diciembre 1978.(BOE –A-1978-31229)
39. Ley 13/1982. de 7 de Abril,de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). BOE 30 Abril de 1982 (vigente hasta el 4 diciembre de 2013).

40. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948.
41. Resolución 37/52 de 3 de Diciembre de 1982, Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad (PAMPD) Asamblea General de las Naciones Unidas. 1982.
42. Alonso Suarez M, Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Núm. 92. Madrid oct.-dic. 2004.
43. Thornicroft G., Tansella M., Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care:overview of systematic evidence. Br. J. Psychiatry 2004.Nov. 185:440
44. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica .BOE num.274 de 15 Noviembre de 2002.
45. Recomendación Nº(98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros relativa a la dependencia(disp.18 septiembre 1998)
46. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
47. Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos( LISMI).

48. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE num.126, de 29 mayo 2003).
49. Querejeta González, M. Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO 2004.
50. Ley10/2000, de 27 de diciembre, de Carta de Derechos Sociales.(BOPV num.249 de 30 diciembre de 2000 y BOE núm. 299 de 13 de diciembre de 2011).
51. Ley Foral. 9/1999 de 5 de abril, para una Carta de Servicios Sociales .BON núm.43 de 9 de abril de 1999.
52. Ley del Principado de Asturias 1/2003, del 24 de febrero, de Servicios Sociales. (BOPA núm.56 de 08 de Marzo de 2003.BOE núm.86 de 10 de Abril de 2003.
53. Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad de Andalucía. BOJA num.45 de 17 abril 1999.
54. Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat Valenciana, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad .BOCV num.4479 de 11 de Abril de 2003.(BOE num.122 de 22 mayo 2003)
55. Estatuto de Autonomía, para Cantabria aprobado por Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria (BOE num.9 de 11 enero de 1982, en su artículos 22 y 24).

56. Ley de Cantabria 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social.(BOC núm. 113 de 5 de junio de 1992.BOE núm., 181 de 29 de julio de 1992
57. La Ley de Cantabria 6/2001, de 20 noviembre, de Atención y protección a las personas en situación de dependencia de Cantabria.(BOC núm. 230 de 28 noviembre de 2001.BOE núm. 302 de 18 diciembre 2001.)
58. Declaración de los derechos de las personas con discapacidad. Resolución 3447 de 9 de diciembre de 1975.Asamblea General de Naciones Unidas.
59. Real Decreto 1971/1999 , de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (BOE num.22 de 26 enero 2000,corrección de errores BOE núm. 62 de 13 marzo 1999)
60. O. M. S. 1980. la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías **(CIDDM)**
61. Decreto Ley 20/2011 de 30 de diciembre, de medidas urgentes, en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.BOE num.315, de 31 diciembre de 2011. pp 146574-648.
62. [www.serviciosocialescantabria.org](http://www.serviciosocialescantabria.org). Autonomía personal y atención a la dependencia Instituto Cántabro de Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.
63. Real Decreto 504/2007, de 20 de abril por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la Situación de la Dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de

promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (vigente hasta el 18 de febrero de 2012).

64. CIAP-2 (Spanish). Clasificación Internacional de la Atención Primaria. Comité Internacional de la Clasificación de la WONCA. (Traducción y adaptación. Dr. Juan Gérvás.)
65. Manual de uso para el empleo del baremo de dependencia (BVD). dirigido a profesionales evaluadores.2007
66. Modelo de Informe social Modelo de plan Individual de Atención(PIA). Documentos de trabajo social para la valoración y el acceso a las prestaciones de las personas en situación de dependencia. Consejo General Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Presentado y revisados en la Jornada IMSERSO –Consejo de 27 de Abril de 2007. Aprobados por la Asamblea del Consejo de Diplomados en Trabajo Social 28/04/2007.
67. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Primera parte Septiembre de 2009. Dirección General del IMSERSO.
68. RD 727/2007 de 8 de junio (modificado en primer lugar por 175/2007 y post. modificado por RD 570/2011 de 20 de abril), sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la ley 39/2006 (B.O.E. num.138 de 9 Junio de 2007).

69. Guía de orientación para la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves .Profesionales de la Salud mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). IMSERSO Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad .2011.
70. Bobes García J., Bascarán Fernández MT., Mejica García. Ley de dependencia aplicada a los pacientes afectos de Trastorno mental grave. Capítulo 1. En Dependencia y psiquiatría. La dependencia en las demencias..Martín Carrasco M (Coord.).Sociedad Española de Psicogeriatría. Viguera Editores.2007.
71. Resnick PJ. , 1997.Malingering of post traumatic disorders. Ed R.Rogers .Clinical assessment of Malingering and Deception (pp.130-152) pp. 130-152.New York. The Guilford Press.
72. Larrinaga Vélez, M .La Ley de Dependencia y las personas con enfermedad mental: Apuntes desde la Salud Mental Extrahospitalaria. NORTE DE SALUD MENTAL nº 30 2008, pág. 89-94.
73. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Segunda parte Septiembre de 2009. Dirección General del IMSERSO.
74. Fernández Blanco J., Fernández y Fernández J., González Cases J., Orviz García S. Consideraciones sobre el Plan Individual de Rehabilitación .Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Alcalá de Henares. Programa de la Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Madrid: Gestión Técnica Grupo Exter S.A., 2002.

75. Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (BOE num.114, de 12 de Mayo de 2007) (corrección de errores publicada en el BOE núm.119, de 18 de Mayo de 2007).
76. Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización .BOE num.222, de 16 de septiembre de 2006, págs. 32650-679.
77. Real Orden EMP/48/2009, de 24 de abril por la que se desarrolla el catalogo de servicios del sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.(BOC num.81 de 29 de abril de 2009).
78. Orden SAN/26/2007, de 7 de mayo, que regula los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. (BOC num.91 de 11 de mayo de 2007).
79. Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con trastornos mentales. Comisión Mixta Regional. Junta de Castilla y León, Servicios Sociales y el SaCyL. Junio 2009.
80. Propuestas para un Plan de Acción Integral en Salud Mental 2003-2007. Federación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). Junta de Andalucía. 2003.
81. El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en España. Grupo de trabajo del Observatorio de Salud Mental de la AEN. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría vol. 25, núm. 93 (2005). [www.revistaaen.es](http://www.revistaaen.es)

82. Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional .V Jornadas Seminario de intervención y políticas sociales (SIPOSO). Madrid, octubre 2006.
83. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.2010
84. Vallina Fernández O., Lemos Giráldez S., Fernández Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis .Apuntes de Psicología 2006. Vol.24, Núm. 1-3 pp. 185-211.
85. González-Blanch Bosch C. Martínez González, Pelayo Terán J.M. GRUPO PAFIP .Intervención en fases iniciales de las psicosis. La experiencia del PAFIP-Cantabria. Actualización en Esquizofrenia 2006.
86. Catálogo de referencia de Servicios Sociales .Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y de Igualdad, Gobierno de España ,2013.
87. RD 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto727/2007 , de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 , de 14 de diciembre, de Promoción la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia , y el Real Decreto 615/207 , de 11 de mayo , por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. (BOE num.42 18 febrero 2011.Disposición Nº 3175., pags. 18692-18699.

88. Resolución de 3 de agosto de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo ,por la que se publica el Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I. (BOE núm. 201 Lunes 22 de agosto de 2011 pag.93313 -7).
89. Real Decreto 1051/2013 de 27 diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
90. Resolución del 31 de julio 2014, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad y del S.A.A.D. por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del S.A.A.D. sobre criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal , para las personas reconocidas con grado II y III y la evaluación anual correspondiente al ejercicio 2013 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE NUM, 197 de 14 de agosto de 2014, pp. 65335-65420.
91. RD 291/2015 de 17 de abril por el que se modifica el RD 1051/2013 de 27 de diciembre por el que se regulan prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia, SAAD, establecidas en la ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia .BOE núm. 104 de 1 de mayo de 2015,pp. 38038-38040.

92. Rodríguez A.: Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Editorial Pirámide.Madrid.1997.
93. Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez, Cristina Abelleira.(editores).Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid, FEARP. 2010.
94. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social .Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.Guías de Práctica Clínica en el SNS:I+CSNº2007/05.
95. González Cases J, Rodríguez González A., Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las personas con psicosis. Clínica y salud. Madrid 21(3):319-332. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113052742010000300009&ING=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742010000300009&ING=es).
96. Bedia Gómez MA, Arrieta Rodríguez M, Tazón Alonso A, Fernández-Modamio M., Payá González B, Lastra Martínez I., Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia .Variables relacionadas con el proceso de inserción .Actas Españolas de Psiquiatría 2001;29:357-67.
97. Real Decreto 2271/2004 de 3 de Diciembre por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo de las personas con discapacidad. (BOE num.303, de 17 diciembre 2004).Feb;8 (1)8: 1-2.

98. Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Sevilla, marzo 2005.
99. Orden SSI/2416/2014, de 17 de diciembre, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave, en Valencia. (BOE núm. 309, de 23 de diciembre de 2014 pp. 104443- 7.
100. X Dictamen del Observatorio .Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. [www.directoressociales.com](http://www.directoressociales.com). Enero 2013.
101. VII Dictamen del Observatorio. Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. [www.directoressociales.com](http://www.directoressociales.com). Junio 2011.
102. Rodríguez Pulido F. Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Ministerio de Ciencia e innovación .Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud, 2010.(Colección: Informes, estudios e investigación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SECS; 2007/12).

103. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness. A public health hand ethical priority. World Psychiatry 2009
104. García Martín J.M. Enfermedad mental y dependencia. Revista Actas de la dependencia núm. 5 .Fundación Caser para la Dependencia. Julio 2012
105. Montoya P., Solana A., Estudio sobre la situación de la enfermedad mental en el contexto de la Ley de Dependencia en Cantabria. Asociación Cántabra Pro Salud Mental ASCASAM-FEAFES 2012, disponible en [ascasam.org](http://ascasam.org)
106. Vázquez- Barquero J.L, Gaité Pindado L., Salvador Carulla L, Salinas Pérez JL. Atlas de Salud Mental de Cantabria. Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad .2008
107. Mejica García .Bobes García J .2007. Autonomía Personal y situaciones de dependencia .La ley de dependencia para profesionales sanitarios. FUNDACIÓN Bristol – Myers Squibb. Otsuka Pharmaceuticals. Editorial Just in Time S.L. 2007.ESPAÑA.

## **INDICE de ABREVIATURAS:**

- AVD. Actividades de la Vida Diaria
- ABVD Actividades Básicas de la Vida Diaria
- AIVD Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
- BVD Baremo Valoración Dependencia
- CIDDM Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
- C.I.F. Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad
- CRPS Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- CRL Centro de Rehabilitación Laboral.
- DIEM Baremo Valoración Dependencia aplicado a Discapacidad Intelectual/ Enfermedad Mental.
- L.A.P.A.D Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- P.I.A. Programa Individual de Atención
- P.I.R. Programa Individual de Rehabilitación.
- RPS Rehabilitación Psicosocial.
- S.A.A.D Sistema de Atención a la Dependencia.
- T.M.G. Trastorno mental grave.



