



Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

REVISIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN SALUD MENTAL

AUTORA:

ANDREA GONZÁLEZ PONCELA

TUTOR:

JOSE JAVIER CALLEJO GONZÁLEZ

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2022 – 2023

En Valladolid a, 22 junio 2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutor, José Javier Callejo González, por haber sabido exigirme, por guiarme y acompañarme durante estos meses en la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

También, quiero agradecer a Fundación Intras por haber sido fuente de inspiración para llevar a cabo este análisis y a todas las Trabajadoras Sociales que han colaborado aconsejándome, ayudándome y motivándome.

Quiero destacar el apoyo de mis compañeras, por haber sido una parte imprescindible en este camino durante los cuatro años.

Y por último, agradezco también, a mi familia el haber estado a mi lado en este proceso, darme ánimos y no dejar que me rindiera.

*“Tal vez el trabajo social no vino a cambiar el mundo,
pero al menos vino a cambiar el mío”.*

Mary Richmond

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| AGRADECIMIENTOS..... | 2 |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | 4 |
| RELACIÓN SIGLAS EMPLEADAS | 5 |
| RESUMEN..... | 6 |
| Palabras clave: Salud Mental, Discapacidad, Dependencia, Valoración y Baremo | 6 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| 1.1. OBJETIVOS | 8 |
| 2. SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA | 9 |
| 2.1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL | 9 |
| 2.2. AUSENCIA O PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA | 13 |
| 3. ANÁLISIS DEL FENÓMENO..... | 18 |
| 3.1. LA LEY DE DEPENDENCIA | 18 |
| 3.1.1. Origen..... | 18 |
| 3.1.2. Beneficiarios de la Ley..... | 19 |
| 3.1.3. Descripción del Funcionamiento de la Ley | 20 |
| 3.1.3.1. La Solicitud..... | 20 |
| 3.1.3.2. La aplicación del instrumento de valoración..... | 20 |
| 3.1.3.3. El Dictamen Técnico | 21 |
| 3.1.3.4. La Propuesta de Resolución | 21 |
| 3.1.3.5. La Resolución | 21 |
| 3.2. DIFICULTADES Y ASPECTOS IMPORTANTES EN LA VALORACIÓN | 38 |
| 4. PROPUESTA DE MEJORA | 42 |
| 4.2. Herramienta abierta..... | 42 |
| 4.3. Incluir la iniciativa personal | 43 |
| 4.4. Formación de profesionales | 44 |
| 5. CONCLUSIONES | 46 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 48 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Evolución de los conceptos de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía..... | 14 |
| Figura 2. Relación de los conceptos de Diversidad Funcional, Diseño Universal y Autonomía..... | 15 |
| Figura 3. Dicotomía entre Discapacidad, No Discapacidad, Autonomía y Dependencia..... | 16 |
| Figura 4. Comer y beber..... | 22 |
| Figura 5. Indicadores Comer y Beber..... | 23 |
| Figura 6. Higiene personal relacionada con la micción y defecación. | 24 |
| Figura 7. Indicadores de higiene personal relacionada con la micción y defecación..... | 24 |
| Figura 8. Lavarse..... | 25 |
| Figura 9. Indicadores de Lavarse..... | 25 |
| Figura 10. Realizar otros cuidados corporales. | 25 |
| Figura 11. Indicadores de Realizar otros cuidados corporales..... | 26 |
| Figura 12. Vestirse..... | 26 |
| Figura 13. Indicadores de Vestirse..... | 27 |
| Figura 14. Mantenimiento de la salud..... | 27 |
| Figura 15. Indicadores del Mantenimiento de la salud..... | 28 |
| Figura 16. Cambiar y mantener la posición del cuerpo. | 28 |
| Figura 17. Indicadores de Cambiar y mantener la posición del cuerpo..... | 29 |
| Figura 18. Desplazarse dentro del hogar..... | 30 |
| Figura 19. Indicadores de Desplazarse dentro del Hogar..... | 31 |
| Figura 20. Desplazarse fuera del hogar..... | 32 |
| Figura 21. Indicadores de Desplazarse fuera del hogar..... | 32 |
| Figura 22. Realizar tareas domésticas..... | 32 |
| Figura 23. Indicadores de Realizar tareas domésticas..... | 33 |
| Figura 24. Tomar decisiones..... | 33 |
| Figura 25. Claves de Valoración BVD..... | 36 |
| Figura 26. Claves de Valoración BVD..... | 36 |
| Figura 27. Grados y situaciones de dependencia..... | 37 |

RELACIÓN SIGLAS EMPLEADAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

SMP: Salud Mental Positiva

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

GTSS: Gerencia Territorial de Servicios Sociales

EELL: Entidades Locales

BVD: Baremo de Valoración de la Dependencia

AVD: Actividades Vida Diaria

ABVD: Actividades Básicas Vida Diaria

AIVB: Actividades Instrumentales Vida Diaria

RESUMEN

Con este Trabajo Fin de Grado, se pretende revisar el funcionamiento del Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia frente a las personas que presentan problemas de salud mental, ya que se ha detectado la necesidad de adaptar esta herramienta a las necesidades y situaciones específicas que presenta actualmente este colectivo.

Para ello, se ha abordado la atención social a la salud mental desde la perspectiva de falta de autonomía y/o discapacidad de la persona. Desde esta perspectiva se ha realizado una revisión de los indicadores y un análisis de las deficiencias que estos presentan en la consideración de las situaciones y necesidades que presenta este colectivo.

De todo ello se deriva, que el baremo atiende de forma muy deficiente a las situaciones de este colectivo y sobre todo, dado su carácter cerrado, no permite o impide a los Trabajadores Sociales informar adecuadamente de la situación y las necesidades concretas que presentan las personas pertenecientes a este colectivo.

Palabras clave: Salud Mental, Discapacidad, Dependencia, Valoración y Baremo

ABSTRACT

With this Final Degree Project, it is intended to review the operation of the Dependency Situation Assessment Scale for people with mental health problems, since the need to adapt this tool to the specific needs and situations that currently presents this group.

To this end, social care for mental health has been addressed from the perspective of the person's lack of autonomy and/or disability. From this perspective, a review of the indicators and an analysis of the deficiencies that these present in the consideration of the situations and needs of this group have been carried out.

From all this it follows that the scale attends in a very deficient way to the situations of this group and above all, given its closed nature, it does not allow or prevent Social Workers from adequately informing about the situation and the specific needs that people present. belonging to this group.

Keywords: Mental Health, Disability, Dependency, Assessment and Scale

1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo de Fin de Grado va a abordar la situación de las personas que tienen problemas de Salud Mental y se encuentran en situación de dependencia, ya que son una gran parte de las 330.000 personas que se sufren en dicha condición en España. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la Salud Mental es “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, es en definitiva una persona autónoma. Además, la OMS asegura que una de cada cuatro personas sufrirá un problema de Salud Mental a lo largo de su vida, bien debido a la predisposición genética, o bien por factores ambientales que pueden afectar de forma determinante en la aparición de un trastorno mental. (OMS, 2001)

Estas personas con problemas de salud mental presentarán dificultades ligadas a la falta de autonomía personal en ciertas o todas las actividades de la vida diaria que innegablemente originará una situación de discapacidad y/o dependencia.

En España el Sistema de Atención a la Dependencia se encuentra regulado por una Ley específica, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. Al año siguiente, se promulga el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por dicha ley. En este Real Decreto posterior a la ley de Atención a la Dependencia se establecen las bases sobre cómo se debe valorar a la persona con posible dependencia, los aspectos en los que el trabajador social debe fijarse y el procedimiento que debe seguir en cada caso.

Hay que tener en cuenta que esta ley y el baremo en el que se recogen los criterios que determinan el grado de dependencia, se concibió en gran medida, pensando en personas mayores con problemas físicos y/o de movilidad sin tener en cuenta la salud mental de las personas.

Este Trabajo de Fin de Grado se centra en las dificultades que tienen para acceder a estas ayudas los adultos que tienen diagnosticada una Enfermedad Mental Grave y Prolongada y a su vez presentan un posible grado dependencia.

Para plantear esta cuestión de atención social, el presente Trabajo de Fin de Grado se desarrollará a lo largo de tres apartados. En un primer apartado se detiene en las circunstancias en las que la falta de salud mental puede generar una pérdida de autonomía personal y por tanto, un grado de dependencia regulado en la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia.

En un segundo apartado se analizará la ley de dependencia, desde la creación, los destinatarios hasta las mejoras que planteaba en sus orígenes. En esta fase también analizaremos el baremo presentado y modificado en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, incidiendo en cómo se valora la salud mental y veremos si la herramienta está adaptada a esta condición y si los profesionales encargados de la valoración lo realizan de forma adecuada.

Para finalizar, en la tercera y última parte, a partir del análisis crítico expuesto en los puntos anteriores, trataré de realizar una propuesta de mejora del baremo donde se tengan en cuenta las necesidades y demandas de las personas dependientes por una falta de salud mental.

1.1.OBJETIVOS

- 1) Acercamiento profesional a la Salud Mental y las situaciones de dependencia que la falta de esta genera.
 - a. Analizar las consecuencias que tiene la falta de salud mental en las personas y a que se debe esta situación.
 - b. Analizar las situaciones de dependencia que tiene una persona con discapacidad por un trastorno mental y su falta de autonomía personal.

- 2) Analizar críticamente el actual baremo de dependencia, su respuesta y la cobertura a las personas con problemas de Salud Mental.
 - a. Conocer el origen del baremo, su funcionamiento y los aspectos que recoge.
 - b. Comprobar si la herramienta se adapta a las necesidades de la falta de autonomía de las personas con un problema de salud mental.

- 3) Plantear, a partir del análisis, una propuesta para adaptar la baremación de dependencia a la situación circunstancias que presentan las personas con problemas de salud mental.

2. SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Salud mental, discapacidad y dependencia son tres conceptos que vamos a abordar en este apartado para conocer como un problema de salud mental en la vida de una persona puede generar una discapacidad y a consecuencia de ello una situación de dependencia. Esto conlleva que tras el diagnóstico de la enfermedad, en función de las consecuencias que tenga, se reconozca una posible discapacidad en la persona que la padece.

La discapacidad, por tanto, puede provocar incapacidades en el desarrollo de la vida cotidiana con total normalidad, es decir, tener una falta de autonomía o limitaciones para desarrollar actividades de la vida diaria. Por ello, es importante que conozcamos a que hace referencia la salud mental y lo que implica la falta de esta.

Además, se va a tratar la relación entre estos términos para que se pueda valorar la posible situación de dependencia de la forma más adecuada posible, adaptándose a la necesidad de la propia persona solicitante y receptora de los derechos que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia otorga.

2.1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL

Las personas que carecen de una buena salud mental forman parte de nuestro actual Sistema de Atención a la Dependencia, pero para comenzar, es importante conocer qué es la **salud** de las personas. La OMS (1948) asegura que la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. La buena salud se basa únicamente en “aquella persona que no presenta ninguna molestia o síntoma, y por tanto, estaba libre de enfermedad” (Hernández et. al, 2022). Actualmente vemos que va más allá, el concepto de salud que maneja la OMS nos dice que una persona tiene un buen estado de salud cuando es capaz de mantener un equilibrio entre la salud física, la salud mental y la salud social; y no solo la ausencia de molestias o síntomas.

La salud tiene tres acepciones fundamentales, que son la salud física, la salud mental y la salud social. El tratamiento de la salud física se atribuye a profesionales de la medicina, pero el adecuado uso y manejo de la salud mental y la salud social puede atribuirse a profesionales de las Ciencias Sociales, como son los/as Trabajadores/as Sociales, por lo que vamos a abordar la salud mental como una rama más de la correcta salud integral de las personas.

La **salud mental** como término y disciplina científica es tardía, puesto que lo que actualmente conocemos como “salud mental” era conocido anteriormente como “higiene mental”. Bartolote (2008) en su estudio sobre las *raíces de la salud mental*, afirma que en el año 1946 es cuando comienza a abordarse la salud mental como término y disciplina científica. Esto nos indica que el concepto es difícil de explicar puesto que no ha sido definido oficialmente, ya que su estigma parece poner barreras a la atención y desarrollo de la salud mental.

Esta imprecisión implica que fundamentalmente se trabajara desde el ámbito sanitario, dejando apartado a los Servicios Sociales en la gran mayoría de acontecimientos.

En uno de los Congresos Internacionales de Salud Mental celebrados en Londres en el año 1948, el comité de expertos de la OMS pretendía elaborar una diferencia conceptual entre los términos de “higiene mental” y “salud mental”, presentando semejanzas y diferencias entre ambos, así como las mejoras en la disciplina científica.

El congreso se dividió en dos partes, en una primera parte se abordaron las áreas y aspectos de la psiquiatría infantil, la psicoterapia y la higiene mental, siendo esta la que mayor importancia y mayores conferencias tiene dedicadas a su estudio. En una segunda parte, que es más importante para este TFG, se instauraron las bases de la diferencia conceptual entre los conceptos mencionados previamente. Tal y como lo plantea Agüero y Correa (2018) en la siguiente cita las diferencias entre la higiene mental y la salud mental son las siguientes:

«La **higiene mental** se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La **salud mental** es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico» (p.43)

En los orígenes de la higiene mental se abordaba la atención y mejora de las personas con enfermedad mental, pero la salud mental no sólo menciona aspectos biológicos de las propias personas, sino hace hincapié en los aspectos sociales, en la importancia de la relación entre individuos creando así redes sociales de apoyo, confianza y seguridad. Por lo tanto, es importante abordar el término de salud mental desde todos los aspectos de la vida de los ciudadanos, teniendo estos el mismo nivel de importancia.

A pesar de haber superado el concepto de higiene mental en torno al año 1950, existen ciertos aspectos comunes entre enfermedad mental y salud mental que se siguen contemplando, puesto que son la esencia de la parte psíquica de nuestro organismo. Un ejemplo de esto, son las actuaciones que permiten a los profesionales responsables evaluar la buena y correcta salud mental de las personas. Estos procedimientos que se habían propuesto en el National Committee for Mental Hygiene en el año 1937 y que actualmente siguen en vigor, son los siguientes:

- Realizar un buen diagnóstico precoz.
- Contribuir a tener unos ingresos hospitalarios de calidad.
- Promocionar la investigación.
- Fomentar y afianzar la comprensión sobre la materia.
- Capacitar a los ciudadanos a aplicar los hábitos personales de higiene mental.
- Cooperar con instituciones que se relacionen con el tema a tratar.

Todas estas actuaciones destinadas a la salud mental inciden sobre las áreas de la vida de la persona, pasando de una atención paliativa, a una atención que incluye la prevención y sensibilización.

Las situaciones expuestas, las pueden llevar a cabo los profesionales como son los/as psiquiatras diagnosticando la enfermedad, o los/as trabajadores/as sociales cooperando con las instituciones y promocionando hábitos de vida saludables en el área social, fomentado una buena salud mental en la vida de los individuos. Al mismo tiempo, la propia persona, usuario/a o paciente, cuando se precise, contribuye a tener unos ingresos hospitalarios adecuados para permanecer en el Centro Hospitalario el menor tiempo posible necesario.

Dicho todo esto, y habiendo abordado el origen de la salud mental, término que evoluciona con avances y mejoras del concepto de higiene mental, podemos ver como la salud mental es “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001). En esta definición vemos que la salud mental es considerada como un todo y está pensada para poder superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico, es decir, la salud mental cobra importancia en las ciencias ya que es una parte más objeto de estudio y análisis (Bartolote, 2008).

La definición de salud mental ya no se centra únicamente en los aspectos biológicos, sino que se aborda desde una perspectiva global de la persona, poniendo énfasis en la capacidad que tienen las personas para contribuir a la comunidad de forma autónoma, sin necesidad de apoyo ya que se encuentran en el estado adecuado de salud mental. Por ello, la OMS (2019) trabaja para mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad en su conjunto y con ello incluye fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con enfermedades mentales. Por lo que podemos concluir con una nueva aportación que se ha declarado general: “no existe la salud sin la salud mental”.

La salud mental es importante en la vida de todas las personas, y no solo en aquellas que por diversas causas como la enfermedad, la condición, la edad, el género... se ha visto perjudicada. Todos debemos cuidarla y protegerla para conseguir mantener un estado óptimo de salud acorde a la salud física de nuestro organismo.

Todas las definiciones expuestas y elaboradas acerca de la salud mental hacen referencia a la parte positiva de la salud mental y a sus condiciones adecuadas, Como decían Ovidio Muños et al. (2016), la salud mental positiva.

Ahora bien, ¿qué pasa cuando una persona carece de la correcta y adecuada salud mental que garantice su plena autonomía y participación en la comunidad?

Cuando una persona sufre un problema de salud mental grave y prolongado en el tiempo, es posible que padezca una enfermedad mental, es decir, una alteración en su comportamiento o en su conducta. Este acontecimiento va a ocasionar que la persona tenga reconocida una discapacidad por enfermedad mental, lo que le hará partícipe de una serie de atenciones en su vida. La discapacidad puede afectar a la persona en su vida diaria, marcando acontecimientos como el acceso al mercado laboral, en la relación con otras personas y creación de un grupo social de iguales, confianza y seguridad.

Otra de las consecuencias que ocasionan estos problemas de salud mental corresponde a la falta de autonomía personal, la importancia de tomar la iniciativa para realizar ciertas acciones sencillas y cotidianas del día a día o la satisfacción de necesidades personales de forma autónoma. Todos estos aspectos se traducen en una posible dependencia en la vida de las

personas, ya que si la condición es de carácter permanente tendrá derecho a acceder al Sistema de Atención a la Dependencia.

Por lo tanto, los/as trabajadores/as sociales debemos fijarnos en las consecuencias que tienen estos síntomas y cómo desembocan en el día a día de las personas. Es preciso detectar que necesita la persona y si carece de autonomía personal, para atenderlo desde los Centros de Acción Social Básicos (CEAS) en el Sistema de Atención a la Dependencia.

Por esto, vamos a abordar la relación que tienen los problemas de salud mental de una persona y su discapacidad derivada de la misma con el posible grado de dependencia que ésta pueda manifestar.

2.2.AUSENCIA O PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Los problemas de salud mental llevan en la gran mayoría de los casos asociado un diagnóstico de enfermedad mental, lo que supone que existan dificultades en el desarrollo cotidiano y normalizado de la vida diaria. Esto provoca que se produzca una discapacidad en la persona por la propia enfermedad mental.

En el caso que nos ocupa, la **discapacidad** es entendida como una restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad sin necesidad de apoyos (Abellan, 2011). Para Jiménez (2011) nace de una alteración de la salud, poniendo énfasis en la prevención y en la rehabilitación de la persona.

Haciendo alusión a Conde (2014) para poder entender por qué trabajar el concepto de discapacidad en el ámbito de la salud mental y de la dependencia, es necesario que nos remontemos en el tiempo, donde la discapacidad era sinónimo de rechazo y eliminación de la sociedad, por lo que se dirigían a antiguos psiquiátricos donde podría estar aisladas de la sociedad, siendo este el primer contacto que tiene la discapacidad con la salud mental.

Para abordar esta situación, surge el “Movimiento de Antipsiquiatría”, en el que según Conde (2014), un grupo de psiquiatras rechaza la institucionalización del colectivo de personas con discapacidad ya que esto provocaría alteraciones en la persona cuando volviese a su vida en comunidad, generando mayor rechazo del que ya existía hacia ellos.

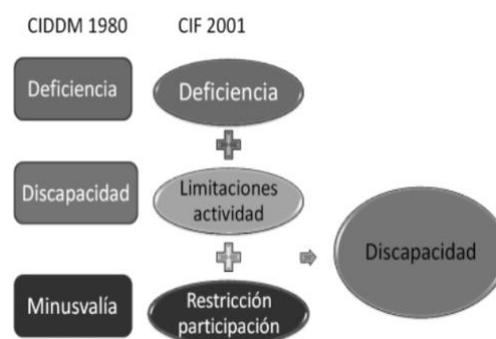
Apoyando esta reivindicación, surge en Gran Bretaña el “Modelo Social de Discapacidad” teniendo como objetivo poner en duda por qué las personas con discapacidad debían vivir confinadas en lugares que no eran los más apropiados para ellos, limitando así, la capacidad de responsabilidades en la decisión de su vida, es decir, limitando su autonomía personal.

De esta forma desde la OMS en 1980 se publica la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” (en adelante CIDDM) para tratar de abordar una definición clara del concepto de discapacidad y poder trabajar sobre ello. Así se propone distinguir entre los siguientes conceptos (Egea & Sarabia, 2001)

- **Deficiencia:** Pérdida de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** Restricción o carencia de una deficiencia de la discapacidad al realizar una actividad.
- **Minusvalía:** Situación desventajosa para un determinado individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad y por lo tanto, limita o impide el desempeño de una función que está normalizada

Para abordar el término de discapacidad al completo, encontramos que la CIDDM evoluciona a la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud” (en adelante CIF) donde aborda la discapacidad desde el enfoque médico y el enfoque biopsicosocial. (Conde, 2014) En este momento, las deficiencias se entienden como un déficit en el funcionamiento; la discapacidad como una limitación en la actividad; y la minusvalía como una restricción de participación. Como podemos apreciar en esta figura presentada por Conde (2014), vemos como desde 1980 hasta 2001, los conceptos previamente mencionados han ido cambiando, hasta dar lugar a la discapacidad como la entendemos hoy en día.

Figura 1. Evolución de los conceptos de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

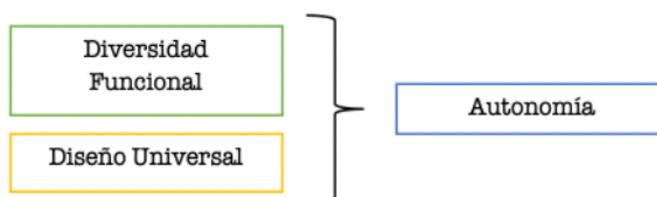


Fuente: Conde, R. (2014). Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis Sociológica*, 18,155-175.

Actualmente, se está trabajando para eliminar o suprimir la connotación negativa de la palabra discapacidad, proponiendo alternativas como es el caso del concepto “Diversidad Funcional”. A partir de este concepto se realizan acciones más concretas como es el caso del “Diseño Universal” que consiste en la adaptación de los productos, entornos, programas y servicios para que puedan ser utilizados por toda la población. (ONU, 2006)

Como vemos reflejado en esta figura, estos términos dan lugar al concepto de autonomía personal ya que se pone en valor la capacidad de la persona para realizar una acción.

Figura 2. Relación de los conceptos de Diversidad Funcional, Diseño Universal y Autonomía.



Fuente. Elaboración propia

Con esto quiero decir, que si se consigue que a las personas con discapacidad por enfermedad mental se las trate con mayor respeto y sin prejuicios y la sociedad se adapte a sus necesidades, podremos favorecer el desarrollo pleno de su autonomía personal. Pero lo que actualmente sucede es que las personas con problemas de salud mental tienen muchas limitaciones en su autonomía, encontrando barreras funcionales y problemas de participación en la sociedad, lo que genera una situación de dependencia en la vida de las personas.

De nuevo, esta figura establece la relación que se produce entre tener o no tener discapacidad y al mismo tiempo si existe una dependencia o por el contrario la persona es autónoma. En ello, podemos observar lo que implica para una persona.

Figura 3. Dicotomía entre Discapacidad, No Discapacidad, Autonomía y Dependencia.

Fuente: Conde, R. (2014). Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis Sociológica*, 18,155-175.

La **dependencia**, por lo tanto, según el Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia hace referencia a:

“Un estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad ligada a la falta o pérdida de la autonomía física, mental, psíquica, sensorial y precisan de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria”

En esta definición ya vemos como los problemas de salud mental se ven reflejados y la importancia que estos cobran en las personas que presentan alguna dependencia, ya que puede ser una de las principales causas por las que sea preciso realizar una valoración de dependencia. Este hecho afecta de forma transversal a la vida integral de las personas, por ello, uno de los elementos esenciales es el apoyo social ya que esto permite promocionar la autonomía de las personas con discapacidad psíquica.

Existen diferentes tipos de apoyos que pueden recibir las personas con enfermedad mental, que pueden derivarse de la propia familia, de profesionales del área sanitario o los apoyos sociales incluidos en la ley de dependencia. Este tipo de apoyo social se ofrece en forma de prestaciones económicas y/o servicios para poder paliar la falta o pérdida de autonomía debido a una situación de carácter permanente que le imposibilita realizar las actividades de la vida diaria manera independiente y de forma suficiente por un problema de salud mental.

Por ello, en este Trabajo de Fin de Grado, vamos a analizar si la presente ley está funcionando de forma eficaz en función de la cobertura que se pretende alcanzar. Para ello, veremos cómo surge en el año 2006, como ha sido su funcionamiento desde el año de creación hasta nuestros días y examinaremos el baremo para comprobar si la respuesta que actualmente está proporcionando a los posibles beneficiarios es la adecuada.

3. ANÁLISIS DEL FENÓMENO

En el análisis del fenómeno que vamos a trabajar, nos centraremos en la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia ya que nuestro objeto de estudio son las personas que presentan problemas de salud mental y por lo tanto tienen una dependencia por su falta de autonomía. Para ello, es importante que conozcamos la mencionada Ley en profundidad, pero nos vamos a focalizar con mayor intensidad en el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia, ya que en una hipótesis preliminar, considero que la herramienta no se encuentra adaptada a la necesidad de las personas con limitaciones en la correcta salud mental.

Por lo tanto, en el presente Trabajo de Fin de Grado, se pretende realizar una revisión del baremo previsto en el **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 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia.

3.1.LA LEY DE DEPENDENCIA

3.1.1. Origen

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a Personas en Situación de Dependencia surge en primera instancia debido a los cambios sociales y demográficos de nuestro territorio, y también a los cambios en la población, en las necesidades sociales y/o en la nueva estructura geográfica.

Los cambios demográficos son los que mayor relevancia tienen, ya que, según el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), vienen dados por el incremento de la población mayor de 65 años, es decir, a la inversión de la pirámide poblacional de nuestro país. Desde el año 1970, las personas mayores de 65 años pasaron de ocupar el 9,7% de la población española, a ocupar el 16,6% de la población total en el año 2000, contando con más de 6,6 millones de personas de dicha edad.

Bien es cierto, que el aumento de la población es evidente, pero el aumento de las personas mayores con algún tipo de dependencia por un proceso patológico de enfermedad crónica o accidente aumenta al mismo tiempo de forma exponencial. Este hecho se produce gracias a los avances que surgen en la medicina de los últimos años, lo que conlleva un porcentaje mayor de personas dependientes en nuestro país. (Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011). Por esto, en un primer momento la Ley se creó para cubrir las necesidades de las personas de

la tercera edad por la falta de autonomía, generalmente física o funcional derivada del incremento de su edad.

Cabrero (2007) indica que tras varias recomendaciones de la Unión Europea, el Gobierno de España decide cubrir las diferentes situaciones de dependencia a través de Políticas Públicas y Sociales. Para ser más exactos, en el año 2004, el Gobierno comenzó a desarrollar una Ley para las personas que se encuentran en situación de dependencia, que culmina con la aprobación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, Esta Ley, por lo tanto, ha generado un nuevo derecho a la ciudadanía con la que se busca dar respuesta a necesidades de atención que tienen las personas que necesitan un apoyo para realizar las tareas básicas de la vida diaria, alcanzando el mayor nivel de autonomía personal posible.

Lo que venimos observando hasta el momento es que la Ley de Dependencia ha cubierto situaciones de necesidad social derivadas de limitaciones físicas de personas de edad avanzada o niños, pero no parece que se ajusten a ella las personas de edad media, y/o en personas con problemas de salud mental.

3.1.2. Beneficiarios de la Ley

Las personas beneficiarias de la Ley de Dependencia son aquellas que cumplen los requisitos expuestos en su artículo 5. Pero podemos afirmar que los beneficiarios del sistema somos todos los ciudadanos que cumplamos las características expuestas, es decir, cualquier persona que presente una falta de autonomía por una condición física, sensorial, mental o intelectual.

Aunque los beneficiarios de la Ley de Dependencia seamos todos los ciudadanos que nos encontremos en una situación de falta de autonomía, la atención que se ofrece a estas personas desde su origen y valoración, hasta las prestaciones y/o servicios, no se corresponde con la realidad de colectivos con dependencia que existen en la sociedad. La falta de autonomía por un problema de salud mental no se encuentra adaptada en la ley ni en el baremo por el cual se valora la dependencia.

Por ello, nuestro objeto de estudio son los mayores de 18 años con problemas de salud mental que son beneficiarios del Sistema de Dependencia, para ello, vamos a comprobar si el acceso y funcionamiento de este es el idóneo y si se adapta a las necesidades de las personas con discapacidad por salud mental. Por ello, la labor de los profesionales encargados de gestionar

dichas actuaciones debe de atender las necesidades específicas de cada persona y tienen que ser acordes a los principios del Trabajo Social.

3.1.3. Descripción del Funcionamiento de la Ley

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, funciona atendiendo al siguiente proceso que cuenta con la solicitud, la aplicación del instrumento de valoración, el dictamen técnico, la posible propuesta de reclamación y la resolución de esta, junto con casos de tramitación prioritaria.

3.1.3.1. La Solicitud

La persona interesada realiza una solicitud en la que debe incluir el informe de salud proporcionado por el médico de familia del centro de salud al que pertenezca y un índice Barthel realizado por el/la enfermero/a. En estos documentos es donde más importancia cobra la relación de la salud mental con la discapacidad y en consecuencia con la dependencia que se encuentra solicitando. En ellos se detalla si la persona presenta una discapacidad, el tipo y el grado de esta, además de indicar cuales son las enfermedades y si tienen mejora.

La solicitud está acompañada también de una fotocopia del DNI de la persona interesada o de su representante, en el caso de que la propia persona no se encuentre en condiciones para hacerlo. Este caso es habitual en personas con problemas de salud mental que tiene modificada la capacidad jurídica o de obrar y precisan medidas de apoyo.

3.1.3.2. La aplicación del instrumento de valoración

La aplicación técnica del instrumento de valoración se realiza por profesionales del área al que corresponda el interesado, es decir profesionales del ámbito social y sanitario (siempre y cuando tengan la formación necesaria).

La valoración la realizan diferentes profesionales en función del lugar en el que se encuentre la persona solicitante:

- En el propio domicilio lo realiza el/la trabajador/a social del Centro de Acción Social (CEAS)
- En un recurso residencial la valoración la realiza un profesional de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales (en adelante GTSS) pudiendo ser un un/a trabajador/a social o una persona del ámbito sanitario, pero si la titularidad del recurso corresponde a una entidad local (en adelante EELL) lo realiza el profesional de la propia entidad, de igual forma, siendo trabajador/a social o sanitario/a.

El profesional encargado recaba toda la información necesaria con respecto a la situación personal de la persona, su situación familiar y la situación social. En nuestro caso, las personas con problemas de salud mental en muchas ocasiones se pide la colaboración de otros profesionales o familiares para que presten apoyo en la reclamación de la información.

La persona encargada de la valoración cuenta con un plazo máximo de 30 días para elaborar un informe de resultados de la aplicación del Baremo.

3.1.3.3.El Dictamen Técnico

El dictamen técnico es emitido en un plazo máximo de 15 días, por un técnico de la GTSS. En el dictamen se indica el grado de dependencia y los cuidados que la persona beneficiaria puede requerir.

3.1.3.4.La Propuesta de Resolución

El Órgano Instructor de la GTSS realiza una formulación de la resolución conforme a lo emitido en el dictamen técnico. Esta propuesta comprende la valoración de la situación de dependencia, el grado de dependencia y los servicios y prestaciones a los que tiene acceso el beneficiario.

3.1.3.5.La Resolución

La resolución motivada viene dada por la propuesta formulada por el titular de derecho de la GTSS. En ella se establece el grado, los servicios y las prestaciones, pero la diferencia con la propuesta de resolución es que se incluye la intensidad de los servicios.

En este caso, se tiene un máximo de 3 meses desde la entrada de la solicitud en el registro de la provincia, pero no siempre ha sido así, anteriormente el plazo máximo eran 6 meses que se cambia en la ORDEN FAM/6/2018, y comienza a funcionar en el año 2020 dicho plazo.

3.2.EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

El baremo de dependencia o BVD, se encuentra recogido en el Capítulo III en sus artículos 26 y 27 de la presente Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. Un año después de la creación de la presente ley, surge el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia. Pero el 1 de junio de 2010 se aprueba un acuerdo sobre la modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

En estos textos se abordan todas las cuestiones referidas a las valoraciones de dependencia. Mientras que la Ley de Dependencia, tiene un carácter más general, se especifica que es la valoración, la importancia de esta, los grados de dependencia que existen; el Real Decreto, de carácter más extenso se relata cómo debe desarrollarse la valoración en función del caso, de la edad y de la persona que lo solicite, los ítems que los profesionales deben valorar y cómo deben ser las respuestas de estos.

El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, se configura en un artículo único y es una herramienta cerrada siguiendo los criterios de valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria.

El hecho de que este baremo sea una herramienta cerrada obliga a los profesionales expertos en las valoraciones a seguir sus pautas e indicaciones, pudiendo no estar de acuerdo con el funcionamiento de este artículo único. Por esto, se va a revisar como es este funcionamiento y si cabe la posibilidad de crear una herramienta abierta donde las personas con enfermedad mental tengan más cabida dentro del sistema.

Los criterios generales a los que hace referencia la valoración recogidos en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero son los siguientes:

Figura 4: Comer y beber.

| COMER Y BEBER | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|--|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Cortar o partir la comida en trozos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Usar cubiertos para llevar la comida a la boca | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Acercar el recipiente de la bebida a la boca | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **comer y beber**, debemos fijarnos en los siguientes indicadores:

Figura 5. Indicadores Comer y Beber.

| | |
|----------------------|---|
| Comer y beber | Reconocer dónde están los alimentos servidos |
| | Identificar los alimentos |
| | Cortar o partir los alimentos en el tamaño adecuado para su masticación |
| | Bimanualidad: interacción entre ambas manos |
| | Uso de cubiertos |
| | Identificación de cada cubierto |
| | Llevarse la comida a la boca |
| | Iniciativa para llevarse la comida a la boca, pero no si se alimenta o no |
| | Movimiento de llevar el vaso desde la mesa a la boca |
| | Iniciativa para beber |

Fuente: Elaboración propia

Es importante detectar que los aspectos que valora esta primera acción son muy manuales, aspectos de funcionamiento motor, los cuales podría realizar una persona adulta sin dependencia física. El baremo en este aspecto solo se centra en la salud mental en los indicadores de identificar los alimentos o identificar los cubiertos, pero el resto pasan por alto esta condición.

Una persona con enfermedad mental es probable que no tenga una rutina alimenticia sana y equilibrada para un correcto estado de salud, por lo que es importante que conozca los alimentos y pueda realizar la acción de cocinarlos, pero puede no saber elegir semanalmente la comida que debe cocinar. También se detectan casos en los que una persona no diferencia las variedades de los alimentos, es decir, el tomate natural del tomate triturado, y a pesar de saber cocinar no lo ejecuta como debería hacerse en cada caso.

Figura 6: Higiene personal relacionada con la micción y defecación.

| HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|--|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Acudir al lugar adecuado | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Manipular la ropa | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Adoptar o abandonar la postura adecuada | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Limpiarse | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de la **higiene personal relacionada con la micción y defecación**, el baremo se detiene en los siguientes indicadores:

Figura 7. Indicadores de higiene personal relacionada con la micción y defecación.

| | |
|---|---|
| Higiene personal relacionada con la micción y defecación | Capacidad de ir donde se realiza esta actividad a tiempo |
| | Accesibilidad de la estancia |
| | No se valora incontinencia |
| | Capacidad para quitar la ropa para la micción/defecación y volverla a poner |
| | Manipulación de compresas/pañales |
| | Abrochado desabrochado de botones del pantalón |
| | Sentarse levantarse de la taza |
| | Colocarse delante de la taza adecuadamente |
| | Saber cuándo hay que retirarse de la taza |
| | Capacidad de limpiarse tras micción/defecación |
| | Manipulación de estoma |
| | Limpieza de silla orinal |

Fuente: Elaboración propia

Como se ve, esta dimensión está enfocada a personas mayores, con dificultades físicas orgánicas, que una persona de mediana edad no tiene por qué tener. Las personas con enfermedad mental pueden ser autónomos en todos estos indicadores y sin embargo ser dependientes, porque no tengan o hayan perdido sentido social, es decir, no ser conscientes de las conexiones sociales que regulan la satisfacción de estas necesidades.

Por ejemplo, puede tener una buena continencia debido a que su salud física, somática y corporal, se encuentra en perfecto estado, pero puede no utilizar el lugar idóneo para realizarlo provocando situaciones violentas e incómodas para otros ciudadanos, en caso de utilizar espacios al aire libre, o servicios públicos diferentes a su sexo biológico. Otra de las dificultades que presenta es que no ejerzan la acción de forma adecuada, conllevando esto una incorrecta higiene propia y del espacio.

Figura 8: Lavarse.

| LAVARSE | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|--------------------------------------|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Abrir y cerrar grifos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Lavarse las manos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Acceder a la bañera, ducha o similar | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

| | | | | |
|---|-------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Lavarse la parte inferior del cuerpo | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Lavarse la parte superior del cuerpo | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **lavarse**, debemos fijarnos en:

Figura 9. Indicadores de Lavarse.

| | |
|----------------|---|
| Lavarse | Barreras para aproximarse al grifo |
| | Regular la temperatura |
| | Secuenciación del lavado de manos |
| | Transferencia al elemento con que se cuenta |
| | Accesibilidad plato de ducha/bañera... |
| | Movimiento para lavarse de cintura hacia abajo/arriba |
| | Mojar cuerpo |
| | Uso de elementos necesarios |
| | Identificación de los elementos necesarios |
| | Enjuagarse/aclararse |
| | Secado de todas las partes |

Fuente: Elaboración propia

En este caso, vuelve a detectarse el mismo problema de la falta de iniciativa personal, por lo general, las personas con enfermedad mental carecen de una higiene diaria efectiva, por lo que en estos casos no es necesario valorar el cómo se ejecuta la tarea, sino la frecuencia de esta, la iniciativa personal o el interés en la higiene, todos ellos elementos que no contempla este baremo.

Figura 10: Realizar otros cuidados corporales.

| REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|------------------------------------|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Peinarse | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Cortarse las uñas | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Lavarse el pelo | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Lavarse los dientes | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **otros cuidados corporales**, debemos fijarnos en:

Figura 11: Indicadores de Realizar otros cuidados corporales.

| | |
|---|---|
| Realizar otros cuidados corporales | Peinado/cepillado |
| | Uso conveniente del peine |
| | Dejar cada cosa en su sitio al acabar |
| | Corte de uñas de manos y pies/limado de uñas de las manos |
| | Mojar el pelo |
| | Procurar elementos necesarios/enjuagarse/aclararse/secado |
| | Abrir el tubo de la pasta |
| | Cepillado y enjuague |
| | Lavado de prótesis/lengua/encías |

Fuente: Elaboración propia

Como vemos en el apartado anterior, si la falta de higiene personal viene producida por una falta de iniciativa y motivación a la hora de realizarse, el resto de los cuidados personales se van a ver afectados de igual forma. Si no se realiza de forma regular se deteriora no solo el aspecto físico, sino partes esenciales del cuerpo humano que además permiten realizar otras actividades básicas.

Este aspecto lo reflejamos en la buena y correcta higiene dental, es imprescindible que se lleven a cabo de forma regular las acciones de higiene bucodental ya que en el caso de que no se realice podría provocar la falta o pérdida de piezas dentales lo que debilitaría, perjudica y compromete la alimentación, además de poder suponer un gasto que en muchos casos no se tiene capacidad económica suficiente para sufragarlo.

Figura 12: Vestirse.

| VESTIRSE | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|--|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Reconocer y alcanzar la ropa | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Calzarse | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Abrocharse botones o similar | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Vestirse las prendas de la parte inferior en el cuerpo | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Vestirse las prendas de la parte superior en el cuerpo | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **vestirse**, debemos fijarnos en:

Figura 13: Indicadores de Vestirse.

| | |
|-----------------|--|
| Vestirse | Identificar las diferentes prendas |
| | Movimientos para alcanzar la ropa y el calzado. |
| | Coherencia e iniciativa para seleccionar la ropa de forma correcta |
| | Determinar si la ropa está limpia, sin rotos, apta para el uso |
| | Colocarse/quitar el calzado habitual |
| | Ajustar calzado |
| | Abrir/cerrar cremalleras/botones |
| | Emparejar a la misma altura |
| | Colocación de calcetines se valora en la parte inferior |
| | Corchetes del sujetador |
| | Orden coherente |
| | Capacidad de colocación de prótesis/ortesis/medias/corsés |

Fuente: Elaboración propia

Nuevamente, este baremo está enfocado a limitaciones funcionales físicas, como son el caso de ajustarse las prendas, el mecanismo y funcionamiento de botones, cremalleras, prótesis... Solo se centra en la salud mental a la hora de identificar las prendas, emparejarlas y lo más importante de la valoración de dependencia acerca de la vestimenta en una persona con enfermedad mental, la coherencia e iniciativa para seleccionar la ropa de forma suficientemente correcta, así como determinar si la ropa se encuentra en un estado adecuado o aceptable para su uso. En muchas ocasiones las personas se visten pero sin seguir ningún criterio ni orden, por lo que en las valoraciones es preciso observar a las personas y las características de la vestimenta.

Figura 14: Mantenimiento de la salud.

| MANTENIMIENTO DE LA SALUD | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|---|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Solicitar asistencia terapéutica | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Aplicar las medidas terapéuticas recomendadas | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

| | | | | |
|--------------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Pedir ayuda ante una urgencia | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
|--------------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|-------------------|

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD del **mantenimiento de la salud**, debemos fijarnos en:

Figura 15: Indicadores del Mantenimiento de la salud.

| | |
|--|---|
| Mantenimiento de la Salud | Reaccionar ante riesgos para la salud. |
| | Solicitar ayuda cuando duele algo |
| | Distinguir cuando le duele algo, reconocer estado de salud y pedir asistencia |
| | Contactar con servicios de salud (teléfono, acudir al centro de salud...) |
| | Exponer la situación de forma coherente |
| | Reconocimiento de la medicación |
| | Dosificación de la medicación |
| | Administración horaria |
| | Uso de espesantes/trituración de alimentos |
| | Administración de insulina |
| | Autogestión de la administración de alimentación artificial |
| | Cura de úlceras |
| | Cuidado de estomas |
| | Colocación de oxígeno |
| | Cuidados de diálisis |
| | Recolección de orina |
| | Comer menos/más de lo necesario |
| | Percibir, prevenir, reaccionar y no provocar riesgos en el domicilio |
| | Capacidad para evitar un riesgo (quemaduras, gas abierto...) |
| | Percibir, prevenir, reaccionar y no provocar riesgos fuera del domicilio |
| Desorientación, cruzar la calle sin mirar, caídas | |
| Comprensión de situaciones de urgencia | |
| Comunicación efectiva a terceros (teléfono, gritar, alarma...) | |
| Percepción y comunicación a terceros | |

Fuente: Elaboración propia

Evitar riesgos es imprescindible para todas las personas a las cuales se les valora la dependencia, ya que es fundamental conocer qué sabe mantener su vida a salvo y reaccionar ante una urgencia en la que tanto él/ella, como más personas estén implicadas. Por ello, es preciso que se presenten casos en los que podría estar en peligro y conocer lo que la persona con enfermedad mental realizaría para cada situación. No conviene exponer situaciones obvias como es el caso de la actuación ante un incendio, pero sí podemos aportar casos en los que se presencia una caída, un cortocircuito en su vivienda, o mantenerse encerrado en el ascensor.

Figura 16: Cambiar y mantener la posición del cuerpo.

| CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|---|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Cambiar de tumbado a sentado en la cama | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Permanecer sentado | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Cambiar de sentado en una silla a estar de pie | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Permanecer de pie | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Cambiar de estar de pie a sentado en una silla | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Cambiar el centro de la gravedad del cuerpo mientras se está acostado | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **cambiar y mantener la posición del cuerpo**, debemos fijarnos en:

Figura 17: Indicadores de Cambiar y mantener la posición del cuerpo.

| | |
|--|---|
| Cambiar y mantener la posición del cuerpo | Sentado en el borde de la cama |
| | Necesidad de productos de apoyo |
| | Permanecer sentado sin caerse, balancearse... |
| | Uso de cinturones |
| | Continuos intentos de abandonar la postura, manipulación del cinturón, pone en riesgo su salud |
| | Cambios de sentado en una silla a estar de pie/ Cambio de estar de pie a sentado en una silla, desde una silla habitual, descender el cuerpo controlándolo sin dejarse caer |
| | Permanecer de pie el tiempo para realización de ABVD, contando también la ducha |
| | Meter las nalgas desde el borde de la silla hasta dentro |
| | Transferencia de superficie a superficie |
| | Identificar cuando se le cansan las nalgas y debe cambiar de postura |
| | Deslizar el cuerpo cuando se está tumbado, en la misma superficie |

| | |
|--|---|
| | Deslizar sin girar el cuerpo |
| | Cambio de posición sin deslizar (volteos) |
| | Comprensión de que debe moverse |

Fuente: Elaboración propia

Los cambios de posición del cuerpo, por lo general, no suelen ser un motivo de dependencia en personas con enfermedad mental frente a las personas de edad avanzada que sí lo son. Pero sí conviene conocer que realiza la persona en su rutina diaria, ya que puede ser capaz de moverse sin problemas, pero estar todo el tiempo acostado en la cama por la falta de una rutina con unos horarios establecidos.

Estos aspectos más físicos son motivo de interés en las personas con problemas de salud mental siempre que la persona no realice estos cambios corporales de manera frecuente y acorde al momento del día en el que se encuentra la persona.

Figura 18: Desplazarse dentro del hogar.

| DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|---|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Realizar desplazamientos para vestirse | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos para comer | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos para lavarse | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos entre estancias no comunes | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Acceder a todas las estancias comunes del hogar | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **desplazarse dentro del hogar**, debemos fijarnos en:

Figura 19: Indicadores de Desplazarse dentro del Hogar.

| | |
|--|--|
| Desplazarse dentro del Hogar | Identificar dónde va y la finalidad de ese desplazamiento |
| | Desplazamientos desde su lugar habitual hasta la estancia concreta y los movimientos por esta estancia |
| | Barreras en el domicilio |
| | Productos de apoyo necesarios |
| | Amplitud de estancia |
| | Abrir la puerta, ventana, coger un libro |
| | Desplazamientos para actividades habituales no relacionadas con autocuidado |
| | Acceso a galerías, pasillos... |
| Relacionado con desplazamientos para comer/vestirse/ lavarse | |

Fuente: Elaboración propia

De la misma forma que en el cambio de posición, también conviene que los valoradores de dependencia conozcan qué enfermedades mentales existen y las consecuencias que estas pueden tener sobre la vida de las personas, ya que esto dará indicaciones acerca de cómo pasa un día la persona. Se valorará cómo es la vida dentro del hogar de la persona en función de si vive solo o de los cohabitantes que tenga.

Figura 20: Desplazarse fuera del hogar.

| DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|--|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Acceder al exterior | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos alrededor del edificio | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **desplazarse fuera del hogar**, debemos fijarnos en:

Figura 21: Indicadores de Desplazarse fuera del hogar.

| | |
|------------------------------------|---|
| Desplazarse fuera del hogar | Acceso desde la puerta del domicilio al exterior del edificio |
| | Barreras existentes en este tramo |
| | Necesidad de productos de apoyo |
| | Iniciativa para salir al exterior |
| | Andar 50-100 metros |
| | Estar orientado, saber volver al domicilio |
| | Andar 1000 metros |
| | Seguir indicaciones |

Fuente: Elaboración propia

Los desplazamientos en el exterior pueden generar mayor problema en personas con problemas de salud mental si no se conoce la zona, si no tiene un vínculo con el que salir, o si alguna vez ha tenido alguna mala experiencia. Una vez más, en este aspecto no hay que limitarse a conocer si es capaz de caminar los metros estipulados y si no tiene barreras para hacerlo, es preciso saber si tiene iniciativa para salir del hogar o si lo hace de forma recurrente. Este baremo estaría más completo y mejoraría la información que proporciona si identificase como realiza los desplazamientos, y cuáles son los sitios recurrentes, porque puede darse el caso de que solo acuda de manera regular a un lugar recreativo y por el contrario no sea acudir de forma autónoma a un centro médico o a realizar la compra a un supermercado.

Figura 22: Realizar tareas domésticas.

| REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|------------------------------|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Preparar comidas | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Hacer la compra | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Limpiar y cuidar la vivienda | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Lavar y cuidar la ropa | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Para valorar de forma eficaz la ABVD de **realizar tareas domésticas**, debemos fijarnos en:

Figura 23: Indicadores de Realizar tareas domésticas

| | |
|-----------------------------------|--|
| Realizar tareas domésticas | Idear, organizar, cocinar, servir comidas frías y calientes |
| | Capacidad para idear un menú, seleccionar alimentos, transformarlos, servirlos |
| | Iniciativa para preparar la comida |
| | Construir bienes a cambio de dinero |
| | Comparar productos a calidad – precio |
| | Seleccionar, obtener y transportar bienes |
| | Transportar los bienes |
| | Ordenar, quitar el polvo, barrer, fregar |
| | Eliminación de basura generada |
| | Mantener el orden |
| | Lavar, secar, planchar y guardarla en el armario |
| | Seleccionar ropa para lavar |
| | Uso de productos de lavado y cantidades precisas |
| | Uso de lavadora y plancha |

Fuente: Elaboración propia

Para conocer las tareas domésticas que realiza, podemos observar el hogar de la persona, teniendo en cuenta que puede estar adecuado para la ocasión. Es conveniente acudir a observar la habitación de la persona que se está valorando si accede a mostrarla, pero será imprescindible observar el cuarto de baño. La observación del entorno es clave para ver si existe una rutina en la limpieza del hogar, y también es importante conocer si vive con más personas como es la repartición de tareas domésticas.

Figura 24: Tomar decisiones.

| TOMAR DECISIONES | NIVEL DE DESEMPEÑO | PROBLEMA | APOYOS PERSONALES | |
|---|--------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| | | | TIPO | FRECUENCIA |
| Decidir sobre la alimentación cotidiana | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Decidir los hábitos de higiene personal | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Planificar los desplazamientos fuera del hogar | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

| | | | | |
|---|-------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |
| Resolver el uso de servicios a disposición del público | P1 - N1 - N2 - NA | F - M - A | SP - FP - SM - AE | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Todos los aspectos que se han presentado previamente deben ir acompañados de la valoración de la toma de decisiones, ya que en ellos, en la gran mayoría de los casos se valora la iniciativa de las personas, es decir, la capacidad para iniciar una acción. Por ello, en la toma de decisiones se deben valorar los siguientes aspectos en una persona con una dificultad en su autonomía por una enfermedad mental:

- Decidir sobre la alimentación cotidiana:
 - Cuando y qué comer en relación con necesidades personales.
 - Detectar la necesidad de comer.
 - Iniciativa para comer adecuadamente.
 - Conoce y planifica horario y tipo de comidas.
 - Comer variado, una dieta más o menos equilibrada.
- Dirigir hábitos de higiene personal:
 - Reconocer la necesidad de higiene.
 - Iniciativa para realización de actividades de higiene
- Planificar desplazamientos fuera del hogar:
 - Determinar necesidad o deseo de realizar un desplazamiento.
 - Seleccionar itinerario.
 - Medio de transporte más adecuado.
 - Finalidad del desplazamiento.
 - Donde y cuando va a ir
- Orientar relaciones con conocidos:

- Reconocer a las personas.
- Establecer acciones y conductas para relacionarse.
- Respeto, afecto, tolerancia...
- Orientar relaciones con desconocidos:
 - Establecer acciones y conductas para relacionarse.
 - Respeto, afecto, tolerancia...
- Gestión del dinero:
 - Uso del dinero para comprar comida.
 - Ahorrar.
 - Control sobre recursos económicos
- Disponer de tiempo y actividades cotidianas:
 - Planear, dirigir las demandas de obligaciones o tareas diarias.
 - Organizar tiempo obligaciones/ocio
- Resolver el uso de servicios a disposición del público:
 - Acciones relacionadas con gestión y uso de recursos (servicios sanitarios, sociales, asociacionismo, clubes de ocio...)

Estos aspectos se valoran en función del nivel de desempeño, del problema y de los apoyos personales que son el tipo de apoyo o la frecuencia de este.

El **nivel de desempeño** viene medido por:

- **Desempeño positivo:** cuando la persona es capaz de desarrollar, por sí misma y adecuadamente, la tarea en su entorno habitual.
- **Desempeño negativo:** cuando la persona requiere un apoyo indispensable para poder llevar a cabo la tarea en su entorno habitual. Existe la posibilidad de que no sea capaz de realizar la tarea de ninguna forma.
- **Desempeño no aplicable:** en los casos en los que no se puede desarrollar por condiciones de edad.

Los **problemas desempeño** en relación con el **funcionamiento global** de la persona:

- **Problemas de funcionamiento físico:** la persona no ejecuta la tarea físicamente y/o lo hace sin el control adecuado por no percibir las normas externas necesarias para su desarrollo.
- **Problemas de funcionamiento mental:** la persona o no comprende la tarea y la ejecuta sin coherencia y/o desorientación o no muestra iniciativa en su realización.

- **Ambos problemas:** la persona no ejecuta la tarea por un problema de funcionamiento físico y mental.

En cuanto a los apoyos, vemos que en función del **tipo de apoyo** encontramos:

- **Supervisión:** conlleva la estimulación verbal o gestual a la persona mientras ejecuta la acción por sí misma con el fin de realizarla adecuadamente y en la orientación en la toma de decisiones.
- **Física parcial:** se refiere a la colaboración física en la ejecución parcial o completa de la tarea, incluyendo la preparación de los elementos necesarios para realizar la tarea por sí mismo.
- **Sustitución máxima:** la persona no puede realizar la tarea por sí misma de ninguna forma.
- **Apoyo especial:** son cualquiera de los apoyos anteriores cuando la tarea resulte obstaculizada por la interferencia determinante de condiciones excepcionales de salud.

En relación con la **frecuencia de apoyo** nos fijamos en:

- Casi nunca: 0 - 4%.
- Algunas veces: 5 - 24%.
- Bastantes veces: 25 - 49%.
- La mayoría de las veces: 50 - 95%.
- Siempre: 96 - 100%

Figura 25: Claves de Valoración BVD

| NIVEL DE DESEMPEÑO (D) | | PROBLEMA EN DEPENDENCIA (P) | |
|------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------|
| P1 | Positivo | F | Físico |
| N1 | Negativo por dependencia | M | Mental |
| N2 | Negativo por otras causas | A | Ambas |
| NA | No aplicable | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Figura 26: Claves de Valoración BVD

| TIPO DE APOYO PERSONAL (D) | | FRECUENCIA DE APOYO PERSONAL (FP) | |
|----------------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------|
| SP | Supervisión | 0 | Casi nunca |
| FP | Física Parcial | 1 | Algunas veces |
| SM | Sustitución máxima | 2 | Bastantes veces |

| | | | |
|----|----------------|---|------------------|
| AE | Apoyo especial | 3 | Mayoría de veces |
| | | 4 | Siempre |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

Además, en cada una de las situaciones que se valoran, existe la posibilidad de detallar los siguientes aspectos:

- **Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el Desempeño de la persona solicitante en la actividad:** Consiste en relacionar las deficiencias permanentes que aparecen diagnosticadas en el informe de condiciones de salud con los problemas en el desempeño de la persona.
- **Descripción del funcionamiento de la persona solicitante en la actividad:** Son las principales características y problemas en el desempeño de la persona.
- **Identificación del empleo en productos de apoyo:** La observación de los productos de apoyo que la persona tiene prescritos.
- **Identificación de barreras o facilitadores en el entorno:** La observación de los facilitadores o barreras según el informe que se realiza del entorno.
- **Otras observaciones:** Son los aspectos destacables de la valoración de la actividad que no se hayan descrito en los apartados anteriores y sean de importancia para determinar el grado de dependencia.

En función de los resultados obtenidos en la valoración, la persona tiene cuatro opciones de resultados:

Figura 27: Grados y situaciones de dependencia.

| | GRADO 0: SIN DEPENDENCIA | GRADO I: DEPENDENCIA MODERADA | GRADO II: DEPENDENCIA SEVERA | GRADO III: GRAN DEPENDENCIA |
|--|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| Necesidad de ayuda para realizar las abvd | Ninguna vez | Al menos 1 vez al día | 2 o 3 veces al día | Varias veces al día |
| Necesidad de apoyo de otra persona para su autonomía personal | Nunca | Intermitente o limitado | Extenso, aunque no permanente | Indispensable, continuo y generalizado |
| Puntos | 0 - 24 puntos | 25 - 49 puntos | 50 - 74 puntos | 75 - 100 puntos |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Real Decreto 174/2011.

3.2.DIFICULTADES Y ASPECTOS IMPORTANTES EN LA VALORACIÓN

Existen una serie de dificultades con las que se encuentran las personas beneficiarias del Sistema de Dependencia por una incorrecta valoración debido a su problema de salud mental lo que conlleva a que el grado otorgado no se adapte realmente a su condición. Esto implica menor disponibilidad del tiempo de los recursos, menor cuantía económica para vincular a un servicio, o en las prestaciones de cuidados en el entorno familiar.

Como venimos viendo, las personas con enfermedad mental son generalmente jóvenes o de edad media, con una autonomía física funcional en perfecto estado. Por ello, la valoración de dependencia es importante que se atienda siguiendo esta condición de funcionalidad física pero debe prestar atención a la condición mental ya que esta presenta dificultades en su valoración.

En estos casos para realizar una correcta valoración de dependencia, el presente Real Decreto que regula el baremo de valoración obliga a que haya una persona a modo de testigo en las valoraciones. Pero sería conveniente valorar a la persona sin ningún tipo de apoyos para conocer cuáles son las necesidades reales si todos los que prestan su apoyo no estuvieran. Lo que la Ley de Dependencia nos indica es que contemos con la ayuda de una tercera persona cercana a la persona afectada, como podría ser el caso de un familiar o un miembro de una entidad a la que se encuentre vinculado y que lo conozca en profundidad. Tiene la finalidad de poder corroborar o ayudar en el proceso de valoración, aportando información complementaria que sea de vital importancia. Uno de los problemas que podemos detectar es que la persona no se implique con el beneficiario del sistema de dependencia y/o no lo conozca en profundidad, por lo que los datos aportados pueden no ser los exactos o los que busca la persona valoradora.

También es importante destacar que el tiempo y ritmo de valoración lo debe marcar la persona con la posible dependencia que se está valorando, ya que en estos casos puede que las valoraciones requieran más tiempo, debido a la complejidad en la comprensión o por la propia enfermedad mental que precise de mayor tiempo para la respuesta de las preguntas estipuladas o la realización de la acción.

Haciendo referencia a Gómez y Peñalver (2007), uno de los principales problemas que tenemos a la hora de valorar si una persona se encuentra en situación de dependencia consiste en identificar cuáles son los actos cotidianos de la vida diaria, es decir, las “actividades de la vida diaria” (en adelante AVD). “Las AVD son aquellas actividades que realiza diariamente una

persona para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social” (Gómez y Peñalver, 2007)

Querejeta et. al, (2004) define y clasifica las actividades en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** son actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente.
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):** son actividades más complejas y su realización requiere mayor nivel de autonomía personal. Son tareas que implican una capacidad de tomar decisiones.

Las personas que presentan problemas en su salud mental pueden darse el caso de que realicen de forma eficaz tanto las ABVD como las AIVD, por lo que la valoración de dependencia resulta compleja.

El profesional de valoración debe ser muy exhaustivo y observador ya que la persona puede ser capaz de realizar una acción tanto de las ABVD como de las AIVD, pero sin iniciativa, es decir, si una tercera persona no inicia la acción o da las órdenes para que la persona usuaria la realice, no tiene la capacidad de emprendimiento, lo que supone un problema en el desarrollo de su vida diaria.

Otro de los aspectos en los que debe fijarse la persona que valora es la vivienda, siendo obligatorio que acuda a ver en las condiciones en las que se encuentra el baño, detectando posibles barreras arquitectónicas en el mismo. El resto de los espacios del hogar si la persona acepta podrá realizar una prospección de cómo se encuentra el espacio, lo que otorga algunas respuestas y claves sobre cómo es la vida dentro del hogar. Encontramos el inconveniente en que puede que la persona haya recogido, limpiado y acondicionado el espacio para la valoración de dependencia, lo que no aporta un valor real a la valoración.

Conviene conocer si la persona reside sola en el domicilio o con más personas y la relación que tiene con estas, ya que, es frecuente que personas con enfermedad mental residan con compañeros de piso que se encuentran en la misma situación y por tanto, el espacio puede estar condicionado por esa convivencia.

Un aspecto importante que debe conocer la persona valoradora antes de la visita en el domicilio reside en el informe de salud que realiza el profesional de atención primaria, donde indica el

pronóstico de la enfermedad por la cual se valora la dependencia. Siempre se considera que es de carácter permanente como indica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, pero en ocasiones hay aspectos en los que puede ser una situación mejorable y es preciso conocer cuáles son.

Uno de los principales problemas que cometen los valoradores de dependencia es limitarse al cuestionario del BVD, en el que las cuestiones son cerradas. En muchas ocasiones se puede responder con sí o no, como es el caso de distinguir el agua fría del agua caliente o vestirse adecuadamente según la estación del año en la que nos encontremos. Pero hemos de preguntarnos si la persona tiene iniciativa para asearse de forma regular, si dispone de los productos necesarios para hacerlo y si lo hace en condiciones de seguridad óptimas. En el caso de la vestimenta, puede que se ponga ropa acorde a la estación del año, pero a lo mejor la persona que valora no percibe que no se cambia de forma regular llegando a utilizar la misma ropa durante una semana, y por lo tanto, la actividad de la higiene de la vestimenta no es la correcta.

Por último, las personas con problemas de salud mental, además de ser sometidas al BVD, por parte del psiquiatra (en ocasiones en compañía del trabajador social) se desarrolla un instrumento extra conocido como PSP, en el que se analiza el autocuidado, las actividades sociales habituales, las relaciones personales y sociales y el comportamiento de la persona. Todos los aspectos son sociales y a pesar de que un trabajador social puede emitir su opinión, el documento es emitido por un profesional del ámbito sanitario, restando valor al profesional del trabajo social.

En resumen, el trámite de valoración de la situación de dependencia es un proceso que dura máximo tres meses desde la entrada de la solicitud en un registro público de Castilla y León, donde la persona será valorada por un profesional de Servicios Sociales atendiendo a lo expuesto por el/la médico/a y enfermero/a del Centro de Atención Primaria en el informe de salud y el Índice Barthel. La valoración de dependencia se realiza en el lugar donde se encuentre la persona residiendo y es más que una simple entrevista, por lo que el orden de los ítems que se tienen que valorar pueden variar, pero se deben conocer todos los aspectos para tener una visión global y objetiva de la situación de dependencia.

Bien es cierto, que la valoración de dependencia en personas con problemas de salud mental se encuentra poco adaptada ya que el BVD se centra en los aspectos físicos de la persona, en

concreto en personas de avanzada edad, dejando de lado la parte de la iniciativa y la coherencia de las ABVD.

Por ello mi propuesta de mejora va a consistir en los siguientes aspectos:

- Proponer que el BVD sea una herramienta abierta en la que los profesionales no estén limitados al cuestionario de valoración, sino puedan aportar más información al respecto.

- Pretendo que se incluya la iniciativa y la capacidad de decisión de las personas en todos los aspectos que se valoran para comprobar el nivel de autonomía de la persona y por tanto otorgar un grado de dependencia ajustado a la persona.

- Y por último se procurará incluir una formación a los profesionales en como valorar la dependencia y en salud mental para conocer el alcance de la enfermedad y sepan realizar una correcta valoración en función de las consecuencias que puede tener en la vida de las personas.

4. PROPUESTA DE MEJORA

Pretendo realizar una propuesta de mejora del BVD ya que existen manifestaciones en las que se narra la impotencia con el Baremo de Valoración de la situación de Dependencia (BVD) ya que, no recoge adecuadamente, en ciertas ocasiones, las limitaciones y dificultades para las actividades básicas de la vida diaria que sufren las personas con Trastorno Mental Grave. Aunque en la mayoría de los casos pueden ser autónomas en algunos aspectos cotidianos, necesitan apoyo y supervisión para realizar dichas tareas. En el 2012, tras las numerosas quejas al Sistema, se vuelve a redefinir el concepto de dependencia y se intenta adecuar la baremación a las necesidades de las personas con enfermedad mental, pero muchos profesionales con los que he podido trabajar a lo largo de los cuatro años de formación académica, consideran que es insuficiente, pues se siguen encontrando multitud de barreras.

4.2.Herramienta abierta

Pretendo proponer que el BVD sea una herramienta abierta en la que los profesionales no estén limitados al cuestionario de valoración, sino puedan aportar más información al respecto.

La primera iniciativa que voy a proponer para mejorar esta herramienta tan importante en nuestro Sistema actual de Atención a la Dependencia va a consistir en que en vez de establecerse como un cuestionario cerrado en la que el profesional se limite a responder marcando casillas, se establecerá una herramienta abierta, dejando de ser un procedimiento rígido y estructurado conforme a unos ítems concretos.

Esto quiere decir que actualmente el profesional debe rellenar los formularios previamente descritos y analizados marcando si desarrolla la acción, cuál es su nivel de desempeño, el problema de dependencia y en casos de poder ser una persona con dependencia reconocida, se indicará el tipo de apoyo personal que requiere y la frecuencia de este. Toda la información obtenida en la valoración en el domicilio y en propio BVD, se traslada a un informe social redactado por la propia persona valoradora.

Es importante que se indiquen los aspectos más rígidos ya que estos son los que se trasladan de forma numérica con el grado que la persona valoradora otorgara a la persona con la posible dependencia, pero no debemos olvidar la parte subjetiva que tienen que incluir los trabajadores sociales conforme a lo que han conocido y analizado de la persona.

El problema lo encontramos en que ese informe no aporta más información que la obtenida en el BVD, y lo que se propone es que el BVD no se limite a las cuestiones marcadas, sino que se tenga en cuenta todo lo que la persona manifieste durante la valoración, y todo aquello que los/as evaluadores/as detecten y sea relevante para la valoración.

Además, es importante destacar que el profesional encargado de la valoración y de realizar ese informe, no es la última persona que lo tiene en sus manos, puesto que posterior a esta, la Gerencia Territorial de Servicios Sociales debe hacerse cargo del procedimiento, siendo un órgano instructor y posteriormente el titular de la Gerencia quien emitan ese informe. Esto quita valor a los propios trabajadores sociales, ya que la administración cuestiona lo que se redacta y por tanto lo revisa además de que limite sus funciones a realizar un protocolo concreto como es el de completar unos aspectos del baremo en base a un formato tabla. El profesional no es quien matiza su trabajo, otras personas que no conocen a la persona que se valora son los que finalizan el procedimiento.

Esta situación ralentiza el proceso, y en ocasiones las valoraciones no llegan a tiempo por los plazos que marca la Administración Pública.

Por ello, se propone que el BVD no se limite únicamente a esas cuestiones que sí sirven para valorar pero son escasas, sino que se deje un espacio de análisis del profesional para que pueda redactar lo que precise con coherencia. Además, esta información podrá ser trasladada al informe social que realice después para que la valoración sea lo más completa posible, siempre en favor y beneficio de la persona afectada.

Además, es importante que en el proceso de valoración del PSP, se realice de forma conjunta entre el trabajador social y el profesional de la medicina, y de esta forma, se impulse con ambas profesionales, dando valor una vez más a la disciplina del trabajo social.

4.3. Incluir la iniciativa personal

Pretendo que se incluya la iniciativa y la capacidad de decisión de las personas en todos los aspectos que se valoran para comprobar el nivel de autonomía de la persona y por tanto otorgar un grado de dependencia ajustado a la persona.

La iniciativa personal consiste en ser capaz de emprender una acción, de desarrollarla por nosotros mismos, o la capacidad que tiene una persona para crear o inventar alguna idea. En la

práctica esta idea se entiende en conocer si la persona es capaz de llevar a cabo las tareas previstas con un orden y razonamiento lógico para cada acción.

Lo que se pretende con esta propuesta de mejora es que en los aspectos que valora el BVD se incluya la iniciativa personal como una parte más a valorar. Poniendo un ejemplo de cómo propongo que se pueda realizar es de la siguiente forma:

En la situación de comer y beber, no solo es necesario saber si lo ejecuta con normalidad o no, sino propongo que la valoración se realice sin apoyos, es decir, que la persona se encuentre en el lugar adecuado sin una persona de confianza a la que pueda recurrir. Para ello, se pretende conocer como realiza la acción desde saber que tiene comer acorde a su alimentación, si dispone del dinero necesario y sabe gestionarlo por sí mismo dando el valor que corresponde a cada alimento, si conoce el lugar al que recurrir a comprar la comida, si posteriormente sabe cocinarlo y además servirlo en la mesa con el orden establecido en las rutinas alimenticias. Por tanto, se necesita conocer como es la iniciativa de la persona a la hora de realizar todas las acciones de acuerdo con el orden cotidiano de la vida diaria.

Con el resto de los indicadores, se pretende de igual forma incluir la iniciativa personal de las personas en situación de dependencia con problemas de salud mental.

Para que los profesionales encargados de valorar las situaciones de dependencia con mayor complejidad puedan detectar esta competencia a través de la propia motivación que tenga o de la proactividad para desarrollar una acción. Se puede conocer preguntando la frecuencia con la que realiza la tarea, es decir, conocer cómo pasa un día dentro del hogar, si está sentado/a en el sofá, si realiza tareas domésticas, lo que suele comer, etc.

4.4. Formación de profesionales

Y por último se procurará incluir una formación a los profesionales en como valorar la dependencia y en salud mental para conocer el alcance de la enfermedad y sepan realizar una correcta valoración en función de las consecuencias que puede tener en la vida de las personas.

Para que los trabajadores del Sistema de Servicios sociales que valoran la dependencia de las personas lo puedan realizar de la forma más eficaz posible, es necesario que tengan formación en todos los aspectos de nuestra sociedad, siendo la salud mental un factor clave. Conocer qué

tipo de situaciones puede encontrarse la persona valorada y saber cómo afecta cada tipo de enfermedad mental puede darnos pistas de lo que la persona perjudicada realiza en su rutina diaria.

No todos los casos se manifiestan de igual forma, pero sí es importante saber a nivel general como puede llegar a afectar un problema de salud mental en la vida de una persona.

Para ello, propongo que los profesionales realicen un curso específico en que se enseñe a valorar a una persona con dependencia provocada por un problema de salud mental, donde puedan aprender qué aspectos son importantes y se deben tener en cuenta para realizar una correcta valoración y por ende no sea preciso revisar las valoraciones al cabo de un tiempo.

Conociendo la opinión de una Trabajadora Social profesional de los Servicios Sociales Básicos, que considera que además de la formación en salud mental, es relevante la formación en valoraciones de dependencia ya que lo único que se tiene son a los compañeros con mayor experiencia en el campo, que pueden o no enseñarte y guiarte en el procedimiento a seguir ante una herramienta tan compleja. “Que la formación dependa de otros compañeros no es justo ni para el profesional ni para la persona usuaria que se valora”. Por ello, se precisa que todos los trabajadores sociales que trabajen en servicios sociales en el área de la dependencia deberán recibir una formación previa acerca de cómo emplear y ejecutar de manera positiva, realista y eficaz el instrumento de valoración. Esta formación podría ser impartida por el Órgano Instructor de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, persona encargada de emitir la propuesta de resolución de la situación de dependencia.

Con todos estos aspectos, las personas con dependencia tendrán el grado correspondiente a su situación y no uno inferior por el hecho de no saber o no realizar una correcta valoración.

Destacamos la importancia de que todas las partes implicadas puedan colaborar en este proceso para el/la beneficiario/a sea atendido como se merece, con un trato digno, centrándose en su propia persona y con unos resultados de calidad.

5. CONCLUSIONES

Algunos de los individuos que conforman la sociedad actual tienen problemas de salud mental que en muchas ocasiones les ha conllevado a una discapacidad por la propia enfermedad mental diagnosticada. Esto supone limitaciones funcionales en su rutina diaria y la presencia de apoyos económicos o en forma de ayudas prestadas por otras personas de su entorno más cercano o de instituciones sociales.

Para que se lleven a cabo estos apoyos sociales, es de condición obligatoria tener reconocido un grado de dependencia que le permita acceder al Sistema de Dependencia y por tanto a las prestaciones y/o servicios. Por ello, se deduce la necesidad de revisar el baremo para que los grados de dependencia se adapten a la situación personal de las personas que presentan una enfermedad mental. En definitiva, consiste en **adaptar el recurso a la necesidad** y no al contrario como se lleva haciendo hasta el momento.

Con este Trabajo Fin de Grado, en todo momento se ha pretendido que la atención a las personas con problemas de salud mental sea la correcta, y por tanto, se debe comenzar con identificar el grado de dependencia adecuado a cada situación. Lo que supone tener un baremo de valoración adaptado a las personas y a las necesidades que se presentan.

La aplicación del Baremo de Dependencia plantea distintas dificultades y limitaciones, como se ha visto, para las personas con carencia de salud mental. Asimismo, un buen reconocimiento de la situación de dependencia y un acceso integral, y centrado en la persona, a los servicios y prestaciones del sistema va a suponer que la autonomía de la persona aumente. En consecuencia, su bienestar y calidad de vida también aumentan, disfrutando de una participación activa en los distintos ámbitos que forman parte de la comunidad.

Tratando a la persona como centro de la intervención, es preciso que adaptemos la valoración a sus necesidades de apoyo social con actuaciones como las expuestas previamente. Por ello, se ha propuesto mejorar una herramienta que en este campo parece mostrarse como demasiado rígida y cerrada con la que nos encontramos, dando importancia a la figura del Trabajador Social, ya que son los profesionales mejor preparados para atender a la necesidad de integración y participación social que presentan en muchas ocasiones las personas con problemas de salud mental. Además de recibir formaciones necesarias para llevar a cabo la valoración de la mejor forma posible.

Por otro lado, se ha propuesto incluir la iniciativa personal de las personas en situación de dependencia con problemas de salud mental, ya que es imprescindible conocer cómo se desarrolla un día cotidiano en sus vidas y la capacidad que tiene para decidir acerca de cómo vivir de acorde con las normas y preferencias de la sociedad actual.

Desde el ámbito de la salud mental hay que apostar por las personas, por sus capacidades, por sus potencialidades, y/o los apoyos que precisa, ya que la persona no es solo el diagnóstico o el grado de dependencia. Por lo tanto, se debe trabajar desde un modelo centrado en la persona, donde sea protagonista de su propia intervención.

Considero que si se llevan a cabo todas las modificaciones propuestas, no solo se pondría en valor la profesión de Trabajo Social como, siendo agentes de cambio social en favor de los usuarios con dependencia, sino que también, y sobre todo, se mejoraría sustancialmente la atención social a este colectivo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellan, A y Higaldo, R. (2011). Definiciones para Combatir el Acoso Escolar. Madrid, Informes Portal de Mayores, nº 109. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-definiciones-01.pdf>
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Cabrero, G, (2004), *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid, España: Fundamentos.
- Conde, R. (2014). Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis Sociológica*, 18,155-175.
- Consejo General de Trabajo Social (2020). *La Salud Mental, una pieza importante dentro de la labor del Trabajo Social*. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/la-salud-mental-una-pieza-importante-dentro-de-la-labor-del-trabajo-social/6515/view>
- Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M., Jenaro Río, C., Flores Robaina, N., & Vega Córdova, V. (2011). La enfermedad mental severa desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad. *Index de Enfermería*, 20(3), 179-183.
- Cuídate plus (2015). *El trastorno mental grave entra en el baremo de la Ley de Dependencia*. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/2011/11/09/trastorno-mental-grave-entra-baremo-ley-dependencia-25017.html>
- Egea, C., y Sarabia, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*[Archivo PDF]. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf
- Feafes Galicia. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia. (s.f.). *¿Qué es la enfermedad mental?* <https://feafesgalicia.org/salud-mental/que-es-la-salud-mental/>
- Fundación Acaser. (s.f). *Discapacidad por Enfermedad Mental*. <https://www.fundacioncaser.org/discapacidad/psiquica/enfermedad-mental/introduccion>

- González, S., Tello, J., Silva, P., Lüders, C., Butelmann, S., Fristch, R. y David, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1), 23-34.
- Gómez-Jarabo, G., & Peñalver González, J. C. (2007). Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 155-173.
- Hernández Gamboa, LE; Cañaverl Pascacio, S del R. ¿Qué es salud? Revisión histórica del concepto a partir de la definición de la OMS en 1948. *AMU*. 2022;1(2):111–116. Doi: 10.31644/AMU.V01.N02.2022.A11
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2022). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*. https://imserso.es/documents/20123/1646914/estsisaad_semestral20221231.pdf/75b32843-5f86-3042-8c94-f5d92e542b0b
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2011). *Libro blanco. Envejecimiento Activo*. Madrid. IMSERSO. 358004b5-399a-236b-bf30-bb88e8946059
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. [imserso-modelo-01.pdf](https://imserso.es/documents/20123/1646914/estsisaad_semestral20221231.pdf/75b32843-5f86-3042-8c94-f5d92e542b0b)
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Datos de Prensa*[Archivo PDF].https://www.ine.es/prensa/pad_2022_p.pdf
- Junta de Castilla y León (2021). *Datos estadísticos anuales*. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/prestaciones-dependencia.html>
- Jiménez Lara, A. H. (2010). “Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos”. *Política y Sociedad*,47(1), 137-152.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. Boletín oficial del Estado, 299, de 1 de enero de 2007. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Salud*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Salud Mental*. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo*. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad (PREFID). (s.f). *Discapacidad Física*. <https://www.predif.org/discapacidad-fisica/>

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 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, 42, de 18 de febrero de 2011

Trenqualye, M. J. A., y Moreira, G. C. (2018). Salud mental y ciudadanía: Una aproximación genealógica. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(1), 40-46.

Vélez, M. L. (2008). La Ley de Dependencia y las Personas con Enfermedad Mental: Apuntes desde la Salud Mental Extrahospitalaria. *Norte de Salud Mental*, 7(30), 89-94.